



Editorial

¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud?

Mauricio Torres-Tovar¹

¹ Médico, especialista en Salud Ocupacional, máster en Estudios Políticos, PhD en Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. mhtorrest@unal.edu.co

Torres-Tovar M. ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(3):e354685 DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354685>

Diversas investigaciones han evidenciado que producto de las reformas estructurales de carácter privatizador implantadas durante los años ochenta y noventa del siglo XX en el mundo y con gran fuerza en América Latina, que llevaron, entre otras, a mudanzas en lo laboral, la seguridad social y los sistemas de salud, se extendió un proceso de flexibilización e intermediación que generó un proceso de precarización del trabajo para el personal del sector de la salud [1-6].

Este fenómeno laboral se ha visto expresado por modos de contratación temporales para múltiples actividades, incluidas las misionales, principalmente a través de figuras como las ordenes de prestación de servicios, contratos sindicales, obra labor, o por cooperativas de trabajo asociado, que han llevado a una precarización ocupacional caracterizada por modalidades de contratación intermediadas e inestables, salarios disminuidos, aumento de las jornadas de trabajo, intensificación de la carga laboral, desprotección de la salud en el trabajo y escasa o nula posibilidad de organización y posibilidad de negociación colectiva [7,8]. Tal situación en el sector salud ha conducido, como forma de compensar los ingresos, a que los trabajadores y las trabajadoras tengan varios oficios a la vez, lo que lleva a una mayor carga laboral y a un mayor desgaste de su salud y de su vida.

Lo anteriormente descrito es un fenómeno global, e impacta las diferentes regiones del mundo. Para el caso de América Latina, algunos estudios evidencian la baja calidad de la vida laboral del personal del sector de la salud en la región, vinculada a falencias en las oportunidades de promoción y en la motivación personal de los trabajadores y las trabajadoras, y la presencia de riesgos para su salud física y emocional, así como insatisfacción con la remuneración, estableciendo como causas las condiciones laborales deficientes, la sobrecarga de trabajo y la limitada disposición de insumos y herramientas para desarrollar las actividades propias de sus ocupaciones, lo que acontece tanto en las instituciones de salud públicas como en las privadas [9,10].

Precarización del trabajo en el sector salud en Colombia

La Ley 100 de 1993 reorganizó el modo de prestar los servicios de salud en Colombia, al incorporarlos en un mercado de servicios, con la presencia de instituciones intermediarias para la administración de los recursos (las entidades promotoras de salud —EPS—) y de instituciones prestadoras de salud (IPS), que llevó a que el trabajo se rigiera por las lógicas gerenciales de racionalidad de mercado, las cuales han interpretado lo laboral como un componente de extracción y acumulación de capital [8,11].

En este sentido, las EPS y las IPS han establecido un modelo de contratación flexible y tercerizado, junto a montos salariales reducidos, con una forma de organización del trabajo de control de tiempos y ritmos de las consultas y los procedimientos médicos, y del tipo de recursos diagnósticos (exámenes de laboratorio y paraclínicos) y terapéuticos (por ejemplo, medicamentos y manejos quirúrgicos) y que se pueden ordenar. Esta dinámica ocupacional ha relegado el saber científico-técnico de las personas que laboran en el sector de la salud a las lógicas gerenciales de costo-beneficio, llevando a un deterioro tanto de la calidad de vida de los trabajadores como de la calidad de la prestación de los servicios, lo que ha sido posible por la débil autoridad estatal en materia de regulación laboral y por la pérdida de capacidad organizativa de los trabajadores y las trabajadoras. A este contexto laboral que, valga resaltar, es principalmente

femenino, se agregan componentes de la organización del trabajo en el sector que están vinculados con la pérdida de autonomía, insatisfacción, relaciones jerárquicas verticales, violencias y acoso laboral [12].

Tal situación constituye un contexto de precarización del trabajo del personal de salud en Colombia, que se refleja, entre otros aspectos, en el tipo de contratación, la mayor duración de las jornadas laborales, la reducción de los montos salariales, la cantidad de sitios donde deben ocuparse para compensar los ingresos y en los mecanismos de protección de la salud en el trabajo. Esto, a su vez, configura las condiciones para que se den efectos negativos sobre la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

En el sector público de la salud en Colombia, para el año 2020, los contratos tercerizados constituían el 71,37 % de los puestos de trabajo y los servidores solo conformaban el 28,63 % de la vinculación a las plantas de personal de las entidades públicas [13,14], con una cifra aproximada para esa fecha de 1 400 000 trabajadores/as del sector salud en el país, siendo más o menos el 20 % del sector público y 80 % del sector privado [12].

La carga laboral del personal del sector salud se ha incrementado, reflejado en el número de horas que deben trabajar. El 32 % de los médicos y las médicas generales labora entre 48 y 66 horas semanales, y el 14 %, más de 66 horas por semana; los médicos y las médicas rurales, en esta misma relación de horas por semana, el 40 y el 20 %, y para los y las especialistas, el 33 y el 14 % [15]. En relación con otros/as profesionales de la salud, se encuentra que el 29 % trabaja más de 48 semanales, encontrándose que el 5 % llega a ocuparse en más de 66 horas a la semana. Para las y los fisioterapeutas, el 28,2 % labora por más de 48 horas a la semana; el 24,2 % tienen turnos fuera de su jornada habitual y el 30,9 % siempre llevan trabajo para el hogar [16].

En cuanto a lo salarial, se observa lo siguiente: el personal de enfermería profesional tenía en el año 2013 un salario cercano a los \$3 000 000 y para el 2018 se había reducido a \$2 600 000*. El 71 % de las médicas y los médicos generales devenga entre 3 y 5 salarios mínimos y el 15 % de los especialistas tiene ingresos inferiores a 5. El 41,5 % de los y las fisioterapeutas recibe menos de 2 salarios mínimos mensuales, el 40,7 % entre 2 y 4, y solo el 17,8 % recibe más de 4 [16].

De forma general, el 50 % de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud ha tenido problemas con el pago de su salario a tiempo, que se suma a su depreciación, lo que ha llevado a que el 77 % se sienta inconforme con sus ingresos laborales, consideren que están siendo explotados y que no vean sus esfuerzos ocupacionales compensados [15].

Esta situación lleva también a buscar más de un sitio de trabajo. El 33 % de los médicos y las médicas generales laboran en 2 o más lugares, mientras que esta condición laboral la viven el 68 % los y las especialistas [15].

Acerca de las condiciones de salud y seguridad en el trabajo, el enfrentamiento a la pandemia por COVID-19 develó la gran limitación en la implementación de los protocolos de bioseguridad que deben desarrollar las IPS, junto a la muy limitada gestión de la seguridad y la salud en el trabajo en estas instituciones, reflejada, de manera drástica, en la ausencia o escasas de dotación con adecuados elementos de protección personal para quienes laboran en el sector de la salud [14,17]. Esto, sin duda, tuvo que ver con la dolorosa tasa de morbilidad por COVID-19 que hubo en Colombia entre el personal sanitario [18].

Estas condiciones de empleo y de trabajo impactan sobre la salud y la vida de los trabajadores y las trabajadoras del sector salud, generando un perfil de patologías laborales que combina las “tradicionales”, como las infecciosas, las dérmicas y el cáncer, con las “emergentes”, que son de tipo osteomusculares y mentales, entre las que destacan estrés, depresiones menores y mayores, síndrome de desgaste profesional, llevando incluso a intentos de suicidio y al suicidio, en donde hoy ciertos grupos de profesionales de la salud tienen mayor tasa de suicidio, como el grupo de anestesiología [10,19,20].

Opciones para superar la precariedad laboral

Con este panorama, surge necesariamente la pregunta que titula este editorial: ¿es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? Sin duda habría que decir que sí, pero se requiere un conjunto de decisiones políticas que conduzcan a reformas y políticas de orden laboral, acompañadas de los recursos económicos necesarios, para avanzar en la configuración de un trabajo digno y decente para el conjunto de trabajadores y trabajadoras del sector salud.

Uno de los pasos fundamentales que se requiere dar es entender que no es posible en un país garantizar el derecho a la salud sin la participación de un amplio conjunto de trabajadores y trabajadoras del área de la salud, y que, en este

* Cálculo hecho con base en el promedio del índice de base de cotización (IBC) para la seguridad social de profesionales de la enfermería con modalidad de trabajo dependiente.

sentido, un elemento nodal de la garantía del derecho a la salud es la garantía de los derechos de quienes cuidan la salud de la población.

Esto implica que el conjunto de la sociedad, los Gobiernos y los empresarios entiendan que el personal del sector de la salud es de vital importancia en la labor del cuidado de la sociedad, como lo evidenció la experiencia de la pandemia por COVID-19, y que esto debe reflejarse en un gran reconocimiento social, un trato respetuoso y de alta consideración, que se refleje en reconocimientos ocupacionales decentes y dignos.

Por otro lado, se precisa un conjunto de transformaciones en el país en las políticas de empleo, de salud y de riesgos en el trabajo, que coloque la labor de los trabajadores y las trabajadoras, su salud y la salud de la población general en función del bienestar y cuidado, y no de la acumulación de capital. Esto es nodal para poder avanzar en otra dirección.

En este sentido, y como se viene planteando con la propuesta de reforma laboral presentada por el actual Gobierno nacional, se requiere formalizar el trabajo en el sector de la salud †, para generar unas condiciones dignas y decentes de trabajo, que cuando menos implican: trabajos estables, dados por contrataciones de planta; salarios justos; respeto al derecho de asociatividad de los trabajadores y las trabajadoras y a la negociación colectiva, y garantía del derecho a la salud y la seguridad en el trabajo [22].

Sin duda, avanzar en esta formalización implica la voluntad política de diversos actores gubernamentales, parlamentarios, gremiales y empresariales, expresada en definir los recursos económicos necesarios para concretarla, tanto para el sector público como privado. Puede argumentarse que cuesta mucho, pero se requiere entender que el país cuenta con recursos de los que solo se exige su reorientación, que deben dirigirse a un segmento de la población laboral que es fundamental para la sociedad. Creer que no es posible, es aceptar el hecho que miles y miles de personas no tienen otra opción que tener trabajos y vidas precarizadas.

Ahora, junto a la formalización del trabajo, se debe garantizar la construcción de ambientes de trabajo dignos y seguros para el personal de la salud, así como equidad de género, estableciendo salarios iguales para mujeres y hombres frente al mismo tipo de tareas, e igual posibilidad para ejercer cargos de dirección y poder, entre otros aspectos [12]. Del mismo modo, implica afectar la organización del trabajo, porque no es solamente formalizar el trabajo, sino que el modo como se ejerce debe establecer los tiempos, los ritmos y las cargas que eviten los daños a la salud de los trabajadores y las trabajadoras, así como las condiciones para que la labor se preste con los estándares de calidad que protejan la salud de los y las pacientes.

Un aspecto central también para la superación de la precarización laboral es la recomposición y el fortalecimiento de las formas asociativas de quienes trabajan en el sector salud, que les permita configurar sindicatos y gremios representativos que dialoguen e incidan sobre los otros actores del sector salud, para que se establezcan las necesarias decisiones y políticas públicas y empresariales para configurar modos de trabajos dignos en el sector, en un camino necesario de democratización de las relaciones laborales.

Mencionar, por último, que se debe comprender que la mejora de las condiciones ocupacionales de las trabajadoras y los trabajadores de la salud, como sugiere la literatura, aumenta el compromiso del personal hacia su labor e impacta de forma positiva la calidad de la atención y su seguridad, así como los resultados en salud de la población [9].

Declaración de fuentes de financiación

La elaboración del texto no tuvo fuente de financiación.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés

Declaración de responsabilidad

El autor es responsable de la información declarada y de su veracidad.

Declaración de contribución por autores

El autor escribió completamente el texto

† Este planteamiento se enmarca en diversos pronunciamientos judiciales que han hecho las Cortes en el país, siendo uno de los últimos el que efectuó la Corte Suprema de Justicia, a través de su Sala Laboral, en la Sentencia SL-3086 del 2021, que calificó los contratos para el personal de la salud como “precarios” y llamó a las autoridades judiciales y administrativas a formalizar los puestos de trabajo [21]. Ahora, según los datos del Ministerio de Salud, el 27 % (47 243) de los trabajadores y las trabajadoras misionales y administrativos/as se encuentra formalizado, y faltaría el 73 % (128 643), que está vinculado por prestación de servicios en las 928 empresas sociales del Estado existentes. Se estima que el costo de esta formalización sería de 9 billones de pesos, que se haría de forma gradual y tomaría 4 años [12].

Referencias

1. Feo Istúriz O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003;8(4):887-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400011>
2. Luna-García JE. Globalización y salud de los trabajadores. *Boletín del Observatorio de Salud* [internet]. 2009 [citado 2023 ago. 12]; 2(5):1-10. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/10978>
3. Benach J, Muntaner C, Quinlan M, et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Barcelona: Icaria editorial; 2010.
4. Moutsatsos C. La globalización económica y sus efectos en el trabajo. En: Schnall P, Dobson M y Roskam E, compiladores. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011. pp. 31-54.
5. Ardila A. Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado. [tesis doctoral]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia [internet]; 2016 [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57204>
6. Antunes R. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. En: *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo; 2018. pp. 155-172.
7. Standing G. *The precariat. The new dangerous class*. London: Bloomsbury; 2011.
8. Torres-Tovar M. COVID-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. En: Tetelboin Henrion C, Iturrieta Henríquez D del R, Schor Landman C, coordinadoras. *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*. Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso [internet]; 2021 [citado 2023 ago. 12]. pp. 291-308 Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/América-Latina-Sociedad-política-y-salud.pdf>
9. Caicedo Fandiño HY. Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud en países latinoamericanos: metaanálisis. *SIGNOS-Investigación en Sistemas de Gestión*. 2019;11(2):41-62. DOI: <https://doi.org/10.15332/24631140.5081>
10. Rodríguez CA. Condiciones de trabajo en el sector salud. En: Luna García J, Cuspoca D, Vásquez L, compiladores. *Trabajo, crisis global y salud. Memorias 7.º Seminario internacional*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia [internet]; 2010 [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/7032/libro_crisis_final_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y
11. Hernández M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, 2019;43(spe5):29-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S503>
12. Molina Achury N. Dignificar el trabajo de quienes cuidan la vida en Colombia. Desde Abajo [internet]. 2023 mar. 24. [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://www.desdeabajo.info/rotador-inicio/item/dignificar-el-trabajo-de-quienes-cuidan-la-vida-en-colombia.html>
13. Colombia, Procuraduría General de la Nación. Circular 007 del 10 de diciembre de 2020 [internet]. 2020 [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://www.periodismoinvestigativo.com.co/wp-content/uploads/2021/01/Circular-007-trabajadores-salud-revisada-DJGA-10-12-2020.pdf>
14. Molina Achury N. El COVID-19 y el sector salud: desprotección, precarización laboral y exceso de carga mental. *Periódico UNAL* [internet]. 2020 ago. 20. [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/el-covid-19-y-el-sector-salud-desproteccion-precarizacion-laboral-y-exceso-de-carga-mental/>
15. Colegio Médico Colombiano. *Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud*. Bogotá: Colegio Médico Colombiano; 2019.
16. Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI). *Estudio nacional de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas*. Bogotá: ASCOFI; 2015.
17. Torres-Tovar M. Lo que devela los tiempos de pandemia al trabajo y a la salud en el trabajo. *Semanario Virtual Caja de Herramientas* [internet]. 2020;(680). [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://viva.org.co/cajavirtual/svc0680/articulo04.html>
18. Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en personal de salud en Colombia. *Boletín* [internet]. 2022;(139). [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/COVID19PERSONAL-DESALUDCOLOMBIA/INFOGRAFIA%2002082022.pdf>
19. Galíndez L, Rodríguez Y. Riesgos laborales de los trabajadores de la salud. *Salud de los Trabajadores* [internet]. 2007 [citado 2023 ago. 12]; 15(2). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000200001
20. Torres-Tovar M, Corcho Mejía C. Burnout y suicidios, consecuencias del acoso a profesionales de la salud. *Periódico UNAL* [internet]. 2019 sep. 30. [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/burnout-y-suicidios-consecuencias-del-acoso-a-profesionales-de-la-salud/>
21. Colombia, Corte Suprema de Justicia (2021). Sentencia SL-3086, Radicación 79229, Acta 24, Magistrado Ponente Jorge Luis Quiroz Alemán [internet] (2012 jun. 30). [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: <https://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/la/bago2021/SL3086-2021.pdf>
22. Organización Internacional del Trabajo. *Del trabajo precario al trabajo decente. Documento final del simposio de los trabajadores sobre políticas y reglamentación para luchar contra el empleo precario*. Ginebra [internet]; 2012. [citado 2023 ago. 12]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/meetingdocument/wcms_179789.pdf

