

Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín *

Labor conditions for health professionals starting from the Act 100 of 1993: evolution and a case study for Medellin

As condições laborais dos profissionais de saúde a partir da Lei 100 de 1993: evolução e um estudo de caso para Medellín

Fecha de recepción: 29-09-08 Fecha de aceptación: 22-01-09

Jorge Hernán Florez Acosta **

Sara Catalina Atehortúa Becerra ***

Alba Cristina Arenas Mejía ****

* Artículo de investigación, derivado del proyecto de investigación “Análisis de las condiciones laborales en el sector salud a partir de la Ley 100 de 1993”, financiado por la Escuela Nacional Sindical. Medellín, Colombia, 2007.

** Economista de la Universidad de Antioquia, estudiante de la Maestría en Economía de la misma universidad. Profesor del Departamento de Economía e investigador del Grupo de Microeconomía Aplicada de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: jorgeflorez@economicas.udea.edu.co. Dirección de correspondencia: Calle 67 No. 53-108. Bloque 13, oficina 408, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

*** Economista de la Universidad de Antioquia, estudiante de la Maestría en Gobiernos y Asuntos Públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) -México. Hace parte del Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: saritac2005@gmail.com

**** Economista de la Universidad de Antioquia, estudiante de la Maestría en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Correo electrónico: crisarenasm@gmail.com

Resumen

Este artículo pretende analizar los cambios en las condiciones laborales del recurso humano en salud a partir de la Ley 100 de 1993. Para esto, el trabajo se desarrolla en dos partes: la primera presenta un análisis de la evolución de las condiciones laborales de los profesionales de la salud con base en fuentes secundarias y la segunda presenta los resultados de una encuesta aplicada a una muestra de profesionales de Medellín. Se encontró que a partir de la aplicación de la Ley, las condiciones laborales se deterioraron, especialmente para aquellos que no poseen contratación directa con las entidades de salud; se ampliaron las brechas salariales; se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo.

Palabras clave autor: reforma del sector salud, personal de salud, recursos humanos, seguridad social, percepción, condiciones laborales.

Palabras clave descriptor: personal de salud, legislación y jurisprudencia, reforma en atención de la salud.

Abstract

The purpose of this article is to analyze the major changes in working conditions of human resources in health since Act 100 of 1993. This paper is divided in two parts: the first one refers to the working conditions of health professionals in Colombia based on secondary sources and the second shows the results of a survey of a sample of Medellín professionals. We found that after the implementation of the Act, working conditions have been deteriorated, especially for those professionals who do not have a direct engagement with health agencies, it also has generated wage gaps between professionals from different fields and even within the same; and has increased the working-day hours and underemployment found it in the area.

Key words author: health sector reform, health personnel, human resources, social security, perception, working conditions.

Key words plus: health personnel, legislation and jurisprudence, health care reform.

Resumo

Este artigo pretende analisar as mudanças nas condições laborais do recurso humano e saúde a partir da Lei 100 de 1993. Para isto, o trabalho se desenvolve em duas partes: a primeira apresenta uma análise da evolução das condições laborais dos profissionais de saúde com base em fontes secundárias; e a segunda, apresenta os resultados de uma pesquisa aplicada a uma amostra de profissionais de Medellín. Os resultados ilustram que a partir da aplicação da Lei, as condições laborais se deterioram, especialmente para aqueles que não têm contratação direta com as entidades de saúde; ampliaram-se as brechas salariais; aumento da intensidade de horários e detectou-se certo grau de desemprego.

Palavras chave: Reforma do setor de saúde, pessoal de saúde, recursos humanos, segurança social, percepção, condições laborais.

Palavras chave descritor: Pessoal de saúde, legislação e jurisprudência, reforma em atenção de saúde.



Introducción

En Colombia el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) surgió en 1993 con la promulgación de la Ley 100 de ese año, la cual tuvo como objetivo, principalmente, brindar a todos los colombianos acceso a la atención básica en salud bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad, pero también surgió con el fin de solucionar los problemas estructurales que presentaba el anterior Sistema Nacional de Salud. El nuevo modelo por implementar con la ley promueve el aseguramiento obligatorio para los trabajadores dependientes y crea el seguro subsidiado para los más pobres [1: 79; 2: 77].

En general, se puede decir que la Ley 100 provocó un cambio radical en el modelo de salud colombiano, incluyendo las condiciones laborales de los trabajadores del sector. En efecto, el mercado laboral de los profesionales de la salud sufrió importantes modificaciones a partir de dicha ley sin que esta incluyera necesariamente artículos específicos relacionados con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo; sin embargo, el hecho de que se ampliara la cobertura del seguro de salud y que se permitiera la entrada de empresas privadas para administrar y proveer servicios hizo que la oferta de puestos de trabajo se ampliara y la necesidad de un número significativo de nuevos profesionales tomara gran fuerza; al mismo tiempo, se dio un crecimiento en la demanda de programas de educación en salud y un incentivo a las universidades privadas, especialmente, para que crearan programas en estas áreas.

Estos elementos hacen pensar que las condiciones laborales del recurso humano del sector salud en Colombia se deterioraron y que los salarios relativos de los profesionales de la salud comenzaron a caer a partir de

la aplicación de la reforma, a pesar de que evidentemente la oferta de puestos de trabajo aumentó a causa de la ampliación de la cobertura del seguro de salud y la aparición de nuevos actores. El objetivo de este trabajo es describir la evolución del mercado laboral del sector salud en Colombia a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993, de acuerdo con la información disponible, y hacer una aproximación a la situación actual de este mercado según la percepción de los profesionales de la salud, con base en un estudio de caso para Medellín.

El objeto de estudio de este trabajo son los profesionales que ejercen su profesión como médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos, nutricionistas y bacteriólogos en el sector salud colombiano, debido a que son las profesiones con mayor oferta y demanda en el país.

El trabajo se desarrolla en tres secciones. La primera describe la situación laboral de los profesionales de la salud en Colombia tanto antes como después de la implementación de la Ley 100; el objetivo de esta sección es establecer, con base en la evidencia documentada en diferentes trabajos de investigación sobre el mercado laboral del sector salud en Colombia, cómo han evolucionado las condiciones laborales de estos profesionales a lo largo del periodo de análisis y detectar si la Ley produjo una mejora o un deterioro de su situación.

En la segunda sección se presenta una aproximación a las condiciones actuales del mercado laboral en Medellín y la percepción del impacto de la Ley 100 para los seis tipos de profesionales anteriormente mencionados. Para esto se realizó un ejercicio de recolección de información mediante la aplicación de una encuesta a una muestra seleccionada por conveniencia. La encuesta fue diseñada con base en las necesidades de

información de este trabajo de investigación y aunque el proceso de muestreo no cuenta con gran rigurosidad estadística, debido a problemas que estuvieron fuera del alcance de este trabajo⁵, este ejercicio aportó información valiosa que permite intuir lo que está pasando en el sector salud y que fue crucial para las conclusiones del trabajo. Finalmente, se presentan las conclusiones.

1. Condiciones laborales de los profesionales de la salud en Colombia

1.1. El mercado laboral antes de la implementación de la Ley 100 de 1993

Entre los estudios consultados, pocos describen cómo era el mercado laboral antes de la Ley 100, y los que lo hacen se centran en el mercado laboral médico. En general, se puede decir que el mercado laboral del sector salud estaba dividido en cuatro subsectores: el de la seguridad social; el de los seguros voluntarios (medicina prepagada); el de los prestadores privados (con ánimo de lucro o sin él), que operaban con un régimen de libre empresa cuyos usuarios compraban de manera directa los servicios que necesitaban; y el subsector oficial, financiado con aportes directos del Estado y formado por la red de prestadores públicos, cuyos usuarios eran la población de más bajos recursos económicos [3:19]. Específicamente en el caso de los médicos, el mercado estaba segmentado según la capacidad de pago de los pacientes⁶:

Antes de la generación de los sistemas de aseguramiento, la relación médico-paciente se diferenciaba en forma muy importante de acuerdo con la capacidad de pago de las personas, y existían dos subsistemas claramente diferenciados: uno privado para atender a las personas que contaran con capacidad de pago, y otro benefactor para las personas que no contaran con dicha capacidad. Esa relación se ha modificado en gran medida debido a la implementación de esquemas de aseguramiento de empleados a la seguridad social y, en mayor medida, con la promulgación de la Ley 100 de 1993 [4:50].

En efecto, debido a la falta de organización y regulación del mercado, a la relación directa que había entre proveedor (médico, especialista, nutricionista, odontólogo, etc.) y paciente, y a la falta de cobertura del sistema, lo cual generaba como consecuencia el predominio de las consultas particulares, algunos profesionales del sector, especialmente los médicos, contaban con un alto poder de mercado que les permitía fijar tarifas diferenciales según la capacidad de pago de los pacientes (segmentación del mercado), con dos posibilidades de obtener ingresos: por un lado, aquellos que se dirigían al segmento de altos ingresos podían fijar tarifas altas y obtener altos ingresos mediante el trabajo independiente; y, por otro lado, existía la posibilidad de capturar un mercado masivo de pacientes de bajos ingresos, pero bajo la condición de cobrar tarifas bajas.

Una gran dificultad que enfrentaba el gremio médico y que le impedía tener poder para negociar buenos salarios y tarifas era la falta de unificación. Según López et al. [2:80], “la principal lucha se dio en el ámbito de los médicos asalariados pertenecientes al ISS o al sector público, que eran los principales empleadores. Los médicos del sector privado

ejercieran su profesión de manera independiente (como odontólogos, nutricionistas, etc.).

5 Entre las barreras más importantes están: el tamaño de la población es desconocido porque no existe ningún tipo de registro o seguimiento específico al mercado laboral del sector y la dificultad de obtener información por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud que, en su mayoría, son reacias a compartir y publicar información.

6 Aunque es muy probable que esta estructura se pueda generalizar a todos aquellos profesionales que



nunca tuvieron la coherencia suficiente para convertirse en un grupo de presión, sus potenciales líderes se encontraban en una cómoda posición disfrutando los ingresos que recibían por la atención a las clases más pudientes”.

La Universidad de Harvard [5:43] identificó que la calidad en la prestación de servicios de salud fue pobre, sobre todo, en instituciones rurales de primer nivel; entre otros factores, porque gran parte del personal se encontraba realizando su año rural (para 1990 un 40% de los médicos, 41% de las enfermeras, 52% de los odontólogos y 49% de bacteriólogos estaban en año rural obligatorio) [5:43].

En síntesis, el mercado laboral del sector salud presentaba diferentes posibilidades de trabajo para los profesionales; algunas permitían obtener altos ingresos y buenas condiciones de vida, otras no ofrecían estas posibilidades pero minimizaban el riesgo y la incertidumbre ante la posibilidad de carecer en cualquier momento de sustento; en general, las condiciones laborales de los profesionales de la salud eran desiguales.

1.2. El mercado laboral después de la implementación de la Ley 100 de 1993

Después de hacer una lectura de la Ley 100 de 1993 se encontró que el tratamiento del recurso humano en salud en ella es escaso. La reforma solo se refiere a un sistema de incentivos a los trabajadores y profesionales del sector a través de estímulos salariales y no salariales (art. 193)⁷. En términos gene-

7 Estímulos relacionados con la educación continua, el crédito de instalación, los equipos, la vivienda y el transporte, así como la responsabilidad por parte de las EPS de auspiciar las prácticas de grupo y otras formas de asociación solidaria entre los empleados del sector. También se menciona un sistema de incentivos para los profesionales del sector refiriéndose especialmente a aquellos que ejercen su profesión en lugares más aislados del área urbana.

rales, puede decirse que la Ley no aborda de manera importante el tema del recurso humano y no establece mecanismos claros de cómo este podría operar, ni ofrece alternativas de protección al recurso humano de la salud que vea deterioradas sus condiciones laborales a partir de la entrada en vigencia de la misma ley.

Adicional a lo anterior, la Ley establece que se utilizará un régimen salarial que lleve a una nivelación gradual de las remuneraciones de los empleados del sector. Sin embargo, no ofrece un panorama claro acerca de la situación del recurso humano en salud. Esto se debe a que las condiciones laborales del sector salud no solo son determinadas por la estructura del sector y cómo esta se haya reorganizado, sino también por otro conjunto de aspectos como la legislación laboral, la educación, la generación de recursos para el sistema de salud y su administración, y las competencias de las distintas unidades de gobierno.

Sobre estos temas, en Colombia se realizaron un conjunto de reformas que incluso precedieron a la Ley 100 de 1993: la Ley 10 de 1990, que hizo una reestructuración inicial al sistema de salud vigente en esa época; la Ley 50 de 1990, la cual reformó el mercado laboral; la Ley 30 de 1992, que reorganizó el sistema de educación superior (junto con lo que posteriormente añadió la Ley 115 de 1994), y la Ley 60 de 1993, la cual descentralizó la administración y provisión de los servicios de salud de acuerdo con el nivel de complejidad en la prestación a los municipios, distritos y departamentos. Por esto, la Ley 100 no tuvo la necesidad de intervenir directamente las condiciones laborales del recurso humano del sector salud, pues, como se pudo ver, el conjunto de reformas precedentes abonaron el terreno en este frente.

A pesar de que la Ley no toca directamente este tema, existen diferentes estudios que

han documentado las principales consecuencias que la Ley 100 de 1993 y las reformas establecidas a comienzos de la década del 90 han generado en el mercado laboral de los profesionales de la salud, en especial, el de los médicos. A partir de la revisión de estos estudios se pueden identificar algunos puntos comunes que ilustran los cambios más importantes y que se pueden agrupar en cinco categorías: 1) oferta académica y calidad de la educación, 2) oferta y demanda de recurso humano, 3) poder de mercado, 4) nivel de ingresos, y 5) contratación del recurso humano⁸.

1.2.1. *Oferta académica y calidad de la educación*

En lo que a la formación del recurso humano se refiere, varios de los estudios concuerdan en que las condiciones laborales de los profesionales de la salud se han deteriorado, no solo por el aumento en la oferta de programas, sino también porque la calidad de estos se ha modificado. Se destaca que a partir de las leyes 30 de 1992 y 115 de 1994 se dio una desordenada proliferación de facultades y programas especialmente privados, de pregrado y de posgrado en los niveles superior, técnico y auxiliar, sin una reglamentación del ejercicio de esos nuevos trabajadores [6:12]. Siguiendo con lo anterior, y como lo señalaba el entonces viceministro de Salud y Bienestar, de los 1.709 programas registrados en el año 2000, solo 38 estaban acreditados [7:99].

Según los datos disponibles del año 2000 [7:96] la tendencia a la especialización del recurso humano se concentra más en unos programas que en otros, lo cual en ocasiones

no se sintoniza con las necesidades de la población y del nuevo sistema de salud. Así por ejemplo, se tiene que medicina es el área de mayor especialización [44%], y en menor medida la odontología [16%], la enfermería [12,5%] y la bacteriología [4,3%] [7:96].

1.2.2. *Oferta y demanda de recurso humano*

Pese a las dificultades de información que tiene el país en este tema, en el año 2000, en el marco del Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia realizó un estudio sobre oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia, el cual aportó valiosa información.

De acuerdo con el comportamiento de la oferta de los profesionales en salud puede observarse que independientemente de la puesta en marcha de la reforma a la seguridad social en salud, esta venía en ascenso desde hace más de 20 años, incluso con la implementación de la reforma, la cual se representa en el gráfico 1 mediante una línea vertical.

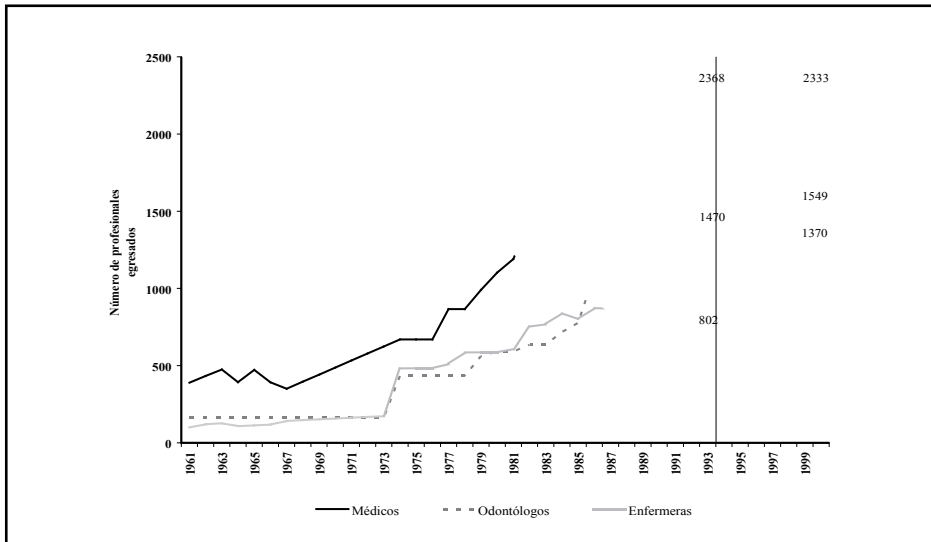
Un comportamiento diferente se observa en la oferta de bacteriólogos, nutricionistas y auxiliares de enfermería (véase gráfico 2). Por una parte, la oferta de bacteriólogos y nutricionistas parece no haber sufrido cambios a partir de la implementación de la reforma, por lo que se observa un comportamiento estable entre 1961 y 2000. Por otra parte, la oferta de auxiliares de enfermería muestra un incremento progresivo especialmente a partir de 1994 (véase gráfico 2).

Pasando al tema de la demanda del recurso humano en salud, lo primero que debe decirse es que uno de los más grandes efectos de la Ley 100 de 1993 al respecto, radica en el hecho de que la ampliación de la cober-

⁸ Cabe aclarar que el desarrollo de esta sección se basó propiamente en los estudios revisados, los cuales son debidamente citados en la medida en que se utilicen. Las escasas fuentes de información sobre este tema no permiten elaborar análisis críticos o comparativos, sino un análisis descriptivo a partir de los estudios disponibles.

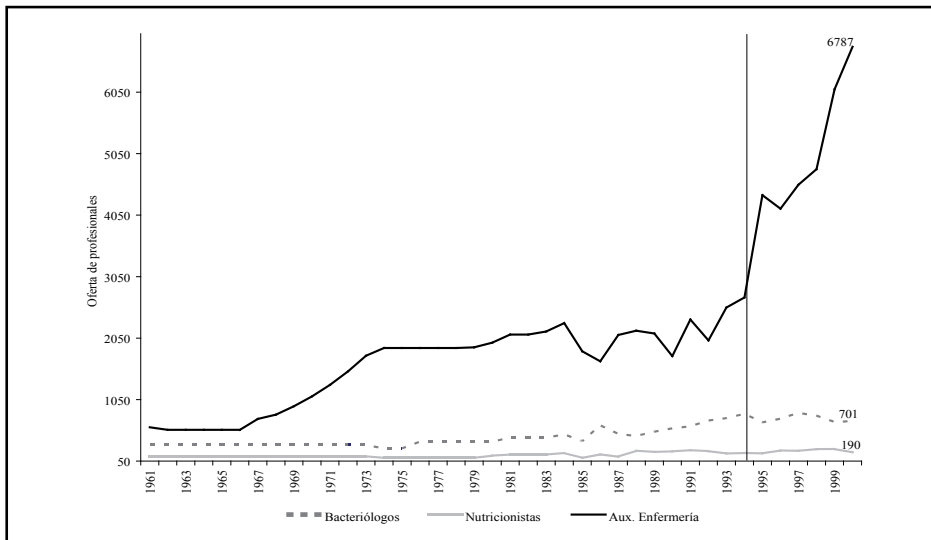


GRÁFICO 1.
COLOMBIA: OFERTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD: MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ENFERMERAS, 1961-2000



Fuente: [12], cálculos de los autores.

GRÁFICO 2.
COLOMBIA: OFERTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD: AUXILIARES DE ENFERMERÍA, BACTERIÓLOGOS Y NUTRICIONISTAS, 1961-2000



Fuente: [12], cálculos de los autores.



tura del seguro de salud generó un aumento importante en la demanda de profesionales de la salud [1:80], como consecuencia del aumento de la población que ahora estaba cubierta por un seguro de salud y a la que por tanto era necesario garantizarle una atención en todos los niveles de complejidad; esto generó un aumento de IPS, las cuales se vieron en la necesidad de contratar más personal.

De acuerdo con el estudio de la Universidad de Antioquia [8], para el año 2000 la capacidad de absorción del sistema era de 278.685 profesionales, de los cuales el 7,7% lo hacía como ejercicio particular. De 24 mil médicos, 11 mil estaban empleados y de 20.306 profesionales de enfermería 10.667 estaban contratados. La realidad de los auxiliares es otra, pues solo el 11,6 % de ellos, que en total suman 79.139, estaba vacante, y de 15.147 bacteriólogos, el 48,6% (7.364) tenían una oportunidad laboral en su campo de especialización.

Estas cifras muestran que los auxiliares de enfermería eran los que presentaban en el año 2000 menores problemas para emplearse, pese a que su oferta había aumentado más que en las otras profesiones. Esto se asocia con el hecho de que la mano de obra calificada se está reemplazando por mano de obra menos calificada; tal es el caso de los profesionales de enfermería con los auxiliares, quienes por no poseer un título de profesional universitario son una mano de obra más barata pues su remuneración es menor que la de los primeros.

Lo anterior muestra que para el año 2000 algunas profesiones enfrentaban serios problemas en términos de que la demanda no absorbía la oferta existente en ese momento: en el caso de los nutricionistas, la demanda equivalía tan solo al 19% de la oferta; en los bacteriólogos, la demanda era igual al 48%

de la oferta, en los odontólogos esta misma relación era igual al 50%, y en el caso de las enfermeras ascendía al 53%; para las dos profesiones restantes la demanda era muy cercana a la oferta. En términos generales, si se compara la oferta y la demanda de profesionales, puede concluirse que solo los médicos y los auxiliares de enfermería tenían las mayores posibilidades de encontrar trabajo, mientras que para nutricionistas, bacteriólogos, odontólogos y enfermeras el panorama en el año 2000 era muy poco alentador.

En el gráfico 3 es posible observar que la oferta y la demanda de médicos especialistas en el sector salud no muestra altos desequilibrios, contrario al exceso de oferta de los profesionales de la salud del que hablan diversos estudios como Ruíz [9], Osorio [10] y Universidad de Antioquia [8]. Sin embargo, la evidencia de estos estudios muestra que para las otras profesiones del área, en las cuales se incluyen profesionales ocupacionales y administrativos, la sobreoferta es realmente preocupante [10].

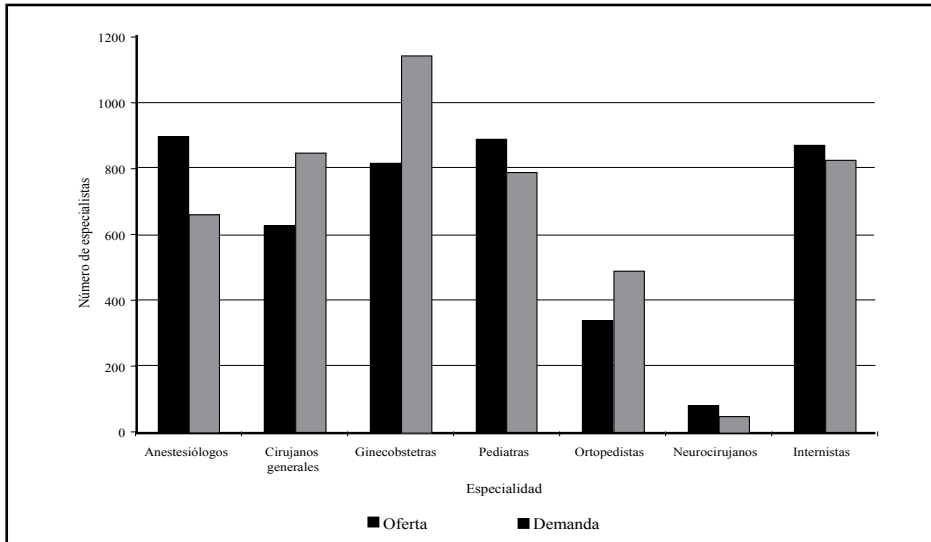
1.2.3. Poder de mercado⁹

Este es uno de los aspectos más documentados, debido a que fue un punto crucial que cambió claramente a partir de la implementación de la Ley 100, con la entrada en el mercado de las EPS (empresas promotoras de salud). Las relaciones que existían en el Sistema Nacional de Salud se desdibujaron y fue así como de una situación en la cual el gremio médico y en general los profesionales de la salud tenían algún poder de negocia-

⁹ Este término es propio de la economía y hace referencia a la capacidad que tienen los individuos participantes en un mercado (personas o empresas) de influir en los resultados de mercado como los precios, las tarifas, la cantidad de producción, la calidad de los bienes y servicios producidos, etc., los cuales se supone son determinados normalmente por la acción general de todos los participantes en ese mercado y no por uno en particular.



GRÁFICO 3.
COLOMBIA: OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, 2000



Fuente: [12], cálculos de los autores.

ción, se pasó a una situación intermedia, donde el privilegio que tenían los médicos de fijar tarifas para mantener un buen nivel de ingresos, se vio ajustado por la aparición del asegurador [4: 49-50]. En este sentido, el poder de negociación de los aseguradores contrasta con la debilidad, dispersión, falta de iniciativa y preparación gerencial del gremio médico para competir con los aseguradores, acostumbrado como estaba a tomar decisiones de manera unilateral sin tener que confrontarlas con ningún interlocutor diferente del paciente [3:14].

En la medida en que un mercado tienda a la competencia (mediante la existencia de un mayor número de prestadores de servicios), la pérdida de poder de negociación se hace más evidente, debido a que estos agentes pasan de poder influir en aspectos como las tarifas, los precios y, en general, de tener algún control en el mercado, a tener que ofrecer tarifas similares a las de los demás prestadores del servicio, dado que los consumidores, al contar con mayores opciones para elegir,

son inflexibles ante tarifas altas recurriendo a otros prestadores en caso de que uno de ellos abuse. En el caso de los médicos, por ejemplo, se puede observar cómo estos pasaron de asumir un papel activo a uno pasivo en la fijación de salarios y tarifas, producto del protagonismo que ganó el tercer pagador, del aumento de la demanda de servicios de salud y de la sobreoferta de profesionales del sector, entre otras razones¹⁰.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud y el ejercicio de la práctica médica, es importante mencionar que debido a que las EPS, en su afán por ejercer un control estricto sobre el tipo, la cantidad, la calidad y el costo de los servicios de salud que ofrecen a sus afiliados, de tal forma que la “prima de seguros ajustada por riesgo” que reciben alcance para financiar su operación, recurren

10 Vale la pena aclarar que en el SGSSS no existe un modelo de competencia perfecta; este más bien se asimila a un modelo de competencia regulada en el que si bien existe algún grado de competencia, también es posible que algunos agentes cuenten con alguna clase de poder de mercado.

a estrategias como los paquetes de servicios y al establecimiento de una serie de protocolos administrativos y económicos de control de entrada y restricciones a los pacientes, que introducen cambios al ejercicio de los recursos humanos, los cuales entran a ser mediados por una serie de aspectos que van más allá del ejercicio profesional [4:58]¹¹.

1.2.4. Nivel de ingresos

Entre los profesionales de la salud, en especial en el gremio médico, persiste la idea de que los ingresos han disminuido de manera alarmante debido a los cambios introducidos por la Ley 100 de 1993. Lo cierto es que, como se plantea en el trabajo de Morales [3], en el gremio médico se ha presentado un efecto redistributivo, debido a que si bien los ingresos han disminuido y el número de horas trabajadas al mes ha aumentado, esta situación solo se ha presentado para los médicos que en 1996 devengaban las mayores remuneraciones, y por el contrario, para quienes en ese mismo año recibían las menores remuneraciones, los ingresos han aumentado y el número de horas trabajadas al mes ha disminuido [3:5].

Otro hecho importante que explica la disminución en los ingresos de los profesionales de la salud está asociado con que las tarifas del ISS (Instituto de Seguros Sociales) y el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito), las más representativas del mercado, debido principalmente al dominio que ha tenido el Seguro Social como principal EPS, fueron adoptadas por las demás EPS. En este sentido, las nuevas tarifas se

caracterizaron por ser bajas y no compensar la responsabilidad y complejidad del acto médico [1:95].

Para analizar la evolución de los salarios de los profesionales de la salud se seleccionaron tres fuentes de información, que son las que proporcionan los datos más generales: 1) el Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial 1994-1998 [11]; 2) el estudio Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud en Colombia [12]; y 3) los datos del Observatorio Laboral para la Educación del Ministerio de Educación Nacional [13]¹². Dado que no se trata de una fuente de información única, el análisis se divide por periodo, de acuerdo con la fuente utilizada.

Para el periodo comprendido entre 1994 y 1998, la información proporcionada por el censo del recurso humano en salud y dinámica salarial del sector salud oficial, realizado por el Ministerio de Salud, permite observar la evolución del salario relativo¹³ para cinco de las seis profesiones de análisis y, además, para los médicos especialistas¹⁴. Del grupo

11 Se habla de que el ejercicio de los profesionales de la salud entra a ser mediado por una serie de medidas que no se circunscriben de manera exclusiva a tareas médicas o asistenciales para las cuales fueron formados estos profesionales, sino que también se introducen prácticas como diligenciamiento de formularios, cobros, entre otras labores de tipo administrativo.

12 Debido a que en ninguna de las fuentes de información disponibles del sector salud existe la misión de capturar periódicamente datos sobre condiciones laborales, a que el Observatorio de los Recursos Humanos en Salud del Ministerio de la Protección Social es una iniciativa reciente cuya necesidad fue planteada apenas en el 2004, y a que las fuentes estadísticas tradicionales, como el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), no ofrecen una desagregación en las cifras de empleo ni en las sectoriales, no fue posible construir una serie de salario promedio para cada profesión que permitiera analizar la evolución y la tendencia de los ingresos en el tiempo que ha transcurrido después de la implementación de la Ley. No obstante, existen algunos trabajos que a lo largo de este periodo han incluido cifras y análisis de los salarios por profesión, que si bien no abarcan todo el periodo de estudio, sí permiten dar una referencia de lo que podía estar pasando en el mercado.

13 El salario relativo equivale al salario básico de cada profesión expresado en términos del salario mínimo mensual legal vigente (SMLV) para cada año.

14 Debe notarse que esta información es limitada dado que solo tiene en cuenta el recurso humano en el sector oficial.



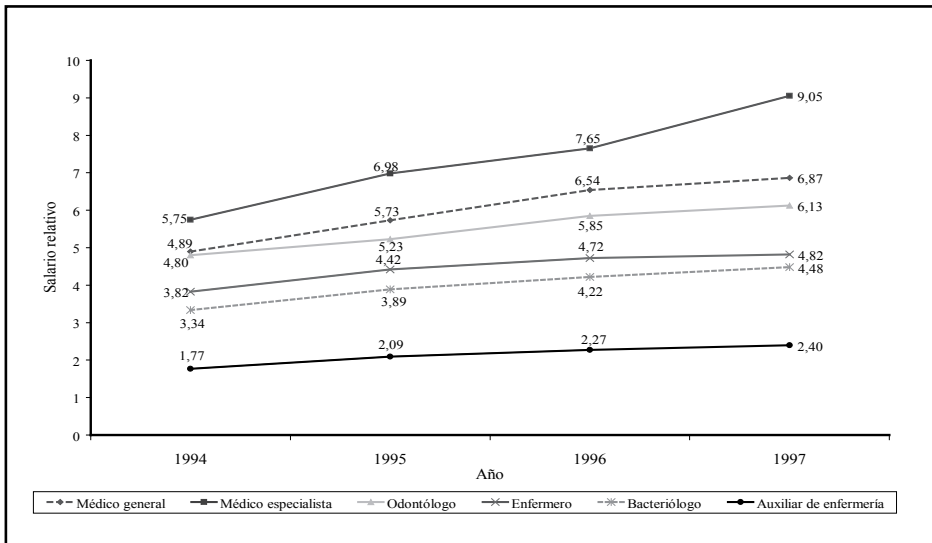
de profesiones, los médicos encabezan la lista con los salarios más altos, aunque hay una gran diferencia entre la remuneración de un médico general y un médico especialista. Entre 1994 y 1997 los médicos especialistas del sector salud oficial registraron ingresos promedio de entre 5,8 y 9,1 salarios mínimos, mostrando un crecimiento significativo en todos los años, especialmente en 1995, cuando creció 21,5% respecto de 1994, y en 1997, cuando el salario se incrementó en un 18,3% respecto de 1996. El crecimiento de todo el periodo fue igual de alentador: un 57,6% en el periodo (véase tabla 1).

Aunque los médicos generales también tuvieron un salario que creció constantemente, este no lo hizo al ritmo de los especialistas, por lo que la brecha entre la remuneración

de unos y otros se amplió especialmente en 1997 (véase gráfico 4). En efecto, los médicos generales obtuvieron remuneraciones promedio que estuvieron entre los 4,9 y los 6,9 salarios mínimos entre 1994 y 1997.

Entre los demás profesionales quienes más ganaban eran los odontólogos, que obtenían salarios cercanos a los de los médicos generales, aunque sus ingresos eran más similares en 1994 mientras que en los años siguientes se amplió un poco la brecha. Los enfermeros siguen a los odontólogos, con remuneraciones de entre 3,8 y 4,8 para el periodo 1994-1997; a continuación están los bacteriólogos y finalmente los auxiliares de enfermería, cuyas remuneraciones corresponden casi a la mitad de lo que ganaban los bacteriólogos (véase gráfico 4).

GRÁFICO 4.
COLOMBIA: SALARIO RELATIVO PROMEDIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SECTOR OFICIAL, 1994-1997



Fuente: [11: 77-133], cálculos de los autores.



TABLA 1.

TASA DE CRECIMIENTO DEL SALARIO RELATIVO DE VARIOS PROFESIONALES DEL SECTOR SALUD OFICIAL, 1995-1997
(EN PORCENTAJES)

Profesión	1994-1995	1995-1996	1996-1997	Total período (1994-1997)
Médico general	17,14	14,06	4,99	40,29
Médico especialista	21,48	9,62	18,32	57,56
Odontólogo	8,86	11,97	4,75	27,68
Enfermero	15,64	6,74	2,07	25,99
Bacteriólogo	16,63	8,39	6,23	34,29
Auxiliar de enfermería	18,12	8,68	5,48	35,40

Fuente: [11: 77-133], cálculos de los autores.

Lo anterior muestra que tres años después de la puesta en marcha de la Ley, la tasa de crecimiento de los salarios de los profesionales de la salud en el sector oficial sufrió un estancamiento. En este sentido, se puede observar que entre 1994 y 1995 los salarios relativos de los médicos generales crecieron a una tasa del 17%, mientras que para 1996 y 1997 esta misma tasa se ubicó en el 5%. El caso más dramático que se alcanza a observar es el de los enfermeros, para los cuales se observó que los salarios relativos crecieron en un 16%, para luego estancarse en un tímido 2% para 1996 y 1997.

La información disponible para el año 2000 se concentra en el estudio realizado por la Universidad de Antioquia [12] (véase tabla 2). Los médicos aparecen nuevamente con la remuneración más alta con 6,34 salarios mínimos mensuales de ese año; los siguen los odontólogos, cuyos ingresos ascendían a 4,98 salarios mínimos; luego los enfermeros, con 4,04 salarios mínimos y, finalmente, están los bacteriólogos, los nutricionistas y los auxiliares de enfermería con asignaciones salariales de 3,8, 3,58 y 2,14, respectivamente (véase tabla 2).

TABLA 2.

COLOMBIA: SALARIO BÁSICO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SALARIO RELATIVO, 2000

Profesión	Salario básico	Salario relativo
Médico	1.649.194	6,34
Odontólogo	1.295.227	4,98
Enfermero	1.050.083	4,04
Bacteriólogo	989.311	3,80
Nutricionista	930.110	3,58
Auxiliar de enfermería	556.545	2,14

Fuente: [12], cálculos propios.

Para el 2007, el salario relativo de los profesionales se calculó tomando como salario el ingreso base de cotización (IBC) proporcionado por el Observatorio Laboral para la Educación del Ministerio de Educación Nacional [13].

Según los datos de la tabla 3, todos los profesionales, en general, muestran remuneraciones que no superan los tres salarios mínimos, con excepción de los médicos que reciben un salario básico promedio de 3,49 salarios mínimos de 2007. Además, los datos indican



que cuando un profesional se especializa puede acceder a un aumento importante de su salario en comparación con el de un no especialista; sin embargo, no llegan a ser tan altos como los de un médico especialista, el cual gana en promedio 5,08 salarios mínimos. El hecho que puede llamar la atención está en que la mayoría de los profesionales obtengan remuneraciones que rodeen los dos salarios mínimos en promedio, pues muestra el deterioro que han sufrido los salarios del personal de la salud en comparación con años atrás.

Otro hecho que puede ser preocupante lo evidencia la distribución de los salarios respecto del promedio en cada profesión (véase tabla 3). En todas se presenta la misma situación: la mayor parte de los salarios se concentran por debajo del promedio y una proporción menor lo supera. En el caso de los médicos especialistas, por ejemplo, un 66% obtienen ingresos

por debajo del salario promedio y solo un 27,1% superan el promedio, lo que indica una gran desigualdad en las asignaciones salariales pues unos pocos ganan mucho más que la mayoría.

De acuerdo con la tabla 3, puede observarse que el salario relativo de los profesionales de Odontología, Bacteriología y Nutrición se encuentran entre 2,3 y 2,4 SMMLV, lo que resulta muy cercano al nivel salarial de un auxiliar de enfermería, que se encuentra en 2,2 SMMLV. Esto demuestra que en la actualidad la remuneración de un profesional de salud es similar a la de un técnico y, además, exceptuando el caso de los médicos especialistas, estos profesionales son los que presentan el mayor porcentaje de independencia laboral en el sector; por el contrario, los auxiliares son los más empleados por las instituciones de prestación de servicios.

TABLA 3.
COLOMBIA: SALARIO RELATIVO, DISTRIBUCIÓN DE LOS SALARIOS Y TIPO DE AFILIACIÓN EN SALUD DE ALGUNOS PROFESIONALES DE LA SALUD, 2007

Profesión	Salario relativo	Distribución respecto al promedio (en porcentajes)			Tipo de afiliación en salud (en porcentajes)	
		Por debajo	Igual	Por encima	Dependiente	Independiente
Médico	3,49	61,6	6,8	31,5	76,6	23,4
Médico especialista	5,08	66	6,9	27,1	71,5	28,5
Enfermero	2,71	56,6	10,7	32,7	84	16
Enfermero especialista	4,34	42,6	21,2	36,2	93,8	6,2
Auxiliar de enfermería	2,22	44,1	14,9	41	95,4	4,6
Odontólogo	2,35	72,2	3,7	24,1	66,3	33,7
Bacteriólogo	2,34	64,9	7,7	27,4	72,2	27,8
Bacteriólogo especialista	3,19	58,1	11,7	30,2	82,4	17,6
Nutricionista	2,40	68,1	10	21,9	63,3	36,7
Nutricionista especialista	4,01	51,6	22,6	25,8	90,3	9,7

Fuente: [13], cálculos de los autores.



La información revisada da cuenta de la reducción del salario relativo en los profesionales de la salud. Pese a que no es posible hacer un análisis comparativo entre periodos, dado que se trata de tres fuentes de información diferentes, sí se puede inferir esta reducción a partir del primer periodo analizado, en el que se muestra la caída en los salarios especialmente para las profesiones de enfermería y medicina general.

1.2.5. Contratación del recurso humano

En materia de contratación y, en general, de definición de condiciones laborales, son muchos los cambios que se perciben, aunque es preciso reiterar que si bien algunos de los aspectos introducidos en la Ley 100 de 1993 modificaron de manera indirecta las condiciones laborales de los profesionales de la salud, fue con la Ley 50 de 1990 que se consagraron los principales cambios en materia laboral.

Los principales cambios en este sentido están relacionados con la introducción al sector salud de nuevos modelos de vinculación laboral; la indiscutible flexibilización, inestabilidad y precarización del empleo y de los salarios, dado el enfoque de negocio de las EPS e IPS y la necesidad de hacerlo rentable; la “corporativización” del trabajo profesional; la terciarización o subcontratación de servicios y las nuevas modalidades de gestión corporativa (cooperativas de trabajo asociado, grupos de profesionales asociados, alianzas estratégicas y redes integradas de prestadores asistenciales), y la incorporación de modelos de atención gerenciada y de autogestión centrados en la gestión del riesgo, los sistemas de información, la gestión tecnológica y el manejo estratégico de costos, entre otras herramientas [7:101].

Todas estas estrategias de flexibilización laboral son utilizadas por las aseguradoras en el sector salud como un mecanismo de contención y disminución de costos laborales.

Es en este sentido en el que la Ley 100 de 1993 afectó la contratación de los empleados del sector, ya que la introducción de la competencia en el mercado de aseguramiento y de prestación de los servicios de salud generó incentivos para que estas empresas buscaran rentabilidad o sostenibilidad financiera mediante varios mecanismos, entre ellos la minimización de costos totales vía disminución de costos laborales.

Esta situación se refleja, por ejemplo, en el auge que ha tenido la contratación de personal mediante las cooperativas de trabajo asociado (CTA), lo que no solo posibilita la reducción de las obligaciones prestacionales para los empleadores, sino también los costos laborales, pues los empleadores reducen sus gastos administrativos y de funcionamiento, debido a que bajo los principios del cooperativismo esta se convierte en una de las responsabilidades por asumir por el colectivo de asociados; pero tal vez los efectos más graves en términos de la precarización del trabajo y de la calidad en la contratación se asocian con el gran margen de maniobrabilidad que tienen las CTA para definir las actividades de trabajo, la división de estas, y todo lo relacionado con el régimen de compensaciones¹⁵.

2. Aproximación a las condiciones laborales del recurso humano del sector salud en Medellín

2.1. Metodología de recolección de datos

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta que consta de 42 preguntas divididas en tres módulos: el primero

¹⁵ La compensación es toda aquella retribución económica que recibe el trabajador asociado en dinero o en “especie” por su aporte de trabajo, y con base en sus resultados; por su naturaleza, características y de conformidad con lo establecido por la Ley, esta no constituye salario.



(preguntas 1-9) está destinado a información general como edad, sexo, estrato, etc.; el segundo (preguntas 10-33) indaga sobre la información laboral de los profesionales de la salud. La última pregunta de este módulo habilita a quienes hagan parte del sector desde hace más de 11 años (es decir, antes de la implementación de la reforma) para que contesten el siguiente módulo (preguntas 34-42), que tiene por objetivo captar la percepción de las personas sobre los cambios que generó la promulgación de la Ley 100 de 1993.

Se aplicaron un total de 284 encuestas en seis instituciones públicas y privadas de la ciudad, al personal con alguna de las profesiones de interés, distribuyendo la cantidad de encuestas así: 81 médicos (28,5%), 35 enfermeras (12,3%), 132 auxiliares de enfermería (46,5%), 16 odontólogos (5,6%), 14 bacteriólogos (4,9%) y 6 nutricionistas (2,1%)¹⁶. Esta distribución corresponde a unas cuotas determinadas de tal forma que la muestra por profesión fuera proporcional al número total de profesionales en la población de referencia¹⁷.

16 El muestreo que se realizó en este estudio es no probabilístico, toda vez que la población de profesionales de la salud en las seis áreas de interés es desconocida, a causa principalmente de que en Colombia no existe un registro del recurso humano en salud que se encuentra ejerciendo su profesión. La opción más cercana para conocer a la población puede ser el registro de egresados de las diferentes instituciones de educación superior, pero esto conlleva el problema de incluir a aquellos que no ejercen su profesión en el sector salud o que se encuentran desempleados. Debido a esto, y al hermetismo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se decidió seleccionar una muestra por conveniencia entre el equipo investigador y la entidad contratante.

17 Debido a que la población total de profesionales de la salud en la ciudad es desconocida, se tomó como población de referencia el total de trabajadores (empleados, temporales, pertenecientes a cooperativas de trabajo asociado y contratistas) de las seis instituciones que permitieron realizar el trabajo de campo, extrayendo de aquí la muestra a encuestar.

2.2. Resultados

De las 284 encuestas aplicadas, 266 corresponden a profesionales que trabajan en entidades de naturaleza pública y 18 de naturaleza privada¹⁸. En total se realizaron 74 encuestas en instituciones con grado de complejidad de primer nivel, 47 en el segundo nivel y 163 en el tercer nivel. La muestra se distribuyó entre 212 mujeres y 72 hombres, cuya edad media fue de 36 años, un máximo de 56 y un mínimo de 19.

Cuando se le preguntó a la población encuestada si era cabeza de hogar, 152 personas respondieron afirmativamente y 132 afirmaron no serlo. Entre los primeros, 100 son mujeres y 52 son hombres. Cuando se les preguntó por el tipo de vivienda que habitan, el 36,7% respondió que este era propia totalmente pagada, el 11,9% respondió que era propia y se está pagando, el 28,9% afirma que arrendada y el 21,9% dice que es familiar. Al preguntarles por la propiedad de vehículo, el 54,9% respondió negativamente a la pregunta, y el 45,1% afirmó tener vehículo.

En cuanto a la afiliación a la seguridad social, el 86,6% se encuentra afiliado a otra EPS diferente del ISS y de Cajanal, y el 12,7% se encuentra afiliado al ISS. El 96,1% de la población cotiza a pensiones obligatorias y solo un 4,9% cotiza además en pensiones voluntarias. El 74,3% se encuentra afiliado a fondos privados de pensiones, el 23,6% en el ISS y el 1% en régimen especial.

2.2.1. Información laboral

Entre los profesionales encuestados el 20,8% realizaron estudios de posgrado,

18 La mayoría de las encuestas se aplicaron en instituciones públicas debido a diversos problemas como el hermetismo de las instituciones privadas para proveer información. En instituciones de medicina pre-pagada y en consultorios privados no se tuvo acceso pese a los esfuerzos realizados para conseguir estos datos.

los cuales son en su mayoría médicos; es decir, un 64,4% del total de la muestra. De 81 médicos 38 poseen un postítulo, lo que corresponde a un 46,9% del total de médicos (véase tabla 4).

La encuesta evidencia la tendencia generalizada actual hacia la subcontratación de los servicios de personal: el 51,4% de los encuestados están contratados de manera indirecta por la entidad para la cual trabajan. La situación más preocupante se presenta para los médicos y los auxiliares de enfermería pues la mayoría de estos, un 58% y un 55,3% respectivamente, están subcontratados (véase tabla 5).

Preocupa aún más que casi la totalidad de este personal que tiene una relación indirecta con la empresa para la que trabaja sea contratada por alguna CTA. En efecto, el 89% de estos profesionales pertenece a las CTA, mientras que solo un 8,2% tiene vínculo con una agencia temporal de empleo (véase tabla 6). Si comparamos el personal vinculado a una CTA con el total de encuestados, se puede ver que estos corresponden al 45% del total de la muestra; esto es, casi la mitad, lo que confirma aún más la creencia de que en la actualidad hay un abuso de la figura de CTA para la contratación de personal en condiciones laborales precarias, especialmente en el sector salud.

TABLA 4.
PROFESIONALES CON POSGRADO

Profesión	Posgrado	
	% del total por profesión	% del total de la muestra
Médico	46,9	64,4
Odontólogo	31,3	8,5
Enfermero	22,9	13,6
Nutricionista	16,7	1,7
Bacteriólogo	50,0	11,9
Auxiliar de enfermería	n.a.	n.a.

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

TABLA 5.
TIPO DE VINCULACIÓN SEGÚN PROFESIÓN

Profesión	Directa (% del total por profesión)	Indirecta (% del total por profesión)
Médico	42,0	58,0
Odontólogo	75,0	25,0
Enfermero	54,3	45,7
Nutricionista	66,7	33,3
Bacteriólogo	71,4	28,6
Auxiliar de enfermería	44,7	55,3
Total	48,6	51,4

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.



TABLA 6.
TIPO DE ENTIDAD CONTRATANTE

Profesión	Agencia temporal de empleo		Cooperativa de trabajo asociado		Otras	
	% del total por profesión	% del total de la muestra	% del total por profesión	% del total de la muestra	% del total por profesión	% del total de la muestra
Médico	10,6	41,7	87,2	31,5	2,1	25,0
Odontólogo	0,0	0,0	50,0	1,5	50,0	50,0
Enfermero	18,8	25,0	81,3	10,0	0,0	0,0
Nutricionista	0,0	0,0	50,0	0,8	50,0	25,0
Bacteriólogo	0,0	0,0	100,0	3,1	0,0	0,0
Auxiliar de enfermería	5,5	33,3	94,5	53,1	0,0	0,0
Total	8,2	100	89,0	100	2,7	100

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

En cuanto al término del contrato, el 82,4% del total encuestado respondió que tenía un contrato a término indefinido, mientras que el 16,6% restante respondió tener contrato a

término definido (véase tabla 7). En cuanto a la modalidad de contratación, el 87,3% está contratado por tiempo completo, el 9,5% tiempo parcial, y el 2,5% por actividad.

TABLA 7.
TÉRMINO DEL CONTRATO SEGÚN PROFESIÓN (EN PORCENTAJES DEL TOTAL POR PROFESIÓN)

Profesión	Definido o fijo	Indefinido	Ns/Nr
Médico	16,0	82,7	1,2
Odontólogo	25,0	75,0	0,0
Enfermero	40,0	57,1	2,9
Nutricionista	16,7	83,3	0,0
Bacteriólogo	21,4	78,6	0,0
Auxiliar de enfermería	9,1	90,2	0,8
Total	16,5	82,4	1,1

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

A los encuestados se les preguntó también sobre la duración de su jornada laboral (número de horas a la semana). Los resultados indican que, en general, los profesionales del sector salud dedican un promedio de 46 horas semanales a sus actividades laborales, presentando como mínimo 16 horas y como máximo 78. Al realizar el análisis por profe-

sión se puede observar que tanto enfermeros como auxiliares dedican un mayor número de horas semanales que el resto de los profesionales. Cabe destacar en este sentido que los auxiliares de enfermería son los que destinan un mayor número de horas, teniendo en cuenta que su rango se encuentra entre 36 y 78 (véase tabla 8).

TABLA 8.
NÚMERO PROMEDIO DE HORAS DE LA JORNADA SEMANAL DE TRABAJO POR PROFESIÓN

Profesión	Número de horas		
	Mínimo	Máximo	Promedio
Médico	16	72	44
Odontólogo	22	50	37
Enfermero	44	60	48
Nutricionista	24	52	38
Bacteriólogo	44	48	46
Auxiliar de enfermería	36	78	48
Total	16	78	46

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

Cuando se analizó el número de horas trabajadas de acuerdo con la vinculación laboral que poseían, se observó que los profesionales que presentan una mayor intensidad horaria son aquellos que poseen una vinculación indirecta con la institución a la cual prestan el servicio: el promedio de horas a la semana es de 49, mientras que los vinculados directamente tienen una jornada de 42 horas a la semana en promedio.

Hay personal indirecto que reportó trabajar hasta 78 horas a la semana y, por el contrario, entre los vinculados directamente solo se registra como la jornada laboral más extensa 50 horas a la semana. La situación es aún más alarmante si se tiene en cuenta que los indirectos corresponden al 51,4% del total, es decir, la mayoría tiene una vinculación indirecta y una jornada laboral más extensa (véase tabla 9).

TABLA 9.
DURACIÓN PROMEDIO DE LA JORNADA LABORAL A LA SEMANA SEGÚN TIPO DE VINCULACIÓN

Vinculación	Número de horas			
	Recuento	Mínimo	Máximo	Promedio
Directa	138	20	50	42
Indirecta	146	16	78	49
Total	284	16	78	46

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

En el proceso de realización de las encuestas fue común encontrar este fenómeno dentro de una misma institución, lo que constituye un factor de desigualdad entre los empleados que comparten un mismo ambiente de trabajo y constituye un factor de insatisfacción laboral especialmente entre los auxiliares de enfermería. En efecto,

estos expresaron a los encuestadores su inconformidad con esta situación, pues hay casos en los que existe una brecha salarial de casi 400 mil pesos entre los contratados directamente y los contratados indirectamente, teniendo estos últimos que trabajar entre cuatro y seis horas más a la semana en su jornada laboral normal.



Con respecto al salario percibido por la actividad principal, se obtuvo que en general estos profesionales devengan un promedio de ingresos por su actividad principal de \$1'935.068, con un mínimo de \$600.000 y un máximo de \$10'000.000, lo que muestra una brecha salarial de \$9'400.000. No obstante, como es de esperarse, los profesionales que

perciben un mayor salario son los médicos (como se observó anteriormente, un gran porcentaje tiene título de posgrado) y los que presentan un menor rango de ingresos son los auxiliares de enfermería (entre los cuales ninguno presenta un nivel educativo de posgrado) (véase tabla 10).

TABLA 10.
SALARIO PROMEDIO MENSUAL POR OCUPACIÓN PRINCIPAL, SEGÚN PROFESIÓN

Profesión	Salario			
	Recuento	Mínimo	Máximo	Promedio
Médico	77	1.400.000	10.000.000	3.372.597
Odontólogo	15	1.200.000	3.000.000	1.973.333
Enfermero	35	1.600.000	2.250.000	1.961.886
Nutricionista	6	1.000.000	2.500.000	1.764.365
Bacteriólogo	14	1.600.000	2.500.000	2.030.000
Auxiliar de enfermería	132	600.000	1.500.000	1.082.740
Total	279	600.000	10.000.000	1.935.086

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

Para capturar la información sobre subempleo en el sector salud se diseñaron cuatro preguntas, con el fin de indagar el grado de satisfacción de los profesionales con el número de horas trabajadas, el cargo que desempeñan de acuerdo con su formación y experiencia y sus ingresos. En primer lugar, se les preguntó a los profesionales si desearían

trabajar más horas de las reportadas, a lo que el 50% de los odontólogos encuestados respondieron que sí, presentando el mayor nivel de insatisfacción con su dedicación horaria. Estos son seguidos por los nutricionistas, los médicos y los auxiliares de enfermería, quienes presentan el mayor número de horas dedicadas a su labor (véase tabla 11).

TABLA 11.
SUBEMPLEO POR INSUFICIENCIA DE HORAS (PORCENTAJE DEL TOTAL POR PROFESIÓN)

Profesión	¿Desea trabajar más horas?	
	Sí	No
Médico	29,6	70,4
Odontólogo	50,0	50,0
Enfermero	2,9	97,1
Nutricionista	33,3	66,7
Bacteriólogo	14,3	85,7
Auxiliar de enfermería	18,9	81,1
Total	21,8	78,2

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

En segundo lugar, se les preguntó si su formación académica coincidía con su ocupación. Un gran porcentaje de la población encuestada respondió que sí. En este sentido, el 96,5% de los profesionales del sector coinciden en que se desempeñan de acuerdo

con su formación. Este porcentaje aumentó cuando se les preguntó si su ocupación coincidía con su experiencia. El 97,2% de la muestra respondió afirmativamente a esta pregunta (véase tabla 12).

TABLA 12.
SUBEMPLEO POR COMPETENCIAS (PORCENTAJE DEL TOTAL POR PROFESIÓN)

Profesión	¿Su ocupación coincide con su formación académica?		¿Su ocupación coincide con su experiencia?	
	Sí	No	Sí	No
Médico	95,1	4,9	95,1	4,9
Odontólogo	87,5	12,5	100	0,0
Enfermero	94,3	5,7	94,3	5,7
Nutricionista	100,0	0,0	100	0,0
Bacteriólogo	100,0	0,0	100	0,0
Auxiliar de enfermería	98,5	1,5	98,5	0,8
Total	96,5	3,5	97,2	2,5

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

Este porcentaje se redujo en el momento de preguntar si consideraba que su cargo estaba bien remunerado: las opiniones están divididas pues el 52,8% de la muestra respondió que sí, mientras que el 46,8% dijo que no. Los más insatisfechos con su remuneración

son los auxiliares de enfermería, seguidos por los nutricionistas y los enfermeros. Los odontólogos son los que se encuentran más a gusto con sus ingresos mensuales, en comparación con el resto de las profesiones (véase tabla 13).

TABLA 13.
SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN RECIBIDA POR EL TRABAJO
(PORCENTAJE DEL TOTAL POR PROFESIÓN)

Profesión	¿Considera que su cargo está bien remunerado?	
	Sí	No
Médico	60,5	39,5
Odontólogo	75,0	25,0
Enfermero	51,4	48,6
Nutricionista	50,0	50,0
Bacteriólogo	64,3	35,7
Auxiliar de enfermería	44,7	54,5
Total	52,8	46,8

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.



Un gran porcentaje de los profesionales afirma que no desearía cambiar el trabajo en que se desempeña actualmente. El 100% de los bacteriólogos encuestados se encuentra

a gusto con su trabajo y el mayor nivel de inconformidad, aunque es bajo, se encuentra entre los auxiliares de enfermería (véase tabla 14).

TABLA 14.
SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO ACTUAL (PORCENTAJE DEL TOTAL POR PROFESIÓN)

Profesión	¿Desea cambiar el trabajo que tiene actualmente?	
	Sí	No
Médico	23,5	76,5
Odontólogo	12,5	87,5
Enfermero	20,0	80,0
Nutricionista	16,7	83,3
Bacteriólogo	0,0	100
Auxiliar de enfermería	25,8	73,5
Total	22,2	77,5

Fuente: Encuesta de las condiciones laborales en el sector salud en Medellín, Escuela Nacional Sindical. Elaboración de los autores.

Cuando se les preguntó por la estabilidad de su empleo actual, el 35,2% respondió que lo considera inestable y el 64,8% restante considera que es estable. Luego se les preguntó si además del trabajo actual poseen otro trabajo o negocio, a lo cual el 17,6% respondió afirmativamente. A estas personas se les preguntaron temas relacionados con su segunda actividad económica; con respecto a las horas trabajadas en esta durante la semana, las horas promedio de trabajo fueron 16. La remuneración en el mes pasado por ese negocio fue en promedio de \$1'117.907, con un mínimo de \$100.000 y un máximo de \$3'200.000. Se les preguntó si esta segunda actividad económica se encontraba relacionada con su formación académica o experiencia a lo que el 82% respondió afirmativamente, el 18% respondió que no. Además de lo anterior, se les preguntó el motivo por el cual desarrollan dicha actividad, a esto, el 66% respondió que es para mejorar los ingresos.

Para observar si en el sector salud existen agremiaciones a través de las cuales los

empleados se asocian para protegerse de las contingencias, se preguntó si era miembro de organizaciones como sindicatos, cooperativas, cooperativas de trabajo asociado, asociaciones de profesionales u otras organizaciones y el principal beneficio que obtienen de pertenecer a alguna de estas. El 18,3% de los encuestados afirmó pertenecer a un sindicato, el 25,7% a una cooperativa, el 39,8% a una CTA y el 14,1% restante pertenece a asociaciones de profesionales.

Los mayores beneficios que estos profesionales obtienen de pertenecer a un sindicato están relacionados con la defensa de las condiciones de vida y trabajo y reivindicaciones sociales y económicas en un 65,4%; para un 52,1% de las personas que pertenecen a cooperativas, los mayores beneficios son servicios de ahorro y crédito; el 87,6% de las personas que se encuentran en CTA consideran que el mayor beneficio es la fuente de trabajo; por último, el 42,5% de las personas que se encuentran en asociaciones de profesionales encuentran sus mayores beneficios en los mejores ingresos.



Finalmente, respecto del pago de obligaciones salariales mediante bonos de Sodexho, se le preguntó a la población encuestada si recibía estos bonos como parte del pago por su trabajo. Solo una pequeña proporción de la población encuestada reportó recibirlos: el 8,8%, de los cuales el 96% son médicos y el porcentaje restante está compuesto por auxiliares de enfermería. El monto promedio que reciben como pago es de \$696.047, con un mínimo de \$50.000 y un máximo de \$2'600.000 como parte de pago. De estas personas que reciben pagos salariales con bonos, el 88,5% están contratados mediante una CTA.

Cuando se les preguntó por la estabilidad de su empleo actual, el 35,2% respondió que lo considera inestable y el 64,8% restante considera que es estable. Luego se les preguntó si además del trabajo actual poseen otro trabajo o negocio, a lo cual el 17,6% respondió afirmativamente. A estas personas se les preguntaron temas relacionados con su segunda actividad económica; con respecto a las horas trabajadas en esta durante la semana, las horas promedio de trabajo fueron 16. La remuneración en el mes pasado por ese negocio fue en promedio de \$1'117.907, con un mínimo de \$100.000 y un máximo de \$3'200.000. Se les preguntó si esta segunda actividad económica se encontraba relacionada con su formación académica o experiencia a lo que el 82% respondió afirmativamente, el 18% respondió que no. Además de lo anterior, se les preguntó el motivo por el cual desarrollan dicha actividad, a esto, el 66% respondió que es para mejorar los ingresos.

Para observar si en el sector salud existen agremiaciones a través de las cuales los empleados se asocian para protegerse de las contingencias, se preguntó si era miembro de organizaciones como sindicatos, cooperativas, cooperativas de trabajo asociado, asociaciones de profesionales u otras organi-

zaciones y el principal beneficio que obtienen de pertenecer a alguna de estas. El 18,3% de los encuestados afirmó pertenecer a un sindicato, el 25,7% a una cooperativa, el 39,8% a una CTA y el 14,1% restante pertenece a asociaciones de profesionales.

Los mayores beneficios que estos profesionales obtienen de pertenecer a un sindicato están relacionados con la defensa de las condiciones de vida y trabajo y reivindicaciones sociales y económicas en un 65,4%; para un 52,1% de las personas que pertenecen a cooperativas, los mayores beneficios son servicios de ahorro y crédito; el 87,6% de las personas que se encuentran en CTA consideran que el mayor beneficio es la fuente de trabajo; por último, el 42,5% de las personas que se encuentran en asociaciones de profesionales encuentran sus mayores beneficios en los mejores ingresos.

Finalmente, respecto del pago de obligaciones salariales mediante bonos de Sodexho, se le preguntó a la población encuestada si recibía estos bonos como parte del pago por su trabajo. Solo una pequeña proporción de la población encuestada reportó recibirlos: el 8,8%, de los cuales el 96% son médicos y el porcentaje restante está compuesto por auxiliares de enfermería. El monto promedio que reciben como pago es de \$696.047, con un mínimo de \$50.000 y un máximo de \$2'600.000 como parte de pago. De estas personas que reciben pagos salariales con bonos, el 88,5% están contratados mediante una CTA.

2.2.2. Implementación de la Ley 100 de 1993

Cuando se les preguntó a los profesionales si consideraban que su situación laboral había cambiado con la implementación de la Ley 100, el 65,4% considera que empeoró, el



24,6% cree que permaneció igual, el 4,6% opina que mejoró y un 5,4% no sabe o no responde. Con respecto a los efectos que tuvo la Ley 100 en el salario, el 55,4% considera que este disminuyó, el 33,1% cree que permaneció igual, el 5,4% opina que aumentó, mientras que el porcentaje restante no sabe o no responde.

En cuanto al número de horas trabajadas, el 20% piensa que aumentaron, el 57,7% considera que permaneció igual, el 14,6% cree que disminuyeron. Con respecto a la intensidad laboral, se les preguntó si consideraban que el número de pacientes atendidos por hora había aumentado. A esta pregunta respondieron que sí había aumentado en un 58,5%, permaneció igual en un 30,8%, disminuyó en un 4,6% y no sabe o no responde un 6,2%.

Cuando se les preguntó acerca de la contratación y de los cambios que habían surgido a partir de la implementación de la Ley, el 32,3% considera que su contrato cambió y el 60,8% opina que permaneció igual. El tipo de contrato que tenían antes de la implantación de la Ley era indefinido en un 17,7%. A aquellas personas que respondieron que ha habido cambios en el tipo de contratación se les preguntó si asocian estos cambios a la implementación de la Ley, a lo que respondieron afirmativamente en un 23,1% y un 6,2% opina que no. El porcentaje restante no sabe o no respondió al cuestionamiento.

Con respecto a la necesidad de agremiarse antes de la implementación de la Ley, el 58,5% considera que antes de la Ley no sentían la necesidad de pertenecer a ninguna organización, mientras que el 35,4% considera que sí la sentían. Por último, se les preguntó la percepción que tenían acerca de la calidad en la prestación de servicios, a lo que el 74,6% considera que ha desmejorado,

el 13,8% considera que ha mejorado y el 6,9% cree que permanece igual.

Conclusiones

El nuevo marco de competencia regulada impuesto por la aplicación de la Ley 100 de 1993 cambió el rol de los médicos y profesionales de la salud en el sistema, debido principalmente a la inclusión de las EPS como intermediarios en el manejo de los recursos. En términos salariales, los diferentes estudios indican que, en general, los profesionales de la salud no han gozado de óptimas condiciones en cuanto a su remuneración ni antes de la Ley 100 ni después de esta, pues lo que se vivía antes de la Ley eran grandes desigualdades entre un grupo de privilegiados con altos ingresos, y otro grupo concentrado sobre todo en ofrecer sus servicios en el primer nivel de complejidad, que tenían una alta competencia y debían ofrecer sus servicios a bajas tarifas dado que su mercado estaba compuesto por pacientes de ingresos medios y bajos.

Después de la Ley 100 aquellos privilegiados sufrieron las consecuencias de un sistema que redujo sus remuneraciones tratando de buscar la sostenibilidad financiera, mientras que otros vieron mejorados sus ingresos en comparación con lo que podían alcanzar.

Esto no quiere decir que ahora la remuneración haya mejorado en términos absolutos, pues la evidencia muestra que por causa del fortalecimiento del ISS las tarifas que se extendieron a todo el mercado fueron las más bajas. Además, lo que sí es contundente es el aumento en la carga laboral por la vía de la ampliación de la jornada de trabajo, del aumento de los pacientes atendidos por hora y de la asignación de tareas adicionales (como administrativas) a las correspondientes al ejercicio normal de los profesionales.

Sumado a lo anterior, la flexibilización del trabajo causada por la implementación de la Ley 50 de 1990, la proliferación de universidades de garaje y la precarización, causada sobre todo por el abuso de la subcontratación, especialmente de figuras como las CTA, hacen evidente que los profesionales de la salud han sufrido un detrimento en sus condiciones de trabajo.

El aumento de la oferta de profesionales en el sector, sumado a las nuevas reglas de juego impuestas por la Ley, ha contribuido a la caída en el nivel salarial de estos profesionales, especialmente en el caso de los odontólogos, bacteriólogos y nutricionistas quienes enfrentan niveles salariales muy similares a los auxiliares de enfermería. Otro aspecto importante que ha contribuido al deterioro de las condiciones laborales es la preferencia que se ha dado por la contratación de recurso humano menos cualificado, y la explosión de la oferta de recurso humano debido a la proliferación de instituciones educativas, todo esto como consecuencia de la búsqueda del abaratamiento de la mano de obra.

Entre los resultados obtenidos se observan tres puntos importantes. En primer lugar, existen diferentes brechas no solo salariales entre estas profesiones, sino también de intensidad horaria. En este orden de ideas, los auxiliares de enfermería son quienes perciben una menor remuneración por sus actividades y se encuentran expuestos a un mayor número de horas laborales. En segundo lugar, los retornos a la educación, como es de esperarse, son mayores para aquellos con más altos niveles de escolaridad y que ejercen profesiones que requirieron un mayor grado de complejidad; esto se refleja en el alto diferencial salarial entre estas dos profesiones, que en economía se llama premio a la educación; por tanto, un mayor nivel de educación incrementa los retornos salariales obtenidos. Lo que llama la atención

es que existan brechas entre los trabajadores de una misma profesión que desempeñan un mismo cargo.

En tercer lugar, pero no menos importante, se encuentra un punto crítico dentro del sector debido a la existencia de subempleo subjetivo incluso entre las profesiones que se encuentran mejor remuneradas. En este sentido, alrededor del 20% de la población encuestada se encuentra inconforme con su trabajo y con el número de horas semanales que le dedican y, además, cerca del 47% del total de la muestra se encuentra insatisfecha con su remuneración. Además de lo anterior, se encuentra que existen altas inconformidades con los beneficios y prestaciones que se reciben, especialmente entre los médicos.

Referencias

1. Hawasly R, Salazar V, Vásquez J. Reforma a la seguridad social y oferta laboral de los profesionales de la salud en Medellín. *Oikos* 1998; (11): 79-102.
2. López L, Ochoa J, Valencia J. Impacto de la reforma en salud en el mercado laboral médico. *Cuadernos del CIDE* 1998; (4): 75-110.
3. Morales L, Chavarriaga I, Barrero J. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998. Documentos de Trabajo Fundación Corona No 3. Bogotá, 2001.
4. Cendex. Los recursos humanos de salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Bogotá, 2001.
5. Universidad de Harvard. La reforma de la salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Bogotá, 1996.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil del sistema de servicios de salud en Colombia. Washington, 2002.
7. López J. Oferta y demanda de recursos humanos en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2004; 22 (99): 93-102.
8. Universidad de Antioquia. Recursos humanos en salud en Colombia 1961-2005. Medellín, 2003.
9. Ruíz F. Comisión accidental de investigación del sistema general de seguridad social en salud, mesa de salud. Documento de trabajo CENDEX. [Publi-



- cación en Internet] 2004. Disponible en: <http://www.cendex.org.co/pdf/DT%20011-04.pdf>
10. Osorio J. Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de Mercado. CES MEDICINA 2004; 18(2): 69-79.
 11. Colombia - Ministerio de Salud. Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial, 1994-1998. Bogotá, 1998.
 12. Universidad de Antioquia. Modelo oferta y demanda de recursos humanos en salud para Colombia. [Sitio en Internet]. 2002. [Citado en 2007, nov. 20]. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/wwwrh/oferta1.htm>.
 13. Colombia - Ministerio de Educación Nacional. Observatorio laboral para la educación. S en Internet]. 2007. [Citado en 2007, sep.] Disponible en: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/>.

ADMINISTRACIÓN DE SALUD

CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

ESPECIALIZACIÓN EN

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

