

Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS

El mundo de trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus

Capítulo 1

Impactos del Covid-19 en el empleo y los ingresos: hecatombe social a la vista

Por Alberto Orguloso. Director General ENS

El Director General de la OIT, Guy Ryder afirmó que “ya no se trata sólo de una crisis sanitaria mundial, sino también de una importante crisis económica y del mercado laboral que está teniendo un enorme impacto en las personas”. “Los trabajadores y las empresas se enfrentan una catástrofe, tanto en las economías desarrolladas como en las que están en desarrollo... Tenemos que actuar con rapidez, decisión y coordinación. Las medidas correctas y urgentes podrían hacer la diferencia entre la supervivencia y el colapso”

Como sostiene la OIT (2020) el Covid-19 tiene una amplia repercusión en el mercado laboral. Más allá de la inquietud que provoca a corto plazo para la salud de los trabajadores y de sus familias, el virus y la consiguiente crisis económica repercutirán adversamente en el mundo del trabajo en tres aspectos fundamentales, a saber: 1) la cantidad de empleo (tanto en materia de desempleo como de subempleo); 2) la calidad del trabajo (con respecto a los salarios y el acceso a protección social); y 3) los efectos en los grupos específicos más vulnerables frente a las consecuencias adversas en el mercado laboral, como los informales. (OIT, 2020).

El Director Regional de la OIT, Vinícius Pinheiro sostuvo que “estamos ante una destrucción masiva de empleos, y esto plantea un desafío de magnitudes sin precedentes en los mercados laborales de América Latina y el Caribe”, “Desde ahora sabemos que al mismo tiempo que se supera la emergencia sanitaria deberemos enfrentar una verdadera reconstrucción de nuestros mercados de trabajo”.

El efecto catastrófico que ha tenido el COVID-19 sobre el tiempo de trabajo y los ingresos laborales en el mundo se repite en América Latina y el Caribe, donde la pandemia causa la pérdida de 5,7% de las horas de trabajo en el segundo trimestre de este año, lo que equivale a 14 millones de trabajadores a tiempo completo.

De acuerdo con la OIT (2019) “la pandemia COVID-19 está teniendo un efecto catastrófico en el tiempo de trabajo y en los ingresos, a nivel mundial”ⁱ. Las estimaciones de la OIT indican un aumento del desempleo mundial de entre 5,3 millones (hipótesis “prudente”) y

24,7 millones (hipótesis “extrema”), mientras la crisis financiera mundial de 2008-2009 aumentó el desempleo mundial en 22 millones”. Además, se estima que entre **8,8 y 35 millones de personas más estarán en situación de pobreza laboral** en todo el mundo, frente a la estimación original para 2020.

Pronósticos del BID estiman que “se podrían perder hasta 17 millones de empleos formales y el nivel de informalidad podría llegar a 62% en la región, con lo cual se perderían todos los avances logrados en este ámbito durante el periodo 2000-2013”. Para el caso Colombia proyectan una pérdida de empleo entre 4,2% en el corto plazo y 7,7% en el largo plazo. De mantenerse una recesión prolongada la pérdida llegaría al 14,4%.

El impacto sobre pérdida de ingresos es especialmente duro para los empleados no protegidos y para los grupos más vulnerables de la economía informal que como el caso de Colombia tiene un mercado laboral altamente informal (superior al 69%) según los criterios de afiliación de la seguridad social. Al menos 15 millones 500 mil trabajadores en condiciones de precariedad laboral (informales, cuenta propia, trabajadoras domésticas, jornaleros) han perdido total o parcialmente sus ingresos laborales debido a la crisis, lo que conduciría a un mayor empobrecimiento de la población, si no recibe efectivamente los subsidios de la emergencia económica y sanitaria.

La tasa de desempleo mantiene la tendencia alcista de manera consecutivo en los últimos cuatro años, pero es más grave el desempleo en los últimos dos años. En particular 2 millones 615 mil, esto es más de 209 mil personas adicionales que no encontraron empleo durante 2019, lo que elevó la tasa de desempleo, el desempleo a 11,2% entre enero y diciembre en las 13 ciudades y áreas metropolitanas ascendió (2.332 mil desempleados). Las mujeres son las más afectadas, con una tasa del 13,1%. Los jóvenes desempleados son el 16%, levemente menor al año anterior.

Los 22 millones de trabajadores (formales e informales) del país están siendo afectados de una o de otra manera con el aislamiento obligatorio que decretó el gobierno el pasado 24 de marzo para combatir el COVID-19 y por los impactos de esta emergencia sanitaria en los procesos productivos, en los ingresos y el funcionamiento de las empresas.

En un análisis de impacto sobre los trabajadores de las medidas especiales que regirán a partir del finales de abril por cuenta la medida del gobierno para restablecer procesos productivos de manera escalonada en algunos sectores declarados prioritarios, los trabajadores por sector y ocupación tendrán algunos impactos de acuerdo algunos estudios con fuentes de información DANE (Encuesta Integrada de Hogares) y teniendo en cuenta escenarios de impactos por tipo de ocupación y por nivel de ingresos.

Por un lado, para el grupo de trabajadores/as independientes e informales (11 millones 890 mil), que constituye la mayoría de la fuerza laboral, quienes tuvieron que dejar sus actividades económicas de las cuales generaban un ingreso, luego de la declaratoria del aislamiento social y su extensión; segundo el grupo de trabajadores que cuentan con contrato a término fijo y contrato a término indefinido del sector privado (7.002.789 trabajadores) y tercero los contratistas del Estado (231.935).

Hacia una crisis global: “la economía mundial no volverá a la normalidad”

Todos los pronósticos de la dinámica económica y el crecimiento global son catastróficos, con caídas en el PIB, pérdidas de puestos de trabajo, reducción de ingresos y un mayor empobrecimiento de la población.

Si bien no existe consenso sobre la magnitud ni la duración que tendrá la pandemia ni sus efectos totales sobre la economía y el empleo, sin embargo, hay coincidencia sobre los sectores que más se han visto afectados por las declaratorias de cuarentenas y el distanciamiento social, decretadas por los gobiernos. Esto incluye el sector de comercio, restaurantes y hoteles, así como el sector transporte. Adicionalmente, la menor demanda agregada tendrá efectos importantes sobre los sectores manufactureros, pues las restricciones sanitarias han interrumpido las cadenas de suministros globales, de acuerdo con estudios del BID¹.

América Latina y el Caribe creció a una tasa estimada de apenas 0,1% en 2019, y los últimos pronósticos de la CEPAL² prevén un “crecimiento negativo” de -5,3 del PIB, y para Colombia de -2,6%, es decir un decrecimiento o pérdida de capacidades y de valor para 2020. Habrá una caída de las exportaciones del -6% en volumen y del -8.8% en precios. Los pronósticos de desempleo prevén un incremento de la tasa de desempleo se incrementará en 3,4 puntos porcentuales en toda la región, lo que significa 11 millones 572 puestos de trabajo menos y una tasa de 11,5% en el 2020. La magnitud del impacto final dependerá de la estructura sectorial de cada país. Pero todas las proyecciones están siendo revisadas a la baja significativamente y los escenarios son catastróficos en pérdidas humanas, de valor agregado y de bienestar social.

Como dice la Cepal la economía global no volverá a la “normalidad”, lo que aplica para nuestro país, que la crisis tendrá una duración mayor o menor dependiendo de las medidas que adopte y asuma el Estado, de los acuerdos de la comunidad internacional y organismos internacionales y de la concurrencia del sector privado, incluyendo a los más ricos y al sistema financiero, quienes están obligados a poner gran parte de los recursos que han acumulado, en favor la recuperación de la economía y del empleo.

La gravedad de la crisis que afecta la tendencia de acumulación del capitalismo rentístico, requiere cambios de fondo en el modelo de desarrollo, en las políticas económicas y las medidas de choque para contrarrestar la crisis y sus efectos devastadores en la población más vulnerable y en las clases medias.

Medidas del gobierno de Duque frente a la crisis:

El gobierno nacional tomó la decisión de declarar la emergencia económica, social y ecológica por 30 días mediante del Decreto 417 del 17 de marzo de 2020. Durante este estado

¹ Altamirano. A., Azuara. O. González, S. BID. (Abril 17, 2020). ¿Qué efectos tendrá la COVID-19 sobre el empleo de América Latina y el Caribe?

² Bárcena. Alicia (2020). América Latina y el Caribe: Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación. 21 de abril de 2020 Secretaria Ejecutiva

excepcional el Presidente tenía las facultades para expedir decretos con fuerza de ley para enfrentar la pandemia y sus efectos, para lo cual expidió más de 215 normas³ (95 decretos con fuerza de ley, 68 resoluciones, 48 circulares y cuatro Directivas Presidenciales), entre las cuales se reseñan los siguientes decretos:

- ❖ El Decreto 418 (18 de marzo), mediante el cual impuso la primacía de las decisiones del presidente sobre las de gobernadores o alcaldes, en materia de orden público, y se pusieron restricciones para reuniones o aglomeraciones de más de 50 personas, medidas que ya habían sido adoptadas por algunos alcaldes.
- ❖ El Dec. 434 (19 de marzo) mediante el cual se establecieron plazos especiales para la renovación de la matrícula mercantil y los demás registros que integran el Rues.
- ❖ El Decreto 436 estableció medidas aduaneras transitorias, mientras que el 438 otorgó la exención temporal de IVA para importación y ventas de los bienes relacionados con suministros y equipos médicos.
- ❖ El Presidente expide el Decreto 439 mediante el cual prohibió el desembarque de pasajeros del exterior por vía aérea y adoptó la medida de aislamiento social obligatorio por 14 días para los pasajeros que llegaran al país, presionado por algunos alcaldes y gobernadores y la opinión pública.
- ❖ El 22 de marzo expidió el Decreto 457 por el cual se ordenó la cuarentena nacional hasta el 13 de abril, con excepción de 34 casos en los que los colombianos podían salir de su casa.
- ❖ Mediante el Decreto 444 (marzo) de 2020 creó el Fondo de Mitigación de Emergencias (Fome) con el fin de apoyar el funcionamiento del sistema público de salud, inyectar liquidez a la economía, especialmente del sistema financiero y para la financiación de las empresas, además de apoyar los ingresos y el consumo de los hogares más vulnerables y mediante el uso y destinación de los recursos (2,7 billones) del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET) y de 12,1 billones del Fondo de Ahorro y Estabilización de Regalías para atender la emergencia.
- ❖ Por su parte, con el 458 se establece una transferencia monetaria a los beneficiarios de Familias en Acción, Colombia Mayor y Jóvenes en Acción. Con el Decreto 441 se estableció la reconexión del servicio de agua y alcantarillado.
- ❖ Decreto 518 (4 de abril) de 2020, por el cual se crea el Programa Ingreso Solidario para atender las necesidades de los hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad en todo el territorio nacional, bajo la administración del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante el cual se entregarán transferencias monetarias no condicionadas con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME en favor de las personas y hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad, que no sean beneficiarios de los programas Familias en Acción, Protección Social al Adulto Mayor - Colombia Mayor, Jóvenes en Acción o de la compensación del impuesto sobre las ventas - IVA, por el tiempo que perduren las causas que motivaron la declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica

³ <http://www.suin-juriscol.gov.co/legislacion/covid.html>

- ❖ Para implementar el ingreso solidario el gobierno destinó aproximadamente un billón de pesos, para otorgar un aporte de \$160.000 a tres millones de familias, además de los \$145.000 adicionales para otras 2.392.281 familias del programa “Familias en Acción”, y un giro adicional por \$356.000 para los 204.000 jóvenes inscritos en el programa “Jóvenes en Acción”. Sin embargo, el modelo de entrega de estos subsidios está contaminado del virus de la corrupción, dado que aparecen como beneficiarias muchas personas suplantadas o vinculadas a redes clientelares.
- ❖ El Decreto 460 (22 de marzo), busca garantizar el cumplimiento de las funciones de las Comisarías de Familia, la prestación ininterrumpida del servicio en las comisarías de familia y establece que los alcaldes distritales y municipales deberán garantizar la atención a las y los usuarios y el cumplimiento efectivo de las funciones administrativas y jurisdiccionales a cargo de las comisarías de familia, frente a la protección en casos de violencias en el contexto familiar y la adopción de medidas de urgencia para la protección integral de niñas, niños y adolescentes, adoptando medidas orientadas a contrarrestar el riesgo de contagio de coronavirus COVID-19.
- ❖ Por su parte el Decreto 461, otorga facultades a gobernadores y alcaldes para orientar rentas y reducir tarifas de rentas territoriales. Facultad de los gobernadores y alcaldes en materia de rentas de destinación específica; para que reorienten las rentas de destinación específica de sus entidades territoriales con el fin de llevar a cabo las acciones necesarias para hacer frente a las causas que motivaron la declaratoria del Estado de Emergencia, sin que sea necesaria la autorización de las asambleas departamentales o consejo municipales. De igual forma faculta a los gobernadores y alcaldes para realizar las adiciones, modificaciones, traslados y demás operaciones presupuesta les a que haya lugar.
- ❖ El decreto 462 prohibió la exportación de productos necesarios para afrontar la emergencia y el Decreto 463 modificó parcialmente el arancel de aduanas para la importación de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos químicos, artículos de higiene y aseo, insumos, equipos y materiales requeridos para el sector agua y saneamiento básico.
- ❖ El Decreto 466 (23 de marzo) consagró la relación mínima de solvencia del Fondo Nacional de Garantías – FNG, del (9%), lo que modifica el Decreto 2555 de 2010, referido a que los activos, exposiciones y contingencias sujetos a riesgo de crédito frente a pequeñas y medianas empresas, microempresas o personas naturales, se utilizará un porcentaje de ponderación del setenta y cinco por ciento (75%).
- ❖ Por su parte, los Decretos 467, 468 y 469 adoptaron medidas de urgencia para beneficiarios de auxilios del Icetex; la autorización de nuevas operaciones de crédito a Findeter y Bancoldex; y el levantamiento de la suspensión de términos judiciales, respectivamente.
- ❖ El Decreto 470 autoriza la repartición el Programa de Alimentación Escolar se brinde a los niños, niñas y adolescentes matriculados en el sector oficial para su consumo en casa, durante la vigencia del estado de Emergencia.
- ❖ Decreto Ley 486 (27 de marzo) de 2020, otorga un incentivo económico a aquellos trabajadores y productores del campo mayores 70 años que tengan aislamiento

obligatorio y que no estén cubiertos por algún beneficio del Gobierno, a fin de contribuir a su subsistencia.

- ❖ El decreto 471 (25 de marzo) adopta medidas de protección en el sector agropecuario debido a la volatilidad del precio del dólar por los efectos del COVID 19, mediante la fijación directa por el Ministerio de Agricultura de políticas de precios de los insumos agropecuarios.
- ❖ Dec. 475 establece mecanismo de apoyo a las actividades artísticas y de gestión cultural.
- ❖ Dec 476 (25 de marzo) de 2020 flexibiliza los requisitos la evaluación de solicitudes de registro sanitario, permiso comercialización de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos equipos biomédicos, reactivos de diagnóstico invitro, flexibiliza los requisitos que deben cumplir los fabricantes de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos médicos; flexibiliza los requisitos para la comercialización, distribución, dispensación, entrega no informada, almacenamiento y transporte, medicamentos, productos fitoterapéuticos y flexibiliza requisitos para donaciones de medicamentos, productos fitoterapéuticos, dispositivos médicos para la prevención, diagnóstico o tratamiento Covid-19.
- ❖ Decreto 488 (27 de marzo) de 2020, autoriza el retiro parcial y mensual de las cesantías en fondos de cesantías privados, adopta medidas frente al otorgamiento de vacaciones y adiciona un beneficio al mecanismo de protección al cesante, consistente en el otorgamiento de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta norma autoriza el retiro de las cesantías para ser usados en gastos del hogar y estableció que las Cajas de Compensación Familiar dispongan recursos para brindar el subsidio de dos salarios mínimos a las personas que queden cesantes siempre que haya sido un trabajador formal que tenga una afiliación de más de un año a la Caja de compensación.
- ❖ Decreto 491 (marzo) del 2020 estableció nuevas medidas que buscan proteger el empleo y fortalecer la atención de los funcionarios públicos y los contratistas. Se suspendieron los concursos del empleo público, se pretendió garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se adoptaron medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas.
- ❖ Este mismo decreto (491) estableció el aplazamiento de los concursos de méritos y procesos de selección de empleos públicos que actualmente se estén adelantando en el servicio público para garantizar la participación en los concursos sin discriminación de ninguna índole, evitar el contacto entre las personas y propiciar el distanciamiento social. De acuerdo con cifras del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP), el país cuenta con 1.198.834 servidores públicos. El Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP) reporta que el Estado cuenta con 231.935 contratistas, incluyendo contratación directa y régimen especial.
- ❖ La norma (Dec. 491) también ordena a las universidades públicas que permitan a los docentes ocasionales o de hora cátedra cumplir sus funciones mediante la modalidad de trabajo en casa, haciendo uso de las tecnologías de la información y las

comunicaciones. Estableció que bajo ningún motivo las universidades públicas pueden suspender la remuneración o los honorarios a los docentes. Dicta el decreto que no se suspenderán los contratos de prestación de servicios en el Estado. De igual forma, los contratos administrativos con las empresas de aseo, cafetería, vigilancia, transporte y otros servicios de esta naturaleza no serán suspendidos mientras dure el aislamiento preventivo obligatorio. Las empresas que tengan estos contratos deberán certificar el pago de la nómina y seguridad social de los empleados para poder efectuar el pago.

- ❖ Se amplía el periodo institucional de los gerentes de hospitales públicos en el país para atender la contingencia provocada por la pandemia del coronavirus. “Los gobernadores y alcaldes podrán ampliar, por un término de 30 días, el periodo institucional de los gerentes o directores de empresas sociales del Estado, que terminan este mismo mes.
- ❖ El mismo decreto 491 autorizó que Congreso y demás corporaciones públicas, los órganos, corporaciones, salas y juntas colegiadas de todas las ramas del poder público y en todos los órdenes territoriales podrán realizar sesiones no presenciales cuando por cualquier medio sus miembros puedan deliberar y decidir por comunicación simultánea o sucesiva.
- ❖ El dec 493 se establecen periodos de gracia en créditos de vivienda. El otorgamiento de periodos de gracia en capital e intereses en los créditos para adquisición de vivienda o contratos de leasing habitacional que cuenten con el beneficio de cobertura de tasa de interés, que se pacten entre los beneficiarios y la respectiva entidad en el marco de las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera mediante circular externa 007 de 2020, no se entenderá como causal de terminación anticipada de la cobertura.
- ❖ El Decreto 499 (31 de marzo) de 2020 modifica el régimen de contratación pública y facilita la contratación estatal bajo el régimen de contratación privada. Los contratos que tengan por objeto la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos relacionados en el artículo 1 del Decreto Legislativo 438 del 19 de marzo 2020 y elementos de protección personal requeridos en la gestión sanitaria atender casos sospechosos o confirmados de Coronavirus COVID-1, no se regirán por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y en consecuencia le serán aplicables las normas de derecho privado. Las entidades estatales quedaron facultadas a contratar directamente a las personas extranjeras naturales o jurídicas que provean los bienes o servicios relacionados con dispositivos médicos y elementos de protección.
- ❖ Decreto 500 (31 de marzo de 20020. Obliga a la Administradora de Riesgos Laborales de carácter público cumplan acciones de Promoción y Prevención por parte de las Administradoras de Riesgos laborales de carácter público, destinando los recursos las cotizaciones en riesgos laborales, de que trata el artículo 11 de la Ley 1562 de 2012, la siguiente distribución: 1). El cinco por ciento (5%) del total de la cotización para realizar actividades de promoción y prevención dirigidas a los trabajadores de sus afiliadas, acciones intervención directa relacionadas con la contención, mitigación y

atención del nuevo Coronavirus COVID-19. 2). Del noventa y dos por ciento (92%) total de la cotización, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales destinará como mínimo el 10% para las actividades de prevención y promoción de que trata numeral 2° del artículo 11 de Ley 1562 de 2012, 3). uno por ciento (1 %) en favor del Fondo Riesgos Laborales y dos por ciento (2%) para actividades de emergencia e intervención y para la compra de elementos protección personal, chequeos médicos frecuentes carácter preventivo y diagnóstico, y acciones intervención directa relacionadas con la contención y atención del Coronavirus COVID-19, destinados a los trabajadores de sus afiliadas, con ocasión de las labores desempeñan. Esta medida no compromete a las ARL del régimen privado, lo que raya en un favorecimiento al interés privado.

- ❖ Decreto 582 (16 de abril) de 2020 ordena a los bancos a preferir el pago de las pensiones por medio del abono a cuenta bancaria, sin costo a los pensionados mayores de 80 años y pensionados por invalidez mayores de 70 años podrán recibir el pago de su mesada directamente en casa, no se requerirá poder especial.. A su vez los afiliados al Programa de Subsidio al Aporte en Pensión no perderán su condición de beneficiarios por la causal establecida en el numeral 4° del artículo 2.2.14.1.24. del Decreto 1833 de 2016, en caso de que no se efectúe el pago oportuno del aporte que les corresponde, podrán realizar el pago extemporáneo del aporte no realizado en tal período, sin el cobro de intereses moratorias, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha en la cual se dé por terminado el citado estado de emergencia.
- ❖ El Decreto No. 558 (15 de abril) de 2020 adoptó una serie de medidas en materia de pensiones para brindar liquidez a los empleadores y trabajadores. Además, establece medidas que favorecen a las administradoras privadas del fondo de pensiones ante una posible descapitalización de los ahorros de los afiliados de bajos ingresos en lo siguiente:
 - Las medidas implican: las cotizaciones de los meses de abril y mayo que se pagan en mayo y junio de 2020 los empleadores y trabajadores independientes podrán efectuar el pago del 3% de la cotización al Sistema General de Pensiones. Los empleadores pagarán el 75% de la cotización y los trabajadores el 25%. Los trabajadores independientes deberán realizar el 100% de la cotización.
 - Obliga el traslado de cerca de 20 mil pensionados, con derecho a pensión mínima que actualmente están en los fondos privados y establece que Colpensiones sea quien pague las mesadas, no como renta programada a cargo de los fondos cómo dice la ley, sino como una pensión vitalicia en el régimen de prima media financiado en parte con recursos públicos. La implicación de esta medida es que les quita la responsabilidad a los fondos privados y especialmente al fondo de garantía de pensión mínima que debe cubrir lo faltante de los recursos ahorrados por estos afiliados para poder reconocer el derecho a la pensión mínima. Los fondos privados de pensiones tendrán un plazo de 4 meses para trasladar a Colpensiones, los recursos del ahorro de los pensionados que ellos tienen afiliados, con lo cual les da liquidez por 4 meses a cero costo financiero, a estos fondos pensionales mientras las pensiones siguen a cargo de los impuestos.

- ❖ El Ministerio del Trabajo expidió la Circular Externa No. 022 del 19 de marzo, mediante la cual establece que se ejercerá estricta vigilancia y control a las solicitudes que los empleadores presenten respecto de suspensiones de contratos y despidos colectivos. En virtud de lo cual el Ministerio expidió la Resolución 0803 de 2020 en la cual ratifica que “No está dando vía libre para que los empleadores procedan a suspender los contratos o a efectuar despidos colectivos, este acto administrativo está centralizando la atención de estas peticiones por parte de los empleadores, con el fin de evitar la destrucción del empleo en la que se alegue la existencia de una fuerza mayor, situación que le corresponde determinar al Juez del Trabajo”. No obstante, algunos empleadores están abusando de los trabajadores; algunos cumplen adecuadamente y otros, especialmente las MiPymes, claman ayudas del gobierno.
- ❖ El Ministerio del Trabajo, adoptó la Circular 21 del 17 de marzo de 2020, en la cual presentó los lineamientos a los empleadores que tienen por objeto proteger el empleo y la actividad productiva, considerando que se trata de un fenómeno temporal y que el trabajo, conforme lo señala el artículo 25 constitucional “es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado” Reafirmó los lineamientos de protección de trabajadores en el periodo de emergencia producido por la epidemia de coronavirus (covid-19) y recordó las modalidades existentes en las normas laborales y que se pueden acordar entre las partes para garantizar derechos laborales y la operación de las empresas, como el trabajo en casa y el teletrabajo.
- ❖ Trabajo en Casa: Tratándose de una situación ocasional, temporal y excepcional, es posible que el empleador autorice el trabajo en casa, modalidad ocasional de trabajo que no exige el lleno de requisitos necesarios para optar por el teletrabajo, como lo señala el numeral 4 del artículo 6 de la Ley 1221 de 2008.

Esto quiere decir que el trabajo en casa, como situación ocasional, temporal y excepcional, no presenta los requerimientos necesarios para el teletrabajo, y se constituye como una alternativa viable y enmarcada en el ordenamiento legal, para el desarrollo de las actividades laborales en el marco de la actual emergencia sanitaria.

A pesar de las medidas prohibitivas de despidos y terminación unilateral de contratos laborales, se están presentando muchos casos que afectan los derechos laborales, la libertad sindical y los ingresos de las y los trabajadores. Entre el 12 de marzo y 17 de abril de 2020, el Ministerio del Trabajo recibió 1151 solicitudes de suspensión de contratos de trabajo por parte de empresas, de los cuales 583 invocaron la aplicación del artículo 51 del Código Sustantivo de Trabajo, relativo a causales de fuerza mayor o caso fortuito. De la misma manera en ese mismo periodo 9 empresas solicitaron terminación de contrato colectivo de trabajo y despido colectivo invocando las normas vigentes y en concordancia con el artículo 67 de la ley 50 de 1990 el MinTrabajo manifiesta que se pronunció negando la solicitud en aras de mantener la protección de éstos trabajadores.

Hacia una agenda pública para enfrentar la crisis

Para afrontar la crisis y sus impactos económicos, sociales, en el empleo y los ingresos, se hace imperioso adoptar un conjunto de políticas e instrumentos financieros, fiscales y tributarios que serán necesario para paliar los efectos de la crisis y evitar o paliar que la economía caiga en una recesión de larga duración. Entre las medidas podemos destacar:

- Mantener las medidas de **aislamiento social obligatorio para controlar la epidemia** del coronavirus, adoptadas por gobiernos territoriales y el gobierno nacional, la atención prioritaria de las personas afectadas en su salud
- Adoptar un plan especial de emergencia social para atender a las poblaciones más vulnerables afectadas por la crisis, como los trabajadores informales, cuentapropistas; trabajadores del sector salud; trabajadoras del hogar y de la economía del cuidado no remuneradas; trabajadores al servicio de plataformas; personas en condición de discapacidad, población migrante regular y trabajadores con contratos laborales ad portas de sus pensiones.
- Medidas urgentes del **Banco de la República como bajar la tasa de interés y realizarle préstamos directos al gobierno central**, no sólo a los bancos. Exigir que los bancos aplique los alivios financiero de manera efectiva con bajas tasas de interés a las Mipymes, para contribuir a la protección del empleo, los salarios y los niveles de producción. Las actuales tasas de interés hacen muy costoso el crédito, así haya garantías del Estado.
- Solicitar la **condonación parcial y reprogramación del pago de la deuda externa pública**, para liberar recursos que se destinen a la atención de la emergencia sanitaria, reforzar la red pública de salud, adecuación de unidades de cuidados intensivos, ampliación del número de camas, contratación laboral del personal de salud, dotación de elementos esenciales para el adecuado servicio de salud, bioseguridad, compra de medicamentos para afrontar la virosis, pruebas diagnósticas, campañas de prevención, entre otras.
- Hacer uso parcial de las **reservas internacionales** y utilizar otros mecanismos como emisión de bonos y crédito contingente para generar liquidez a la economía y fuentes de recursos para el gobierno nacional y los gobiernos locales, con destinación exclusiva a la financiación productiva, el fortalecimiento de la red pública de salud y los programas de asistencia social.
- Hacer uso mediante crédito directo de **una parte de los recursos ahorrados por los colombianos a través de los fondos privados de pensiones**, para apalancar el financiamiento de los procesos productivos del país y de las economías populares e informales (capital de trabajo, pago de nómina), para evitar que sean devorados por las prácticas especulativas del capital financiero legal e ilegal (paga diario o gota a gota).
- Reasignar recursos del presupuesto nacional destinados gasto militar para reorientarlos al gasto social, inclusive el fondo para el ingreso mínimo vital y el apalancamiento financiero para la operación productiva de las Mipymes.
- Crear la tasa Tobin a las transacciones financieras de los agentes económicos del sector financiero, y a los excedentes del sistema bancario, las inversiones

especulativas y a los grandes patrimonios, las herencias y las ganancias ocasionales. Se requiere una reforma tributaria progresista que le permita al Estado recaudar nuevas fuentes de recursos, desmontando las excepciones tributarias y los beneficios inmerecidos que le han otorgado al gran capital que no contribuye con la generación de empleo.

- Adoptar la renta básica universal o **ingreso mínimo vital** de al menos un salario mínimo, a las personas, inicialmente focalizado y dirigido a los trabajadores informales, trabajadoras domésticas, autónomos, población en discapacidad sin ingresos, unificación de los beneficiarios de Colombia Mayor, Familias en Acción y Jóvenes en Acción, el Ingreso Solidario y demás programas de atención a poblaciones en situación de pobreza, integrando los actuales fondos en un solo programa, financiado con los actuales recursos, y nuevas fuentes del Fondo de Ahorro y Estabilización de Regalías, recursos liberados por el no pago de los servicios de la deuda externa, recursos de las Cajas de Compensación Familiar y suspensión de las exenciones tributarias a los grandes capitales.
- Respaldo de las propuestas de las Centrales Sindicales relativas a las medidas urgentes para la protección de los derechos laborales, especialmente aquellas personas trabajadoras más vulnerables, así como a los trabajadores de la salud y el financiamiento directo de la red pública de salud.
- Realizar un control fiscal control preferente de la Procuraduría, Contraloría, Fiscalía, y mediante una veeduría ciudadana de la inversión de los recursos aplicados por el gobierno nacional en uso de la emergencia económica.
- Exigir que el Congreso de la República realice los controles constitucionales a las decisiones del gobierno en el marco de la emergencia y a la vez impulse una agenda legislativa especial que responda a la situación de emergencia social y económica.
- Realizar estudios documentados sobre los efectos e impactos de la crisis por sectores económicos y en el empleo, los ingresos de las familias y la situación de empobrecimiento, así como en la salud laboral de las y los trabajadores.
- Se requieren concertar un paquete de reformas estructurales a la ley 100 de 1993 y normas complementarias, en los tres subsistemas básicos (pensiones, salud y riesgos laborales) con el fin de garantizar: i) que se fortalezca el sistema público de pensiones, se recupere el ahorro pensional para el apalancamiento productivo y el financiamiento público a menor costo financiero, se generen condiciones efectivas para acceder al derecho a la pensión a los trabajadores y trabajadoras de bajos ingresos, independientes e informales y se proteja el derecho a la pensión a todos los afiliados. ii) En el mismo sentido se requiere una reforma al sistema de salud para garantizar el fortalecimiento del sistema público, la red hospitalaria, la ampliación de la cobertura, la calidad de los servicios, mejores condiciones de bioseguridad y garantías para las y los trabajadores de la salud. Se requiere con urgencia adoptar el estatuto del trabajo para las y los trabajadores de la salud que dignifique su labor y restablezca las condiciones de trabajo decente y iii) reforma al sistema de las ARL, para garantizar la protección real en materia de salud laboral a las y los trabajadores.

Capítulo 2

Acción colectiva y movilización de trabajadores del sector salud en el marco del Covid-19

Por Giancarlos Delgado Huertas y Francis Corrales.

Ante las diversas formas de precarización que experimentan las y los trabajadores del sector salud en el mundo, se han gestado ejercicios de protesta y denuncia que en el marco de la pandemia se reconfiguran en un proceso de adaptación de la movilización social al aislamiento físico y la dificultad de encontrarnos como se solía hacer en un *mitin* o marcha multitudinaria.

Este capítulo presenta un análisis de las prácticas de acción colectiva que se han dado en el marco del covid - 19 y de las demandas que desde el personal de salud se han dado en el contexto global y nacional.

La crisis de la salud globalizada: contexto internacional de protestas de trabajadores y trabajadoras del sector salud:

Con un nivel de contagio de más de 100.000 ciudadanos del mundo el “11 de marzo la OMS dijo que ya se podía hablar de pandemia mientras el epicentro se traslada a Europa, con Italia y luego España como los países más golpeados”⁴. La inminente pandemia derivada del brote de COVID-19 y los recatados anuncios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) preveían impactos desastrosos en los sistemas sanitarios del mundo que, debilitados por las decisiones históricas de los gobiernos, no cuentan con condiciones para atender una emergencia de grandes magnitudes. Esto ha significado una crisis a gran escala, que impacta la desigual económica global y que venía en escalada desde 2019.

Y es que las movilizaciones suscitadas en 2019 como las registradas en Chile, Francia, Hong Kong, Estados Unidos, Colombia entre otros, que amenazaban con continuar en 2020, representan la exacerbación del malestar social frente al sistema económico en crisis que no lograba levantar sus indicadores de éxito; las medidas políticas adoptadas para salvar la economía apuntaba al desfinanciamiento y/o recortes en seguridad social y educación, así como, a vulnerar las condiciones de las democracias, en tanto la represión y la estigmatización de la movilización social se generalizaba como mecanismo de contención.

El Covid-19 no solo deja al descubierto la precariedad del sistema para dar respuesta a los desafíos emergentes y/o producidos por condiciones naturales, sino que, es la “crónica de una muerte anunciada”. Desde 1984 informes producidos por OMS, avisaban que el sistema no estaba preparado para la atención de una pandemia a gran escala. Laurie Garrett (2000) en el libro *Betrayal of Trust: The Collapse of Global Public Health*, alertaba que en las experiencias pasadas “los brotes fueron ayudados e incitados por sistemas de salud ineptos

⁴ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52143295>

[y la] completa falta de apoyo político y financiero constante para la preparación para combatir enfermedades en todo el mundo”.

Las conclusiones de Garret ponen en evidencia que los sistemas de salud se han amparado en sistemas de atención y mitigación de las emergencias y no en la planeación, adecuación y prevención de los desastres y/o riesgos de colapso, la política ha sido la mitigación, más que la prevención del daño. Es así como ha planteado Garret: "Aunque los líderes nacionales responden a las crisis de salud cuando el miedo y el pánico crecen lo suficiente, la mayoría de los países no dedican la energía y los recursos necesarios para evitar que los brotes se conviertan en desastres".

La falta de previsión y los sistemas de salud debilitados han profundizado la crisis global que se proyecta ser de larga duración, de acuerdo con el primer ministro francés Philippe (...) la crisis sanitaria provocará "una crisis económica brutal" que "no ha hecho más que empezar" porque "nunca antes en la historia del mundo se había producido un parón tan masivo y generalizado"⁵. Todo ello, ¿cómo afecta el sistema de salud en el mundo?

A su vez, la rápida expansión del Covid-19, llevó a los gobiernos a tomar medidas de confinamiento que han afectado el desarrollo de la vida cotidiana. El sector de la salud es quien afronta “en primera línea” los desafíos de la emergencia. Como se previó, la pandemia deja al descubierto la precaria estructura de funcionamiento del sistema de salud que ha llevado a los gremios de la salud a elevar su voz, y alrededor del mundo se empieza a crear una agenda que, en medio de la coyuntura, da cuenta de las deudas históricas

Las agendas de los gremios de la salud se han centrado en por lo menos 5 demandas, que evidencian tal confluencia:

1. La falta de test
2. Disponibilidad precaria de equipos tanto para hacer frente a los infectados y que demanda atención
3. La protección individual del personal de primera línea para prestar atención
4. Desigualdad en las que se encuentran los sistemas médicos
5. Discriminación que se ha presentado, dirigida a los trabajadores de la salud.

Luego de realizar una revisión de prensa, se identificó a los países con 100.000 habitantes contagiados o más, el indicador que despertó alarma y llevó a la OMS a actuar; de estos se puede evidenciar que 5 de ellos corresponde a los países desarrollados y se incluye a China por tratarse del epicentro de la pandemia.

De acuerdo con la información de prensa en los 6 países se han presentado las cinco demandas expuestas (Ver Tabla 1.), excepto en China que, por tratarse de un país que ha

⁵ <https://www.lavanguardia.com/vida/20200419/48616882925/el-gobierno-frances-no-preve-una-vuelta-a-la-normalidad-en-mucho-tiempo.html>

guardado hermetismo, se accede poco a información en torno a sus demandas y dificultades. Sin embargo, en Hong Kong los trabajadores de la salud han manifestado los desacuerdos con las laxas políticas que se han llevado a cabo para atender la emergencia. Una preocupación que comparten los médicos de Italia, España y Estados Unidos, toda vez que la laxitud de las medidas ha puesto en peligro la asistencia médica y ha contribuido a elevar el contagio.

Tabla 1. Países del mundo con más de 100.000 habitantes con Covid-19

No	País, con más de 100000 contagios	Demandas del sector salud					
		Falta de test	Protección individual	Equipos médicos	Desigualdad en el sistema de salud	acciones colectivas	Discriminación
1	Estados Unidos	X	X	X	X	X	X
2	España	X	X	X	X	X	X
3	Italia	X	X	X	X	X	X
4	Francia	X	X	X	X	X	X
5	Reino unido	X	X	X	X	X	X
6	China	No	X	X	No	X	No

Elaboración propia.

Los llamados países desarrollados han tardado en adoptar medidas preventivas ya que los intereses económicos, ampliamente afectados, han permanecido en el centro de las preocupaciones de los mandatos. Tal es el caso del Reino Unido, con el primer ministro Boris Johnson, quien, por evitar la desaceleración de la economía, adoptó la tesis de la “inmunidad colectiva”; una tesis controversial que consiste en llegar a un 60% de la población contagiada para conseguir la inmunidad y contener el brote a largo plazo⁶.

La desafiante actitud del político británico se puede observar en homólogos de países como Estados Unidos, Brasil y México, quienes, además, de desestimar la amenaza por tratarse de una “simple gripita” según expuso Bolsonaro, en Brasil⁷, se ha considerado que las eventuales muertes son sacrificios por el futuro del país, como lo señaló el vicegobernador de Texas Dan Patrick⁸. Todas estas posturas conservadoras, no homogéneas, pero dirigidas

⁶ <https://www.infobae.com/america/the-new-york-times/2020/03/26/un-intelectual-norteamericano-advierte-que-cerrar-la-economia-por-completo-podria-provocar-mas-muertes-en-un-futuro-no-tan-lejano/>

⁷ [nytimes.com/es/2020/04/02/espanol/america-latina/bolsonaro-coronavirus-brasil.html](https://www.nytimes.com/es/2020/04/02/espanol/america-latina/bolsonaro-coronavirus-brasil.html)

⁸ <https://www.eltiempo.com/mundo/eeuu-y-canada/dan-patrick-dice-que-adultos-mayores-deberian-sacrificarse-por-estados-unidos-476492>

a contener los efectos del Covid-19 en las finanzas, trae como consecuencia el exponencial brote de la pandemia que se ha localizado en los países citados.

La radiografía del sistema de salud en el mundo, parece que no es un tema de subdesarrollo, la situación de los países más ricos del mundo devela que las políticas de atención sanitaria le han fallado a la sociedad por falta de determinación y decisiones estratégicas, y que están asociadas a las políticas neoliberales de restricciones al mercado de la salud y, en general, de derechos. Aun así, los primeros días del brote Covid-19 y, en algunos casos, aun en la actualidad, los gobiernos siguen buscando alternativas para flexibilizar las medidas de contención, como la “interdicción vertical”⁹, que consiste en la focalización de los infectados y la población más vulnerable, mientras el comercio y la vida cotidiana se desenvuelve en relativa normalidad.

Las medidas adoptadas por los gobiernos no solo están desestimando el exponencial incremento del brote, sino que expone al personal de primera línea a la muerte inminente. Un problema que se agudiza en tanto estas muertes han sido denunciadas, pero no se cuenta con datos estadísticos que discrimine la afectación al personal de la salud. Pese a la negación sistemática del problema por parte de los países desarrollados, el comportamiento de la pandemia deja al descubierto que la propensión a priorizar el mercado por encima de la salud, como derecho, ha puesto en riesgo el sistema, hasta dejarlo en un estado de alerta, incluso de indefección.

1.1. La acción colectiva, la voz de alerta que sacude el sistema

Las demandas ciudadanas por la salud están escribiendo un nuevo capítulo, la emergencia del Covid-19 le dan un nuevo aire a la lucha histórica por mejorar las condiciones de los sistemas sanitarios en el mundo. Los gremios de la salud que de manera tímida se manifestaban en 2019 por las decisiones de gobiernos como el de Macron en Francia¹⁰, Duque en Colombia¹¹ y Piñera en Chile¹², han sentido el desafío de manera directa. Según se advertía entonces en Chile "Si tú no tienes plata en este país, te mueres"¹³.

En esta ocasión, las voces se han alzado por la falta de insumos para atender la emergencia, lo que contribuye a correr el velo para evidenciar, una vez más, el precario sistema hospitalario que ha dejado la vigencia del neoliberalismo. La precariedad en la atención en salud, han llevado a los médicos, enfermeras, personal administrativo de centros hospitalarios

⁹ <https://www.infobae.com/america/the-new-york-times/2020/03/26/un-intelectual-norteamericano-advierte-que-cerrar-la-economia-por-completo-podria-provocar-mas-muertes-en-un-futuro-no-tan-lejano/>

¹⁰ <https://www.france24.com/es/20191115-crisis-hospitalaria-en-francia-gran-d%C3%ADa-de-la-movilizaci%C3%B3n-en-todo-el-pa%C3%ADs>

¹¹ <https://www.dinero.com/pais/articulo/clinicas-y-hospitales-se-preparan-para-jornada-de-protesta/279226>

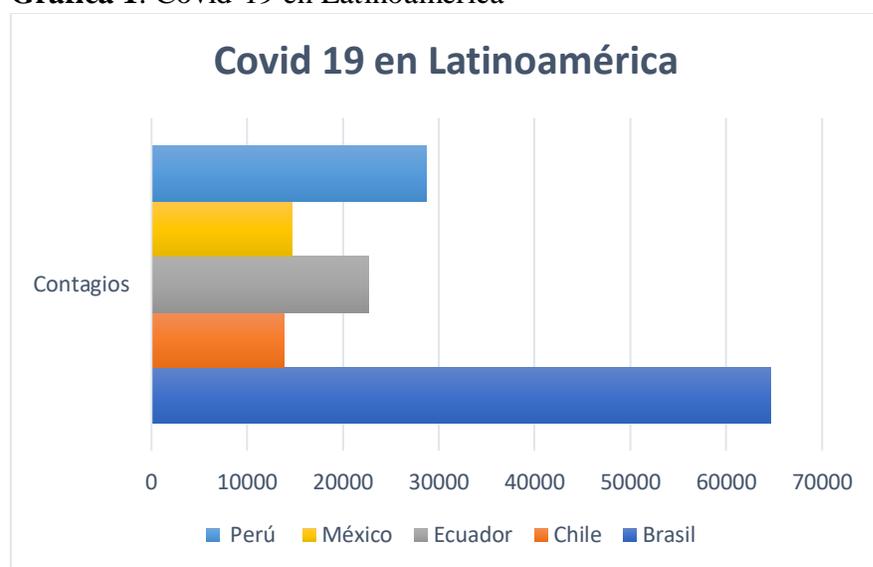
¹² <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50405749>

¹³ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50405749>

a atender la emergencia en medio de la escases de insumos pues se ha demandado que el personal soporta turnos de hasta 13 horas, “utilizando bolsas para residuos hospitalarios, delantales de plástico desechables y lentes de esquiar como protección”¹⁴, en ocasiones, las máscaras de protección han vencido o presentan fechas de vencimiento falsas.

Si bien la propagación del virus en América Latina ha sido contenida con prontitud, pues como se logra observar en la Grafica 1., al 27 de abril de 2020 no hay registros superiores a los 100.000 habitantes contagiados; es importante resaltar que los sistemas de salud cuentan con menos insumos para procesar test y emitir datos en tiempo real, hay precariedad en los sistemas hospitalarios para atender el contagio y los recursos económicos para garantizarlo escasean¹⁵.

Grafica 1. Covid-19 en Latinoamérica



Elaboración propia a partir de datos de mapa de Covid-19 de Google

Atendiendo a que es un territorio de alta dependencia en la importación de insumos, se destaca, además, que en la región Latinoamericana hay un nivel de afectación mayor cuando países como Estados Unidos deciden controlar el mercado global a su favor, esto para garantizar su propio abastecimiento. Según el reporte de la BBC¹⁶, esto sucede incluso, con el mercado chino donde un comerciante ha priorizado la relación con el país norteamericano, con respecto al resto del territorio.

Sin insumos para la atención hospitalaria, los recursos escasos y la flexibilización de las políticas para la contención del virus, el mundo se enfrenta a una crisis en el sistema sanitario, que no hace más que profundizar los factores de riesgos que venías incomodando la sociedad desde décadas pasadas. Tal como se puede observar, los fallos en el sistema no discriminan

¹⁴ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52143295>

¹⁵ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52233577>

¹⁶ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52233577>

entre países en desarrollo y los países desarrollados, incluso, no hay diferencia entre los países comunistas y los democráticos.

Este es el caso de China, que si bien, es la voz que se extiende desde Hong Kong, su parte democrática, devela que en el país oriental las condiciones sanitarias está pasando por dificultades similares a las que han pasado el resto del mundo, pues para hacer frente a las flexibles políticas por atender la emergencia adoptada por el gobierno “el sindicato advirtió que los trabajadores de primera línea, incluidos médicos y enfermeras, se retirarán el martes si no se cumplen sus demandas”¹⁷.

En Estados Unidos, se han denunciado amenazas de despido por parte de las autoridades hospitalarias, en los casos donde el personal de primera línea proteste en contra de las condiciones de trabajo¹⁸. Sin embargo, médicos, enfermeras y demás trabajadores del sector salud, han manifestado desacuerdo con las decisiones política en la atención al Covid-19 y han afirma que “estamos ante un estado fallido” que no logra proveer los medios adecuados de protección y evitar el peligro de contagio.

La precariedad para la atención hospitalaria se agudiza en las poblaciones rurales y alejadas de grandes centros médicos, como en Dakota, Estados Unidos¹⁹; la atención a migrantes, a la ciudadanía en condiciones de desempleo o de informalidad, las mujeres sin seguridad social hacen más compleja la atención en América Latina. En países como Perú y Ecuador, el personal de primera línea no solo demanda protección, insumos y equipos médicos, también demandan que la precariedad del Estado se observa en las muertes de pacientes con Covid-19, sin recibir atención o incluso, sin diagnóstico.

La situación más grave se observa en Perú, allí el personal de la salud ha denunciado pacientes muertos en las los pasillos de los hospitales sin haber pasado por el test de detección²⁰. En Ecuador es aún más dramático, las pruebas han sido escasas y no han logrado emitir los diagnósticos que se demandan; el sistema ha colapsado con los contagios que se logran detectar lo que ha elevado el riesgo de muerte en las casas o incluso en las calles. La precariedad de la atención sanitaria también se evidencia en que las autoridades tardan hasta 4 días para recoger el cadáver y garantizar una muerte digna²¹.

¹⁷ <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/02/03/medicos-de-hong-kong-declararon-una-huelga-para-reclamar-el-cierre-de-la-frontera-con-china-para-frenar-la-epidemia-del-coronavirus/>

¹⁸ <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200401/48259288302/hospitales-eeuu-amenazan-despedir-medicos-denuncian-falta-material.html>

¹⁹ https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-unidos-mantiene-vida-normal-niega-cuarentena_0_VBLRLMDQY.html

²⁰ <https://lta.reuters.com/articulo/salud-coronavirus-peru-hospitales-idLTAKCN2242BL-OUSLT>

²¹ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52143295>

Ni el confinamiento, ni la precariedad con la que el sistema de salud ha afrontado los retos del Covid-19, ha acallado al gremio de la salud; las acciones colectivas que se han emprendido a nivel global van desde los repertorios clásicos de la protesta en las calles, como los registrados en Perú²²; en Colombia²³ o el bloqueo de los médicos en Estados Unidos²⁴. También se han elevado peticiones a los gobiernos nacionales, en Francia, Italia, España, China y una acción jurídica como la realizada en México²⁵ con peticiones formales de protección y atención.

Otros repertorios de protesta comienzan a explorarse con la emergencia Covid-19, se trata de nuevas manifestaciones que van desde preformas como los desnudos de enfermeros, compartidos en entornos virtuales en Francia²⁶, o el traslado de paros y protestas a la virtualidad, que recientemente comienzan a tener fuerza y a marcar una tendencia que tiene acogida en los medios de comunicación. Una herramienta que tímidamente se utilizó para la protesta, pero que desde la primavera árabe ha dado muestra de una potencia comunicativa y política a escala global y local.

En síntesis, se destaca que la crisis de la salud se profundizó por la emergente pandemia, pero que no es exclusiva de esta, desde el 2000 ya se había alertado las precarias condiciones del sistema para atender un desafío de gran escala. Tal y como se observa, los gobiernos más que propiciar condiciones sanitarias, en algunos casos, han desestimado las amenazas y en otros, han postergado las decisiones para proteger una vez más, el sistema económico.

Las protestas del gremio de la salud, develan que, a nivel mundial, los sistemas de salud se deben adecuar para atender la emergencia que representa el brote del Covid-19; además permite observar, que las condiciones se van complejizando de acuerdo a la precarización del sistema de salud y, de los territorios donde se encuentran. Mientras en los países desarrollados se demanda adecuación para atender la emergencia en los países en desarrollo, además, se requiere doblar esfuerzos para acceder a la oferta de insumos a nivel global y/o, mejorar las condiciones de atención no solo para la detección de virus, sino también para dignificar la muerte de las personas que no logran ser atendidas.

Si bien en América Latina se ha logrado contener la ascendente curva de contagio, la falta de voluntad política y la tendencia a priorizar la economía sobre la atención hospitalaria y la prevención de las muertes, pueden desencadenar en un desastre mayor.

¿Qué estamos pidiendo? Demandas para una mejora de condiciones laborales del sector salud en Colombia.

²² <https://lta.reuters.com/articulo/salud-coronavirus-peru-hospitales-idLTAKCN2242BL-OUSLT>

²³ <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/protesta-de-medicos-en-santa-rosa-de-cabal-risaralda-484696>

²⁴ <https://elcomercio.pe/mundo/eeuu/coronavirus-usa-estados-unidos-trabajadores-de-la-salud-bloquean-a-seguidores-de-donald-trump-que-protestan-contr-a-aislamiento-por-el-covid-19-fotos-noticia/>

²⁵ <https://www.univision.com/noticias/mundo/trabajamos-sin-la-proteccion-adecuada-el-personal-medico-de-espana-el-mas-afectado-por-el-covid-19>

²⁶ <https://www.hispantv.com/noticias/francia/463063/paris-coronavirus-mascarillas>

Si bien podríamos afirmar que la crisis del sector salud no es una novedad en Colombia, y que desde finales del siglo pasado diversos gremios asociados a la atención en salud vienen denunciando las falencias en la administración y gestión de los centros médicos, además de unas condiciones laborales precarias, (Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno, 2016; Patiño, 2013) la coyuntura del COVID - 19 prende las alarmas sobre las problemáticas preexistentes en el sistema de salud, y los riesgos que implica no estar preparados para garantizar una oportuna atención a poblaciones enteras.

La pandemia nos ha llenado de imágenes sumamente dolorosas a lo largo del globo, y ha dejado expuesta la fragilidad nuestras vidas, pero también ha mostrado que en el trasfondo de las cifras de muertes y contagio está encubierta la insuficiencia de los Estados en la gestión de sus sistemas de salud, para dar respuesta al cúmulo de afectaciones que se están generando con la entrada del virus.

Una de las conclusiones que salta a la vista en medio de la coyuntura, es que el sistema de salud colombiano no tiene la infraestructura física y de personal para hacerle frente a los efectos de la enfermedad, pero además no tiene las condiciones propicias para garantizar a las y los trabajadores de las diversas escalas de atención (administrativos, personal médico, de oficios varios, entre otros) las mínimas condiciones de protección para el ejercicio de sus labores.

A continuación, esbozamos algunos de los puntos críticos señalados por diversos actores del sector salud en sus procesos de movilización social por la defensa de unas mejores condiciones de trabajo al interior de centros médicos y hospitalarios, dando respuesta a la pregunta *¿qué estamos pidiendo?*

2.1. La crisis de un modelo de responsabilidad; ¿salud pública o “managed care”?

Antes de la implementación de la ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, existía en Colombia un sistema de salud sustentado en 3 pilares financieros básicos: 1. El sistema de seguridad social que sacaba sus recursos de los ingresos laborales de cada trabajador (7% en el caso del ISS y 5% en el caso de las Cajas de Previsión Social, CPS) y de aportes del Estado, 2. El sector público que se financiaba con los recursos de los departamentos y del Ministerio de Salud, y 3. El sector privado se financiaba con las cotizaciones de sus afiliados.

Entre los tres (3) rubros de financiación de la salud en Colombia antes de 1993, se lograba insertar al sistema el 31% de la población Colombiana para el año 1990 (Ayala & Kroegg, 2002), lo que de entrada denotaba una brecha altísima en la cobertura, pues si nos remitimos a los datos demográficos, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística para 1990 habían aproximadamente en el 30, 126.000 habitantes, lo que a su vez, implica que solo 10,451,260 tenía acceso a salud, a 1 de cada 3 personas se le podía garantizar atención en salud.

Lo anterior, dejaba un panorama desolador en el que la pregunta por la cobertura era una incertidumbre, pues los recursos para la salud no daban abasto para el grueso de la población, al respecto la ley 100 de 1993 nace como la respuesta a este problema, solucionándolo por

medio de una división de regímenes muy elemental: Régimen Contributivo, del que hacían parte las personas que tienen capacidad de pago, un trabajo formal o que hacen parte de los niveles 3-6 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), y el Régimen Subsidiado del que hacen parte las personas con menos recursos y no están afiliadas al sistema de seguridad social en sus respectivos trabajos, y se identifican con el nivel 1 y 2 del SISBEN.

A su vez, se permitió que entes privados se insertaran en el sistema de salud de forma más protagónica, pues las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas, entraban a resolver la demanda que en el sistema público que operaba, no era posible resolver. Lo que generó el nacimiento y consolidación de un sector privado de la salud en ascenso, que además tenía su financiamiento asegurado, pues todo trabajador formal debía estar afiliado al sistema de seguridad social en Colombia y por supuesto, la oferta privada es amplísima.

La ley 100 de 1993 en gran medida logró sanear el problema de cobertura, alcanzando cifras de hasta el 98% ²⁷, dejando aparentemente ese problema a un lado. Sin embargo, los cambios en las fuentes de financiación de la salud, si bien lograron solucionar el problema de cobertura, dieron paso a una discusión aun más grande sobre la responsabilidad de la garantía y sostenimiento del sistema de salud, en una transición de modelo que implicó que la responsabilidad ya no era mayoritariamente estatal, sino “ciudadana”, pero, además, le dio apertura a un mercado privado de la salud que iba en ascenso, mientras los hospitales y centros médicos públicos quedaban cada vez más relegados en el sistema.

El cambio en las formas de financiamiento, son solo la punta del iceberg de un problema mayor, que tiene que ver con la responsabilidad de la prestación del servicio de salud, en lo que el autor José Félix Patiño da a llamar la “desprofesionalización de la medicina por medio del *managed care* (atención o cuidado gerenciado)”, llamando la atención sobre la irresponsabilidad que implicaba que el Estado entregara la responsabilidad de la garantía de un derecho fundamental al mercado privado, como se señala:

“El “managed care” fundamentalmente es un sistema prepago de seguro de salud, en el cual el costo del riesgo es transferido del ente que tradicionalmente lo ha asumido [el Estado], el asegurador, al ente que provee el servicio. Incluye una gama de modelos de financiación y administración del aseguramiento. (...) contiene contradicciones en cuanto a los papeles que juegan el proveedor, el paciente y el pagador. Su problema principal reside en que tiene que manejar costo en vez de atención. El concepto de cancerbero, que personifica el médico de atención básica, restringe costos con base en asumir simplemente que, si no se da servicio, no se incurre en costos. Las organizaciones de *managed care* seleccionan la población afiliada y tratan de enrolar gente joven con baja posibilidad de enfermar y de incurrir en costos. El sistema es corporativo en su naturaleza, en su orientación, en su terminología. Sus valores, que constituyen la ética corporativa, son el lucro, la competencia, la responsabilidad ante sus accionistas y la honestidad. Por su parte, la ética profesional médica incluye servicio, defensa del paciente, altruismo y humanitarismo” (2002; pág 31)

²⁷ <https://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/mauricio-cardenas-santamaria/esta-en-crisis-la-salud-columna-de-mauricio-cardenas-409694>

La crítica del autor va hacia el cambio de responsabilidad no sólo de la financiación, aspecto vital para el funcionamiento del sistema, sino también al traslado de la garantía de un derecho humano como lo es la atención en salud que deja de ser una responsabilidad del Estado para transferirse al sector privado, mediado por lógicas de compra y venta de servicios en la búsqueda de una rentabilidad del mercado.

A su vez, el personal médico cambia el sentido de su profesión – por eso autor habla de una “desprofesionalización” -, de una intención de cuidado, defensa del paciente, altruismo y humanitarismo a la de un vendedor de servicios que tiene presiones de su empleador para cumplir con estándares de cantidad y no de calidad, de ahí que a muchos trabajadores del sector salud se les pague por paciente atendido.

Lo que implica el cambio en la responsabilidad social y ética del sistema de salud colombiano, es una transferencia de cargas que no son asumidas por el Estado y pasan a merced del mercado privado de la salud, una salud que no es pública sino corporativa, en la cual las posibilidades de exigencia de derechos pasan a un segundo plano, pues en este modelo la renta pesa sobre lo humano, la ley 100 de 1993 es un caso concreto de esto.

En el marco de un sistema de salud que vira hacia la consolidación de un mercado en el que prima el capital privado, las y los trabajadores del sector se ven abogados a competir bajo los criterios y exigencias que se delimitan por el mismo, de ahí que como señala María Eugenia Mazo, afiliada al Sindicato de Trabajadores de la Salud y la Seguridad Social en entrevista²⁸: *“El problema está en que usted no se siente prestando un servicio público, a la nación, a los ciudadanos, no, usted llega y lo primero que tiene que enfrentar es un contrato por prestación de servicios, sin garantías de continuidad, en una clínica en la que lo obligan a contar pacientes como cabezas de ganado, y le ponen plazos de tiempo de 20 minutos por paciente. Aquí los médicos dicen que se sienten como vendedores en ese escritorio”*.

De ahí que la desprofesionalización de la medicina que citaba José Felix Patiño, sea un proceso inevitable bajo las demandas de la privatización de la salud y el detrimento de una vocación por el servicio, pues las consecuencias de esto no solo se dan en la calidad de la atención, sino también en las y los trabajadores que son quienes finalmente, sostienen el funcionamiento del sistema de salud que los despoja de una calidad de vida.

La pregunta que queda suspendida es; ¿responderá el sector privado al mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal de salud en el marco del covid – 19?

2.2. Leyes que exigen, pero no dan: el caso del decreto 538 de 2020.

Uno de los aspectos más críticos en el desarrollo de la pandemia ha sido la falta de orientaciones claras por parte del gobierno en lo que respecta al acondicionamiento del sistema de salud dada la coyuntura, y las medidas que se deben tomar para la atención temprana de los casos de contagio. De ahí que, declarada la emergencia sanitaria para el 12 de marzo del presente año por parte del Ministerio de Salud, sólo hubo un nuevo pronunciamiento hasta el 12 de abril por medio del decreto 538 de 2020, “por medio del cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y

²⁸ Entrevista realizada el 14 de abril de 2020. Representante Sintrasass – Clínica Las Vegas, Medellín.

garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”²⁹, siendo este uno de los pronunciamientos más polémicos por parte del gobierno nacional acerca de las condiciones de las y los trabajadores del sector salud.

En su artículo 9, el decreto 538 tiene en su “letra menuda” una indicación precisa en la que obliga a las y los trabajadores de la salud a estar disponibles para trabajar mientras la emergencia sanitaria sigue en pie, como se cita continuación:

“Artículo 9. Llamado al talento humano para la prestación de Servicios de salud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, todo el talento humano en salud en ejercicio o formación, estará preparado y disponible y podrá ser llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país. El acatamiento a este llamado será obligatorio.”

Las excepciones a este llamado son a mujeres en estado de embarazo, padres o madres cabeza de familia con hijos menores de edad, cuidadores de adultos mayores o de personas en condición de discapacidad, padres o madres de un mismo núcleo familiar cuando ambos ostentan profesión del área de la salud y tengan hijos menores de edad, a quienes tengan 70 años o más, o padezcan padecer una enfermedad crónica o condición que represente un alto riesgo para el contagio.

Lo anterior, pone de manifiesto una violación al derecho de objeción de conciencia por parte de las y los trabajadores del sector salud, pero además asume un riesgo altísimo para sus vidas sin que esto signifique una mejora en las condiciones laborales, es decir, el personal médico es obligado a asumir un riesgo mayor, que implica en sí mismo una desmejora en sus condiciones laborales o de vida – antes, por lo menos era posible renunciar –, bajo la justificación de una pandemia global y una cooptación de libertades.

Cabe aclarar que un agravante a esta situación, es que el decreto se emite al día siguiente de la primera muerte registrada de personal de salud por covid - 19, traducándose en una práctica de deshumanización amparada en la ley en una visión que desvirtúa la posibilidad de pensar el personal de salud como sujetos de derechos, y configurando así una mano de obra que arriesga su vida sin poder cuidarla.

A su vez, el artículo 9 del decreto 538 abre la puerta para que empleadores puedan tomar medidas que vayan en detrimento de sus condiciones de vida, pues en la obligatoriedad del trabajo no se señala si existen unas condiciones mínimas para desarrollar labores, tal exigencia al personal de salud si no implica unas condiciones de bioseguridad adecuadas opera como una invitación a un suicidio consentido.

²⁹ Citado por última vez el 20 de abril de 2020. Puede verse en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20538%20de%202020.pdf

3. *¿Cómo lo estamos pidiendo? Estrategias de movilización en el marco del COVID – 19.*

Los hospitales y centros médicos en el país son lugares que funcionan en gran medida como entornos cerrados a la opinión pública, pocas son las posibilidades que tenemos como ciudadanos de enterarnos de las condiciones específicas de trabajo del personal de salud, y si bien antes de la propagación de la pandemia se habían dado muchas expresiones de protesta como marchas con batas blancas y concentraciones en distintos lugares del país, las formas de presión para la mejora de las condiciones laborales de las y los trabajadores del sector salud se han reinventado, en gran medida, por la dificultad que requiere el aislamiento físico. Vale aclarar que en un contexto de pandemia el personal médico ha experimentado un aumento en sus cargas laborales, lo que dificulta en mucho la posibilidad de realizar ejercicios de protesta. Aun en medio de la falta de tiempo y el manejo que el personal de salud ha hecho desde su labor cotidiana para mitigar el daño que implica el coronavirus, la movilización ha sido posible.

En este ítem se recogen algunas de las prácticas de acción colectiva que, en medio de un aumento de la carga laboral, y de la precariedad de sus condiciones laborales, y los riesgos que trae consigo la coyuntura, las y los trabajadores del sector salud llevan a cabo para denunciar el “estado de cosas” enunciado anteriormente.

3.1. Interpelación pública del discurso oficial.

Recientemente la Federación Médica Colombiana (FMC) ha liderado los procesos de denuncia de las condiciones de trabajo del sector salud, recurriendo a prácticas que van desde la realización de estudios alternos a la información oficial emitida por Ministerio de Salud hasta interpelaciones directas por medio de comunicaciones y cartas remitidas a diversas entidades del gobierno nacional para dar trámite a las precarizaciones que ha implicado la entrada del coronavirus al país.

Un ejercicio que ha resultado esclarecedor, y que además ha permitido llevar a un ámbito de lo público aspectos que usualmente no suelen salir de esferas especializadas, fue la publicación de la [*“Encuesta de Bioseguridad del Personal de la Salud y Ruta de Atención de la Pandemia Sars Cov2 – Covid-19”*](#), que arrojó información tan amplia que posibilitó que muchas personas se hicieran un panorama amplio de las dificultades con que cuentan hospitales y centros médicos para hacerle frente a la pandemia. Esta encuesta recogió dentro de sus indagaciones información sobre procesos de contratación, dotación para el personal médico y condiciones de bioseguridad, casos de retrasos en los pagos, problemas de infraestructura física y de dotación en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), entre otros.

La particularidad de la encuesta como ejercicio de acción colectiva radica en que funcionó como una estrategia de interlocución e interpelación directa al Ministerio de Salud respecto a las medidas problemáticas que se han dado desde la declaración de emergencia sanitaria el 12 de marzo, pues por parte del gobierno nacional no se ha hecho a la fecha un estudio tan detallado como el que presentó la FMC, y esto constituye una suerte de ventaja a la hora de reclamar y negociar las mejoras pertinentes en las condiciones de trabajo del sector salud.

En un contexto en el que salen a diario decretos y medidas para hacerle frente a la pandemia, que una organización interpele frontalmente un discurso que usualmente suele tomarse como irrefutable, sienta las bases de un ejercicio de participación por parte de un sector de trabajadores que usualmente no suele tener protagonismo en la escena de lo público.

3.2. Presencia mediática, pero no masiva.

Uno de los retos que implica una pandemia global para la movilización social y política, es que esta sucede comúnmente a partir del encuentro, en plazas, parques, calles, espacio público, o lugares de interés para la protesta específica, pero ¿Cómo protestar si no nos podemos juntar?

Una acción que ha resultado sumamente útil para las protestas por parte del personal de salud ha sido la presencia mediática, reemplazando la presencialidad de grandes grupos de personas y logrando una difusión por medios de comunicación y redes sociales que impactan de manera masiva a muchas personas que pasan la mayor parte de su tiempo conectada.

Las noticias sobre condiciones de trabajo del personal de salud están en los principales medios de comunicación del país, uno de los casos que ha impactado y causado mayor conmoción fue el registro del primer caso de muerte por coronavirus en el país el 11 de abril, tratándose del Médico Carlos Nieto³⁰, pues fue a partir de este hecho que las protestas se hicieron cada vez más visibles, además de descentralizarse de las ciudades más grandes – Medellín y Bogotá -, y empezaron a aparecer en escena actores de ciudades que no suelen estar en el radar de las noticias nacionales, como Yopal, Samacá, Villavicencio, Florencia, entre otros³¹.

3.2.1. Cacerolazos, plantones y formas tradiciones de protesta adaptadas al aislamiento social.

Por su parte, organizaciones como la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC) ha liderado ejercicios de protesta que se transforman adaptándose a las condiciones que pone la pandemia, uno de esos ha sido la convocatoria a plantones por parte del personal médico en el que grupos de no más de 10 personas hacen plantones con pancartas y carteles denunciando vulneraciones a sus condiciones laborales, siendo la jornada del 21 de abril una de las más representativas, pues convocó a personal de salud de todo el país.

Estos plantones han tenido efectos positivos en la medida en que si bien se hace la protesta presencial sin ser masiva, es por medio de la difusión de los vídeos y el registro fotográfico de estas protestas que el tema logra posicionarse como un problema de país, desde, vale aclarar que estos son plantones que cambian los métodos de presión que se llevaban a cabo anteriormente, pues si bien se hacen en las puertas de los centros médicos y hospitalarios, no

³⁰ Para ampliar información al respecto se puede ver: <https://www.eltiempo.com/bogota/historia-de-carlos-nieto-primer-medico-fallecido-por-coronavirus-en-colombia-483874>

³¹ Para ampliar información al respecto se puede ver: <https://www.semana.com/semana-tv/semana-noticias/articulo/coronavirus-en-colombia-medicos-de-todo-el-pais-protestan/664900>

buscan bloquear su entrada o proponer una renuncia masiva, sino llamar la atención a otros espectadores por medio del registro que posteriormente se sube a redes sociales y se comparte en medios de comunicación.

Asimismo, los cacerolazos, una práctica de acción colectiva popularizada durante las jornadas de convocatoria al Paro Nacional en noviembre de 2019, por medio de la cual se tomaban ollas, sartenes o cacerolas y se golpeaban generando ruido, también han sido convocados como una forma de protesta, con la particularidad de hacerse desde las casas, haciendo, además, una convocatoria que no solo comprende al personal de salud, sino a toda la ciudadanía.



Fuente: imagen tomada de la cuenta de Facebook de la Central Unitaria de trabajadores (CUT), fecha de consulta: 19 de abril de 2020.

Desde formas tradicionales de acción colectiva como cacerolazos, plantones (guardando la distancia), comunicados a la opinión pública hasta el uso de redes sociales como Facebook, Instagram o Twitter y sus en vivo, han sido las formas en que las organizaciones sindicales y de la sociedad civil preocupadas por las condiciones de trabajo en el sector salud de han manifestado.

Por supuesto, la movilización social en tiempos de pandemia exige una reinvención de los medios, las marchas multitudinarias fueron reemplazadas por vídeos que nos llegan como testimonio de que la vida de médicos, enfermeros, anesthesiólogos, camilleros, personal de aseo o servicios varios, y administrativos están en riesgo latente en un contexto en el que como dice un lema de las protestas reciente, “¿Quién cuida de quien los cuida?”.

Cibergrafía

Revisión de prensa

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100>

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52233577>

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-52143295>

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50405749>

El Clarín:

https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-unidos-mantiene-vida-normal-niega-cuarentena_0_VBLRLMDQY.html

Revista Dinero:

<https://www.dinero.com/pais/articulo/clinicas-y-hospitales-se-preparan-para-jornada-de-protesta/279226>

<https://www.dinero.com/pais/articulo/clinicas-y-hospitales-se-preparan-para-jornada-de-protesta/279226>

<https://elcomercio.pe/mundo/eeuu/coronavirus-usa-estados-unidos-trabajadores-de-la-salud-bloquean-a-seguidores-de-donald-trump-que-protestan-contr-a-el-aislamiento-por-el-covid-19-fotos-noticia/>

Periódico El Tiempo:

<https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/protesta-de-medicos-en-santa-rosa-de-cabal-risaralda-484696>

<https://www.eltiempo.com/mundo/eeuu-y-canada/dan-patrick-dice-que-adultos-mayores-deberian-sacrificarse-por-estados-unidos-476492>

France24:

<https://www.france24.com/es/20191115-crisis-hospitalaria-en-francia-gran-d%C3%ADa-de-la-movilizaci%C3%B3n-en-todo-el-pais>

HispanTV:

<https://www.hispanTV.com/noticias/francia/463063/paris-coronavirus-mascarillas>

La Vanguardia:

<https://www.lavanguardia.com/vida/20200419/48616882925/el-gobierno-frances-no-preve-una-vuelta-a-la-normalidad-en-mucho-tiempo.html>

<https://www.lavanguardia.com/internacional/20200401/48259288302/hospitales-eeuu-amenazan-despedir-medicos-denuncien-falta-material.html>

Infobae:

<https://www.infobae.com/america/the-new-york-times/2020/03/26/un-intelectual-norteamericano-advierte-que-cerrar-la-economia-por-completo-podria-provocar-mas-muertes-en-un-futuro-no-tan-lejano/>

NY Times:

[nytimes.com/es/2020/04/02/espanol/america-latina/bolsonaro-coronavirus-brasil.html](https://www.nytimes.com/es/2020/04/02/espanol/america-latina/bolsonaro-coronavirus-brasil.html)

<https://lta.reuters.com/articulo/salud-coronavirus-peru-hospitales-idLTA KCN2242BL- OUSLT>

<https://www.univision.com/noticias/mundo/trabajamos-sin-la-proteccion-adecuada-el-personal-medico-de-espana-el-mas-afectado-por-el-covid-19>

Referencias bibliográficas:

Patiño, José Félix (2002) “Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud” En: Textos de la Comisión de Salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia, Bogotá.

Garret, Laurie (2000) “Betrayal of Trust: The Colapse of Global Public Health” En: Editorial: Hyperion Books, New York.

Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno (2016) “La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación.” Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 16 (32): 34-50.

Patiño José Félix (2013) “El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes”. En: Rev Colomb Cir. 28:259-61.

Capítulo 3

El trabajador por cuenta propia en América Latina:

Por Catalina Suárez³²

La llegada y avance del Covid-19 a la región ha obligado al debate público volver la mirada con urgencia a uno de los fenómenos económicos y sociales más relevantes en el mundo del trabajo durante el último siglo en América Latina: el autoempleo o el trabajo por cuenta propia. Aunque su interés es primordial, esto casi siempre contrasta con su abordaje público y teórico tan general. Más allá del énfasis en revelar la magnitud de los trabajadores por cuenta propia, que desde hace un buen tiempo comprende alrededor de la mitad de la fuerza laboral, en general se tiende a desligarlos del debate acerca de cómo se relacionan con el resto de los conceptos del orden social en un momento histórico dado. Esto hace que se oculte su heterogeneidad, los cambios que adquiere respecto a las decisiones de política económica y su relevancia en las transformaciones de los modelos productivos.

Por esto parece indispensable hacer un diagnóstico general del mundo del trabajo, sobretodo en esta coyuntura de crisis social, que tenga como pieza clave al trabajador por cuenta propia, sus particularidades y transformaciones históricas; además de su relación, en específico, con la arquitectura del sistema de salud en Colombia, base social fundamental para hacer frente a la pandemia actual.

El autoempleo en la producción y distribución de bienes y servicios o el trabajo autónomo en actividades por cuenta propia es un fenómeno actual y a la vez de muy vieja data en el continente latinoamericano. Esto señala su carácter heterogéneo y su relevancia. Por un lado, es un componente histórico y estructural en los mercados laborales de los países de la región (Zuazua, et al., 2017 ; Torres, 2017) y, por el otro, es una de las expresiones de las transformaciones contemporáneas en el mundo del trabajo (Bologna, 2020).

En el debate público de América Latina empieza a ser conceptualizado desde la mitad del siglo XX (Cortés, 2000). En esta época se pone en evidencia que con el proceso de industrialización regional³³ un importante segmento de la de población activa no lograba

³² Investigador de estándares laborales del proyecto de los Centros de Atención Laboral de la ENS: estandareslaborales@ens.org.co

³³ El proceso de industrialización de la región se dio bajo el denominado modelo por Sustitución de Importaciones (ISI) que contó con características monopólicas, dependencia tecnológica, alta concentración del ingreso, persecución sindical y heterogeneidad sectorial, características que se mantienen e incluso se profundizaron luego de la apertura neoliberal

insertarse en la estructura productiva por medio de relaciones salariales sino a través de actividades autónomas (por cuenta propia o autoempleo). Al no tener trabajo asalariado, y frente al desempleo y la masiva urbanización, conceptualizada por el sociólogo español, Manuel Castells como el empuje rural más que el atraje urbano (Castells, 2006), el trabajador se encontraba en estas actividades sin protección ni garantía la subsistencia directamente a través del mercado de bienes y servicios con relativa baja productividad tanto por su unidad en la escala, su tecnología como por su cualificación; principalmente, en el agro, el comercio, el transporte y la producción artesanal (Zuazua, et al., 2017)

Con la reorganización mundial neoliberal de la estrategia de acumulación capitalista durante las últimas décadas hacia un modelo económico de liberalización financiera y con pautas de producción externalizada y flexible junto con un Estado que busca dejar de intervenir en la vida económica para concentrarse en el disciplinamiento social, y que se ha materializado en las privatizaciones de los servicios públicos y en las políticas de flexibilidad laboral; más las transformaciones culturales y tecnológicas en el mundo del trabajo como el aumento de la profesionalización, el consumo personalizado, la psicologización del trabajo (Crespo & Serrano, 2012), la gestión profesional por competencias hacia la utopía de la autonomía (Leache & martinez, 2013), la masificación de computadores portátiles y celulares, el internet, los mercados virtuales y la generación de grandes cantidades de información por parte de los individuos, etc.. (Sáinz, 2015; Fabra, 2009) hace que se amplíen las consideraciones y las expresiones del fenómeno del trabajo por cuenta propia en nuestro continente.

En efecto, esta nueva dinámica de política económica, al reconfigurar los diversos segmentos de la estructura productiva y las relaciones establecidas entre sí, ha conservado y profundizado características crónicas de la absorción laboral del siglo XX de la región y a la vez ha delineado un mercado de trabajo con tendencias por la pérdida progresiva de la importancia del trabajo asalariado directo y la proliferación de nuevas formas de contratación de los y las trabajadores (legal o ilegalmente), el mantenimiento permanente de desempleo elevado y la ampliación de los y las trabajadores por cuenta propia (tanto los que enmascaran relaciones asalariadas, los de subcontratación como los que no y se insertan en el mercado de bienes y servicios para subsistencia (el rebusque) en el eslabón final; y ya no necesariamente siempre con relativa baja productividad, aunque sí en su mayoría (Zuazua, et al., 2017) (Sáinz, 2015). Tendencias que han repercutido negativamente en la distribución

de 1990. No obstante, como es de esperar, la aplicación de este modelo tuvo particularidades, especificaciones y posteriores transformaciones distintas en cada país de la región, no sin dejar por eso de compartir los rasgos generales.

de los ingresos, en los estándares del uso de la mano de obra y en la consolidación de los sistemas de protección social atados al trabajo. (Cacciamali, 2000)

En Colombia, tras la apertura neoliberal de la década de 1990 y la liberalización de la tasa de cambio de acuerdo con el nuevo orden hegemónico mundial arriba descrito, se re-configura la composición productiva sectorial del país hacia una fuerte desindustrialización, que se mantiene hasta nuestros días, una paulatina reducción del sector agrícola y el aumento del sector servicios (ahora bajo el mando de las actividades financieras) y se hace una apuesta fiscal y exportadora, principalmente, a través del sector minero-energético. A la par que se observan las importantes tendencias históricas del cambio estructural arriba referidas en el mercado de trabajo.

La tasa de desempleo luego de la apertura aumenta del 10,7% promedio anual en los años 1976-1990 al 12,2% en los años de 1991 a 2002, periodo en la que alcanza al 20% en la crisis del 1998, para luego llegar al 12% promedio anual para los años 2002-2019. Por su parte, los asalariados pasan de ser el 65% de los ocupados en el año 1984 en las 7 ciudades principales (Castaño, 1986) al 58,6% de los ocupados en las 13 ciudades principales en el año 2019. Y la distribución del ingreso pasa de un coeficiente GINI promedio anual entre 1976-1990 de 0,48 a un coeficiente GINI del 0,53 en promedio anual entre 2002-2019³⁴, siguiendo una tendencia relativamente pronunciada en gran parte del mundo (ver: Piketty, 2014).

En estos momentos actuales de crisis social, se hace necesario tener en el lente estas tendencias de largo plazo, pues han caracterizado la composición y estructura del mundo de trabajo hasta el momento. Para el año 2019, del total de ocupados del país, el 50,2% son asalariados, de los cuales el 37% tiene contrato verbal, el 45% tiene contrato escrito indefinido y el 18% escrito fijo. Por su parte, el 42% de los ocupados son cuenta propia, de esos el 88% no tiene contrato, el 5% tiene contrato verbal y el 7% tiene contrato escrito, de los cuales el 88% son escrito a término fijo y el 12% escrito a término indefinido. Además, en 2019, el 86% de los trabajadores por cuenta propia son de actividad permanente y, en promedio, un trabajador por cuenta propia dura 106 meses en su trabajo, el doble que lo que

³⁴ Datos DNP-Departamento Nacional de Planeación- Estadísticas históricas de Colombia –Mercado laboral (1976-2000) y DANE- Departamento Administrativo Nacional de Estadística- GEIH- Mercado laboral- Empleo y desempleo.

dura un asalariado, algo que marca una pauta significativa en las relaciones laborales contemporáneas; parece ser que la forma de trabajo más precaria en términos de ingresos y protecciones legales, se ha convertido, no obstante, en una forma de trabajo más estable. Esto muestra la insertada heterogeneidad de las formas de absorción laboral en el mundo de trabajo colombiano.

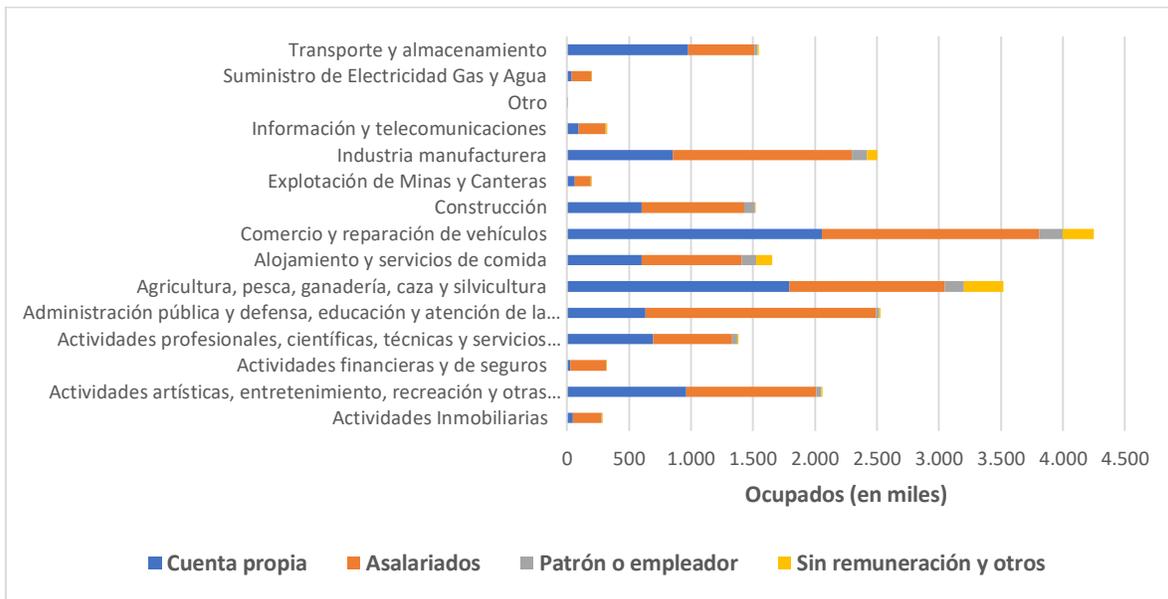
Tabla 1. Número de ocupados por posición ocupacional y por tipo de contrato- 2019

	Ocupados	Sin contrato	Contrato verbal	Contrato escrito	Escrito indefinido	Escrito fijo
Asalariados	11,175,268	0	4,094,432	7,080,836	5,038,644	2,034,198
Trabajador por cuenta propia	9,449,490	8,323,935	487,040	638,515	77,455	559,087
Patrón o empleador	807,860	799,532	3,212	5,116	3,939	1,177
Trabajador sin remuneración y otros	849,668	840,641	8,120	907	167	740
TOTAL NACIONAL	22,282,287	9,964,108	4,592,805	7,725,374	5,120,205	2,595,202

Fuente: Elaboración propia con datos DANE- Microdatos -Ocupados GEIH 2019.

En cuanto a las ramas de actividad económica se observa una participación importante de los trabajadores por cuenta propia, no solo en servicios históricos y crónicos de nuestra estructura productiva como comercio (48%), transporte (63%) y agro (51%), sino también en todas las ramas de actividad económica y, en especial, en las actividades profesionales, técnicas y científicas y de servicios administrativos (50%), así como en las actividades artísticas, de entretenimiento y otros servicios (46%), en los que su participación llega a la mitad de los ocupados.

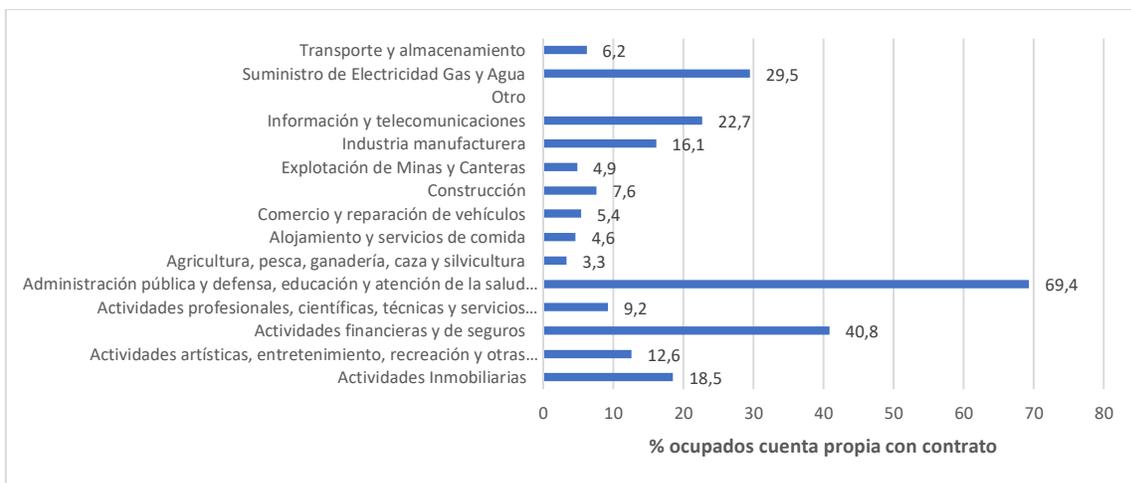
Gráfico 1. Ocupados por posición ocupacional y rama de actividad -2019.



Fuente: Elaboración propia con datos DANE- 2019 Ocupados perfil ocupacional-cuenta propia por rama.

En todas las ramas de actividad económica sobresale el trabajador por cuenta propia sin contrato. En especial en actividades relevantes en el mundo de trabajo como el comercio, la construcción, el transporte y el agro: en las que menos del 5% de todos los trabajadores por cuenta propia tiene contrato. Sin embargo, en las ramas de actividades de la administración pública, educación y salud humana (69%), de actividades financieras (40%), suministro de electricidad, gas y agua (29%), actividades inmobiliarias (18%), actividades de información y telecomunicaciones (22%) el porcentaje con contrato aumenta.

Tabla 2. Porcentaje de ocupados por cuenta propia con contrato por rama de actividad 2019

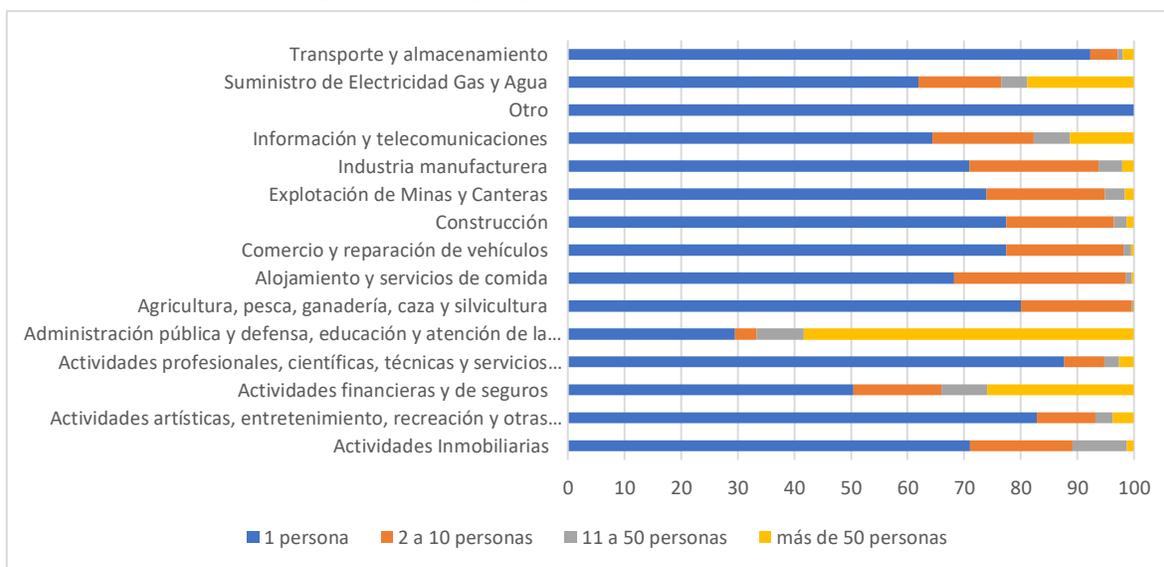


Fuente: Elaboración propia con datos DANE- 2019 Ocupados perfil ocupacional-cuenta propia por rama.

Esto demuestra la expansión del trabajo por cuenta propia como forma extendida de uso de mano de obra en toda la economía y, en su mayoría, sin contratos legales; su arraigo en los servicios históricos y a la vez su creciente relevancia como estándar laboral en el trabajo creativo, profesional y técnico. (Bologna, 2020). Aspecto de particular interés en un país en el que, del total de los ocupados, tan solo el 13% tiene estudios universitarios y el 11% estudios técnicos, un reflejo del poco interés de los gobiernos de fomentar la educación en la sociedad colombiana. Al respecto, vale la pena mencionar el caso de los ocupados sin contrato en las actividades profesionales, técnicas y científicas y de servicios administrativos (91%), así como en las actividades artísticas, de entretenimiento y otros servicios (87%), en la que se encuentran gran parte de estos ocupados en una relación por cuenta propia sin contrato, en muchos casos bajo sobrecargas de trabajo sin garantías laborales ni estabilidad.

Ahora bien, del total de trabajadores por cuenta propia, el 76% trabaja en autoempleo, el 16.3% en empresas de 2 a 10 trabajadores, el 2.3% en empresas de 11 a 50 y el 5.4% en empresas de más de 50. El trabajador por cuenta propia autoempleado se presenta de forma mayoritaria en todas las ramas de actividad. Por su parte, el trabajador por cuenta propia en empresa pequeña de 2 a 10 tiene más participación en las ramas del alojamiento y comida (30%), industria (23%), agro (20%), comercio (21%), construcción (19%) mientras que en las medianas de más de 50 sobresale el sector de administración pública, educación y atención a la salud (58%), las actividades financieras y de seguros (26%), suministro de servicios públicos (18,9%) y actividades de información y telecomunicaciones (11%).

Tabla 3. Trabajadores por cuenta propia por tamaño de empresa- 2019



Fuente: Elaboración propia con datos DANE- 2019 Ocupados perfil ocupacional-cuenta propia por rama.

Respecto del trabajo realizado por el trabajador por cuenta propia, para el año 2019, el 61% de los trabajadores por cuenta propia son trabajadores en sus oficios (taxista, comerciante, artesano, carpintero, etc.), el 20% tiene un negocio, el 9% trabaja por prestación de servicios o honorarios y el resto en trabaja por piezas y a destajo, por comisión, por obra o por ventas de catálogo (10%).

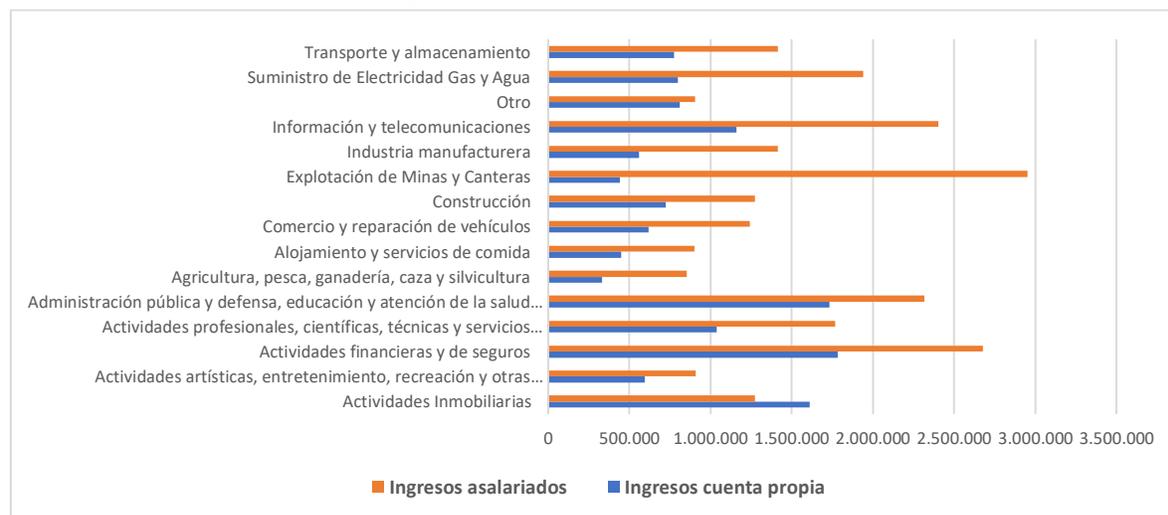
Tabla 4. Trabajadores por cuenta propia por tipo de trabajo realizado 2019

	Trabajador por cuenta propia	Part (%)
Trabajó por prestación de servicios u honorario	877,537	9%
Trabajó por obra	90,406	1%
Trabajó por piezas o destajo	197,505	2%
Trabajó por comisión	341,158	4%
Trabajó vendiendo por catalogo	249,150	3%
Trabajó en su oficio	5,761,757	61%
Tiene un negocio (industria, comercio, servicios)	1,931,375	20%
Otro	2,768	0%
TOTAL	9,451,656	

Fuente: Elaboración propia con datos DANE- Microdatos -Ocupados GEIH 2019.

Por su parte, los ingresos laborales promedio de los asalariados (1.473.264 pesos) son el doble de los ingresos laborales promedio de los trabajadores por cuenta propia (687.282 pesos), y por rama de actividad se observa que la única rama de actividad económica en la que ingreso del trabajador por cuenta propia es mayor que el del asalariado es el de actividades inmobiliarias.

Gráfico 2. Ingresos laborales promedio por posición ocupacional 2019

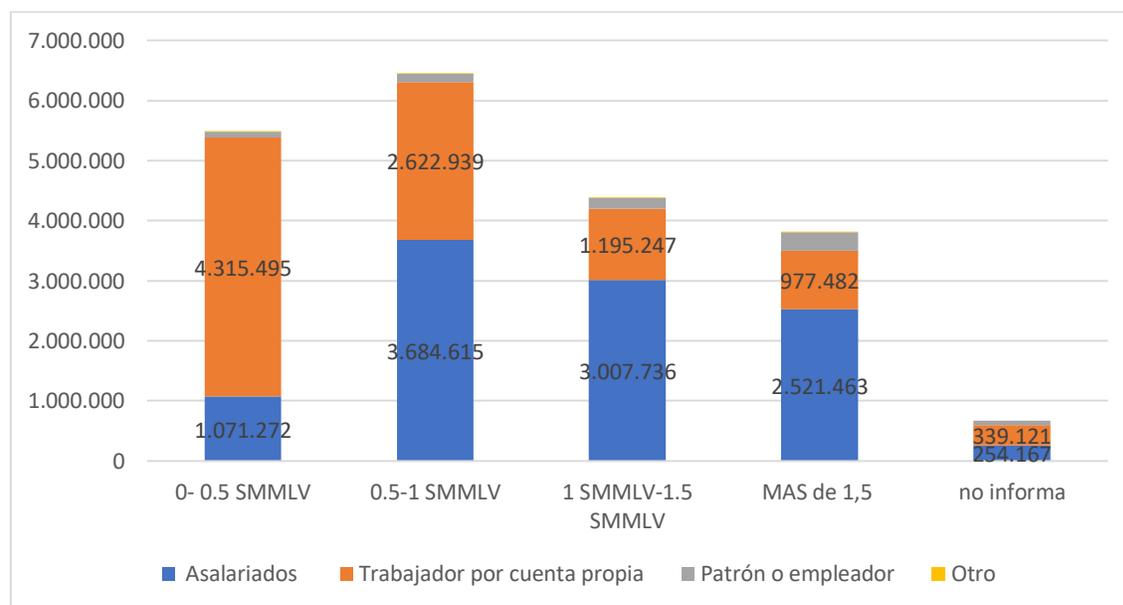


Fuente: Elaboración propia con datos DANE- 2019 Ocupados perfil ocupacional-cuenta propia por rama

En cuanto a nivel de ingresos medido por el salario mínimo, teniendo en cuenta que es la garantía mínima por ley de retribución salarial, para el año 2019, el 46% de los trabajadores por cuenta propia tienen ingresos menores a medio salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), el 73% menos de 1 SMMLV, y el 86% menos de 1,5 SMMLV. Así mismo, los trabajadores por cuenta propia representan el 78% del total de los ocupados con menos de medio SMMLV, el 58% de los ocupados con menos de 1 SMMLV y el 48% de los ocupados con menos de 1.5 SMMLV. Así, aunque los trabajadores por cuenta propia correspondan en su mayoría a trabajadores económicamente vulnerables esto no debe enmascarar que no deja de haber también insuficiencia de ingresos en los asalariados, pues el 45% del total de los trabajadores asalariados gana menos de 1 salario mínimo legal vigente y se concentran en su gran mayoría (74%) entre 0 y 1,5 SMMLV.

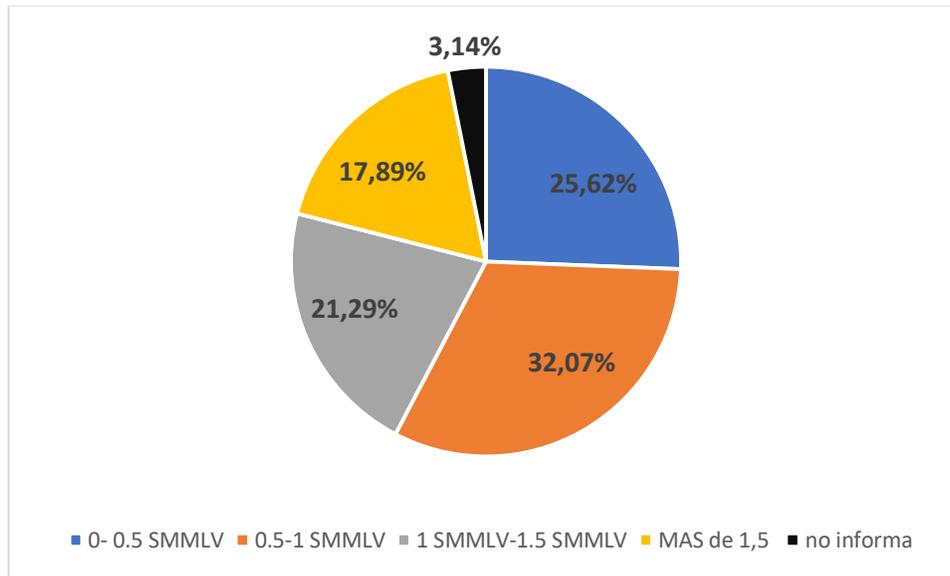
Y así mismo, no se debe dejar de mencionar que por su alta heterogeneidad (profesionales y técnicos) y relevancia contemporánea, una pequeña parte de los trabajadores (10%) por cuenta propia se encuentra en niveles de ingresos mayores a 1, 5 salario mínimo, y de esos solo el 2% ganaba más de 4 SMMLV.

Grafico 3. Ocupados por posición ocupacional y nivel de ingresos 2019



Fuente: Elaboración propia con datos DANE- Microdatos -Ocupados GEIH 2019.

Gráfica 4. Ocupados totales por nivel de ingreso nivel nacional – Año 2019



Fuente: Elaboración propia. Microdatos GEIH 2019.

Como resultado del diagnóstico, en la coyuntura de crisis social por el COVID-19, se evidencian la alta heterogeneidad de formas de absorción laboral en el país, la crónica inseguridad contractual y la insuficiencia de ingresos generalizada.

Acceso a la salud, régimen contributivo y régimen subsidiado

De acuerdo con el diagnóstico anterior y, teniendo en cuenta que el sistema de salud en Colombia se divide en dos regímenes de salud, se hace oportuno revisar la composición de los afiliados por posición ocupacional. El régimen contributivo está fiscalmente sostenido en su mayoría por las contribuciones de los ocupados (asalariados y empleadores con aportes mutuos y autónomos con aportes propios), y el Subsidiado se financia de múltiples fuentes fiscales, con SGP, partida directas del PGN, tasa de solidaria de las contribuciones y otros impuestos más.

Tabla 5. Acceso a la salud total ocupados nivel nacional 2019

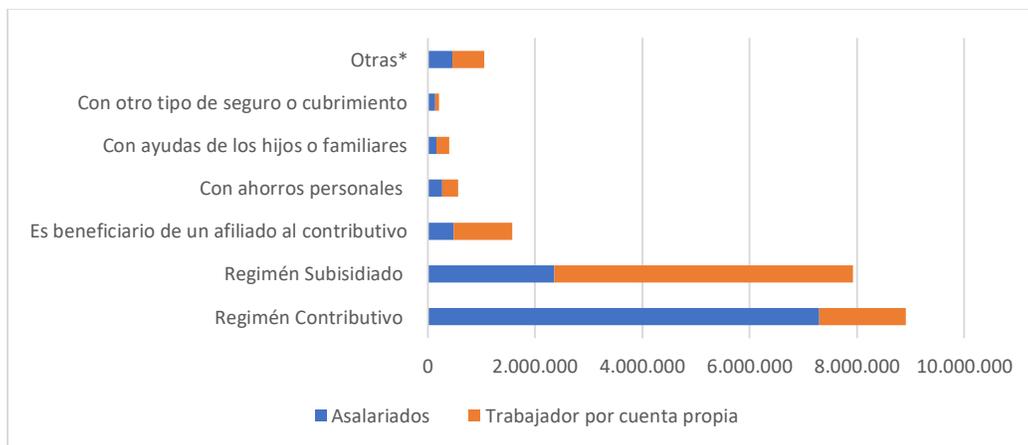
	% DE OCUPADOS NIVEL NACIONAL
Régimen Contributivo	41.6%
Régimen Subsidiado	39.5%
Es beneficiario de un afiliado	8.1%
Con ahorros personales	2.8%
Con ayudas de los hijos o familiares	2.1%
Con otro tipo de seguro o cubrimiento	1.0%
Otras*	5.0%

*otras incluyen: pidiendo dinero prestado, vendería su vivienda o bienes del hogar, empeñaría bienes del hogar, no lo ha considerado, no tiene recursos. Fuente: Elaboración propia con datos DANE- Microdatos -Ocupados GEIH 2019.

Para el año 2019, del total de los ocupados, el 41,6% estaba afiliado en el Régimen Contributivo de salud, de ese porcentaje el 79% son asalariados y el 17% por cuenta propia. Por su parte, en el régimen subsidiado se cubre al 40% de los ocupados, el 27% son asalariados, el 70% son cuenta propia y trabajadores sin remuneración y otros.

Es decir, del total de los trabajadores por cuenta propia, el 89,2% está afiliado algún régimen de salud, el 60% al régimen subsidiado y el 28% al régimen contributivo o es beneficiario de un contribuyente, y solo el 11,2% cotiza junto a pensiones y a salud. Vale la pena mencionar que un empleado puede declararse beneficiario en los casos de contratos no laborales menores a 3 meses, o si su ingreso es menor a 1SMMLV.

Grafico 6. Acceso a la salud posición ocupacional (miles de ocupados) -2019



Fuente: Elaboración propia con datos DANE- Microdatos -Ocupados GEIH 2019.

Así mismo, mientras en las cabeceras, que corresponden al 78% de los ocupados a nivel nacional, el 57% de los ocupados están en el régimen contributivo o es beneficiario de un contribuyente, en las zonas rurales dispersas este porcentaje es del 22%.

Tabla 6. Acceso a la salud por zona geográfica 2019.

	R. Contributivo	R. Subsidiado	Es beneficiario de un afiliado	Con ahorros personales	Con ayudas de los hijos o familiares	Con otro tipo de seguro o cubrimiento	Otras
Cabeceras	48%	32%	9%	3%	2%	1%	5%
Rural disperso	18%	67%	4%	2%	2%	1%	6%

Fuente: Elaboración propia con datos DANE- Microdatos -Ocupados GEIH 2019.

En conclusión, mediante este sistema el acceso al régimen de salud está en gran parte determinado por la posición ocupacional como por la ubicación geográfica.

- **La privatización de la salud, la “solución” envenenada (La ley 100 de 1993)**

Como se ha mencionado anteriormente, la composición del mundo de trabajo en Colombia, a la par de las transformaciones contemporáneas, presentaba ya características de heterogeneidad de absorción laboral e inseguridad contractual desde vieja época. En promedio entre el periodo de 1976-1980 se presentaba una tasa de cotización a la seguridad social del 36% del total de los ocupados urbanos en las 4 principales ciudades (Castaño, et al., 1981). Y para el año de 1990, en el todo el país, solo el 31% de la población tenía acceso a la seguridad social (Santa María, et al., 2009)

A grandes rasgos, antes de la ley 100 de 1993, en Colombia el sistema de salud se regía por la Ley 90 de 1946, un sistema basado en el modelo de aseguramiento obligatorio planteado por Bismark en Alemania. Hasta 1975 fue una entidad privada tripartita financiada por la Nación (25%), los empleadores (50%) y los trabajadores asalariados (25%), con aportes a la salud del 6% del salario. En 1975 el Instituto se convirtió en una entidad pública, el conocido Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y las contribuciones de los asalariados se incrementaron a 7 por ciento del salario, del cual dos terceras partes eran aportadas por el empleador y la parte restante por el trabajador asalariado. Por su parte, los ocupados que no contaban con afiliación al sistema de seguridad social, contaban con el servicio de salud a través del sector público por medio de los hospitales públicos (subsidiados directos a la oferta) financiados por vía de diferentes impuestos. Y el sistema privado atendía a la población con ingresos altos y estaba conformado por prestadores y aseguradores privados. Este modelo además de hacer frente a una baja tasa de cotización también evidenciaba una desigualdad en el acceso y una calidad deficiente del servicio. (Santa María, et al., 2009)

Ante este panorama, en el marco de la apertura neoliberal, con la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se estableció un esquema que reemplazó al sistema de contribuciones administrado por el ISS por un sistema de competencia de empresas aseguradoras (privadas en su mayoría) para la prestación de los servicios de salud por medio de dos regímenes de salud: uno contributivo y otro subsidiado.

El régimen contributivo es financiado por las contribuciones de los trabajadores que suben al 12,5% para cubrir al cónyuge e hijo (8,5% el empleador, 4% el empleado), y el otro régimen es subsidiado y focalizado vía SISBEN, es financiado por diversidad de fuentes fiscales, entre ellas aportaciones del sistema general de participaciones, destinación directa del presupuesto, porcentaje de solidaridad de las contribuciones, etc). A la vez que se estipuló un Plan Obligatorio de Salud, una lista explícita de exclusión de servicios de aseguramiento y una lista de servicios diferentes según el régimen, donde el régimen contributivo tenía más servicios. También se creó una cuenta de compensación en un Fondo Especial (FOSYGA) para recibir mensualmente los aportes de los contribuyentes y otros aportes fiscales y reconocer a cada empresa aseguradora de salud (EPS) un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC) por cada uno de su beneficiario por mes. Por su parte, los hospitales públicos deberían sustituir las apropiaciones directas del Estado (los subsidios de oferta) por apropiaciones de los seguros (subsidios a la demanda), y deberán lograr sus ingresos en la competencia por la venta de servicios a las empresas aseguradoras (EPS) de los regímenes. Y se estipula que el seguro subsidiado debe ser igual al contributivo en máximo una década, el año 2002. (Calderón, et al., 2011)

En el debate político, este nuevo modelo se planteaba con diversidad de argumentos ideológicos para dar solución a los problemas arriba referidos. (Santa María, et al., 2009) En la década de los 90, se hablaba de que la solución ante los problemas fiscales y de calidad era crear un mercado de libre competencia entre las empresas aseguradoras (EPS) a la vez que crear competencia entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para acabar con la ineficiencia del gasto público administrado por el monopolio del Estado, se defendía que era una forma de introducir solidaridad en el sistema, así como de mejorar en la tasa de cotización y cobertura.

La realidad tras casi tres décadas de implementación de este modelo es que no ha respondido satisfactoriamente a ninguno de los retos referidos, y lo más grave es que se sostiene en una estructura malsana de funcionamiento fiscal y deficiencia en el servicio sustentada en la lógica de lucro privado y mercantilización de la salud. Respecto a esto hay dos aspectos en concreto para ilustrar el punto, el primero es frente a la desigualdad en el acceso y, el segundo, la sostenibilidad fiscal y las mejoras en la gestión de los recursos.

Desigualdad en el acceso

En efecto, a pesar de que la tasa de cobertura y la organización y acceso de los servicios básicos de salud mejoraron debido a la unificación bajo un mismo sistema de dos regímenes; más allá de las cifras de cobertura, como se evidenció en el apartado anterior, esta división se sostiene en una segmentación del mundo de trabajo que bajo el marco de competencia privada de aseguramiento también deriva en una clara desigualdad de financiamiento, de acceso y de servicio. Según las cuentas satélites de salud del DANE, para el año 2019 el total de los ingresos anuales del régimen contributivo fue de 29 billones, mientras del régimen subsidiado fue de 19 billones. Reproduciendo los mismos problemas de segmentación y desigualdad en el acceso que se querían solucionar. A pesar de que en la ley 100 se estipula que para el 2002 los dos seguros deben ser igualados para ambos regímenes, esto nunca sucede.

Hasta el año 2008, la Corte Constitucional, en la sentencia T-760, decretó la salud como "un derecho fundamental" y ordena tanto a las EPS como IPS no negar servicios en salud a los usuarios, a la vez que se estipula una igualación del POS para los 2 regímenes completo en el año 2012. En la práctica, esto tampoco ha sucedido, como demuestra la evaluación de impacto de la unificación del POS del mismo Fedesarrollo³⁵, la brecha en atención entre los 2 regímenes de salud continuaba para el año 2015. Se esgrime que hay problemas de contratación selectiva entre EPS y IPS entre los 2 regímenes, esto en parte porque la mayoría del sistema es privado y solo regulación de contratación directa en lo público (actualmente hay 48.572 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), 97.4% tienen carácter privado, 2,4% son públicas y 0.7% son mixtas)³⁶ unido con la distribución territorial de los ocupados y entre los dos regímenes (el 67% de la población rural que representa el 22% del total nacional está en el régimen subsidiado y cerca del 60% de las IPS se encuentran en las 4 ciudades principales) y, por supuesto, por la falta de adecuación administrativa de las EPS y IPS ante la ampliación de servicios.

Sin embargo, esta sentencia es muy importante pues ha sido la vía de acceso, generalmente vía la Acción de Tutela, a diversos servicios de la salud de las personas del régimen subsidiado, que de otra forma por la estructura del mismo sistema no accederían.

³⁵ <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3480>

³⁶ <https://www.sur.org.co/un-sistema-de-salud-fragil-para-hacer-frente-a-la-pandemia/>

La sostenibilidad fiscal y la gestión de los recursos.

En efecto esta es la gran falla estructural del modelo actual. En sus tres décadas de funcionamiento ha quedado en evidencia que la competencia entre empresas aseguradoras privadas de salud no ha llevado ni a un mejor y transparente manejo de los recursos ni a la sostenibilidad financiera del sistema, sino a todo lo contrario.

En particular, según la Contraloría para el año 2019, se han evidenciado al menos 40³⁷ múltiples modalidades de corrupción y malas prácticas de gestión por parte de los actores principales del sistema de salud, las EPS e IPS. Irregularidades que van desde grandes desfalcos de las EPS, como los famosos casos de Saludcoop, Cafesalud y Medimás³⁸, operaciones fraudulentas por diversas prestadoras³⁹, la organización de carteles para aumentar precios, los millonarios recobros de duplicidad de medicamentos o de servicios médicos injustificados al FOSYGA; agudizado en los casos de integración vertical entre EPS e IPS, y con el modo perverso que se tratan los servicios NO POS, ya que no se pagan por la UPC sino mediante recobros extra a las entidades territoriales en el caso del Régimen subsidiado y mediante recobros al ADRES (antes del 2015 FOSYGA) en el caso del Régimen contributivo. Por lo que también las EPS cubren costos básicos con la UPC-POS y maximizan sus utilidades con el NO POS, es decir con recobros al Estado.⁴⁰

Por todas estas prácticas que se sustentan en el objetivo de maximizar la ganancia de las empresas privadas del sistema antes que prestar un mejor servicio, el modelo tampoco ha garantizado la transparencia ni la sostenibilidad fiscal. Actualmente la red hospitalaria contrae millonarias deudas que afectan notablemente su funcionamiento. El problema fundamental radica en que pocas cosas son tan poco claras como las cuentas entre EPS (Entidades Promotoras de Salud) e IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud). Para el año 2017, se estima, según las cuentas de las EPS, deuda de 4 a 5 billones de pesos por sus cuentas por pagar a las IPS.⁴¹ En este modelo los recursos de la salud son públicos, pero están manejados por empresas privadas con ánimo de lucro y su auditoría es privada. La consecuencia es un móvil perverso de cobrar o pagar lo que no corresponde para maximizar el beneficio.

³⁷ <https://www.semana.com/nacion/articulo/fabio-aristizabal-superintendente-de-salud-hablo-sobre-como-se-roban-la-plata-de-la-salud/627161>

³⁸ <https://www.semana.com/nacion/articulo/desfalco-de-salucoop/365644-3>

³⁹ https://caracol.com.co/radio/2019/12/05/judicial/1575542198_354472.html

⁴⁰ <https://razonpublica.com/funcionara-el-acuerdo-de-punto-final-en-salud/>

⁴¹ *Ibíd.*

Tan desastrosa habrá terminado la arquitectura de este modelo para la prestación del servicio a la salud, que, en el año 2015, tras la última reforma estatutaria a la salud, la Ley 1751, se considera a la salud “como un derecho fundamental que tiene que ser provisto y protegido por el Estado colombiano” (Bernal & Barbosa, 2015). Allí se decretan varias reformas que tratan de hacerle frente a los problemas estructurales arriba descritos. Sin embargo, la arquitectura del sistema se mantiene, por lo que se encuentran contracciones y limitaciones irresueltas que llevan a pensar que las declaraciones corren el riesgo de no ser más que pantomimas.

BIBLIOGRAFIA

- Bernal, O. & Barbosa, S., 2015. *La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud*. Salud pública Méx, 57(5).
- Bologna, S., 2020. *Trabajo autónomo sí, ¿pero qué trabajo autónomo?* VientosSur.
- Cacciamali, M. C. & José-Silva, M. d. F., 2003. *mais informalidade, menos cidadania. Os efeitos criados por esse círculo vicioso sobre a formulacao da politica social na America Latina*. Cuadernos PROLAM/Univeridade de Sao Paulo.
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O. & Martínez, R. R., 2011. *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. Ciênc. saúde coletiva, Volumen 16.
- Castaño, H. L., 1986. *Diagnóstico y políticas para el sector informal. Lecturas de economía.*, pp. 133-167.
- Castells, M. 2006. *Problemas de Investigación en Sociología Urbana*. Distrito Federal de México/ Buenos Aires/ Madrid: Siglo XXI Editores.
- Cortés, F., 2000. *La metamorfosis de los marginales: la polémica sobre el sector informal en América Latina*. En: Tratado latinoamericano de sociología del trabajo. México: FEC-UAM-FLACSO.
- Crespo, E. & Serrano, M. A., 2012. *La psicologización del trabajo: la desregulación del trabajo y el gobierno de las voluntades*. Teoría y crítica de la psicología, Volumen 2, pp. 33-48.
- Fabra, M. d. L., 2009. *El trabajo autónomo en la contemporaneidad: ¿alternativa de inserción laboral o nueva forma de precarización?* Montevideo: Tesis licenciatura en Trabajo Social. Universidad de la República.
- Leache, P. A. & Martinez, L., 2013. *Gestión por competencias, modelo empresarial y sus efectos subjetivos. Una mirada desde la psicología social crítica*. Universitas Psychologica, 12(4), pp. 1073-1084.
- Piketty, T. 2014. *El Capital en el Siglo XXI*. Bogotá: Fondo de Cultura.

- Sáinz, J. P. P., 2015. *Globalización y relaciones asalariadas en América Latina. Entre la generalización de la precariedad y la utopía de la empleabilidad. En: Trabajo Global Y desigualdades en el mundo de trabajo.* México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, pp. 19-37.
- Santa María, M., A, F. G., Rozo, S. & Uribe, M. J., 2009. *Un diagnostico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación.* s.l.: Fedesarrollo.
- Torres, R. M. S., 2017. *Trabajo Cuenta Propia en Colombia: Revista Estado y Políticas Públicas,* Issue 9.
- Zuazua, N. G., Massi, M. F. & Turrubiano, M., 2017. *Excedentes de fuerza de trabajo y calidad del empleo asalariado en debate. Una fundamentación conceptual y una propuesta metodológica de medición.* Buenos Aires: Congreso nacional de estudios del trabajo.

Capítulo 4

Los retos para hoy, promover trabajo decente y trabajo saludable

Por Daniel Hawkins⁴² y Yesly Lemos⁴³

La pandemia asociada al coronavirus, covid-19, nos ha obligado enfrentar varias realidades aterradoras, todas relacionadas con la fragilidad del modelo económico imperante a nivel global. A cuentas claras: la profundización de la mercantilización de cada vez más esferas de la vida sociopolítica expuso, de forma contundente, la poca capacidad que tiene el mercado para proveer servicios básicos de la vida, como la salud y la atención médica. Por otro lado, la flexibilización laboral y el desmonte de derechos laborales fundamentales, todo en nombre de la competitividad (un eufemismo por la rentabilidad del capital), nos lleva hasta el escenario en donde hoy tener trabajo no basta para tener protección social y mucho menos condiciones dignas de vida.

La pandemia ha dejado totalmente expuesta la ilusión de que el neoliberalismo nos iba a traer progreso social. Más que esto, lo que ha generado es una situación de precariedad generalizada, donde reina la inestabilidad y la insalubridad de las y los trabajadores del mundo. En su afán por bajar los costos laborales y el poder sindical, los políticos del mundo, gobernando en nombre de la élite, han tratado a las y los trabajadores como si fuesen cualquier factor de producción, igual que la tierra y el capital; ignorando nuestra humanidad, nuestros deseos, sentimientos y la naturaleza social que nos caracteriza. La pandemia no nos llevó al abismo, fue solo el detonante, el anuncio oficial de un secuestro que comenzó hace décadas.

En el preámbulo de la Declaración de Filadelfia de la OIT de 1944, escrito sobre las brasas de la destrucción de la Segunda Guerra Mundial, se enfatizó que el trabajo no era una mercancía. Pero esta concepción, protegida en las normas internacionales de dicha entidad multilateral, ha sido aminorada a cada paso durante las últimas décadas por la avaricia de los dueños de la economía. En este periodo los discursos políticos sobre los derechos humanos han sido rimbombantes, sin tono ni fondo, y con esta pandemia los vemos a través de las cortinas de humo que dejaron.

⁴² Director del proyecto de los Centros de Atención Laboral de la ENS: directorcal@ens.org.co

⁴³ Experta de bases de datos del proyecto de los Centros de Atención Laboral de la ENS: basededatos@ens.org.co

Curioso que justo en las dos décadas de difusión mundial del concepto de trabajo decente, promovido, sobre todo por la OIT, se hayan producido semejante proliferación a nivel mundial de condiciones de trabajo precarias y riesgosas para la salud de las y los trabajadores. La misma OIT estima que alrededor de 2,3 millones de trabajadores mueren por accidentes-enfermedades relacionadas con sus trabajos cada año, incluyendo más de 6 mil muertes en el trabajo cada día y hay otros 340 millones accidentes y 160 millones de enfermedades laborales anualmente⁴⁴. Y el problema de los riesgos en el trabajo parece estar creciendo. De hecho, una estimación indica que el número de trabajadores muertos por causas atribuibles al trabajo pasaron de 2,33 millones en 2014 a 2,78 millones en 2017 (Hämäläinen, et al., 2017). No obstante, estas estimaciones son difíciles de relacionar directamente con las estadísticas nacionales de países miembros de la OIT. Hay dos razones principales que, juntas, invisibilizan y subestiman el precario estado de salud y seguridad en el trabajo, especialmente en países como Colombia. Primero, los altos niveles de informalidad laboral significan que la gran mayoría de trabajadores colombianos son excluidos de las cifras sobre muertos y accidentes-enfermedades en los lugares del trabajo porque no son afiliados a las ARL ni a las EPS como contribuyentes. Milagrosamente, sus dolencias, lesiones y hasta muertes son denegados por el mismo Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) y las empresas traficantes en el valor monetario del sufrimiento humano. En este entorno es evidente que las cifras pueden pintar el paisaje que da más gusto al gobierno de turno, pero poco tiene que ver con la realidad. Pero tampoco las sumas numéricas de muertes-accidentes-enfermedades en el trabajo son suficientes para expresar el problema. Debemos examinar cuál es la relación entre trabajo y salud como primer paso para comprender mejor la precaria situación de ambos hoy en día en Colombia.

Institucionalidad desconectada del ideario de trabajos decentes y saludables

Extraña como en la formulación e implementación de políticas públicas en materia laboral, el derecho a la salud de los trabajadores ha quedado obstaculizado por un sistema reactivo en el cual la promoción de la salud y la prevención de los accidentes y enfermedades en el trabajo, a pesar de ser enumeradas como el enfoque central del Sistema General de Riesgos Laborales (en la Ley 1562 de 2012), sean condicionadas por factores de rentabilidad económica y, las diversas entidades definidas como responsables dentro de este sistema, las EPS e IPS (de salud), las ARL y las juntas de calificación de invalidez (en riesgos) y las AFP (de pensiones), frecuentemente se pasan el bulto de una a otra institución en vez de actuar de acuerdo con esa ley. Entonces, termina encargada de definir responsabilidades la justicia ordinaria laboral, ya por si sobrecargada y altamente ineficiente; la promoción de la salud y

⁴⁴ Ver: OIT. World Statistic, https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249278/lang--en/index.htm (accedido, el 19 de abril de 2020).

la prevención de riesgos laborales se convierten así en dictámenes inalcanzables y la salud de los trabajadores se pelea frente a los jueces en un contrasentido completo.

Es imperativo volver a priorizar el diseño y estructuración de una institucionalidad de salud y seguridad en el trabajo que vela por la promoción de la salud y la erradicación de riesgos (de diversas tipologías) en el trabajo. Un sistema así tendrá que retomar la noción e importancia del trabajo decente y saludable, como condiciones *sine qua non* de la dignidad humana. Y aquí hay que resaltar la integralidad de condiciones de trabajo decente con condiciones de trabajo saludable. La salud en el trabajo no puede ser medida solo por una concepción mínima de “accesibilidad”, donde se considera satisfactorio un trabajo donde él o la trabajadora estén afiliados a la EPS y la ARL y punto.

Un trabajo decente y saludable es uno donde el trabajador se favorece en cuanto a: la organización del trabajo (el ritmo-intensidad, estabilidad y los ingresos); la prevención de riesgos (asociados a factores, cargas y las condiciones físicas, biológicas, químicas, fisiológicas y psíquicas); la seguridad social (atención en salud, seguros de enfermedad, desempleo, vejez, accidentes, maternidad-paternidad, invalidez y pensiones); la autonomía para ejercer a las libertades sindicales (creación-afiliación sindical y la negociación colectiva); y la inclusión, diversidad y equidad en el trabajo (Gallo, et al., 2018; Ghai, 2003). Estos criterios tienen que ser mirados y analizados de manera conexa porque lograr un seguro y sano entorno de trabajo es imposible si solo se centra en la medición y reglamentación de los factores materiales de cada lugar de trabajo. Debemos reflexionar sobre la conexión entre la flexibilización laboral, la intensificación del trabajo, la reducción de tiempo de ocio, entre otros elementos relacionados con el régimen de trabajo, y cómo todos juntos producen, no solo el aumento de muertes-accidentes-enfermedades laborales sino evidentes desgastes físicos y mentales, como el estrés, la depresión y ansiedad (Benach y Muntaner, 2010; Benach, et al., 2015).

Para analizar estos factores de trabajo no desde el enfoque de costos sino como derechos, por dónde comenzar mejor que con una indagación sobre cómo trabajan los miles de personas dedicadas al servicio de salud y cuidado en el país, sobre todo en momentos como hoy, cuando el sistema de salud se encuentra asfixiado por el invisible pero móvil y destructivo coronavirus, Covid-19. En el capítulo previo se hizo un breve diagnóstico sobre cómo la privatización de la salud en Colombia debilitó el sistema, fraccionando la inter-operatividad de las distintas instituciones presentes y disminuyendo la calidad del servicio que ellas ofrecen a la ciudadanía. Ahora pasamos a examinar este sistema desde los sujetos que lo sostienen y quienes intentan cuidar y mantener vivos a sus pacientes a pesar de la precariedad de los instrumentos con los que disponen.

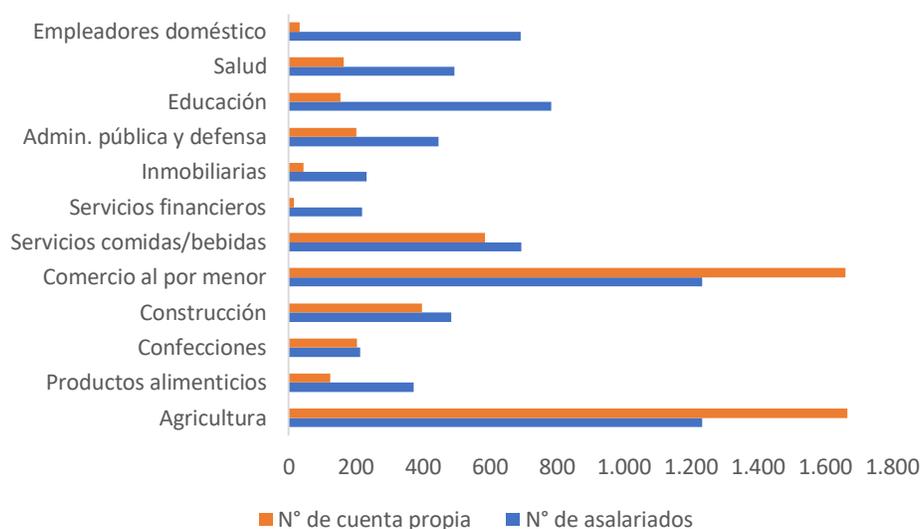
Trabajadores del sector de salud en Colombia

Previamente invisibles a la examinación pública y de los comentarios cotidianos de la sociedad, a la luz de la difusión del covid-19, los miles de profesionales, técnicos y trabajadores no calificados que conforman el sector de salud se han convertido, de la noche a la mañana, en protagonistas de las noticias diarias. Aplaudidos por el público a comienzos de la cuarentena obligatoria decretada por el presidente Duque, en las siguientes semanas se ha visto, en distintos lugares del mundo, cómo estas mismas personas son discriminadas por el simple hecho de ser los más expuestos al contagio por estar en la primera línea de atención de las personas diagnosticadas con, o ser sospechosas de tener, el virus.

En Colombia de los 22 millones de trabajadores ocupados durante 2019, 673 mil de ellos forman parte de las actividades asociadas a la atención de la salud humana, el equivalente del 3,2% de la fuerza laboral del país. Estos miles de profesionales y trabajadores de apoyo son el aporte de Colombia a la tasa global de un estimado de 43 millones de trabajadores del sector de salud⁴⁵. De ellos, de acuerdo con datos del DANE, la gran mayoría es asalariada (495 mil), seguido por los que trabajan por cuenta propia (164 mil), otros 12 mil que son empleadores y un mil que laboren sin remuneración. Si seleccionamos y examinamos, como se visualiza en el siguiente gráfico, los doce (12) subsectores que generan más de 200 mil trabajos de diferentes tipologías contractuales y hacemos una división entre el número de empleados (asalariados) versus el número de trabajos de tipo cuenta propia (formalmente independientes), se puede apreciar el relativamente alto grado de formalidad laboral que prevalece en el sector de la salud, sobre todo cuando le comparamos con sectores altamente informales, como el de comercio al por menor o la agricultura, donde el número de cuentapropistas supera, ampliamente, a los asalariados.

Gráfico 1. N° de asalariados y cuenta propia por subsectores seleccionados (2019)

⁴⁵ Ver: Public Services International (PSI). 2020. "Public health once and for all- concept note", 19 de marzo: <https://publicservices.international/resources/news/public-health-br-once-and-for-all-?id=10648&lang=en> (accedido el 21 de abril).

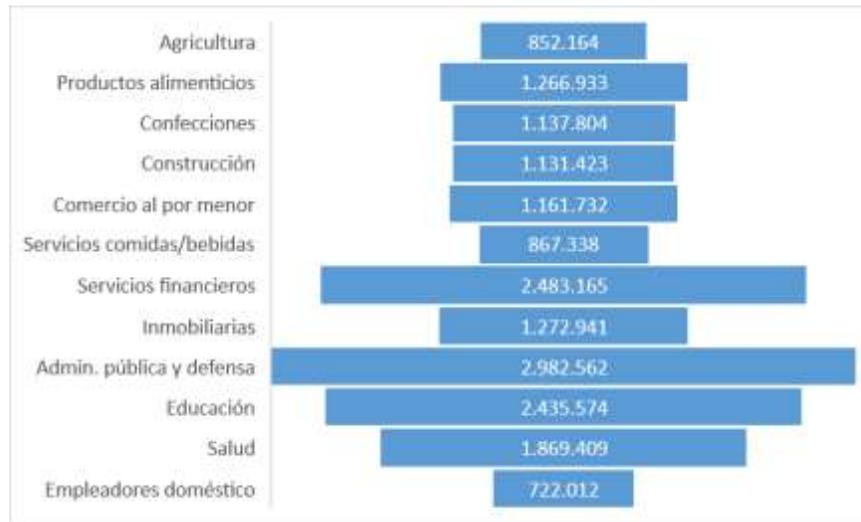


Fuente: Construcción propia con datos del DANE, GEIH 2019.

Un análisis de los ingresos promedios de esta población de trabajadores, a primera vista, nos dará indicios de que es un sector privilegiado frente a la mayoría de la fuerza laboral del país. Incluso, teniendo en cuenta que casi el 55% de la población ocupada solo alcanza ingresos que equivalen al salario mínimo legal, los ingresos promedios de los trabajadores de salud de \$1.869.409 suponen que tienen una posición relativamente cómoda en la precaria escala remunerativa colombiana. Pero siempre los primeros acercamientos pueden confundir. Si comparamos los ingresos de los asalariados del sector de la salud con los de los 649 mil trabajadores del sector de administración pública y defensa (etc.,) o de las 234 mil personas asalariados del sector de servicios financieros, la diferencia es notable. Como se pueden apreciar en el gráfico 2, el promedio de ingresos mensuales de los trabajadores de la salud solo alcanza a ser el 62% y el 75% de los dos salarios promedios respectivos y algo parecido ocurre con el mismo ejercicio comparativo entre sus ingresos y los del sector educativo.

Hay otro factor que complica estos tipos de análisis por ingresos; como se verán en la siguiente sección, en el sector de la salud, como en pocos otros, hay un grave flagelo que enfrentan miles de estos trabajadores: el no pago de los salarios integrales, como diversos sindicatos y trabajadores profesionales de la salud en hospitales y clínicas, por lo largo y ancho del país, han denunciado durante años. Adicionalmente, si ampliamos nuestra mirada para indagar por los ingresos de los más de 722 mil trabajadores domésticos, entregadas (más del 90% de ellas son mujeres) a laborar en beneficio de los hogares ajenos de las clases sociales más privilegiados, resulta evidente el poco aprecio, medido por remuneración, no aplausos o memes virtuales, que la sociedad otorga a los miles de personas que se dedican a la economía del cuidado.

Gráfico 2. Ingresos promedios de los asalariados de sectores seleccionados (2019)



Fuente: Construcción propia con datos del DANE, GEIH 2019.

Hay muchos elementos pendientes de analizar, para poder indagar con más profundidad sobre las condiciones de trabajo decente y saludable de las y los miles de trabajadores de la salud en Colombia. Uno de ellos tiene que ver con el grado de estabilidad contractual que determina el nivel de vulnerabilidad y seguridad de ingresos con que cuentan las y los trabajadores. Como los miles de trabajadores de la salud no viven y laboren en una isla, sería difícil desconectarlos del panorama tan general de flexibilización y tercerización laboral que prevalece en Colombia. Por cierto, si examinamos como se encuentran los 164 mil trabajadores cuenta propistas de este sector, se ve que el 27% de ellos laboren sin contrato alguno y esto, en un contexto donde el 59% de todos estos supuestos cuenta propistas trabajan en empresas de más de 50 personas (o sea, empresas de tamaño mediano). Adicionalmente, a pesar de ser un sector con altos niveles de formación educativa, 25% de todos estos 164 mil trabajadores no esté afiliado a la seguridad social de pensión y EPS, ¡datos que deben dejarnos atónitos!

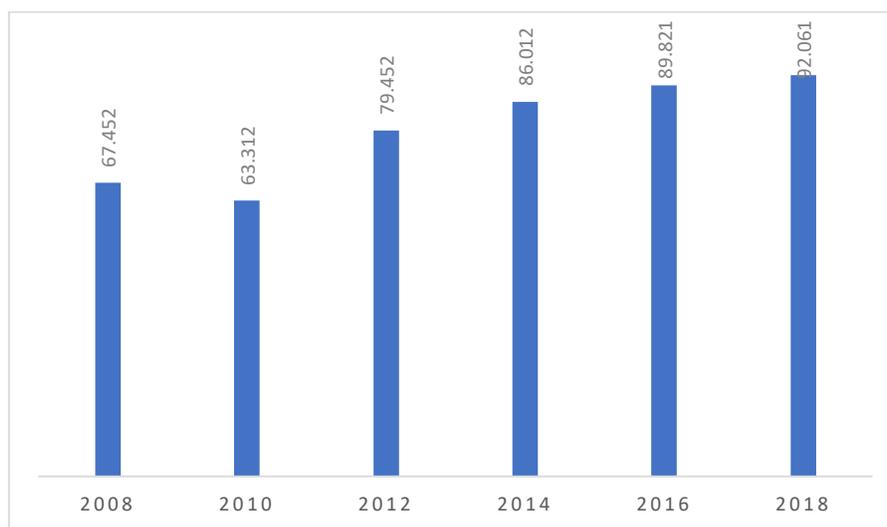
Sindicalización en el sector de la salud

Otros de los temas prioritarios al momento de analizar las condiciones de trabajo decente y saludable tiene que ver con uno de los derechos de trabajo fundamentales, el de crear sindicatos autónomos y ejercer las actividades sindicales, incluidas, la negociación colectiva. Estos derechos, más difíciles de operacionalizar que muchos estándares laborales, funcionen como derechos habilitantes (Anner, 2012), ayudando a mejorar otras condiciones de trabajo

(como, por ejemplo, los ingresos, las jornadas, la salud y seguridad en los sitios de trabajo, la no discriminación, etc.,).

En el tema de la salud y seguridad en el lugar del trabajo, como plantea la OIT (2019), está ampliamente documentada como la representación de los trabajadores se relaciona con una mejor gestión, permitiendo menos posibilidades para accidentes y enfermedades laborales. En Colombia, las organizaciones sindicales en el sector de la salud tienen una larga y reconocida historia de luchas y logros en beneficio de sus miembros y de la sociedad misma. Pero este mismo protagonismo ha significado que muchos dirigentes y activistas sindicales de la salud han padecido actos de violencia y persecución sistemática. Por cierto, después de sindicalistas de los sectores de educación y agricultura, los de salud y los del minero-energético han sido los actores más victimizados por la continua ola de violencia antisindical (CCJ y ENS, 2012). No obstante, la flagrante violación de su integridad física y dignidad humana no ha parado la actividad sindical en el sector de la salud, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico 3. N° de sindicalistas en el sector de la salud (años seleccionados)



Fuente: Sistema de información Sindical y Laboral SISLAB, Subsistema Censo Sindical, alimentado con información suministrada por Ministerio del Trabajo, CUT y Sindicatos.

Se ve el aumento, casi continuo, con la excepción de los años entre 2008-2010, de la sindicalización en este sector, alcanzando una tasa de crecimiento de 36,5% en una década, cifras muy sorprendentes para el contexto colombiano. Pero aquí, una advertencia de interpretar demasiado desde este punto; esta formidable tendencia de crecimiento en la afiliación

sindical parece tener más que ver con la llegada y disparada expansión de la muy controvertida figura de los contratos sindicales en el sector de la salud, sobre todo a partir de 2010, año a partir del cual esta herramienta fue reglamentada por el gobierno del expresidente Álvaro Uribe, para facilitar su dispersión.

Formalmente fue conocido como un convenio colectivo por el Ministerio de Trabajo cuando, en realidad, el contrato sindical funciona para pervertir la naturaleza misma de las organizaciones sindicales y fomentar relaciones de tercerización laboral que deslaboralizan el trabajo de miles de profesionales de salud. Incluso, después de una larga década de prácticas de deslaboralización, a través de la figura de las Cooperativas de Trabajo Asociada (CTA), el sector de salud mantuvo su posición como líder de la tercerización laboral ilegal, esta vez con la proliferación de los contratos sindicales, con más del 90% de los 1,780 contratos sindicales firmados en 2018 asociados a este sector (Hawkins, 2019). De acuerdo con un análisis del censo sindical entre 2011-2018, a través del cual se indaga por los nombres de sindicatos creados, se puede afirmar que de 426 sindicatos de la salud creados en este periodo, alrededor de 300 de estos se han creado para la utilización de la figura del contrato sindical, o sea, el crecimiento tan destacado de la tasa de sindicalización en el sector de la salud, poco tiene que ver, con la mejora de las condiciones y garantías de las y los trabajadores que allí laboren. Tristemente, parece indicar que la realidad es todo lo contrario.

Condiciones de trabajo en la pandemia del coronavirus

Si la pandemia del coronavirus, Covid-19 ha puesto en riesgo la salud y vida de millones de personas alrededor del mundo, pocas se han vistos tan expuestos y vulnerables de contagio como el equipo de profesionales y apoyo de salud, quienes son la primera línea de defensa de su asalto a los sistemas inmunológicos de los pacientes infectados. Es difícil cuantificar cifras ciertas a nivel nacional y mucho menos global, pero algunas estimaciones ayudan a comprender el nivel de riesgo que estas personas padecen, día tras día, todo a servicio de sus co-ciudadanos. Para principios de marzo, en China, se estimó que más de 3,300 trabajadores de la salud habían sido infectados, con la muerte de 22 de ellos. En Italia, a finales de marzo, se calcularon que 4,824 trabajadores de la salud habían sido contagiados y, de ellos, murieron 33; para España, en el mismo periodo, se contaban 3,475 trabajadores diagnosticados con este virus (Torres-Tóvar, 2020). En Colombia, para la mitad del mes de abril, se ha sido testigo de la muerte de dos médicos por culpa del covid-19. Y ahora, con más de 4 mil casos confirmados, es el momento de la verdad para los casi 700 mil trabajadores del sector salud que esperan, en el ejercicio de sus labores, las más esenciales en esta coyuntura, recibir la protección y apoyo necesario para no exponerse en más de lo mínimo posible al contagio del covid-19. Es una responsabilidad, primero de sus empleadores, y segundo del Estado colombiano.

Estas advertencias, no obstante, parecen haberse flotado por un entorno donde pocos escuchan y, por ende, quisiéramos indagar con más profundidad sobre algunas de las condiciones de trabajo y salud en la actual coyuntura que padecen los profesionales de este sector en Colombia. Para hacerlo, se hace un resumen de los hallazgos de la *“Encuesta de Bioseguridad del Personal de la Salud y Ruta de Atención de la Pandemia Sars Cov2 – Covid-19”* presentada el 8 de abril de 2020 por la Federación Médica Colombiana (FMC) y el Colegio Médico Colombiano (CMC) con el apoyo de diversas organizaciones médicas y de la sociedad civil. La encuesta recoge y documenta – en una muestra nacional de 939 encuestados, con énfasis en el personal médico – múltiples críticas y comentarios respecto de las condiciones laborales, la dotación hospitalaria y los protocolos de atención.

Tabla 1. Personas encuestadas según formación profesional

Profesión	Total	%
Médicos	797	84,9
Auxiliar de Enfermería/Logístico	52	5,5
Jefe de Enfermería	32	3,4
Bacteriología	16	1,7
Odontología	13	1,4
Fisioterapia	10	1,1
Otros	8	0,9
Tecnología en Radiología	3	0,3
Terapia Respiratoria	3	0,3
Farmacia	2	0,2
Estudiantes	2	0,2
Nutricionista	1	0,1
Total	939	100

Fuente: construida con datos de la Encuesta de Bioseguridad del personal de la salud y Ruta de Atención de la Pandemia Sars Covid-19.

Gráfico 4. Principales especialidades de medicina identificadas en la encuesta



Fuente: construida con datos de la Encuesta de Bioseguridad del personal de la salud y Ruta de Atención de la Pandemia Sars Covid-19

Mirando en tema de la estabilidad laboral de los encuestados, los datos señalan que solo el 25% tiene contrato laboral de planta con todas las garantías legales. El resto cuenta con otro tipo de contrato entre los que están: el contrato por obra o labor, el de orden por prestaciones de servicios (OPS), el de residente/estudiantes, entre otros.

Otras maneras de precarizar las condiciones de trabajo en este sector se manifiestan con los altos números de encuestados que dicen sentirse amenazados por la facilidad de terminación de sus contratos, así como los continuos atrasos en los pagos, hasta de 4 meses asociados, en su mayoría, a la contratación por OPS (esto relacionado con los problemas financieros perversos entre las cuentas de las EPS y las IPS). Se observó que esto puede dejar totalmente desprotegido al trabajador, además de las referencias en cuanto a la carencia de elementos de protección personal adecuados y angustia emocional que esto conlleva. Quizás este asunto ha sido el más preocupante en la presente coyuntura porque ilustra, de forma indignante, el trato deshumano que las empresas del sistema de salud dan a su personal.

Ahora bien, bajo el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), la última reforma en materia de salud (Ley 1751 de 2015) y la declaración por parte del gobierno de Emergencia Sanitaria y luego Económica, Social y Ecológica (Decreto 417 de marzo de 2020) se han estipulado diversas medidas sanitarias, laborales y económicas con el objeto de controlar y prevenir la propagación del virus COVID -19. Sobre estos lineamientos en materia de salud la encuesta revela importantes comentarios del personal médico en relación con los elementos de protección personal (EPP), la violación de sus derechos laborales en el marco de la crisis y la gestión de los protocolos de atención.

Elementos de protección personal (EPP)

Se señala que se ha decretado una reorganización de un mínimo del 18% de la destinación de las cotizaciones laborales de las Administradoras Riesgos Laborales (ARL) –con la disposición de adicionar recursos directos del Estado- para garantizar actividades de prevención, chequeos médicos, acciones de intervención directa y compra elementos de protección personal (EPP), y que tanto las EPS como las IPS tienen en el marco legal actual (independiente de la gestión de la ARL) el deber de garantizar los elementos de protección personal a todos sus trabajadores como a todos sus pacientes. No obstante, la encuesta revela una falta importante de estos artículos y una preocupación del personal médico ante la situación.

Gráfico 5. ¿Cómo considera la dotación de EPP de su institución hospitalaria para la atención de pacientes con COVID-19? (según tipo de contrato)

Tipo de contrato	Pésimo (%)	Malo(%)	Regular(%)	Bueno(%)	Excelente(%)
Hora labor o practica privada	30,0	30,0	20,0	10,0	10,0
Estudiantes o residente	18,8	31,3	31,3	12,5	6,3
Docente o académicos	10,0	60,0	30,0	0,0	0,0
Contrato laboral	21,8	28,4	31,0	13,8	5
OPS	36,2	28,9	26,4	7,0	1,5
Otros	36,1	24,6	29,5	9,8	0

Fuente: construida con datos de la Encuesta de Bioseguridad del personal de la salud y Ruta de Atención de la Pandemia Sars Covid-19

Por cierto, para casi todos los distintos grupos de profesionales salubristas (o estudiantes) encuestados, las respuestas de malo o pésimo son las calificaciones dadas con respecto a la dotación de EPP, dejando en evidencia que la prioridad del sistema es bajar costos en vez de velar por cuidar la salud de su equipo profesional y de servicios generales. La poca disponibilidad de las máscaras N95, definidas como crucial para los equipos médicos y de enfermería en la primera línea de atención de pacientes con coronavirus, covid-19, enfatiza este trato tan degradante que reciben las y los profesionales de la salud en Colombia. En los medios de comunicación se menciona la poca oferta en los mercados internacionales, pero teniendo en cuenta el tiempo que tuvo el país y el sistema de salud para prepararse por la llegada y difusión de este virus, la falta de provisiones de esta máscara no se puede calificar diferente de vergonzoso e irrespectuoso, obligando que los equipos de profesionales de la salud se entreguen a sus labores en un estado de alta vulnerabilidad, tanto para ellos mismos como para los miembros de sus familias.

Tabla 2. Disponibilidad de máscara N95 según especialidad médica de primera línea

Especialidad	Sí	%	No	%	Total
Medicina General	28	8,0	320	92,0	348
medicina de urgencias	3	25,0	9	75,0	12
Anestesiología	34	20,4	133	79,6	167
ORL	6	42,9	8	57,1	14
Medicina Intensiva	4	10,3	35	89,7	39
Medicina Interna	2	9,1	20	90,9	22
Total	77	12,8	525	87,2	602

Fuente: construida con datos de la Encuesta de Bioseguridad del personal de la salud y Ruta de Atención de la Pandemia Sars Covid-19

Lo profesionales encuestados refieren, además, que en cuanto a “disponibilidad de camas de UCI, de suministros básicos, de disponibilidad del talento humano, áreas de aislamiento y dotación para manejo de enfermedades respiratorias” no se cuenta con infraestructura suficiente para tratar la crisis. Del total de los encuestados, el 58% expresa que la dotación en su centro de atención es pésima o mala, y solo el 13% que es buena o excelente. Así mismo la puntuación promedio de la dotación del centro de salud de todo los encuestados fue de 2,3, en una escala de 1 a 5, donde 1 es pésimo, 2 es mala, 3 regular, 4 buena y 5 excelente. Así mismo, se manifiesta la falta de camas de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) por estar llenas con otras patologías y se encontró que algunas UCI son tercerizadas, por lo que su uso es determinado por la administración que la subcontrata.

Se expresa, adicionalmente, que ante esta situación se presentan múltiples y ambiguas respuestas de las ARL, y que tampoco se presentan rutas claras sobre actos administrativos concretos que movilicen recursos “adicionales, oportunos y suficientes” a las IPS para la contingencia.

Vulneraciones laborales al personal médico

La encuesta también permitió observar las diversas vulneraciones laborales que viven los profesionales de la salud. Vulneraciones que se agudizan a raíz de la pandemia. Se manifiesta que algunos profesionales de la salud sienten miedo por posibles despidos o cambios en las condiciones de trabajo por no acceder a cumplir las determinaciones del empleador en cuanto a la asignación de los EPP o a la gestión de los protocolos de detección y manejo del COVID -19.

Así mismo, los profesionales señalan que sienten vulnerada la autonomía profesional debido a que no les es permitido expresar sus puntos de vista en relación con el manejo de la identificación de los casos y generar discusiones académicas sobre los protocolos y directrices establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o los que se manejan en la institución. Comentan:

“Dirección científica constriñe el acto médico, se presenta acoso laboral y no se permite sospecha y búsqueda activa de casos (solo los que ellos consideren y autoricen) y si se envían artículos que contradigan los pobres y básicos protocolos institucionales amenazan con despido”

Algunos encuestados manifestaron también que se han presentado despidos sistemáticos de los profesionales que alzan su voz, para resaltar el abandono que hay hacia ellos y las posibilidades de tener los EPP para sobrellevar esta pandemia. Así mismo, se expresa el malestar del personal estudiantil como del personal residente, pues plantean que no son tenidos en cuenta en la entrega de EPP por su carácter de no profesionales, pero expresan que tampoco se les ordena ir a cuarentena como a los demás universitarios, e incluso algunos dicen que reciben amenazas de cancelación del internado.

Aunado a esto, se encuentran las precarias condiciones laborales (inestabilidad contractual, demoras en los pagos, sobrecargas de jornadas, limitación del poder de negociación) que afectan tremendamente el ánimo de los trabajadores. Por tales razones, los profesionales exigen se mejoren sus condiciones laborales, debido a que en este momento son ellos los que le están poniendo directamente la cara a esta problemática sanitaria.

Implementación de Protocolo COVID-19 en las Instituciones Hospitalarias

Al indagar sobre el uso de protocolo para la atención de pacientes con COVID-19 señalan una mala o mínima coordinación entre instituciones públicas, privadas y rectoras del sistema de salud para establecer una guía clara de “detección, atención y aislamiento” de casos sospechosos y confirmados. Se identificó que solo el 45.4% del personal médico encuestado considera que el protocolo está bien estructurado.

Adicionalmente, al ser esta enfermedad altamente contagiosa y sin contar con suficientes elementos de protección para el personal del sistema de salud, el 59% de los encuestados respondió que no existen protocolos relacionados con los trabajadores que resulten contagiados.

Bibliografía

Anner, Mark. 2012. “Corporate Social Responsibility and Freedom of Association Rights: The Precarious Quest for Legitimacy and Control in Global Supply Chains”. *Politics & Society*, v. 40, n. 4, p. 609–644, 1 diciembre;

Benach J, Muntaner C. 2010. Empleo, trabajo y desigualdad en salud. Una visión global. Barcelona: Icaria;

Benach, Joan, Mireia, Julia, Gemma Tarafa, Jordi Mir, Emilia Molinero y Alejandra Vives. 2015. “La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña”. *Gaceta Sanitaria* N°29(5): 375-378.

Comisión Colombiana de Juristas (CCJ) y Escuela Nacional Sindical (ENS), 2012. *Imperceptiblemente nos encerraron. Exclusión del sindicalismo y lógicas de la violencia antisindical en Colombia, 1979-2010*. CCJ/ENS <http://www.ens.org.co/wp-content/uploads/2012/06/imperceptiblemente-nos-encerraron.pdf>

Gallo Oscar, Hawkins Daniel, Luna-García Jairo Ernesto, Torres-Tovar Mauricio. 2018. Trabajo decente y saludable en la agroindustria en América Latina. Revisión sistemática resumida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. Vol.37(2):7-21. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n2a03.

Hämäläinen, P.; Takala, J.; Boon Kiat, T. 2017. *Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017* (XXI Congreso Mundial de Seguridad y Salud en el Trabajo, Singapur, Workplace Safety and Health Institute).

Hawkins, Daniel. 2019. *El fracaso del TLC con la Unión Europea: ni más empleo ni mejores estándares laborales*. Ediciones Escuela Nacional Sindical: Medellín, septiembre. <http://ail.ens.org.co/informe-especial/el-fracaso-del-tlc-con-la-union-europea-ni-mas-empleo-ni-mejores-estandares-laborales/>

Torres-Tóvar, Mauricio. 2020. “¡Se debe cuidar la salud de los y las trabajadoras que cuidan la salud de la gente en la epidemia!”. Caja de Herramientas, Viva la Ciudadanía. 28 de marzo. <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0675/articulo13.html>

ⁱ OIT (2020). OIT: El COVID-19 causa pérdidas devastadoras de empleos y horas de trabajo