

Programa de Sociología
Facultad de Ciencias Sociales y Económicas
Universidad Del Valle

ENTRE LA ESTABILIDAD Y LA PRECARIEDAD
Condiciones laborales en salud, Hospital Universitario San Jorge de Pereira,
1999-2012

Diana Marcela Martínez Martínez

Monografía dirigida por:
Carlos Alberto Mejía Sanabria

Cali, 2013

Agradecimientos

A mi familia, que constituye esa base que se expande más allá de lo imaginado, ese soporte cotidiano, donde aprendí elementos políticos, sociales y ante todo humanos. En especial a mi padre y mi madre por el sudor que implica en los tiempos modernos ser un ejemplo digno. A mis hermanas/os, con los cuales no se hace necesario hablarnos siempre, para saber que se estará allí en todo momento.

A cada persona crítica con la que he tenido el placer de compartir la vida, aquéllas con las que se conspira, se trabaja, se sueña, se lucha, buscando acelerar esa transformación propia, inevitable y necesaria de la existencia; no alcanzaría el papel para mencionarlas, pero ante todo gracias a la gente que escribe con sus acciones, sobre el alma de quien observa, a Juan David, con quien esperaba hacer parte de este trabajo, y Nico por ser de esos amigos que siempre estarán presentes.

A mi nueva familia por la forma de acogerme y brindarme una hoguera que ayuda a resistir el hielo que a veces trae la vida, a mi compañero que desempeña a la perfección su rol de amigo.

A los movimientos sociales y populares en general, aquéllos que procuran mejoras en la vida de los trabajadores/as, que se verán reflejadas en las familias; y específicamente a los movimientos enfocados en la salud que luchan porque no se muera la gente a la espera de un medicamento, un médico, una solución, gracias a los que ven en un enfermo más que un cliente y en la salud, más que la superación de la enfermedad.

Por último, a cada una/o de las/os docentes que aunque con algunos/as a veces tuvimos posiciones encontradas, lograron brindar elementos necesarios para la formación académica, y particularmente para el profesor Mejía que sigue luchando por ahora, contra la corriente, por una educación de calidad.

Contenido

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA	7
3.1. Marco internacional	7
3.2. Contexto nacional	18
3.3. Reseña del Hospital Universitario San Jorge	29
4. OBJETIVOS	41
5. METODOLOGÍA	41
6. RESULTADOS	43
6.1. Normas de contratación y estabilidad laboral	49
6.2. Condiciones de protección social	67
6.3. Jornada de trabajo y remuneración	88
7. CONCLUSIONES	118
8. BIBLIOGRAFÍA	127

1. Resumen

El estudio buscó describir y analizar las transformaciones generadas en las condiciones laborales de los trabajadores del Hospital Universitario San Jorge de Pereira que se enunciará posteriormente con la sigla H.U.S.J., desde 1999 a la actualidad. Identificando las formas de contratación; las condiciones de protección social; la jornada laboral y la remuneración de los trabajadores en la Empresa Social del Estado (ESE), en los años que comprende el estudio.

La metodología de investigación es cualitativa, la fuente principal de suministro de información fueron 7 entrevistas, combinadas con revisión documental de textos clave que permitieron el análisis y la generación de conclusiones.

Dentro del proceso de investigación se encontró que el hospital tuvo un proceso de modernización impulsado por la ley 100 de 1993 el cual disminuyó el personal de planta de la institución y deterioró el salario, las prestaciones y la seguridad social, generando diversos contratos de trabajo, por medio de suministradoras tales como Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA), empresas temporales, outsourcing etc., en detrimento de los derechos individuales y colectivos de la mayoría de los trabajadores del sector público de la salud.

Palabras clave: condiciones laborales en salud, flexibilización laboral, modernización de empresas públicas, ley 100.

2. Introducción

Esta propuesta investigativa se cuestiona cómo se transforman las condiciones laborales de los trabajadores del Hospital Universitario San Jorge de Pereira en el marco de la Ley 100 de 1993 de salud; cuyo contexto temporal inicia en el año de 1999, momento en que empieza a regir la mencionada ley en el hospital, según revisión de las actas de junta directiva y su historia, lo cual se evidencia en medidas que tomó la institución, como nuevas formas de contratación. El estudio llega hasta un momento reciente, el año 2012.

Si bien, la investigación no da cuenta en detalle de todo el marco internacional y nacional referente a salud y condiciones laborales, sí procura dar puntos clave que sirvan de referencia para la lectura y el análisis del documento. Tanto en el ámbito nacional como internacional se han venido realizando múltiples estudios enfocados en las reformas en salud de los países de América Latina casi todos en la década del 90 y la forma como se han transformado los recursos humanos, en medio del cambio de un modelo fordista a un modelo flexible, donde el sector salud colombiano no ha sido ajeno a la flexibilización laboral.

Este estudio descriptivo se realizó sobre la base de comprender que el servicio de atención en salud y en especial el brindado por los hospitales universitarios, donde se atienden casos de enfermedad con un nivel de riesgo alto, requiere por parte del personal un cuidado especializado que demanda gran esfuerzo. Éste busca dar cuenta de las condiciones laborales, puntualizando en las formas de contratación, de remuneración, las condiciones de protección social, el desempeño en los puestos de trabajo en diferentes cargos y la interpretación de los actores sociales sobre sus condiciones de trabajo. Con base en lo anterior, se busca observar las características a las que se enfrentan los trabajadores del hospital, sin cuya participación sería imposible el funcionamiento de la institución. De la misma forma como es indispensable el recurso humano, su fuerza de trabajo, para el desarrollo de cualquier sistema de salud.

En Colombia la salud está considerada según el artículo 48 de la Constitución Nacional de la siguiente manera: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”. A pesar de la mención de la salud como un servicio público, que si bien está enmarcado en un lenguaje de derechos, no es considerado en el país como un derecho fundamental por parte de la Corte Suprema de Justicia, como sí lo es la vida. La forma en que está concebida la salud en el país da cabida a la construcción de la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. La mencionada ley abre la puerta a la mercantilización de la salud, por medio de la creación de EPSs (Empresa Prestadora de Salud), donde se permite una contratación de los empleados del sector salud en Cooperativas de Trabajo Asociado -CTA-, introduciendo la tercerización laboral.

La salud se constituye en un tema de interés mundial puesto que en el marco neoliberal, se ve en ella una forma de incrementar el capital privado, es decir que en ella se identifica una nueva fuente de negocio cómo se observará más adelante en diversos estudios entre ellos a las farmacéuticas.

3. CONTEXTO HISTÓRICO

3.1. Marco internacional

Para abordar las transformaciones dadas en el campo laboral de los trabajadores de la salud, hay que comprender el cambio que se dio del modelo fordista al modelo flexible, en el marco de la globalización, lo cual afecta a la población mundial.

Para ello se enunciarán las características clave de ambos modelos, continuando con un breve análisis de la condición actual del trabajo a nivel mundial.

Además, se busca dar una visión rápida de la situación de la salud mundial, para ubicar el contexto concreto en el que se mueven los trabajadores de la salud, iniciando con las recomendaciones dadas en 1993 por el Banco Mundial, el cual se denominará en adelante con la sigla -BM-, seguido de análisis realizados por los organismos internacionales a las reformas presentadas en el sector salud en América Latina y el Caribe.

Para finalizar se esbozan algunas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en adelante (OMS), y las prioridades frente a cómo reorientar la salud en el mundo.

Las transformaciones de la estructura del empleo y su actualidad

Los cambios presentados en el campo laboral del sector salud deben entenderse en medio de las transformaciones dadas en los procesos de reestructuración productiva, globalización y ajuste estructural, los cuales se dan en la crisis mundial iniciada en los años 70 en las economías internacionales, donde se termina agotando aún más el modelo fordista-keynesiano. El cual posibilitó un período de larga estabilidad económico-social, que al entrar en crisis dio paso a un nuevo modelo de acumulación flexible, como lo indica el Observatorio de Recursos Humanos en Salud (2006).

El modelo fordista como lo muestra con claridad Coriat (1982), representó un pensamiento

nuevo ligado no sólo al trabajo, sino a la forma de vida, mediante el control de las condiciones de existencia de la población obrera, exigiendo «una moral y una limpieza intachable», el fordismo se caracteriza por introducir:

- Un método de medición de tiempos y movimientos por medio del cronómetro.
- Una producción y consumo en masa estandarizados.
- Una centralidad en la producción, concentrando a los obreros en unidades fabriles y generando una disciplina acorde con la fábrica.
- Una fragmentación de las funciones, con una producción en cadena y una gerencia de trabajo.

Ulrich Beck (1998), muestra cómo el aporte de fuerza de trabajo, la familia y la profesión en la época industrial, se convirtieron en la base de la existencia, donde la última proporciona información básica: renta, estatus, aptitudes lingüísticas, relaciones sociales etc., convirtiendo la profesión en aquello que permite participar de la realidad social de modo directo. Indicando que en la actualidad la familia y la profesión han perdido sus funciones de garantía y protección en la vida del individuo.

En el mismo estudio Beck, señala que el sistema de trabajo que surgió el siglo pasado se fundó en la estandarización del contrato de trabajo, del lugar de trabajo y del tiempo de trabajo; pilares que empiezan a tambalear en medio de la flexibilización del derecho laboral, la localización y el horario de trabajo. Con lo anterior se desvanece la frontera entre trabajo y desempleo, en medio de formas flexibles de subempleo, que se mezclan con el trabajo estable propio de la sociedad industrial, que será cada vez más reducido. Además, agrega que el trabajo especializado antes codiciado, se ha visto también afectado por el desempleo, en un exceso de especialistas cuyo estatus baja, tanto en el sector privado como en el público que es cada vez más reducido.

Frente a este panorama, son cada vez más los jóvenes que aceptan cualquier condición con

tal de entrar en el mundo laboral, en medio de un paso del sistema educativo al profesional cada vez más inseguro y precario, aunque cada vez más necesario.

Lo anterior indica que el paso que se dio entre el fordismo y la flexibilización del proceso de producción, implica a su vez la flexibilización de los contratos de trabajo, entre otros cambios, Sennett (2000) caracteriza el sistema flexible bajo tres principios que son:

- La reinvención discontinua de las instituciones: la cual se basa en una reingeniería de la empresa, que significa hacer más con menos, lo que implica una reducción de puestos de trabajo, que incrementa la desigualdad, puesto que las personas despedidas de mediana edad difícilmente vuelven a engancharse en un empleo, además de las implicaciones que trae para su familia y las condiciones a las que queda sometida.
- La especialización flexible de la producción: que representa una adaptación al cambio continuo, más que un esfuerzo por controlarlo; implica qué elementos externos a la empresa, como el mercado que exige cosas nuevas y diversas, sea lo que determine la estructura interna de las instituciones.
- Por último una concentración sin centralización del poder: lo cual cambia la forma del trabajo intentando que sea en red, lo que hace que exista una inestabilidad y desigualdad más grande, pidiendo que cada trabajador se esfuerce y haga cada vez más de lo estipulado, en medio de un mosaico de horarios, donde la aparición de una nueva libertad es engañosa.

Así pues, la flexibilidad puede ser cuantitativa, la cual va enfocada en reducir costes salariales e incrementar la competitividad de una empresa, o puede ser cualitativa que busca producir de forma específica y particular, pudiendo presentarse ambas a la vez (Sennett: 2000).

De hecho el sociólogo Manuel Castells (1999) ha indicado, que con la flexibilización se dio una transformación tecnológica y organizativa del trabajo y las relaciones de producción,

que junto a la globalización afectan a la sociedad en general y traen como consecuencia el deterioro extendido de las condiciones de vida y trabajo para la clase trabajadora. De esta forma Castells ubica varias formas de flexibilidad: en los salarios, la movilidad geográfica, la posición ocupacional, la seguridad contractual y las tareas realizadas, entre otras.

El autor indica a la vez, que la actividad económica pasaría de la producción de bienes a la realización de servicios, aumentando los trabajos en beneficio de los servicios, que acabarían formando la proporción más cuantiosa del empleo.

Para desarrollar mejor esta idea Gøsta Esping-Andersen (2000) plantea que hay un efecto en el empleo, que incrementa las ventajas de la formación y reduce la demanda de trabajadores de baja calidad y escasa experiencia, ya que los puestos de trabajo basados en sencillas cadenas de montaje van desapareciendo rápidamente en las economías avanzadas, donde cualquier crecimiento neto del empleo provendrá de los servicios.

Un punto clave de los servicios es que las familias o las empresas pueden decidir si los adquieren o satisfacen su necesidad por otros medios. En el momento en que la empresa pasa de la autosuficiencia a la contratación contribuye a la desindustrialización y la tercerización, trasladando puestos de trabajo de la industria a los servicios, lo que no implica que estén generando más empleo.

El autor clasifica los servicios en cuatro grandes sectores: empresariales, distributivos, personales y sociales. Dentro de los servicios sociales incluye la sanidad, la educación y una amplia gama de actividades asistenciales.

Para completar un panorama de la flexibilización laboral en el mundo, debe mencionarse la actual crisis financiera, que ha generado una disminución y deterioro del empleo, registrando en 2012 un aumento del desempleo de 4 millones de personas en las economías avanzadas y 197 millones de personas sin empleo a nivel mundial, además de 397 millones de trabajadores viviendo en la pobreza extrema y otros 472 millones de trabajadores que no pueden satisfacer sus necesidades básicas con regularidad en el mismo año (OIT, 2012a).

La respuesta de numerosos países a la crisis financiera es la austeridad fiscal, que conlleva frecuentemente a recortes en los empleos y en los salarios. La Organización Internacional del Trabajo -OIT- analiza la austeridad como productora del crecimiento de una economía más débil, ante lo cual propone un enfoque político distinto, buscando que se centre en el empleo, y de este modo fortalecer la economía (OIT, 2012b).

Este planteamiento es respaldado por el premio Nobel de economía Paul Krugman en diversas columnas de El País de España (2013) donde le adjudica a la austeridad un crecimiento más lento de las economías, bajando de forma precipitada la inversión en el gasto público, sobre todo estatal y local y denominándola como un desastre político.

Además, la presión existente de la precariedad laboral conduce a los trabajadores a aceptar las condiciones de empleo y trabajo que ofrecen los patrones; quienes exigen cada vez niveles de rentabilidad más altos, los cuales tienen efecto en la actividad cotidiana. Generando con estas acciones presiones frente al trabajador, que sabe por la experiencia de los despidos de sus ex-compañeros, que el comportamiento cooperativo hacia el contratista es la mejor forma para intentar continuar en el empleo y por consiguiente, cualquier tipo de lucha en pro de mejorar las condiciones laborales queda neutralizada (Durand; 2011).

Para finalizar en el contexto internacional es necesario analizar la financiarización e intentar puntualizarla en la salud.

Para ello el economista Astarista (2008) desarrolla un estudio donde señala que la política neoliberal es la reacción de la clase capitalista en su conjunto, con apoyo de gran parte de la clase media, contra los trabajadores y las capas populares más empobrecidas de los pueblos como: los campesinos pobres. Buscando restablecer la rentabilidad y fortalecer las posiciones del capital frente a los explotados; los ataques a los derechos sindicales; las políticas “de ajustes” que implicaron bajas de salarios; las legislaciones para la flexibilización laboral; la caída de derechos laborales entre otras medidas que se tomaron prácticamente en todo el mundo, beneficiando a la burguesía en general.

De allí su apoyo total a las privatizaciones estatales que apuntaron a mejorar las ganancias, donde participaron capitales industriales y comerciales de todo tipo (en el estudio no se encontraron elementos para decir que favorecieron sólo, o principalmente, al sector financiero). Donde la ofensiva económica, fue a la vez política, cultural e ideológica, con el liderazgo y apoyo del capital global; de lo anterior se entiende, que las dictaduras militares de los países latinoamericanos en los setenta y ochenta fueron apoyadas por las burguesías de estos países, y no sólo por el capital financiero.

En este sentido vemos que los sectores más dinámicos han variado a lo largo de los últimos 20 años. Por ejemplo, a comienzos de la década de 1990 las ramas de mayor crecimiento eran las de servicios de salud, y alta tecnología (software y hardware). En 2001 y 2003 el liderazgo pasó a empresas constructoras de viviendas, financieras hipotecarias, farmacia, entre otras; indicando que el neoliberalismo a nivel global ha logrado percibir la salud y elementos fundamentales relacionados con esta, como puntos estratégicos de acumulación de capital, que no regresa a la salud.

Modificaciones y rediseño de la salud

A continuación se dará un breve informe de la situación actual en salud, iniciando por las recomendaciones realizadas en 1993 por el BM, que sirvió como punto de referencia para las modificaciones posteriores que se hicieron en la mayoría de países donde salieron tres puntos clave, los cuales se podrían resumir de la siguiente forma:

- Los gobiernos deben garantizar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. Para ello deben adoptar políticas de crecimiento económico que benefician a los pobres, aumentando inversiones en educación y promocionando los derechos, particularmente de las mujeres que son más vulneradas.

- Hacer una reducción del gasto público en establecimientos de tercer nivel (hospitales y establecimientos en salud especializados, que ofrecen atención de alta complejidad a usuarios remitidos de centros de menor complejidad.), por su alto costo y bajo beneficio, por lo cual se recomienda excluir del presupuesto público: la cirugía cardíaca, el tratamiento de los cánceres de pulmón, hígado y estómago letales, quimioterapias costosas y cuidados intensivos de niños muy prematuros. Recomendando invertir más en programas de bajo costo y alta eficiencia, que conduzcan a la creación de un conjunto de servicios clínicos esenciales ajustados a las necesidades epidemiológicas y locales, complementadas con campañas de prevención y promoción en salud. También propone mejorar la gestión de los servicios de salud estatales, a través de la subcontratación de servicios y la descentralización administrativa y presupuestal.
- Permitir por parte de los gobiernos una mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, tanto de entidades públicas como privadas, por medio de incentivos reglamentados. Sugiriendo no proteger los proveedores nacionales de los internacionales, y ayudar a la difusión de la información sobre el desempeño de los proveedores, dando libre elección al afiliado, para promover la competencia, los costos bajos y la calidad.

Teniendo en cuenta que esas sugerencias del BM buscaban transformar la salud mundial se revisaron las reformas que se dieron en América latina y el Caribe después del informe y frente a ello la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- (2005) indica la dificultad de medir el impacto de las reformas por diversos motivos, entre ellos porque no todas las reformas se dieron al tiempo, no hay indicadores estandarizados que permitan medir y comparar sino que varían de un estudio a otro y no todas las fuentes a las que se acceden son fiables.

A pesar de las dificultades se evidencian elementos importantes para analizar los sistemas de salud, como la diferencia que se debe hacer entre cobertura, que implica la afiliación al

sistema y el acceso que conlleva a la utilización de los servicios de salud. De lo anterior se desprende que un sistema pueda tener una cobertura del 100% de la población, ya sea carnetizando o con cualquier otro método y no necesariamente sus ciudadanos acceden al servicio, por falta de hospitales, clínicas, etc. Esto indica que el enfoque neoliberal no persigue la meta de universalidad en la salud, sino el establecimiento de una red de servicios o prestaciones básicos para los pobres.

Se observa en el estudio que todos los países de la región establecen el derecho a la cobertura de la salud, usualmente con carácter universal y gratuito para los no asegurados, pero en la mayoría de los países esta obligación no se cumple en la práctica.

Cuando se abordó el tema del acceso y utilización del sistema de salud, se encontró que el pago a la medicina privada incluyendo la tradicional (que pasó de un papel marginal a ser un ente importante) se incrementó por falta de acceso a los subsectores públicos; este gasto directo de las familias o de bolsillo tiene un efecto devastador entre los pobres y se ve de forma más marcada en las zonas rurales.

A lo anterior se agrega que la mayoría de encuestas realizadas a las poblaciones de los países de la región, indican que se percibe la medicina privada como de mejor calidad que la pública, esto sumado a cifras que muestran que en 2001 en Argentina la esperanza de vida era 3 años menor en la provincia más pobre, respecto a la más rica y la mortalidad infantil era 2,5 veces mayor, información que no es ajena a la mayoría de los países estudiados.

Además, las estadísticas en todos los países de la región demuestran que según aumenta el nivel de ingreso, aumenta la afiliación al sistema, dejando la duda sobre la capacidad del subsector privado para extender la cobertura entre los grupos de menor ingreso y educación, y entre los de mayor edad.

Es importante aclarar que Cuba representa la excepción ya que la constitución y la ley de salud garantizan el derecho a la salud de toda la población, en un sistema público y gratuito,

donde se prohíbe el ejercicio privado de la medicina. Convirtiéndose en el primer país que implementó la atención primaria en salud (APS), prevención y promoción de la salud en 1984, e intenta por su carencia de medicinas desarrollar medicamentos herboláricos, la medicina tradicional y la acupuntura.

Los sistemas basados en equivalencias como es el caso de Colombia y Chile, entre otros, excluye a los que más necesitan de la seguridad social, ya que no es posible incluir a los marginados en prestaciones basadas en cotizaciones, donde se puede fijar un paquete básico para todos, pero esto no incluye prestaciones complementarias que dependen de los ingresos, por lo cual no elimina las diferencias de acceso y calidad.

Se encontró en el estudio de la CEPAL que dentro de los objetivos de la mayoría de reformas de la región se ubica el papel del Estado en el campo de la salud de la siguiente forma:

- Abandonando las funciones de financiamiento y provisión; pasando a estimular el subsector privado, coordinar, reglamentar, supervisar, entre otras funciones.
- Brindando libertad de elección de los asegurados o afiliados con información constante que le permita hacer la mejor elección y de esta forma promover la competencia y reducir los costos. El estudio demuestra que en los países de las reformas se presentan grandes dificultades para tener información comparativa y existen fuertes restricciones a la libertad de elección.
- Dando autonomía a hospitales buscando que se hagan autosuficientes, lo que puede verse a la vez como una forma de desfinanciarlos.
- Descentralizando desde el Estado hacia los municipios y las regiones.

Si bien es evidente la búsqueda de una sostenibilidad financiera en la salud, en el estudio de las reformas se evidenció que este objetivo no ha sido cumplido.

Por otro lado, para analizar el nivel de privatización de la salud en cualquier país es importante tener en cuenta que esta se puede hacer de forma total o parcial en tres funciones:

- **Financiamiento:** existen diversas modalidades, como el pago directo del usuario, compra de pólizas, etc.
- **Gestión:** el sector privado puede ser asegurador o administrador de los servicios de mucha o poca población, puede contratar clínicas, hospitales públicos, etc.
- **Provisión:** empresas y profesionales pueden directamente prestar los servicios, ya sea de diagnóstico, ambulatorios, clínicas, entre otros.

Se encontraron algunas fallas en la construcción de las reformas, como la ausencia de diseño de políticas de recursos humanos, que deben estar encaminadas a minimizar el predominio excesivo de médicos especialistas sobre médicos primarios, o a enfermeras y personal paramédico. A la vez se evidencia un ausentismo de los trabajadores de salud, punto que debe ser revisado con cautela, ya que podría tener muchas causas posibles, como la desmotivación en las nuevas contrataciones laborales, la falta de identidad con las instituciones en las que trabajan, al no ser lugares constantes, sino esporádicos. Lo anterior pone en riesgo el compromiso con el usuario y genera consecuencias adversas en la eficiencia y la calidad de los servicios.

La CEPAL señala en su estudio, que ocho países de la región reportan corrupción o fraude, dentro de los cuales se encuentra Colombia, presentando cobros por empleos ficticios, fraccionamientos de compras para evadir licitaciones, reclasificación de pacientes para cobrar procedimientos más caros, afiliados calificados como indigentes que no lo son y reciben servicios gratuitos, etc.

Se evidencia también que la mayoría de las reformas se hicieron de arriba hacia abajo sin consulta amplia de los sectores involucrados, incluyendo los trabajadores de la salud y sus representantes.

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS: 2002), encontró que salvo en Chile las reformas se realizaron sin un plan de acción para su implementación y sin la construcción de metas cuantitativas.

A la vez no se ha podido establecer concordancia entre los contenidos o la génesis de las reformas con los resultados alcanzados, mostrando que las reformas no parecen haber alcanzado un efecto positivo globalmente sobre el sector salud, evidenciando un predominio del gasto privado (especialmente el gasto directo de bolsillo) que salvo pocos casos, caracterizan los sistemas de salud de América Latina y el Caribe.

Un debate interesante es el paquete básico de salud, puesto que trae una gran dificultad y es que no hay una definición óptima de cuál es el mínimo aceptable, aunque sea una medida positiva para extender la atención del primer nivel.

Frente a esta dificultad, la OMS realizó en 2008 un informe sobre la salud en el mundo e incluyó un capítulo sobre, cómo entiende la Atención Primaria en Salud (APS), indicando que una de las fallas es que las autoridades sanitarias nacionales y mundiales han considerado la APS no como un conjunto de reformas que van más allá de servicios básicos, sino como un programa más de atención en salud, que proporciona una atención deficiente a personas pobres.

Buscando salir de esa concepción bajo la que se entendió la APS, la OMS da unos puntos claves indicando que se debe:

- Transformar y reglamentar los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr un acceso universal y un desarrollo de la protección social en salud.
- Dar una respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes, sin exclusión de enfermedades.
- Realizar la promoción de modos de vida más saludables, minimizando peligros

sociales y ambientales para la salud.

- Crear equipos de trabajadores de salud que faciliten el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de éstos.
- Desarrollar una participación institucionalizada de la población en cuanto a la creación de políticas y mecanismos de rendición de cuentas.
- Generar el funcionamiento de un sistema de salud pluralista en un contexto globalizado.
- Apostarle a la solidaridad mundial y al aprendizaje conjunto.
- Fomentar la APS como coordinación de una respuesta integral de todos los niveles de salud y no como antítesis de los hospitales.
- Invertir las grandes cantidades de dinero que requiere La APS.

Para concluir se esbozará las tendencias mundiales que ubica la OMS, en cuanto a los desafíos de la salud y por consiguiente los puntos que deben ser resueltos:

- Desigualdad entre los avances en salud en las últimas décadas, tanto de un país a otro, como entre la población de un mismo país.
- Aceleración de las enfermedades transmisibles, debido a la urbanización y globalización.
- Poca claridad entre los límites de los agentes públicos y privados.
- Crecimiento acelerado de la economía de la salud mundial, que debe ser manejado con mayores resultados.
- Incremento anual de 100 millones de personas que caen en la pobreza por verse obligados a costear la atención sanitaria, que debe estar incluida en la APS.

3.2 Contexto nacional

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

Constitución Nacional de 1991, Art. 25.

En Colombia antes de los años 90, existía una prevalencia de la estabilidad laboral en las relaciones de trabajo, reglada por el Código Sustantivo del Trabajo, cláusulas de reintegro y una cantidad de normas que ayudaban a sostener empleos estables; entre ellas, la indemnización elevada que debía pagar el contratista al despedir un trabajador (Observatorio de Coyuntura Económica, 2000).

Con el nuevo panorama de apertura internacional de los mercados y globalización de la economía, Colombia en el gobierno de César Gaviria (1990-1994, “La Revolución Pacífica”), inicia el modelo de apertura económica, buscando que el país lograra cumplir las exigencias internacionales, que implicaban modernizar la industria y aumentar la competitividad en el mercado mundial.

Para ello, promovió la modernización del Estado, que incluía su reducción para hacerlo eficiente y la racionalización del gasto público, que condujeron a la reestructuración y privatización de las empresas públicas.

Por lo tanto, para cumplir el modelo de apertura económica, en materia de trabajo se hacía necesaria una reforma a las normas laborales, que introdujera la desregulación y la flexibilización laboral (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Sur Occidente, 2006).

Para tal fin se crea la ley 50 de 1990 (Congreso de la República, 1990), la cual introduce reformas al Código Sustantivo del Trabajo, e incluye en su estructura el empleo temporal,

dando inicio a la flexibilización laboral en el país por medio de la normatividad, donde se puede resaltar que:

- En las razones dadas para despidos, acepta el despido colectivo por consentimiento del empleador, justificado en elementos económicos.
- Incluye jornadas de seis horas, evitando horas extra y compensatorios.
- Permite que el contrato a término fijo sea realizado por menos de un año.
- Elimina el Decreto-ley 2351 de 1965, donde exigía el reintegro a la empresa de trabajadores de más de 10 años.
- Quita la retroactividad de las cesantías en contratos nuevos y los antiguos que quieran someterse a los nuevos fondos de pensiones y cesantías privadas.
- Incluye la figura de salario integral.
- Uno de los puntos fundamentales es que crea contratos civiles de prestación de servicios, donde es el trabajador quien paga sus prestaciones sociales.

Para continuar promoviendo la desregulación del trabajo en Colombia y su precarización la ley 789 de 2002 (Congreso de la República, 2002) generada en el gobierno de Uribe, agrega:

- La ampliación de la jornada diurna, para ahorrar a los contratistas los excedentes de la jornada nocturna, la cual queda desde las 6 am hasta las 10 pm.
- La jornada nocturna se da desde las 10 pm hasta las 6 am.
- Disminuye sobrecargos salariales de los días domingos y festivos.

- Disminuye la indemnización sin justa causa a todos los trabajadores que llevan más de 10 años laborando en una empresa.
- Incluye contratos de aprendizaje, los cuales pueden durar 2 años donde se paga el 50% del salario mínimo en la fase lectiva, y el 75% en la práctica.

Además de las dos leyes que desmejoraron las condiciones laborales, se ubicaron rápidamente en el país las ventajas que implicaba la figura de las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA), que según su definición en la ley 79 de 1988 (Congreso de la República, 1988) indica que: quienes aportan el capital son al mismo tiempo los trabajadores y gestores de la empresa, la cual no está sujeta a la legislación laboral, aplicable a los trabajadores dependientes, sino que sus reglas las establecen sus estatutos.

Quienes trabajan en cooperativa a menudo deben pagar para empezar a trabajar, como aporte inicial no reembolsable por la afiliación a la CTA, que se suma a un monto mensual obligatorio no inferior al 5% de la remuneración mensual, que puede llegar al 10% (Farne, 2008).

De esta forma la CTA se empezó a usar para evadir el Código del Trabajo, la seguridad social y los aportes parafiscales. Donde empresas públicas y privadas anunciaron su contratación con CTA, a las cuales debían asociarse los trabajadores para no quedar sin empleo; violando la libre asociación y desasociación, ya que pueden ser desvinculados sin justificación.

Se cohibe hacer parte de sindicatos, hacer huelgas o mitin, puesto que los trabajadores figuran como dueños de la cooperativa, lo que sería protestar contra sí mismos. Al empezar las CTA a realizar actividades de tercerización laboral, generaron profundas consecuencias, desapareciendo la relación laboral, el contrato de trabajo, estabilidad laboral, la indemnización por despido, no se tiene que pagar el salario mínimo; aumentando el clientelismo y el control social y político generando consecuencias en la seguridad

emocional y económica de las familias, que no pueden proyectar su vida a largo plazo (Legarda, 2009).

Es importante resaltar que se calcula que más del 50% de las CTA en el país funcionan sin ningún control, actuando de forma ilegal. Al igual que entre el 2000 y 2005 las CTA presentan un crecimiento desbordado en el país, donde se observa una mayor demanda de servicios especializados como es el caso del sector salud. Es importante resaltar que las empresas con modalidad de CTA ahorran costos administrativos (Urrea, 2007).

El estudio de Legarda (2009) muestra que hasta el 2009 se hundieron más de 15 proyectos contra las CTA en el Congreso, señalando que no existe voluntad política para poner fin a las mismas, a la vez que, si siguen saliendo proyectos que buscan prohibir las CTA, es porque el fenómeno se mantiene y continúa.

Según analiza el autor para entender la mezcla de legalidad, ilegalidad y la permisividad que se presenta, hay que remitirse al problema del narcotráfico y paramilitarismo que han permeado todas las capas de la estructura nacional, apoderándose de gran parte del aparato productivo de la nación. Convirtiéndose en parte fundamental a la hora de fijar el rumbo económico y político del país; muestra de ello es la parapolítica, que evidencia un brazo legal, apoyado de una estructura militar, a la que hasta ahora no le interesa tener obstáculos para el incremento de sus utilidades, generadas por las actividades legales de los unos e ilegales de los otros.

Uno de los puntos que modifican en el país las condiciones actuales de flexibilización laboral es el Tratado de Libre Comercio firmado entre Colombia y Estados Unidos. Con éste exige restablecer el Ministerio de Trabajo, eliminar las Cooperativas de Trabajo Asociado y las agencias de trabajo; aumentar la protección para sindicalistas, e impartir mayores penas para empleadores que impidan la negociación colectiva y la organización sindical, contratando más personal que vigile y tome medidas al verse vulneradas las condiciones laborales (ICEM, 2011).

Por otra parte, sumándose a las reformas laborales que desestabilizan el empleo, se implementó la ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se modifica sustancialmente el sistema de salud.

Allí una de las primeras cosas que se pueden ver es que se convierten las instituciones de salud en Empresas Sociales del Estado (ESE), buscando que sean empresas con autonomía presupuestal y administrativa.

Se crean a la vez, unos principios de la ley 100 (Congreso de la República, 1993) que son: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; asumiendo un discurso de derecho, similar a las recomendaciones dadas por organismos internacionales, que Colombia intenta recoger y cumplir en lo teórico.

La ley del 93 ordenó universalidad de la cobertura en salud, introduciendo dos regímenes: contributivo, quien paga cotización y sus familiares dependientes; y el subsidiado que cubre la población que no tiene capacidad de pago. Un tercer grupo es el “Vinculado” de carácter transitorio, debido al presupuesto insuficiente para cubrir toda la población del régimen subsidiado, atendida por hospitales públicos. La meta era cubrir en el 2000 el 70% de la población por el contributivo y el 30% por el subsidiado en 2001, metas que no se lograron.

En 1997 Se detectó que 11,5% de afiliados al régimen subsidiado no eran pobres, mientras que 11% de pobres eran aportantes del régimen contributivo, debido a manipulación de afiliaciones con fines políticos. A lo anterior se suma, que los afiliados del contributivo pueden comprar de su bolsillo prestaciones complementarias, que no son accesibles a la población vinculada al régimen subsidiado (CEPAL, 2005).

Además el estudio de la CEPAL (2005) cuestiona asumir como cobertura efectiva lo que se registra como afiliación, puesto que si se incrementó la cobertura, se debía incrementar a la vez la utilización del servicio, lo cual no varió significativamente.

En encuestas tomadas en 2003, se detectaron problemas de acceso, donde el 47% de los afiliados no recibió o le entregaron sólo parte de los medicamentos prescritos (más

frecuente en el régimen subsidiado), al 42% le fue negado injustificadamente el servicio de urgencias; al igual que, en una encuesta enfocada sólo en los afiliados del régimen subsidiado en 1997, el 40% dijo que no sabía qué era dicho régimen y el 30% aseguró no estar afiliado.

Estas cifras se ven complementadas con un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el que contabilizaron las tutelas para el 2010, cuyo total fue de 403.380 (8,83% más que las presentadas en el 2009), donde por cada 10.000 habitantes, se interponen 88,64 tutelas por vulneración de algún derecho fundamental en Colombia. La participación de las tutelas en salud, dentro de las tutelas en general, fue del 23,4%; de estas tutelas de salud, el 67.8% son interpuestas, a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.

El contenido más frecuente en las tutelas interpuestas se presenta por tratamientos (43.3%), seguido de medicamentos, dentro de ellos la aspirina (24.2%) y cirugías (21.7%). En la especialidad de pediatría, la solicitud de tratamientos tuvo un incremento significativo del 388,2%, ocasionado porque algunas EPS no aplican el artículo 12 del Acuerdo 08 de 2009 expedido por la CRES, que establece el acceso directo a los servicios de pediatría. Es importante resaltar que el 65.4% de las solicitudes de tutela, son interpuestas para solicitar medicinas o procedimientos que se encuentran incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

A su vez, el estudio de la CEPAL (2005) indica que la reforma realizada en Colombia tiene elementos que ayudan a estimular la competencia, puesto que hay una separación entre aseguradoras y proveedoras, donde las segundas compiten por ofrecer servicio a las primeras, las cuales pueden ser privadas, públicas o mixtas, aunque en algunos casos ambas pertenecen a los mismos socios. Para el año 2002 se registró que las EPS privadas, excedieron a las públicas.

Frente a la calidad y eficiencia la CEPAL indica que en 2002-2003 los profesionales médicos consideraban que el nivel general de atención había declinado; mientras que el Ministerio de Salud, las entidades territoriales, las universidades y la sociedad civil

coinciden en que la atención primaria se había deteriorado, resaltando que la reforma no se ajustó y estudió las diversas necesidades de cada localidad.

Por otra parte al revisar la eficacia se determinó que hay una carencia para la evaluación del desempeño; además de una proliferación de contratos externos para actividades sustantivas donde se da una precarización de las condiciones de trabajo y deterioro de la moral y la motivación, con una preocupante fuga de especialistas hacia el extranjero.

Desde la reforma en salud, Colombia ha incrementado de manera sustancial los recursos financieros disponibles para este sector, que no fueron utilizados con eficacia y eficiencia, debido a debilidades en la supervisión y control, falta de estandarización en los servicios de promoción y prevención, factores políticos locales, etc.

Se registra, también una concentración de los recursos humanos y técnicos en las EPS (Empresas Promotoras de Salud), dificultando el acceso a la población subsidiada y vinculada ya que existe un plan básico (POS) que no cubre la totalidad de los servicios en salud (OPS, 2002).

Continuando con el análisis financiero se encontró que en 2000, el FOSYGA utilizó parte de sus recursos para fines no legales, sólo se materializó el 36% de los recursos previstos para el régimen subsidiado. Se estimó que en 2002, las EPS y el gobierno debían a los hospitales y clínicas US\$2,726 millones, lo que contribuye a que los hospitales públicos no logren recuperar el costo de servicios prestados y estén en una grave crisis (CEPAL, 2005).

Es importante tener en cuenta el desmonte que se ha venido haciendo del Instituto de Seguros Sociales en el país, transformándolo en un modelo cuasi privado, a través de la creación de la Nueva EPS. Además, se ha dado una preferencia desde el campo de la salud, para contratar la fuerza de trabajo mediante las CTA, lo que ha generado la transformación de la prestación de este servicio a través de un modelo capitalista, descentralizado y privado en la gestión, tanto en el sector público como en el privado. Donde gran parte de los encargados de prestar el servicio de salud, no están cubiertos por la seguridad social, ya que

en la cadena de costos, la mano de obra ha sido la más afectada para intentar reducirlos, tanto en la flexibilidad del enganche, como en el valor del salario (Urrea, 2010).

Para finalizar el panorama nacional es importante analizar puntos centrales de la reforma de salud número 210, que el gobierno de Santos propone. Para lo cual se hace uso del estudio del profesor Román Vega (2013), donde indica que el proyecto al referirse a la igualdad, la equidad y la calidad, discrimina la atención por condición socioeconómica en la medida que el proyecto mantiene la segmentación del sistema en regímenes contributivo, subsidiado, complementario y los exceptuados. Incluyendo a la vez, copagos y cuotas moderadoras que seguirán dificultando el acceso de la población de menores ingresos. Agregando que para que haya equidad no sólo debe garantizarse igual uso según igual necesidad sino igual uso de servicios de igual calidad para todos.

Además, muestra lo complejo que resulta en el esquema colombiano de aseguramiento que se cumpla la universalidad bajo el principio de obligatoriedad de afiliación porque ésta se hace depender de la capacidad de pago y la inclusión basada en la demostración de pobreza (SISBEN 1 y 2), lo que hasta ahora ha excluido a segmentos importantes de la población que no califican ni en lo uno ni en lo otro. Señala que no es cierto que habrá libre escogencia para el usuario, lo que “escogerá” es un Gestor que intermediará la prestación del servicio, tal como hoy sucede con la EPS.

El sistema pensado es débil en promoción y prevención de salud, que debería encargarse de resolver más del 85% de las necesidades de salud de la población del área y remitir a los niveles hospitalarios y especializados lo que no sea posible resolver con la Atención Primaria en Salud (APS).

Al tener un enfoque individual centrado en la enfermedad que no abarca como conjunto a la familia y la comunidad, que cuenta con fuerte presencia del interés privado con ánimo de lucro, se hace menos sostenible por su alto gasto total en salud, como lo demuestra el caso de los Estados Unidos que es alrededor del 17% del PBI y mantiene cerca de 40 millones de personas por fuera del acceso a los servicios de salud.

El manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se plantea a través del Fondo único pagador, antiguo Fosyga ahora denominado Salud-Mía. Entidad que delega la administración de los recursos públicos en agentes privados y establece que los recursos serán de ellos y no del sistema con lo que, además, se encarecerá la contratación, donde no hay regulación en compra y venta de medicamentos.

Otro de los problemas de este proyecto de ley es la falta de una política clara de financiamiento de la ampliación, dotación y mejoramiento de la calidad de la red pública de atención lo que lleva a que no haya una igualdad de oportunidades entre los privados y los entes públicos, ya que no se busca elevar la calidad de la atención pública al nivel de los mejores establecimientos del país y desclientelizarlos políticamente, lo que saca a lo público de la competencia y lo sepulta.

El hecho de que la prestación de las acciones individuales y colectivas de salud se realice mediante instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas sin mayor regulación de las primeras por el Estado ni fortalecimiento real de las segundas por el mismo, seguirá favoreciendo el crecimiento asimétrico del sector privado incluso en las acciones de salud pública, cuya prestación hasta ahora había estado exclusivamente en manos del sector público.

Además se excluye en el proyecto conocimientos medicinales ancestrales como el de poblaciones de pertenencia étnica, que siempre han reclamado se les reconozca.

Se analiza por parte del autor que las EPS se vieron afectadas en el año 2008 cuando la Corte Constitucional, con la Sentencia T-760, las obligó a garantizar acceso a la población de prestaciones que ilegítimamente negaban y que la propuesta de ley del gobierno Santos les ofrece una posibilidad para salvarse. Indicando que a las Gestoras de Servicios de Salud (GSS) se les exonerará de los riesgos financieros por el alto costo que habían asumido las EPS a través de reaseguros. Ahora esa responsabilidad la asumirá Salud-Mía.

Además, se les otorga el incentivo de apropiación privada de la unidad de pago per cápita y de los excedentes públicos no gastados. Al contrario de esas prebendas para los GSS, los prestadores de servicios de salud no tienen ningún incentivo positivo claramente definido por su buen desempeño y resultados en salud.

Un punto muy importante se encuentra en el literal X del artículo No. 4 donde estipula que los recursos del sistema de salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieran desde Salud-Mía a los entes privados; legitimando la privatización o el despojo de los recursos públicos de la salud una vez que estos estén en manos de los sectores privados.

El profesor concluye que la propuesta no cambia sino que acentúa la racionalidad de mercado fundamentada en la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento, administración y prestación de servicios del GSS, que fue acuñada como estrategia para estimular la privatización progresiva de los hospitales y servicios de salud pública, del seguro social y de sus instrumentos de gestión, y como método para facilitar la apropiación privada de recursos públicos. Pero también, es una reforma que busca corregir los errores que se identificaron para la consolidación y ampliación del negocio de la salud con la implementación de la Ley 100 de 1993.

En contraste con esta ley existe también la propuesta liderada por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), que cuenta con más de 50 organizaciones sociales y populares que buscan presentar iniciativas legislativas al Congreso referentes a la salud, la cual presentó a la Comisión Primera del Senado el proyecto de ley estatutaria 105 de 2012 Senado, el cual se articuló con el proyecto número 112 de 2012 Senado “Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud”, buscando poner los pilares de un nuevo modelo en salud, al que debe seguir una ley ordinaria, para que el Estado garantice cada uno de los criterios definidos.

ANSA desarrolla su propuesta introduciendo avances internacionales sobre el derecho a la salud, donde se evidencia que tanto el agua potable, la alimentación sana y suficiente, el ambiente sano, el trabajo saludable, la vivienda digna y la participación social, son necesarias para el desarrollo de la salud, entendida más allá de la atención a la enfermedad, aclarando que cuando se requiere tratar la enfermedad debe hacerse sin ningún obstáculo, de forma integral y universal, eliminando los diversos regímenes existentes (contributivo y subsidiado) y los intermediarios (EPS, GSS, o cualquier otro).

Proponen la creación de un Fondo Público Único que debe rendir cuentas a un Consejo Nacional, con amplia participación de la sociedad diversa existente en el país, donde el recurso se asigne de manera equitativa, teniendo en cuenta las características demográficas, epidemiológicas, socio-económicas, geográficas, culturales y étnicas de la población, en un sistema descentralizado e intercultural. Se promueve la creación de unidades territoriales de salud en los territorios, de carácter público con participación y control social a través de consejos territoriales, encargándose de planear la salud de su territorio, junto con las familias y las comunidades, y articulándose a otros sectores del Estado y de la sociedad para lograr unas condiciones de vida saludables, articulando los recursos de la Nación con los entes territoriales. Además integraran el servicio prestado desde la Atención Primaria Integral en Salud, cerca de la gente y con capacidad para resolver los principales problemas de salud de las comunidades, y organizarán las redes de servicios que se requieran, donde se remitirá a un hospital de alta tecnología de ser necesario, haciendo el acompañamiento hasta volver a casa.

El sistema propuesto priorizará la red pública hospitalaria, recuperando los hospitales universitarios, con un estricto control de costos y precios de medicamentos, insumos y tecnologías médicas, al igual que un régimen laboral concertado para los trabajadores y profesionales del sector, buscando la estabilidad laboral y el bienestar del trabajador.

3.3 Reseña del Hospital Universitario San Jorge

“En el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, estamos comprometidos con la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario, cliente interno y externo, que acceden a nuestros servicios, a través de un talento humano altamente calificado, que se destaca por su ética y trato amable, en proceso constante de crecimiento constante y motivación, con recursos adecuados y promoviendo la implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, que nos permite brindar un óptimo servicio y permanecer competentes en el mercado.” Código de ética, E.S.E, HUSJ 2010.

En la reseña histórica del Hospital Universitario San Jorge publicada en su página web, se indica que esta institución se empezó a construir en 1887, gracias a una donación de terreno, insumos y parte de la construcción, por el General Deazza, quien solicitó auxilio económico al Concejo Municipal.

Fue inaugurado el 20 de abril de 1905 como hospital de caridad, por lo cual en 1906 le pusieron el nombre del apóstol de la caridad “San Jorge”, aunque solo se le da vida legal en 1913 con la promulgación de su Reglamento Interno y es en 1918 cuando se construye la sala de maternidad y cirugía.

En 1922 se crea la “Junta Beneficencia”, dirigida por la comunidad de las hermanas Vicentinas, que tendrían a cargo el hospital. Desde allí se promueve en la década del 30 y 40 diversas actividades cívicas, puesto que desde sus orígenes la comunidad participó de forma voluntaria en la construcción y el trabajo que allí se requería, pero también en eventos para recoger fondos, organizando eventos como “el reinado de la caridad”, consiguiendo en 1938 reunir lo necesario para ampliar, construir y dotar el nuevo hospital, lo cual demoró desde 1940 a 1948.

Solo en 1949 se utilizó la edificación que contaba con cinco pisos, tres ascensores, varios servicios, entre ellos ocho salas de cirugía, poniendo en el cuarto y quinto piso la clínica Carvajal, la cual se había construido aledaña al hospital en 1918, también en terreno donado.

En 1978 el Ministerio de Salud le otorga la categoría de Universitario y avanza más en 1987 con el establecimiento, dentro de la institución de la Asociación sin ánimo de lucro SANAR, para lo cual se instala la sala de Oncología Pediátrica, que contaba con un médico pediatra y voluntarios para la atención y cuidado de los pacientes con cáncer.

En 1990 el hospital es clasificado por parte del Ministerio de Salud, como nivel tres de complejidad y se le da la personería jurídica en 1994 por parte de la gobernación de Risaralda, convirtiéndose en 1995 en Empresa Social del Estado, como entidad descentralizada, indirecta del orden departamental, adscrita al departamento de Risaralda.

En el año 1998 se anunció una grave crisis financiera frente a la cual se planteó un posible cierre del hospital, que condujo en 1999 a una reestructuración de personal que comprendía personal directivo y personal auxiliar de enfermería, principalmente justificado con fines de saneamiento financiero.

Antes del recorte de personal existía un promedio de 1300 trabajadores vinculados directamente a la institución, como empleados del Estado colombiano, los cuales contaban con la aplicación del Código Sustantivo del Trabajo y las convenciones colectivas que eran acordadas entre el empleador y el sindicato, generando condiciones laborales estables.

En este año se dan las discusiones entre los Ministerios de Salud, Planeación Nacional, la gobernación y el HUSJ respecto al “Proceso de Rediseño y Modernización de la ESE” y se genera la primera reestructuración de personal, la cual llega a 1110 trabajadores despedidos

en el 2004, siendo vinculados posteriormente por medio de tercerización laboral todos aquellos que aceptaron, conduciendo a la disminución de sus ingresos, lo que ayuda al empobrecimiento de los trabajadores, bajando la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas.

Además, algunas personas despedidas fueron reintegradas por errores que se cometieron en el proceso; frente a esta situación la ex gerente del HUSJ doctora Juliana Gómez indica que la reestructuración de la institución no significó una solución a las finanzas que venía presentando el hospital, pues no representó ninguna disminución en el gasto por honorarios. A esto cabe agregar que en el momento de la reestructuración, los sueldos más bajos del sector público en el país, los tenían los trabajadores de la salud (Martínez, 2010).

A la vez, se agrega en el estudio al hospital que desde los despidos del personal la calidad del servicio se ha deteriorado, señalando varios ejemplos entre ellos la muerte de 24 niños en el servicio de pediatría, debido a una bacteria que con una desinfección adecuada se debía eliminar. En el estudio realizado al personal del servicio se encontró que solo una persona sabía desinfectar correctamente, pero no era esta profesional la encargada de desinfectar las camas.

En el 2004 el Ministerio de la Protección Social realizó una visita de inspección al HUSJ en el marco del seguimiento de los requisitos mínimos esenciales para el funcionamiento del hospital en el cual se evidencia el deterioro de esta institución en muchos de sus servicios. En el documento se lee:

En los servicios que encontramos que incumplían los requisitos que exige el Ministerio de Protección Social se tomaron las siguientes medidas preventivas: Suspensión parcial del servicio UCI neonatos, solamente 4 camas del área fueron trasladadas, no cerradas... en la unidad de cuidados intensivos encontramos que las condiciones de infraestructura física relacionadas con los muros y los techos,

generaban alguna condición de riesgo para los pacientes hospitalizados, ya que son pacientes en su mayoría prematuros [...] Hay unas faltas de mantenimiento, láminas fracturadas, falta de mantenimiento donde está la rejilla de ventilación, hay cúmulo de polvo, la pared posterior de atrás está fracturada [...] La segunda medida preventiva tomada consiste en suspensión parcial del servicio de hospitalización neurocirugía y medicina interna del cuarto piso; el área correspondiente a la ubicación de 35 camas igualmente por instalaciones físicas y su mantenimiento, encontramos humedades en las paredes, láminas de los techos fracturadas, falta mantenimiento en algunas instalaciones hidráulicas [...] igualmente se suspendió la sala de trabajos de parto porque también se encontraron sus instalaciones físicas e hidráulicas deterioradas.¹

Recordemos que para el 2002 la planta de personal había disminuido sustancialmente producto de los despidos provocados por la reestructuración pasando de 1300 trabajadores aproximadamente a 900 para ese año.

En este informe del 2004 el número de trabajadores es mucho menor que el 2002, donde lo más seguro es que la falta de personal en las distintas áreas incidiera directamente en la prestación de los servicios en cuanto a infraestructura, aseo y saneamiento, lo cual es un indicativo de los daños colaterales de todo este proceso de reforma.

A su vez se presenta una carencia de médicos especialistas, que conlleva a un represamiento de citas que alcanza para el momento del estudio de Martínez, un promedio de 15.000 citas represadas en todo el departamento, sumado a las largas esperas que implica pedir una cita con un médico general, lo que responde a un problema estructural del sistema de salud.

¹ Junta Directiva HUSJ. Acta 137/16/jun/04

El libro de Martínez muestra un desmonte paulatino de la entidad pública pasando a ser semi privada, donde se encontraron figuras jurídicas para saquear los recursos públicos. La visión de mercado a la que ha llegado la institución es representada por un ejemplo que no es particular, en el cual una usuaria cuenta la anécdota, que se facturó más de \$200.000 y ella solo tenía \$30.000, por lo cual se detuvo al paciente por tres días sin derecho a cama, alimentación y medicamentos; sin permitir ingreso de comida por no estar oficialmente hospitalizado y donde la institución no lo asume por tener orden de salida.

Este caso es diferente al paciente que llega con nota de recomendación de un político reconocido, que sale del hospital sin pagar nada en cualquier momento, después de terminar su tratamiento, lo que se indica en el libro como una deuda política que será pagada en elecciones.

Dentro de las fortalezas con que contaba el hospital estaba el recurso humano, debido a la implementación que se tenía de carrera administrativa, que exigía la constante cualificación de sus empleados. En la institución existían sindicatos fuertes que prácticamente desaparecieron en los procesos de transformación que tuvo la institución.

En el mismo estudio, se indica que no hay cuentas claras de cuántas CTA existen y contratan personal para el hospital, aunque se sabe que son más de 20, donde solo 1 se queda con más de 8.000 millones de pesos del presupuesto del hospital anualmente. Adicional a esto, cada que se pone una demanda para abrir una investigación a una CTA por irregularidades, como no pagar primas a los trabajadores, cuando el hospital le pasa la plata de la misma a la CTA; está cambia de razón social y desaparece, construyendo nuevas CTA y mezclándose con otras.

Para el 2009 el área de cartera era una de las principales problemáticas de la ESE en cuanto a niveles de recaudo y confiabilidad de la información ya que parte de la información financiera se continuaba realizando de forma manual, lo que implica un margen de error

más grande en las cuentas de la institución, lo que no permite tener cifras reales y oportunas.

Además el área de facturación viene siendo manejada bajo el sistema de tercerización a través de COOPSALUD, lo que hace inconveniente el control interno de la institución al ser juez y parte del proceso, a lo cual se agrega que el hospital no pone un solo funcionario suyo como veedor y garante de las finanzas, como lo indica de forma textual el informe de actividades de Revisoría fiscal de diciembre de 2009:

“Al tener tercerizado el servicio de glosas la ESE debería contar con un funcionario del área que realice un adecuado seguimiento de este importante componente de la información que afecta los recursos de la entidad...”²”

Al revisar el trabajo de COOPSALUD, quien se encarga también de manejar las glosas del hospital, por medio de un comité de Glosas, que según el informe ha dejado de cumplir sus funciones; se encuentra que ha glosado cuentas por encima del 50% de su valor, lo cual afecta la situación económica de la ESE, la cual para septiembre de 2009 presenta un déficit alto:

“De acuerdo a muestreos realizados en entidades como Cafesalud y Asmet Salud, siendo estas las EPS-S a las cuales se les genera el mayor nivel de facturación, situación ésta que se refleja en el resultado de cartera total al cierre del ejercicio, ya que de 17.676 millones de facturación reconocida (radicada) se registran glosas por 5.712 millones equivalente al 32%.”³”

² Informe ejecutivo de Revisoría Fiscal E.S.E HUSJ, diciembre de 2009.

³ Informe ejecutivo de Revisoría Fiscal E.S.E HUSJ, diciembre de 2009.

Para septiembre de 2009 la entidad registra un déficit del orden de 7.352 millones de pesos, en gran medida por el gasto en atención a la población pobre, que lo ha llevado a recurrir a créditos a través del INFIDER para cubrir obligaciones con terceros.

Es mientras “el sector privado hoy adeuda 12 billones de pesos, de todas las EPS, adeudando solo al San Jorge 40.000 millones de pesos, equivalente a su presupuesto de ocho meses, con lo que debe atender un millón de personas; que con la reforma de la ley 100 de salud cambiaran el nombre de las EPS y seguramente es para que desaparezca esta billonaria deuda.” (entrevista No. 7); es a la vez, en este año cuando la gobernación hace una adición al contrato de vinculados de 7.581 millones lo que influyó en el mejoramiento del nivel de ingresos y cumplimiento de los indicadores por parte del hospital⁴.

Otro de los espacios tercerizados para el 2009 y que en el momento del estudio continua en este mismo estado es el área de farmacia, donde se presentaron dificultades ya que se dio un atraso en el proceso de auditoría e interventoría por parte del hospital y una falta de clasificación adecuada por parte del contratista de los inventarios que permitiera en el momento de la Revisoría Fiscal tener claro qué medicamentos eran propiedad de la E.S.E y cuáles del Contratista. En parte esto se debe a que no se registra a tiempo las devoluciones realizadas por el personal que labora en el hospital, lo que hace que sobren medicamentos que deben ponerse a favor de la institución, ya que corresponden a la optimización en la aplicación de los mismos, de lo contrario se le estaría cobrando varias veces a la entidad el medicamento, agregando en el informe que no hay un estudio que permita tener claridad si la tercerización de esta área beneficia o perjudica la ESE:

“Una de las falencias que registra este proceso y sobre las cuales se deben tomar medidas es que bajo el nuevo esquema de contratación no se han realizado mediciones comparativas de los costos de medicamentos que permitan evaluar el

⁴ Informe ejecutivo de Revisoría Fiscal E.S.E HUSJ, diciembre de 2009.

beneficio para la institución de la contratación con esta entidad ya que en el costo de los medicamentos está incorporado el proceso administrativo de la cooperativa”⁵.

El hospital ha puesto en comodato determinada maquinaria como el eco cardiógrafo que funcionó bajo un contrato de mantenimiento pagado por la ESE⁶; lo que genera algunas el arrendador renueva los equipos absoletos, con las ganancias del equipo que alquiló, quedando dueño de éstos, lo que dificulta la posibilidad de volver a abrir desde la institución los servicios como radiología, restaurante, lavandería, etc., puesto que se va quedando sin los instrumentos necesarios para el funcionamiento.

Otro punto que pone en dificultades a la institución es la falta de especialistas para brindar de forma adecuada la atención, posibilitando un margen de error alto en los procedimientos adecuados de los pacientes, lo que ha llevado al hospital a enfrentar cuantiosas demandas por errores médicos, influyendo también la recepción desmedida de pacientes, sin contar con la capacidad física y asistencial para tenerlos, como es mencionado en Junta Directiva:

“Se cuenta con 116 demandas de las cuales hay 90 activas y 18 fueron falladas a favor de la institución y 8 en contra... Se manifiesta por parte de la Gerencia la alta preocupación que le asiste frente a la amenaza para la viabilidad de la institución que está representada en los pasivos generados por estas demandas.”⁷.

Este tipo de demandas tienen la capacidad de quebrar el hospital, ya que una de ellas fue fallada contra el hospital en 2011 por un monto que equivale casi al presupuesto de 5 años de la ESE:

⁵ Informe ejecutivo de Revisoría Fiscal E.S.E HUSJ, diciembre de 2009.

⁶ Junta Directiva del HUSJ. Acta 187/27/Ago/07

⁷ Junta Directiva HUSJ. Acta 201/28/sep/12

“Toma la palabra el Dr. Sandoval, quien hace una exposición referente a las demandas por falla médica, y establece que el hospital fue condenado al pago de 267.800.000.000, y que frente a esta demanda se logró un acuerdo de pago en cuotas y sin intereses de mora, lo cual es benéfico para la institución.⁸”

Esos panoramas grises contrastan con la inversión que en 2012 se inició para la readecuación de la ESE, informando en reunión de Junta Directiva un convenio con la gobernación y ECOPETROL, que se compromete a cofinanciar la terminación de la infraestructura física del hospital en medio de una construcción adecuada, donde el gobierno nacional también invierte aunque en menor cuantía.

De igual forma se planea una reorganización del área administrativa que venía copando espacios que antes eran de atención a usuarios, buscando recuperar esta zona y abrir más camas, adecuando a la vez los servicios que cuentan con camas insuficientes, como urgencias donde se adquirieron 20 camillas más y se adecuó una sala que permitió expandirlo, permitiendo recibir más pacientes⁹.

En la misma reunión se informa que se han contratado especialidades que ya se habían perdido en el hospital como: neurología clínica, cirugía de tórax, hematología, cirugía vascular periférica y se traza como plazo la contratación de otras especialidades dentro de ellas; oncología, ginecología y cirugía oncológica; lo que podría estar mostrando un ciclo en la historia de la ESE, donde se eliminaron determinadas cosas que hoy están volviendo a buscar.

De igual forma sucede con la discusión aún no resuelta de la forma de contratación del personal, donde los sindicatos buscan presionar para volver a contratar el personal misional de la ESE directamente desde la institución, como lo indicó la sentencia C-614 de la Corte

⁸ Junta Directiva HUSJ. Acta 004/05/abr/11

⁹ Junta Directiva HUSJ. Acta 15/06/dic/12

Constitucional que por el nivel de importancia en el recorrido del trabajo, se transcribe un fragmento de la misma que permite entender con claridad su dictamen:

« La Corte encuentra que la prohibición a la administración pública de celebrar contratos de prestación de servicios para el ejercicio de funciones de carácter permanente se ajusta a la Constitución, porque constituye una medida de protección a la relación laboral, ya que no sólo impide que se oculten verdaderas relaciones laborales, sino también que se desnaturalice la contratación estatal, pues el contrato de prestación de servicios es una modalidad de trabajo con el Estado de tipo excepcional, concebido como un instrumento para atender funciones ocasionales, que no hacen parte del giro ordinario de las labores encomendadas a la entidad, o siendo parte de ellas no pueden ejecutarse con empleados de planta o se requieran conocimientos especializados. De igual manera, despliega los principios constitucionales de la función pública en las relaciones contractuales con el Estado, en tanto reitera que el ejercicio de funciones permanentes en la administración pública debe realizarse con el personal de planta, que corresponde a las personas que ingresaron a la administración mediante el concurso de méritos.» (Corte Constitucional de Colombia, 2009).

Entonces se genera, desde diversas fuerzas que se benefician de la tercerización, una resistencia a la aplicación de la sentencia, donde se debe señalar que es importante que la discusión de contratar nuevamente el personal de planta volvió a abrirse, como se evidencia en reunión de Junta Directiva:

“El doctor Restrepo, le informa a los asistentes, que ha recibido una solicitud del sindicato Asfucor, en el sentido de darle aplicación a la sentencia C-614 del 2 de septiembre de 2009 y demás disposiciones legales que prohíben la intermediación laboral, ampliación e incorporación a planta de personal de personas contratadas por

servicios temporales (intermediación). Una vez escuchado el gerente los miembros de junta consideran pertinente enviarle un oficio a la asociación sindical, informando que la sentencia se tendrá en cuenta; pero que debemos esperar el pronunciamiento del gobierno nacional en el mes de marzo del presente año.¹⁰”

Un gran avance que no logra en términos de tiempo cubrir el estudio es la posibilidad cada vez más cercana de volver a funcionar con personal de planta, uno de los miembros de Junta Directiva del Hospital indica que: “En el presupuesto del 2014 se aprobó que el primer semestre del año se pagara a los empleados por medio de tercerización y a partir del segundo semestre que empieza a regir a partir del 1 de julio se pagara al personal misional por medio de planta temporal de personal; donde no se ha definido si los trabajadores de servicios generales y vigilancia hacen o no parte del personal misional.” (Entrevista No. 7)

El Hospital Universitario San Jorge y los servicios que allí se prestan por parte de los trabajadores se enfocan en una prestación de servicios que están en un nivel de atención en salud considerados de mediana y alta complejidad, categorizados hoy en día como nivel III y IV, el cual tiene una cobertura del total de población en el departamento de Risaralda, parte de los departamentos de Caldas, Chocó, Tolima, Quindío y un trozo muy reducido de habitantes del departamento de Antioquia y el norte del Valle.

Para comprender mejor la población que atiende el hospital, es necesario una breve visión regional, encontrando en el estudio de Martínez (2010), el cual afirma que en Risaralda no hay políticas constantes y coherentes entre sí, que logren estabilizar las tasas siempre crecientes y decrecientes de vacunación, mortalidad infantil y desnutrición, existiendo municipios más golpeados por esta tendencia, que son los que cuentan con mayoría de comunidades afro e indígena.

¹⁰ Junta Directiva HUSJ. Acta 01/18/ene/13

El estudio demuestra que el 21% de las defunciones en Risaralda entre 1998-2006 fueron causadas por enfermedades denominadas de pobreza, entre ellas enfermedades como diarreicas agudas, parasitarias, intestinales, de desnutrición, etc.

Además, en el 2006 en algunos municipios, se encuentra que de 1000 nacidos vivos, 115 murieron antes de los 5 años, lo que puso al departamento entre los diez departamentos con mayores tasas de mortalidad infantil.

Se encuentra a la vez en el estudio que desde el 2001 al 2008, el trabajo informal en el departamento y especialmente en la zona metropolitana se sostiene con tasas superiores al 60%, del 100% de empleados.

Se indica también que entre el 2000 y 2005 se conformaron en el departamento 55 Cooperativas de Trabajo Asociado con 634 afiliados, los cuales pasaron en cinco años a 11.069.

Otro indicador social muy importante es el promedio de tutelas realizadas en Risaralda que es de 46,2 por cada 10.000 habitantes entre el 2006 y 2008, ubicándola en el tercer departamento con más tutelas en el país.(Defensoria del Pueblo, 2011).

El hospital ha atravesado por distintas políticas en salud entre ellas la más reciente es la ley 100 de 1993, la cual empezó a ser aplicada en el San Jorge seis años después de su radicación en el Congreso de la República, según la revisión de las actas de Junta Directiva de la institución.

La situación de la red pública hospitalaria en el país y específicamente la del San Jorge, se agudiza con la ley 100 al permitir que el dinero que antes llegaba a los hospitales se desvíe a empresas privadas prestadoras del servicio de salud, haciendo que los hospitales entren en

una dinámica de venta de servicios y competencia en el mercado, donde acorde al último informe de cartera morosa entregado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2012), a los hospitales y clínicas les deben más de 4 billones de pesos las EPS del régimen contributivo y subsidiado, las entidades territoriales, el Fosyga entre otras entidades del Estado, lo cual agudiza el estado financiero de estas entidades, contribuyendo a cierre, privatización, reestructuración entre otras consecuencias que deterioran el servicio de salud prestado, deuda que desaparece con la aprobación de la reforma ley 210, del gobierno Santos, contribuyendo a la quiebra del sector público, de allí que una de las entrevistas indique:

“Con la reforma propuesta por el Presidente Santos al ser aprobado el cambio de nombre de las EPS ya no se tiene a quien cobrar el dinero que adeudan a los hospitales, lo que hace que se quiebren 540 hospitales al no pagar esa deuda, entre los que estamos el hospital San Jorge, de allí la movilización de la llamada revolución de batas blancas que ha impedido la aprobación de la reforma.” (entrevista No. 7).

4. Objetivos

En el estudio se busca describir las transformaciones generadas en las condiciones laborales de los trabajadores del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, producto de la ley 100 de 1993 en los años 1999 al 2012.

Para ello se identifican las formas de contratación; se determinan las condiciones de protección social y se describen las jornadas de trabajo y remuneración de los trabajadores en el San Jorge, en los años que comprende el estudio.

5. Metodología

Este proyecto de investigación es cualitativo, la fuente principal de suministro de información son entrevistas realizadas por medio de trayectorias laborales que buscan identificar la interpretación de los actores sociales sobre sus condiciones laborales.

La información cualitativa se desarrolló desde 6 entrevistas en torno a trayectorias laborales y una entrevista sobre temas puntuales a un informante clave, quien pertenece a la Junta Directiva del H.U.S.J de Pereira desde hace 13 años. Se realizaron entrevistas a personas que ejercen las profesiones que se presentan a continuación, con las formas variadas de contrato que tienen:

Técnico electricista (Servicios varios)	Empleado oficial
Auxiliar de enfermería	Temporal a término definido
Licenciada en enfermería (Enfermera jefe)	Orden de Prestación de Servicios (OPS)
Auxiliar de enfermería	Contrato a término indefinido con una empresa que alquila la infraestructura del hospital
Médico especialista (Encargado del servicio de urgencias.	Orden de Prestación de Servicios (OPS)
Médico especialista (cirujano)	Empleado público

Se tomó la decisión de realizar dos entrevistas a una misma forma de contratación que fue la de OPS, puesto que es donde se encontraron mayores divergencias con las posiciones manifestadas por el resto de entrevistados, lo que buscaba conocer mejor el punto de vista que allí se encontraba y profundizar en sus argumentos, ya que sus respuestas fueron más

cortas.

Dentro de los parámetros que se tuvieron en cuenta para seleccionar a cada uno de los trabajadores entrevistados, uno fue que estuvieran vinculados al hospital Universitario San Jorge antes del inicio de la primera reestructuración que se dio en diciembre de 1999 y continuaran trabajando dentro del hospital contratados con diversas modalidades, lo que lleva a que ninguno de los entrevistados tenga menos de 15 años en el hospital.

Con las trayectorias laborales se buscó conocer las diferencias en las diversas formas de contratación, donde se observaron las condiciones del contrato, la estabilidad y satisfacción del trabajador frente a éste y las formas para obtener un contrato.

A la vez se intenta identificar las características que tiene en cada modalidad la protección social (acceso a salud, pensión, indemnizaciones, riesgos laborales, etc.), prestaciones sociales (cesantías, intereses de cesantías, primas anuales, primas de antigüedad, capacitación, entre otros); además de observar el bienestar social, la capacitación, la seguridad social y la organización propia de los trabajadores dentro del hospital.

Por último se analizó la jornada de trabajo, las relaciones interpersonales en el lugar de empleo y las remuneraciones, las cuales no traen sólo implicaciones para el trabajador sino que afectan la calidad de vida de su familia; dando una pequeña visión de las perspectivas que indican los trabajadores sobre su propio futuro.

Con las trayectorias laborales se buscó conocer las condiciones de trabajo a través de la voz de los propios empleados, lo cual se combinó con una minuciosa revisión documental de las actas de junta directiva del hospital desde el año 1999 hasta el 2013 bajo las mismas categorías de análisis construidas para las entrevistas mencionadas anteriormente, encontrando actas incompletas, desaparecidas o repetidas, que hicieron difícil la labor documental.

Se ubicó documentación clave de organismos internacionales, nacionales y regionales para la mejor comprensión y análisis de cada uno de los objetivos, y se generaron conclusiones.

6. Resultados

Como se indicó en los capítulos anteriores, las diferentes tendencias en cuanto a las reformas del Estado se enmarcan en las dinámicas mundiales que se han experimentado en la historia. El fenómeno de la globalización introduce nuevos modelos de gestión y administración pública que responden a la creciente intensificación de las relaciones de intercambios transnacionales entre individuos, empresas, mercados e instituciones; es así como la globalización extiende el principio liberal de la economía de mercado a la totalidad de los aspectos de la vida social. De esta forma las ciudadanías son entendidas como mercancías dirigidas por el principio económico liberal del libre juego de la oferta y la demanda (darwinismo social), de allí que los pacientes tengan un interés nuevo para las EPS y en general para quien los atiende y es su nueva condición de clientes. Estos cambios han llevado a que las instituciones estatales pierdan capacidad coercitiva disminuyendo el marco de acción del Estado para manejar las relaciones sociales y económicas dentro de las instituciones, en otras palabras los instrumentos políticos y jurídicos con los que el Estado contaba fueron, en parte, superados por el poder económico transnacionalizado librándose del control estatal.

Los cambios en la manera como se entiende la intervención del Estado se ven reflejados en la incursión de los postulados teóricos de la economía clásica a otras disciplinas de las ciencias sociales, como lo es el neoinstitucionalismo, los nuevos modelos de gestión pública y el *Public Choice*. Desde esta perspectiva teórica el comportamiento humano se restringe y se considera como egoísta, racional y maximizador de sus intereses (*homo oeconomicus*), generando una nueva teoría concerniente a La Nueva Gestión Pública -NGP- estrategia que utiliza el neoliberalismo bajo la premisa del fortalecimiento de las instituciones, con el fin de elevar los niveles de productividad y disminuir los costos. Esta corriente aparece como una alternativa a la tradicional administración “después de numerosos intentos fallidos de modificación de los parámetros weberianos que han

dominado, y que aún dominan, en nuestras administraciones públicas, han aparecido de manera rotunda durante los años noventa un conjunto de perspectivas reformadoras bajo el título integrador de Nueva Gestión Pública” (RAMIO, 2001:2). Ésta comprende el desmonte de las llamadas instituciones no funcionales, la racionalización de los recursos, la externalización de las cargas laborales, la subcontratación y por supuesto las alianzas público-privadas. Pues según ésta, las instituciones deben adaptarse a las necesidades del entorno.

La NGP incorpora dos enfoques: la gobernanza que es una acción colectiva que define los propósitos de la acción y los medios idóneos para lograr los resultados propuestos y la gobernabilidad, definida como el arte de gobernar, el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero que permita un sano equilibrio entre Estado, la sociedad civil, el mercado y la economía. Estos dos enfoques en la NGP hace posible que el neoliberalismo ate los cabos sueltos que el liberalismo había dejado “pasamos entonces de una preocupación de las instituciones a una preocupación de los procesos y las prácticas gubernativas; del énfasis en la capacidad directiva al énfasis en la eficacia directiva y de un enfoque de gobernabilidad a un enfoque de gobernanza” (CANO: 2008).

Se incorporan por lo tanto actores tanto públicos como privados (empresas, firmas, cooperativas) que amplían el espectro de utilización de la NGP a amplios sectores de la sociedad, “que implica la posibilidad de inclusión de actores sociales y privados dentro de las tareas gubernamentales por lo que también se le conoce como gobierno en red” (CANO: 2008), papel que terminan desarrollando las EPS. En la N.G.P se evidencian dos corrientes; una de ellas que es a la que se hará referencia en el trabajo es la de carácter neo empresarial. La cual se refiere a aquellas corrientes de la Nueva Gestión Pública que hacen un énfasis en la economía, la eficacia y la eficiencia de los aparatos públicos, los cuales proponen una clientelización de los ciudadanos.

Como podremos evidenciar a continuación el contexto de estas entrevistas está marcado por las estrategias de La Nueva Gestión Pública, donde se implementan toda una serie de tácticas bajo los supuestos de maximizar la eficiencia y eficacia del Hospital San Jorge aunque el resultado puede ser contradictorio con lo que se busca; una de ellas que es el objeto de estudio principal de este proyecto es la Flexibilización Laboral, la cual suponía tener un impacto positivo en el funcionamiento del hospital. Como resultado se han tenido los siguientes aspectos: 1. Flexibilización interna, con predominio de sus variantes numéricas (personal de planta de la institución) y salarial, afectando el contenido del contrato de trabajo y el personal disponible en el hospital; 2. Variación en los tipos de contratación: individual, por períodos de tiempo, de acuerdo a la “productividad”; 3. Flexibilización externa, mediante el empleo de suministradoras de mano de obra; tales como cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales, outsourcing, etc., arrojando como una de las grandes conclusiones que esta reducción de gastos en materia laboral se ha hecho en detrimento de los derechos individuales y colectivos de la mayoría de los trabajadores del sector público de la salud.

Contexto general de las entrevistas:

Se realizaron seis entrevistas seleccionando a cuatro hombres y dos mujeres, una de ellas es auxiliar de enfermería contratada en carrera administrativa con el hospital hasta el 2004 momento en que salió debido a una reestructuración, trabajó con diversas cooperativas de trabajo asociado -CTA-, tuvo un contrato de tres meses por orden de prestación de servicios -OPS- y actualmente es contratada por una empresa temporal. La segunda mujer es licenciada en enfermería, vinculada al hospital desde 1983 como trabajadora de planta hasta el 2006 cuando es despedida bajo motivos de modernización de la ESE, posteriormente fue fundadora de una cooperativa de trabajo asociado, la cual se creó en 2007 y firmó contrato con el hospital desde julio del 2008 hasta mayo del 2012; en la actualidad tiene un contrato con el hospital bajo la modalidad de OPS. De los cuatro hombres, uno es médico

especialista encargado de la coordinación de un servicio o sala de atención a pacientes, fue trabajador de planta del hospital 16 años y lleva 6 años por OPS. Un segundo entrevistado realizó sus prácticas como médico general en 1993 en el hospital, especializándose en cirugía y contratado como médico de planta. Se entrevistó a un auxiliar de enfermería que fue directivo del sindicato más grande del hospital y del sector salud el sindicato más grande del país, quien fue despedido en 2006, pasando a trabajar en diversas cooperativas y actualmente en uno de los servicios que el hospital tiene alquilados; la última entrevista a un trabajador es realizada a un técnico electricista, cuyo puesto hace parte de una gama de cargos que se denominan servicios generales, siendo trabajador oficial del hospital desde 1997; los entrevistados se encuentran en un rango de edad entre los 40 y los 54 años, teniendo un vínculo con el hospital no menor de 16 años.

De los seis trabajadores hay dos divorciados y el resto se encuentran casados, uno de ellos responde por cuatro personas y el resto responde por tres o menos personas a cargo, hay cuatro empleados con casa propia y dos que la tienen con hipoteca; lo que muestra que las personas entrevistadas han logrado en alguna medida estabilizar su vivienda, lo cual se dio como ellos lo indican, en el momento que eran trabajadores de planta del hospital, “Si es que todo lo que yo tengo es con el hospital” (entrevista No. 2); realidad distinta de quienes entraron por primera vez a trabajar dentro del hospital por medio de una cooperativa o una empresa temporal, que como lo indican sus propios compañeros haciendo referencia a las auxiliares de enfermería “Ellas no son capaz solitas, no, no, porque es que el salario de ellas, o el de nosotros es de \$800.000, \$900.000 mucho”.

A la vez, se hizo una corta entrevista a uno de los miembros de Junta Directiva del HUSJ el cual lleva en el cargo desde el año 2000; la necesidad de esta entrevista se dio ya que la ESE, presenta un desorden que, voluntario o no, ha permitido la desaparición de años enteros de actas, en medio de una numeración inadecuada que se ha corregido en los últimos dos años. En la entrevista realizada se agrega que las actas no registran todo lo que

se dialoga en Junta, hecho que se da de forma premeditada, por la misma complejidad de los actos que allí se dialogan. Al hacer referencia a uno de estos temas comenta: “Los pacientes viven una masacre humana, niños de pediatría que mueren por docenas en una sala, en una quincena, al darse el cambio de los 1.110 despedidos. Están los muertos y no hay estadísticas que nos muestre cuál es la situación, en las actas de junta directiva se oculta este tipo de crimen de Estado, la muerte, la enfermedad, la soledad, y la tristeza, por ahora son nuestra compañía.”; (entrevista No. 7).

Por último es importante puntualizar que una de las modalidades de reestructuración estatal estaba dirigida a disminuir el rubro de salarios ya que representaba uno de los porcentajes más altos en el presupuesto de las empresas públicas. El sector salud no fue ajeno a esto, y el HUSJ es representativo de esta situación en tanto fue considerado el “hospital ejemplo en reestructuración”¹¹ por parte de la Ministra de Salud Sara Ordoñez en el año 2000.

Esta modalidad tenía dos márgenes: la primera y más agresiva fue el despido masivo de trabajadores con lo que, en teoría, le permitiría a estas empresas públicas redireccionar esos dineros “ahorrados” hacia sectores estratégicos como el mejoramiento de servicios, en el caso del Hospital San Jorge, para volverse más competitivos frente a las EPS que estaban cooptando el “mercado” de la salud. Y se dice que “en teoría”, ya que la realidad reflejó otras dinámicas que se verán más adelante.

La segunda modalidad fue la reducción de los salarios a partir de la tercerización, camino que se quería seguir de forma urgente debido a sus “beneficios” en el plano de la contratación. En un informe del gerente del Hospital San Jorge en el momento y actual gobernador del departamento Sr. Carlos E. Botero, comenta: “los auxiliares de enfermería son el 35% de la planta de personal y cuestan mensualmente 1.500 millones aproximadamente ya que el factor prestacional del hospital es del 109% lo que conlleva a que la nómina del hospital en este momento cueste aproximadamente 1.950 millones; si

¹¹ Junta Directiva HUSJ. Acta 080/13/dic/00

tuvieran salarios del mercado costarían 1.100 millones y si fueran por cooperativa valdrían 721 millones, por lo que continuamos buscando alternativas ante esta realidad”¹².

La reestructuración de la E.S.E puede entenderse desde la racionalidad formal de Weber (1994), la cual expresa el cálculo económico, en especial el cálculo de capital, que busca ahorrar, minimizar recursos, con baja en salarios, reduciendo prestaciones sociales, minimizando la seguridad social, sin decir con esto que se haya conseguido reducir los costos de la institución, porque dentro de las consecuencias del ahorro debe tenerse en cuenta las demandas que tiene por parte de los usuarios y las que han empezado a llegar por parte de los trabajadores tercerizados buscando igualdad de condiciones con los trabajadores de planta, lo que no permite evaluar en términos económicos la reestructuración con éxito. Pero a la vez, se evidencia en el proceso de modernización de la institución la racionalidad material, aquella que plantea exigencias extraeconómicas, las que van más allá del saneamiento financiero, materializada en las políticas que se toman y se asumen, el costo de las decisiones tomadas como el debilitamiento de los servicios y la calidad de la atención que se presta.

¹² Junta Directiva HUSJ. Acta 098/09/abr/02

6.1 Formas de contratación

“Los trabajadores no son trabajadores, los consideran aportantes de una cooperativa que según la corte Constitucional no es cooperativa, su salario ya no es salario, sino ganancias que les aportan sus cooperativas, y no pueden por tal demandar ante la justicia laboral los atropellos, llegan a completar 7 años sin derecho a unas vacaciones, los contratos por meses impiden crear una organización sindical, un médico especialista se compromete a tres y cuatro jornadas de trabajo simultáneas al día, [...] perdiendo el sentido de pertenencia por el lugar, los pacientes, su oficio; presentándose un laberinto de patrones y variedades en el tipo de contratación y pago, convirtiéndose en una institución inmanejable.” (Directivo de Junta, HUSJ¹³).

En el hospital existen y han existido diversas formas de contratación, las más antiguas son las de carrera administrativa que incluye empleados públicos y empleados oficiales contratados de forma indefinida y directa con el hospital, lo que indica que son reconocidos como trabajadores de una empresa estatal y se les debe reconocer las prestaciones y derechos de ley; los empleados oficiales están constituidos por el área de servicios generales, mantenimiento, celadores y conductores. Como lo indica uno de los empleados oficiales el contrato se da en los siguientes términos:

“[...] es un contrato a término indefinido con una cláusula de reserva que es lo único que hay como contraproducente contra nosotros trabajadores oficiales, que es que el hospital puede terminar el contrato unilateralmente indemnizando los últimos meses que falten para terminar el contrato. Qué nos da estabilidad, porque el trabajador oficial en la actualidad no tiene estabilidad en las empresas, nos da la estabilidad la convención y los fueros sindicales.” (entrevista No. 3).

¹³ Entrevista No. 7.

Un punto a favor con el que cuentan los trabajadores oficiales es la convención colectiva que los sindicatos firmaron con el hospital, antes de que se iniciara el proceso de reestructuración de la ESE, donde se buscó proteger a los trabajadores más vulnerables como son los empleados oficiales, que no necesitan un nivel de especialización y estudio avanzado para el desempeño de su trabajo, por lo cual se construyó una cláusula que impide por motivo de modernización despedirlos:

“Sobre trabajadores oficiales, lo que pasa es que es una cláusula amplia que dice que por reestructuración, modernización o por reorganización de la institución no se podrá despedir trabajadores oficiales, entonces eso nos da estabilidad frente a la reestructuración en la entidad.” (entrevista No. 3)

El hospital puede despedir a los trabajadores oficiales, usando la cláusula de reserva 2127 de 1945, la cual indica que un contrato a término indefinido es por seis meses renovables por lapsos iguales, pero puede ser suspendida unilateralmente con previo aviso (Cámara: 2007); cláusula bajo la cual la ESE, logró despedir algunos empleados oficiales. Frente a este panorama los trabajadores han buscado soluciones para no salir de la institución, encontrando con ayuda jurídica que la solución estaba en sindicalizarse y mantener vigente la protección de fuero sindical, que se obtiene al hacer parte de la junta directiva de un sindicato, como es descrito en una de las entrevistas:

“Porque legalmente, legalmente ellos en el 98 que hicieron la primera reestructuración nos aplicaron la cláusula de reserva el 2127 plazo presuntivo y nos alcanzaron a destituir doce trabajadores oficiales, entonces a razón de eso lo que hicimos las organizaciones sindicales fue proteger la gente, mantener la gente con fuero sindical, entonces ya no nos podían echar por la cláusula y tampoco nos podían echar por modernización porque estaba por Convención Colectiva de

Trabajo, entonces era un trabajo ya de abogados, buscando la solución al problema que se nos vino [...]” (entrevista No. 3).

Si bien el tema sindical se tocará más adelante es importante ubicar que la metodología que los trabajadores encontraron para sostener la estabilidad del empleo, fue crear varios sindicatos y distribuirse en ellos, rotando las juntas directivas cada seis meses entre los 48 trabajadores oficiales que quedan en el hospital. En una de las entrevistas se indica como fueron reducidos en el hospital los trabajadores oficiales:

“Cuando llegó la reestructuración habíamos 177 personas oficiales, trabajadores oficiales, la mayoría se acogieron por la presión que hubo acá, porque hubo una presión muy grande de la administración, se acogieron a las tablas de retiro compensado, los que no nos quisimos acoger dimos la pelea, ahí fue donde echaron las personas que no se quisieron acoger las primeras que echaron.” (entrevista No. 3).

Uno de los entrevistados, pertenecientes a la junta directiva de uno de los sindicatos existentes en el hospital menciona que la última cifra que la ESE, entregó a los sindicatos es de 188 trabajadores de planta, lo que implica que hay 140 empleados públicos, que es un fragmento muy reducido respecto a 1300 trabajadores de planta vinculados a la institución antes de los procesos de reestructuración, lo que permite ver que el hospital en su mayoría funciona con contratistas, temporales o consorcios, entes externos que le prestan los servicios que requiere.

El segundo contrato de carrera administrativa es el de los empleados públicos, compuesto por el resto de profesiones que no entran como empleados oficiales como: médicos, auxiliares, enfermeras, etc. El trabajador público entrevistado tiene un contrato de tiempo completo con el hospital y ve como dificultad central de los contratos de los empleados

públicos el bajo salario, lo que lleva a que justifique un tema que se abordará más adelante y es asumir dos empleos adicionales: “Con el hospital es nombramiento provisional, o sea, es un nombramiento provisional de término indefinido, con las otras instituciones es por prestación de servicios, o sea se gana según lo que se haga” (entrevista No. 1), agregando lo que a su modo de ver debería pagar el hospital, por el nivel de responsabilidad que tiene que asumir en su profesión:

“Un especialista en Colombia, para la situación en que nos encontramos en este momento no debería de ganar menos de dieciocho millones de pesos mensuales, la responsabilidad que tienen por ejemplo los cirujanos, las responsabilidades son muy altas, no solamente es que nos toca responder por la atención sino también por la reclamación de las posibles demandas y todas las cosas que eso conlleva, las pólizas de responsabilidades son numerosas.” (entrevista No. 1).

Si bien en las diversas entrevistas se reconoce que la mayoría de trabajadores están contratados por terceros, en el caso de los cirujanos se indica que en su mayoría están por Orden de Prestación de Servicios o a través de una Sociedad por Acción Simplificada -SAS-, que funciona por medio de la Sociedad de Cirujanos de Risaralda, modalidad admitida por la ley 1258 de 2008 la cual permite a los asociados estipular condiciones bajo las cuales se regirán sus relaciones, buscando dar un mayor nivel de flexibilidad en este sentido, para lo cual se crean cláusulas al respecto. La S.A.S es una sociedad de capitales, donde cada socio se hace responsable solo hasta su respectivo monto; teniendo una naturaleza exclusivamente comercial, cuyas reglas tributarias son las mismas de las sociedades anónimas (Cámara de Comercio, 2008).

Otra de las formas de contratación vigente en el hospital es la Orden de Prestación de Servicios -OPS-, una modalidad de contrato directo con el hospital, lo que implica que no hay intermediario, explicada de forma clara en una de las entrevistas:

“Prestación de servicios, es una modalidad de contratación en la cual entre comillas no hay ninguna vinculación directa o formal con una empresa, entonces, esa es una modalidad que ha hecho carrera en los últimos años en el país sobre todo en el gobierno del Presidente anterior, en la cual las empresas no asumen ninguna responsabilidad prestacional con sus trabajadores. Entonces por decir algo, si yo vengo a trabajar aquí a la clínica o a otra institución, el día que vengo a trabajar y opero cinco pacientes, voy a devengar lo que opere, según lo que haya trabajado y le haya operado a esos pacientes, si no se presentó nada en este día, no devengo nada, igualmente una incapacidad, no responde la empresa y todo lo que es seguridad social corre de cuenta mía, porque vendría siendo yo un contratista, o sea una empresa independiente contratando con otra empresa” (entrevista No. 1).

En la OPS las prestaciones sociales son pagadas por la persona con la que la empresa firma el contrato a la cual se le paga un sueldo integral, que posibilita a la empresa negociar diversos precios y tiempos (jornada completa, medio tiempo, tareas puntuales, horas, etc.) lo cual abre una gama de variables incluso entre profesionales del mismo rango; esta modalidad es muy importante ya que se encontró que quienes laboran bajo esta forma de contratación están a gusto con ella, debido a que facilita lo que ellos mismos denominan “un buen poder adquisitivo”, ganando un sueldo superior al recibido por un trabajador de planta, como se verá más adelante. Este tipo de contrato se hace ante todo a 3 y 6 meses y no es ofertado a trabajadores de servicios generales, siendo la administración que esté en turno la encargada de seleccionar el personal que se contratará por medio de OPS.

“Eso lo define el gerente con su comisión incluso lo hacen los especialistas, los hacen los de los altos mandos, lo que sea sub gerencia, los coordinadores de área, incluso a nosotras las auxiliares nos hicieron hasta tres meses de prestación de

servicios, claro que sí es mucho más alto el salario, es mucho más alto” (entrevista No. 2).

Esta modalidad empezó a regir en el HUSJ a partir del año 2000 mediante acto administrativo número 073 y bajo el acuerdo 019 “por medio del cual se crea un rubro en el presupuesto y se aprueba un proyecto de modificación en el presupuesto de gastos”. El gerente del hospital para este año, Sr. Botero planteó que “es necesario crear el rubro “Contrato de Prestación de Servicios”, ya que con el fin de disminuir costos en la contratación de personal se hace necesario contratar personal auxiliar en general”¹⁴.

Otra modalidad importante es el contrato temporal a término definido, el cual sustituyó a las cooperativas de trabajo asociado dentro del hospital, debido a que el hospital dejó de firmar contrato con las CTA en mayo de 2012, después de diferentes normatividades que prohíben contratar con estas entidades, como la sentencia C-614 de la Corte Constitucional que impide la tercerización laboral en centros estatales como son los hospitales. En la entrevista realizada a una de las fundadoras de una cooperativa de trabajo asociado, se le preguntó si las personas que estaban por cooperativas hasta el 2012 fueron vinculadas nuevamente al hospital y de qué forma:

“Las que fueron bien evaluadas pasaron a una unión temporal, la mayoría de enfermeras en este momento están vinculadas a una unión temporal, pero yo estoy contratada por proceso de prestación de servicios” (entrevista No. 5).

Para aclarar un poco lo que es la unión temporal y la diferencia con la cooperativa dice en la misma entrevista:

¹⁴ Junta Directiva HUSJ. Acta 073/08/jun/00

“Una unión temporal es una empresa, hay varias formas de hacer una empresa, una cooperativa es una empresa, una unión temporal es otra empresa, una empresa que está registrada en la cámara de comercio y que tiene como propósito enviar trabajadores a una institución para que presten un servicio [...] Una cooperativa de trabajo asociado tiene un régimen cooperativo, la supervisa un ente, tiene unos estatutos, una unión temporal la rige el código sustantivo del trabajo.”

Un punto de coincidencia que se encontró sólo en las personas contratadas por OPS, indica que las diversas formas de contratación no tienen porqué afectar a los trabajadores ni sus funciones “Yo pienso que no es que lo favorezcan o no lo favorezcan, simplemente son sistemas de contratación” (entrevista No. 5) donde lo importante es que cada persona haga su trabajo:

“Yo tengo, el enfermero que trabaja en mi área está en carrera administrativa, la secretaria mía trabaja a través de un outsourcing a través de un tercero, entonces las dos niñas de facturación trabajan a través de un tercero, los otros coordinadores médicos son por Prestación de Servicios, el subgerente está en carrera administrativa, todos, pero igual la idea es que todos estamos comprometidos y hacemos nuestra labor.” (entrevista No. 4)

Punto de vista que difiere con el resto de entrevistados contratados bajo otras modalidades, los cuales ven muy importante la forma y las condiciones de contratación, viendo con dificultad el poder realizar las labores de la mejor forma bajo condiciones de contratación tan variadas, planteamiento que se desarrollará mejor en el transcurso del trabajo.

Cuando se pregunta a una trabajadora que estuvo contratada por una -CTA- hasta el 2012, sobre el cambio que vivió al pasar a una empresa de unión temporal indica que “Son las mismas solo que cambiaron de razón social.” (entrevista No. 2). Encontrando que al

suspender el hospital los contratos a las CTA, la figura que entró a sustituirlas son las empresas de unión temporal, en la cual los trabajadores siguen tercerizados y en condiciones laborales desventajosas frente al resto del personal, motivo por el que los trabajadores entrevistados se mostraron a favor de volver a tener todo el personal contratado directamente con el hospital, a excepción de los trabajadores contratados por OPS, que discierne de ese planteamiento indicando que: “Si volvemos atrás, a lo que se llama contratación en carrera administrativa de todos los funcionarios, no creo que eso se dé, no creo que eso se dé. Es lo único sería un retroceso administrativo” (entrevista # 4), evidenciando una posición opuesta marcada por el cambio positivo que trajo la nueva forma de contratación para los trabajadores de OPS y el desmejoramiento laboral que se vivió con la reestructuración en el resto de contratos.

Dentro del estudio se encuentra que las condiciones bajo las cuales se contrata a los trabajadores tercerizados normalmente no son claras o conocidas por el trabajador, no por falta de interés del mismo, sino porque no le es permitido hacer nada para modificar lo que no comparte o por lo menos cuestionarlo, mostrando la violencia que se ha ejercido en los contratos de tercerización laboral:

“Pues cuando usted llega que firma un contrato si, usted lee ahí por encima pero no es muy claro, pero el que quiere pues lo leerá, pero igual pues siempre muy difícil, porque la gente que quería refutaba por lo que no le gustaba, entonces era gente que tenía que salir de una vez, entonces para esa situación quédese callado y siga trabajando” (entrevista No. 2).

Aun así se evidencia que el cambio dado entre la CTA y la empresa de unión temporal motivó un poco a los trabajadores tercerizados, en primer medida por un pequeño aumento de salario y segundo porque la rige el código sustantivo del trabajo, mientras la cooperativa se regía por unos estatutos que no llegaban a conocer los “socios”, como tampoco sus

ganancias; lo que permite mayores herramientas a los trabajadores para realizar sus exigencias. Es de importancia ubicar el contexto en el que llegan las cooperativas al hospital, donde no existía ninguna norma por parte del Estado que las limitara, diferente al momento en el que se encuentran las empresas temporales, que llegan al hospital en medio de un fallo de la Corte con la sentencia C-614 que indica que el personal misional tiene que ser contratado directamente por la institución y no puede estar por prestación de servicios ni ninguna modalidad de tercerización, lo que implica que en el momento en que se contrata con las temporales, se hace incumpliendo la sentencia; el momento totalmente distinto al actual en el que surgieron las CTA en el hospital permitió que cometieran todo tipo de atropellos:

“Si usted habla con la gente cooperada no tienen contrato ellos firman en blanco y no ha habido poder humano que les entreguen contrato a la gente, entonces usted nunca sabe si es trabajador de la cooperativa o si es socio de la cooperativa, usted nunca sabe si firmó un contrato por un mes o por un año, para ellos no es problema, si la gente les pone problema a llenar el contrato: “ah usted trabajaba hasta el 30 de este mes y adiós”. Yo hice la denuncia en el Ministerio, no por escrito pero me paré en un foro que hubo, que en el hospital estaba pasando esto y lo otro y dijeron que iban a tomar medidas en el asunto y nunca vinieron por acá a averiguar ni hacer nada, nunca.” (entrevista No. 3).

El fragmento anterior no solo relata parte de lo vivido, sino que señala el desinterés de los organismos de control para regular y poner límites a las violaciones laborales que se dan dentro del hospital, permitiendo que el trabajador firme sin saber el tiempo, el salario, la jornada a la que será sometido, sin una hoja de ruta, sin una prueba física tan siquiera de ser empleado “[...] cuando regresé otra vez al hospital se firmó y el otro contrato sí ese fue en blanco” (entrevista No. 2), agregando que fue contratada por muchas CTA, pues estas iban apareciendo y desapareciendo porque les daban o negaban la licitación en el hospital,

trabajando en SERTEMCO, COOMULTISERPO, PROCESA, entre otras; las cuales tenían en común que nunca repartieron ganancias, como debía hacerlo una cooperativa, ni mucho menos mostraban sus cuentas, señalando que no funcionaron en ningún momento como cooperativas:

“Ah, era muy malo, de todas maneras se manejaba como un mínimo, un mínimo legal, que me parece que para el trabajo de nosotros que son 24 horas, 12 de día o 12 de noche, me parece que... no creo que un mínimo sea suficiente para nosotros. Igual tampoco nunca nos han dado dividendos, que pues se supone que las cooperativas tienen que hacerlo con el socio y que tienen que tener sus dividendos, nunca lo hicieron.” (entrevista No. 2).

En la misma entrevista se indica que bajo la nueva modalidad de empresa temporal al igual que en las CTA, no se sabe cuándo se acaba el contrato, sino que mandan una carta un mes antes para que pase por la oficina y firme la renuncia, ya que no entregan una carta de despido y al firmar le entregan una liquidación.

El número total de cooperativas que existieron e incluso la cantidad de empresas temporales actuales es complejo de saber, ya que ni siquiera en las actas de reunión de Junta Directiva se da una cifra al respecto, aunque sí existen cifras manejadas por los sindicatos los cuales usan el término de CTA para mencionar las empresas temporales al justificar que es lo mismo “Hace tres meses había 28 Cooperativas, en este momento la administración que hay nueva ha mermado cooperativas no le sabría decir cuántas hay, pero yo creo que hay más de quince.” (entrevista No. 3), tanto las CTA como las temporales son entes externos que prestan un servicio al hospital, donde varias de ellas tienen oficinas dentro de la ESE, lo que permite que gocen de la infraestructura pública.

El goce de la infraestructura pública por parte de la empresa privada dentro del hospital es muy reiterativo por diversas empresas, en un recorrido visual se encuentran cabinas

telefónicas con servicio de internet, cajero automático, parqueadero privado, etc., encontrando a la vez servicios que antes funcionaban directamente con el hospital y que hoy están alquilados a terceros, en su mayoría con la maquinaria que tenía el hospital, lo que implica maquinaria comprada con dinero público o donado a la empresa pública, agotando la vida material de los mismos, donde el uso de esa maquinaria se oferta al precio del mercado privado; siendo el hospital el primer y en algunos casos el único cliente. Bajo esta modalidad se encuentra lavandería, cafetería, rayos X, entre otros; los diversos servicios alquilados a terceros han contratado personal que fue reestructurado del hospital y les han ofrecido diversos contratos, desde CTA, temporales, hasta contratos directos con sus empresas, como es el caso de uno de los entrevistados que sigue trabajando dentro de la ESE en el mismo cargo que desarrollaba antes de ser reestructurado y contratado por la empresa que alquila y vende sus servicios al hospital en rayos X. Haciendo mención a este tipo de negocios realizados por la ESE, se indica en una de las entrevistas:

“Outsourcing son esas empresas que entran, ellos prestan un servicio determinado al hospital y cobran por brindar los servicios. Que nos hacíamos nosotros la pregunta porque ellos no cogen por decir algo medicina interna, pero si cogen rayos X, si cogen la cocina, si cogen lavandería, por qué el hospital da las áreas que dan plata y al hospital no le han podido dar, no hemos podido entender, entonces son preguntas que uno se hace. Para la parte financiera viene una empresa externa y coge rayos x y le están produciendo 2000 millones al año y el hospital lo coge y que no le produce, uno no entiende por qué, o sea, la parte financiera del hospital por qué eso no lo mira, por qué dejan ir las cosas que dan al hospital plata, no entiende uno, esos son los administrativos que nosotros manejamos en el área pública desafortunadamente.” (entrevista No. 3).

Particularmente frente a rayos X, en reunión de Junta Directiva se indica que el porcentaje de participación que sostiene el hospital con Imágenes Diagnósticas, que es la empresa a la que se le alquila el servicio es de 8.5%, facturando más de 650 millones de pesos

mensuales¹⁵, lo que valida el cuestionamiento realizado por el trabajador y da un monto de 7.800 millones de pesos anuales.

La falta de estabilidad laboral es uno de los puntos que unifica la posición de todos los entrevistados independiente de la forma de contratación que tienen, quienes están por OPS indican que deben estar firmando contrato frecuentemente “Regularmente es a seis meses y se actualiza” (entrevista No. 4).

En la misma entrevista se hace alusión a que uno de los beneficios de ser trabajador de planta es precisamente la estabilidad laboral, planteamiento que comparten quienes no están por carrera administrativa, pero cuando se habla del tema con un empleado público indica que no se puede ver sólo el tiempo por el que se firma, sino también las condiciones bajo las cuales se hace, ya que en su caso cuenta con tres empleos, porque no se da una estabilidad económica, “Sí, porque toca aclarar, o sea si uno tuviera un sitio donde ganara lo suficiente, por lo menos yo, ganara lo suficiente me dedicaría básicamente a trabajar en ese sitio y no tendría que estar tan a la carrera con una vida tan agitada.” (entrevista No. 1), indicando que cada contrato que firma es mitad por voluntad y la otra por necesidad.

Se evidencia al preguntar por la estabilidad laboral que los trabajadores no responden pensando solo en el tiempo de un contrato, “la estabilidad que eso era una cosa, no es que yo no me he podido, a pesar de que yo quiero tanto el hospital y me fascina trabajar allá y quiero mucho los pacientes, económicamente yo no voy a volver a tener lo que tuve hasta el 2005” (entrevista No. 2), dejando claro que hay muchos factores que influyen en la estabilidad laboral, ya que se puede tener un contrato indefinido con un sueldo que no logra satisfacer las necesidades del personal y se termine en varios trabajos a la vez o renunciando para buscar opciones distintas, como incluso salir del país.

¹⁵ Junta Directiva HUSJ. Acta 014/27/sep/12

La sensación de inestabilidad que señala el empleado público es compartida por el trabajador oficial debido a la problemática que viven con la cláusula de reserva 2127, donde el hospital puede terminar de forma unilateral el contrato, señalando que: “Lo que nosotros estamos buscando acá es el trabajo y la estabilidad, hay que ver, a ver como logramos conseguir eso[...] entonces por eso le digo, no tenemos estabilidad prácticamente, si se nos acabara el fuero sindical no tendríamos estabilidad” (entrevista No. 3).

La posición que dan tanto el empleado público como el oficial, que son empleados de planta del hospital con contratos indefinidos y de tiempo completo, permiten evidenciar que quienes tienen mayor nivel de estabilidad dentro del hospital no sienten una estabilidad laboral; contrario a lo que piensa el resto de empleados que no están bajo esta modalidad, que como ya se mencionó ven la estabilidad laboral como el mayor beneficio de este tipo de vinculación a la empresa, en parte justificado en la irregularidad e incertidumbre con la que el resto de personal que no son de planta pueden firmar o no nuevos contratos, de allí que las personas reestructuradas y entrevistadas indican que lo más difícil es “la pérdida de la estabilidad laboral, porque son contratos de 1, 2, 3 meses.” (entrevista No. 6), a lo que se suma el relato de una de las auxiliares que indica la inestabilidad del tiempo que dura un contrato desde su retiro del hospital como trabajadora de planta, donde no es claro ni siquiera después de firmado qué duración va a tener:

“Ah no, no, igual nunca después de la reestructuración, nunca han dicho vea este contrato se demora tres meses, cinco meses, ellos siempre son los que dicen, un mes antes a usted le dicen vea gracias por los servicios prestados, venga y firme la carta de renuncia y eso siempre lo hemos hecho, entonces no. Inclusive hace un mes nos pasaron una carta diciendo gracias por los servicios prestados el contrato se termina el 21 de junio, y ya firme y listo para que le sea entregada su liquidación y entonces después del 21 de junio no sabemos” (entrevista No. 2).

Testimonio que permite ver la desvalorización del trabajador por parte de las CTA y las empresas temporales que actúan con procedimientos ilegales en medio de una institución estatal. La entrevistada agrega que pasar de una CTA a otra, o incluso el cambio a la temporal no es voluntad suya, sino iniciativa de quien la contrata “No, la empresa dijo voy a cambiar si usted sigue, si usted es buena sigue ahí y si quiere seguir en la entidad vaya y firme y eso he hecho.”

Un punto de referencia muy importante que permite ver el nivel de inestabilidad laboral reside en la cantidad de contratos distintos que han tenido que firmar cada uno de los entrevistados exceptuando al trabajador oficial. Uno de los médicos especialistas contratado hoy como empleado público desde 1999 hasta el 2008, restando tres años que no podía devengar un sueldo por estar haciendo la especialización, ha cambiado en seis años ocho veces de ciudad firmando nuevos contratos; el resto de entrevistados firman contratos cada 3 o 6 meses, lo que da muestra del nivel de flexibilización laboral a la que han llegado los trabajadores de salud y particularmente del hospital.

La estabilidad o inestabilidad laboral es relacionada por parte de los entrevistados directamente con el desarrollo adecuado o no de sus familias y de su construcción como persona, ya que les brinda o les quita determinadas posibilidades, uno de los entrevistados indica lo que representa para su vida y la de su familia las condiciones actuales después de la reestructuración, planteando que dentro de lo que se le quitó estaba:

“El derecho a desarrollarme dignamente como trabajador y como persona y a planear el futuro de la familia, ahora se vive simplemente para sobrevivir [...] A comparación con el momento en que salí del hospital eran mucho mejores las condiciones laborales que tenía hace ocho años que las que tengo ahora en la actualidad hay un desmejoramiento económico que no permite el desarrollo de la vida humana plenamente” (entrevista No. 6).

El trabajador en su intervención señaló que no encuentra bajo las nuevas formas de contratación condiciones que propicien los fundamentos necesarios para su existencia y la de su familia, lo que se contrapone a las intenciones que refleja el hospital en el Código de ética, que exige o por lo menos construye un lenguaje que busca indicar los deberes, las acciones, los principios que deben identificar al trabajador, intentando por un lado fortalecer determinadas concepciones morales de los profesionales de la ESE, a través de parámetros de disciplina, que por otro lado chocan frente a la precaria realidad laboral que tienen la mayoría, lo que lleva a una situación de destrucción de esas intenciones ideales, al encontrarse frente a quien pide y exige pero no da, lo que permite verlo como una situación perversa.

En casi todas las entrevistas se admitió que para ingresar a trabajar en la actualidad en el hospital es fundamental el apoyo de un político, aunque ninguno de los entrevistados indicó haber obtenido el puesto de esta forma “Los concejales, los diputados, los senadores, los alcaldes, todos, uno conoce aquí gente de todos, esto es lo que llama uno un fortín político[...] todos yo diría un 95% están por política en las cooperativas[...] si no tiene política yo diría imposible entrar, muy de buenas” (entrevista No. 3); a lo que se agrega que es una de las consecuencias que el servicio se deteriore cada vez más:

“hay gente que le gusta su trabajo y que se queda y que le va bien, hay otra que lo hace es por un escampadero y entonces, ahí es donde uno dice qué triste que las cosas se tengan que hacer por política y que la gente que es mediocre se quede ahí sin querer, solamente por tener un trabajo, por tener un sueldo” (entrevista No. 2).

Frente a lo cual cabe decir que tanto la corrupción como el clientelismo se constituyen en unos de los grandes males que aquejan en general las instituciones públicas, pero como se evidencia en varios estudios se convierten en un punto en común de los Estados latinoamericanos, sin buscar decir que sea solo en éstos. Ambas se han ubicado como un

importante obstáculo al desarrollo económico, un impedimento para la erradicación de la pobreza y el principal motivo de pérdida de legitimidad gubernamental (CANO, 2008); el clientelismo se basa en la monopolización del acceso a los centros económicos y políticos, y en el uso de criterios personalistas para las relaciones Estado-ciudadanos y la distribución de los recursos públicos (DUARTE:2003), lo que dificulta que los hospitales y en particular el HUSJ supere la crisis actual en la que está sumergido, al identificar los intereses de los políticos que intervienen en la ESE, bajo intereses personales y partidarios.

Por otra parte, es importante ubicar dos posiciones opuestas en cuanto a la satisfacción o no del contrato laboral, quienes manifestaron estar completamente a gusto con su contrato son los trabajadores de la modalidad de Orden de Prestación de Servicios: “En lo personal solamente, en lo personal en este momento no me siento mal con el tipo de contrato que tengo en este momento[...] La Orden de Prestación de Servicios hace que el efectivo mes a mes sea más alto, sin prestaciones porque están incluidas en el salario” (entrevista No. 4).

Los empleados contratados bajo esta modalidad aluden a una satisfacción cuyo punto a resaltar es lo económico, siendo este mismo punto el más neurálgico para el resto de trabajadores que consideran que el salario que reciben no es el adecuado para el tiempo y las funciones que desarrollan; uno de los trabajadores de planta que cuestiona el salario de un profesional que realiza sus mismas funciones pero es contratado por OPS resalta las diferencias salariales, “Yo gano \$3'600.000, un cirujano que haga los mismos turnos que hago yo, las mismas labores que hago yo, está ganando \$14'000.000 entonces cuál es el ahorro” (entrevista No. 1).

Este tipo de cifras y otras que se verán en el recorrido del trabajo muestran una disparidad en los salarios que lleva a cuestionar si al hospital le sale más costoso contratar personal directamente con la institución o contratarlo por medio de OPS; en la misma entrevista se explica una de las formas de liquidar a los trabajadores de OPS, por medio de las tarifas IS

2001 y la IS 2004, aunque las tarifas pueden ser acordadas entre la administración y el trabajador de OPS, como se verá más adelante.

Junto a la inconformidad salarial, se presenta una inconformidad frente a la capacitación que se ha tenido que realizar para llegar a desarrollar las funciones que desempeñan, para un sueldo que no corresponde al nivel de esfuerzo realizado, más aún al compararlo no sólo con gente contratada por OPS, sino también con empleados de otras clínicas u hospitales de nivel de complejidad más bajo:

“no es justo que un médico especialista que en general ha dedicado en mi caso, la mitad de mi vida ha sido de estudios desde la primaria hasta la especialidad, es la mitad de la vida y uno gane un sueldo que está por debajo de gente que no tiene ni siquiera el 50% de ese estudio” (entrevista No. 1).

El fragmento anterior exige un reconocimiento en medio de lo que Bourdieu (1979) llama el capital cultural, que el especialista ha incorporado por medio de una institución durante varios años, ha objetivado no sólo en sus libros sino también en objetos propios que distingue su profesión de las demás; contando con un capital cultural institucionalizado desde el diploma de pregrado y postgrado, permitiéndole en medio de un recorrido académico acumular un conocimiento que debería posicionarlo en mejores condiciones a las que tiene actualmente, lo que ayuda a deteriorar su capital simbólico, relacionado con el prestigio, el estatus, el reconocimiento, la legitimidad, la estima social y la autoridad; sin decir con esto que ya no exista hacia el personal de salud un capital simbólico, sino que en el campo de trabajo, las actuales relaciones sociales y laborales que se han construido en el capitalismo, lleva a que el capital simbólico de los profesionales de la salud, sea subvalorado.

Dentro de los argumentos que se tienen para no estar de acuerdo con la forma de contratación por parte de las personas tercerizadas es el aumento de la intensidad horaria, la realización de horas extra no pagas, la falta de beneficios sociales, como los subsidios familiares, y ante todo los lazos de compañerismo que se rompen o no se construyen al tener las mismas funciones bajo condiciones distintas. Estas son algunas de las razones que se desarrollarán en los capítulos posteriores.

Desde el año 2012 se empieza a registrar en reuniones de Junta Directiva discusiones encaminadas a volver a contratar el personal de la ESE, como trabajadores de planta “Referente a la contratación por Cooperativas el doctor Wilson Gualteros, manifiesta que es irregular este tipo de contratación con Cooperativas y empresas temporales y que la contratación debe ser en forma directa.”¹⁶, motivo que lleva al gerente de la institución a proponer a la Junta que se apruebe un estudio que indique el personal necesario en la ESE para la contratación de actividades misionales permanentes, cumpliendo con la sentencia de la corte constitucional C614, discusión que es postergada a solicitud del gobernador de Risaralda Sr. Carlos Botero, presidente de la Junta Directiva del HUSJ, proponiendo esperar a mayores definiciones del Estado, además de ofrecer abogados de la gobernación para construir conjuntamente con los abogados del hospital, el desarrollo de la política de recursos humanos.¹⁷

En el año 2013 llega un nuevo gerente Dr. Juan Carlos Restrepo quien pide a la Junta Directiva un análisis de la propuesta de planta transitoria misional que él presenta, la cual busca un acuerdo de formalización laboral y contratación del recurso humano del hospital para los años 2014, 2015 y 2016; en la reunión de junta se indica:

¹⁶ Junta Directiva HUSJ. Acta 04/27/mar/12

¹⁷ Junta Directiva HUSJ. Acta 02/17/feb/12

“La ESE, completa el 20 de julio un año de vinculación de los empleados misionales por medio de empresas de servicios temporales, la ley plantea que por servicios temporales sólo se pueden contratar al personal misional por el término de un año, este año se expidió la ley 1610 del 2013 y la resolución número 321 de este mismo año, la que consiste en obligar a suscribir acuerdos de formalización laboral tanto a empleadores públicos como privados, hoy el gobierno nacional no ha reglamentado el régimen laboral de los empleados de la salud.”

Frente a lo cual el gobernador del departamento Sr. Botero plantea que se le ha dicho al Ministerio y al gobierno nacional que a nivel laboral esto sería acabar con los hospitales públicos, porque si no hay reforma como está la situación el hospital no tendría futuro y sugiere al gerente que para hacer menos grave el proceso de contratación para las finanzas del hospital se empiece en el 2014 con una planta transitoria que contenga las bacteriólogas y dejar para el 2015 el grueso de los empleados que son médicos, auxiliares y las profesionales de enfermería, propuesta aprobada por la junta con un solo voto en contra que de forma sorprendente no es del representante de los trabajadores.¹⁸ El acta muestra que son conscientes desde la Junta Directiva que están desacatando la ley, lo que con seguridad generará demandas al hospital que seguramente costarán más dinero a la ESE, como se presenta en la actualidad con una demanda laboral que ha fallado en 2013 a favor de una de las trabajadoras “Exactamente yo le decía a usted de la señora que demandó a la cooperativa y al hospital porque la echaron de la cooperativa hace ocho años, ahora fallan, siendo empleada de la cooperativa y no del hospital, el fallo de Cali dice que la tiene que restituir y no a la cooperativa, sino al hospital.” (entrevista No. 7); este tipo de demandas terminan valiendo más dinero del que se necesita para contratar como lo indica la ley el personal misional de planta, evidenciando que lo que se busca es intentar postergar la contratación de un año a otro y darle continuidad el máximo tiempo posible a los negocios que hoy viven del presupuesto del hospital público.

¹⁸ Junta Directiva HUSJ. Acta 04/2013

En la entrevista realizada al miembro de la Junta Directiva de la ESE, comenta que se efectuó una reunión el viernes 13 de septiembre de 2013 en el SENA de Pereira, con los gerentes de todos los hospitales del eje cafetero, Caldas, Risaralda y Quindío y con las juntas directivas, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo. Ambos Ministerios expusieron que la única forma legal de contratar los trabajadores en los hospitales es por planta temporal en nómina, lo que se desprende de todos los fallos que ha sacado la Corte Constitucional y no hacerlo representa para los gerentes y las juntas directivas enfrentar una serie de demandas que ya los sindicatos han interpuesto a nivel nacional contra los hospitales, las juntas directivas y los gerentes. Asumiendo desde los Ministerios un compromiso para buscar la solución a los problemas que se presenten para crear la planta de personal. Frente a lo cual la administración del H.U.S.J., de Pereira indica que presentará nuevamente con las correcciones realizadas por ambos Ministerios la propuesta de planta misional transitoria de los empleados de la E.S.E., para que la Junta Directiva se decida y la apruebe (entrevista No. 7).

6.2 Protección social

Al observar el bienestar social y la capacitación de los trabajadores que laboran en el hospital, se encuentra que, en lo concerniente a la capacitación la ESE maneja un rubro destinado a la formación de su personal, presentando como falencia que no todos sus trabajadores de planta accedan al mismo, incluso gran parte de los trabajadores no conocen esta posibilidad que permite continuar formándose en su área, ya que los cupos se otorgan en algunos casos a empleados que no son de planta, como es indicado por un trabajador público y miembro de uno de los sindicatos del hospital:

“Por ejemplo en cuanto al apoyo educativo en el hospital hay un monto, un cierto rubro de apoyo educativo, lo mismo que hay opción para a través de acuerdos intra-empresariales, para lograr becas, becas completas o medias becas para trabajadores. Entonces, por desconocimiento de los trabajadores propios del hospital, muchas de estas becas se venían redireccionando hacia la gente que sabemos, la de la rosca pues, inclusive, violentando la ley para la gente que no tenían nada que ver, o sea, que era contratista.” (entrevista No. 1).

El mismo trabajador que es contratado por dos instituciones más, señala que en ninguno de sus tres empleos le brindan formación, lo que sustituye con lectura cotidiana y asistiendo a algunas conferencias, explicándolo como una falta de voluntad de sus contratantes más que una falta de recursos, manifestando posteriormente que el presupuesto de esas actividades es cooptado por la corrupción:

“No hay disposición, no hay disposición política, administrativa, porque presupuesto sí se puede designar, de hecho el hospital debe tener por ley, por ley tiene presupuesto para educación de su personal, en las otras instituciones también hay forma de conseguir patrocinio, a través de laboratorios pero entre comillas esas

son actividades que están prohibidas por la ley, porque se asumen como dádivas a cambio de algo, entonces la ley las prohíbe, pero más sin embargo otras cosas las... (entrevista No. 1).

Se encuentra a la vez, que las personas contratadas por OPS que no son trabajadores de planta del hospital, manifiestan haber recibido cursos de formación por parte de la institución “He estado en capacitaciones relacionadas con mi trabajo y con las tareas que desempeño” (entrevista No. 4).

El dilema actual de quién es o no capacitado con el recurso de la institución no se presentaba antes de los procesos de reestructuración, ya que al ser todos trabajadores de planta y tener la ESE normas claras de formación para todo su personal, estaban en la obligación de asistir a las mismas por las cuales les daban certificados, “Con la reestructuración perdieron mucha plata, porque el hospital daba muy buena educación, a usted lo mantenían actualizado con cursos, como manejar el paciente, la educación del hospital era supremamente buena, entonces era gente que ya estaba formada, gente que tenía una experiencia muy grande y gente que quería mucho su trabajo” (entrevista No. 2).

Por su parte la trabajadora de una temporal indica que si bien no en todas las cooperativas que trabajó le brindaban una formación constante, en los últimos años sí ha estado en capacitaciones respecto a su área de servicio.

A la vez, ninguna de las personas entrevistadas planteó haber realizado estudios posteriores que fueran relevantes en su vida después de entrar a trabajar al hospital, exceptuando uno de los trabajadores que por su cuenta entró a estudiar derecho, buscando otras posibilidades y pensando en retirarse de su empleo actual en el área de salud, debido al deterioro de las condiciones laborales al que se vio sometido desde su despido y por satisfacción personal.

Al observar el bienestar social se encontró un punto que marca una diferencia central entre los trabajadores de planta del hospital y el resto de personal, concerniente a los subsidios familiares, que permite también marcar un punto de quiebre antes y después del proceso de modernización de la ESE; uno de los ex trabajadores de planta indica:

“Había el comité de bienestar social, el hospital era una familia y había más integración a pesar que había un grupo muy numeroso de trabajadores, del presupuesto del hospital se sacaba algo para lo que era la familia del trabajador, el entorno del trabajador” (entrevista No. 6).

Dejando claro que en la actualidad, si bien cuenta con un contrato de planta en la empresa que alquila uno de los servicios dentro del hospital, no existe ningún beneficio que incluya a su familia y además indica lo que representaba para él esos subsidios familiares:

“En el sentido de lo que nos daba el hospital había muchas cosas convencionales que permitían de pronto programar una vida o plantearse unos objetivos para su vida familiar, sacar unos hijos con una educación superior, permitían como un desarrollo más de la familia del empleado” (entrevista No. 6).

Mostrando que se tenía una conexión muy fuerte entre la familia, la empresa y viceversa, lo cual es ratificado por una trabajadora, que a la vez comenta que esos beneficios no los tuvo cuando trabajó con las cooperativas, por OPS, ni ahora en la empresa temporal:

“Que recuerde teníamos bienestar social, bienestar social es que si usted estaba embarazada eso le ayudaban, cuando usted tenía el bebé le daban una bonificación, le ayudaban con lo de la lactancia que eran seis meses, fuera de eso bienestar le daba un subsidio económico, había muchas cosas, para los hijos también habían

beneficios... Las vacaciones recreativas, a ellos no les tocaron porque eran muy pequeñitos todavía, pero había muchos, muchos beneficios, muy buenos, ahorita no, no hay nada como eso” (entrevista No. 2).

El hospital contaba con una oficina llamada COBIESO que era el comité de bienestar social, donde se daban muchos beneficios, entre ellos un control médico de la salud de cada trabajador durante el año, buscando estabilizar o mejorar su salud; también había beneficios para estudiar, de hecho uno de los entrevistados que es médico especialista estudió gracias a este comité, desarrollando allí su internado. El espacio de COBIESO se fue desmontando paulatinamente como es indicado en una de las entrevistas: “Eso realmente se fue diluyendo en el tiempo que es como difícil establecer una fecha como tal, pero todo eso como le decía hace un rato se fue dando en ese nefasto período Uribe” (entrevista No. 1), agregando una descripción del recuerdo que tiene de lo realizado por el comité:

“Claro, que iba a las vacaciones recreativas, las fiestas infantiles, las fiestas de fin de año que se hacían para compartir en familia, el gimnasio que se podía llevar la familia y en general había mucha tendencia a lo que era la convivencia del trabajador con su grupo familiar.”

Sin embargo la progresiva pérdida de bienestar social al interior del HUSJ se inició tres años antes del primer periodo de gobierno de Álvaro Uribe Vélez, es decir, en 1999 como lo evidencian las actas de la Junta Directiva de esta institución. En el acta 058 del 10 de junio de ese mismo año el gerente del HUSJ y actualmente gobernador de Risaralda, señor Botero explicó “a los miembros de la junta lo que ha venido sucediendo con los beneficios que se pagaban por bienestar social a través de una resolución emanada de la gerencia y que tuvo vigencia hasta el 31 de diciembre de 1998, como por ejemplo la bonificación de vacaciones según una escala que existía, beneficios que por ley no pueden seguir

pagándose, pues se estaría incurriendo en una apropiación indebida de recursos”¹⁹. Más adelante, el 10 de septiembre de ese mismo año, tras carta enviada por el entonces presidente de ANTHOC y relacionada con varios puntos como la bonificación por recreación, la prima de antigüedad, pagos de auxilios y otros, el mismo doctor Botero planteó “que en relación con los pagos se están adelantando las gestiones pertinentes para la consecución de los recursos necesarios que garanticen el cubrimiento de estos compromisos, la prima anual de servicios es un aspecto netamente legal, la bonificación por recreación ha sido objeto de análisis por cuanto no es posible reconocerla en la cuantía y forma como se venía haciendo, se nombró el nuevo comité de bienestar social y se está trabajando sobre estos puntos”²⁰.

Las dificultades financieras al interior del hospital se hacían cada vez más preocupantes debido a la reestructuración, dentro de la cual se le disminuían sustancialmente los recursos provenientes del SGP (Sistema General de Participación) año tras año, por lo cual se empezaban a tomar medidas alternativas para cumplir con algunos compromisos prestacionales con los trabajadores. En este sentido cuando se dejaban de pagar bonificaciones especiales, como la de recreación, ésta era reemplazada por un auxilio que se entregaba en dinero (\$130.000 para el año 1999)²¹ a todos los trabajadores de la E.S.E con lo cual la Junta Directiva “amortiguaba” las consecuencias del no pago de dichas bonificaciones que posteriormente causarían demandas que empiezan a fallar hoy en contra del hospital. Estas soluciones alternativas no durarían mucho tiempo.

Los beneficios que incluyen la familia del trabajador de planta que hoy se encuentran tan deteriorados son uno de los puntos que los sindicatos esperan replantear por medio de las

¹⁹ Junta Directiva HUSJ. Acta 058/10/jun/99

²⁰ Junta Directiva HUSJ. Acta 063/10/sep/99

²¹ Junta Directiva HUSJ. Acta 064/13/oct/99

negociaciones colectivas que se están llevando a cabo con la administración del hospital a principios del 2013:

“...En este momento se está negociando con la institución las solicitudes de los públicos y se plantearon todas esas cosas, quedó, supuestamente después de que se firme y se haga la resolución se va a dar, se van a hacer convenios con el zoológico, con los cines, con los teatros Santiago Londoño y todo por si hay actividades entonces uno tenga derecho a las boletas más baratas, entonces se va a volver a todas esas cosas[...] En el momento no se está dando, estamos esperando un acuerdo laboral con la institución y ellos ya aceptaron [...] esperamos que para después de julio ya comience a funcionar todo ese programa, bienestar como tal” (entrevista No. 3).

En la contratación por OPS, no existe ningún beneficio o subsidio dirigido a las familias de los trabajadores, al hablar con uno de ellos del momento en que era trabajador del hospital recuerda, “Sí, sí claro que sí los había y claro estuve en varios eventos recreativos con la familia” (entrevista No. 4).

En la actualidad el único evento en el que participan todos los trabajadores independiente de la forma de contratación, es una fiesta de integración anual realizada por el hospital donde se invitan todos los trabajadores que laboran dentro de sus instalaciones; frente al cambio que se ha presentado dentro del hospital pasando de muchos espacios de integración y recreación casi a su desaparición, uno de los trabajadores señala que el ahorro de esos dineros termina produciendo una pérdida mayor en el hospital que la ganancia que se espera, ya que desmotivan al trabajador y como consecuencia su trabajo se ve desmejorado:

“O sea, una cosa que ya está tan comprobada, eso es en todo el mundo, que el trabajador en la medida en que esté mejor tratado que esté bien pago, que tenga buena cobertura que se sienta que pertenece a algo, que alguien lo cuida, el trabajador responde, siente que no solamente es sacrificio y sacrificio y por ende va a rendir mucho mejor...”

Otro aspecto importante concierne a la seguridad social de los trabajadores, encontrando que los empleados que pagan sus propias prestaciones sociales son los contratados por OPS, ya que tienen un salario integral, donde se incluyen sus prestaciones, siendo obligatorio para que les desembolsen el sueldo haber pagado salud, pensión y ARP, de resto queda a voluntad del trabajador si paga o no un ahorro para prima, vacaciones etc. Una auxiliar que fue contratada tres meses por OPS, dice respecto a las prestaciones sociales por medio de un contrato de OPS: “sin contar que usted debía pensar si quería ahorrar lo de la prima, lo de las vacaciones, pero sí es mucho más beneficioso” (entrevista No. 2); al resto de trabajadores que están en otras modalidades de contratación, por ley deben pagarles sus prestaciones sociales.

Quienes se encuentran actualmente con mejores prestaciones sociales son los empleados de planta más antiguos, puesto que son los únicos a los que les pagan intereses de cesantías, que actualmente equivalen a una tasa del 12% anual, sobre lo que el trabajador tenga acumulado al 31 de diciembre de cada año (Gerencia, 2011) cuya razón se explica muy bien en una de las entrevistas:

“Los más antiguos que estaban acogidos a ese plan, los más nuevos que entramos después del 97 prácticamente nos metieron en los fondos, uno llegaba en el 97, “para que fondo va a listo para tal fondo”, pero uno no sabía que tenía derecho a escoger el que daba intereses a las cesantías, entonces los que ingresamos en el 97 a todo el mundo nos metieron en los fondos” (entrevista No.3).

Donde se encuentra que la falta de información evita que el trabajador realmente tenga la posibilidad de elegir, caso similar a la caja de pensiones privadas a la que hicieron pasar a muchos trabajadores que hacían parte del Seguro Social de las que salen con un ahorro programado y no una pensión de jubilación que garantice toda su vejez; en general dentro del hospital se ha vivido un desmonte paulatino de los beneficios que gozaban los trabajadores: “A ver, en Colombia ha sucedido un despropósito que eso lo puso en la mira y en la crítica la OIT, la Organización Internacional del Trabajo y fue que con el gobierno anterior del ilustrísimo Ex Presidente Uribe Vélez, en general a los trabajadores se le quitaron muchos de los beneficios que habían ganado a través de muchos años de lucha sindical y negociaciones laborales y una de las cosas que le fueron quitando fue la serie de primas que tenían, de hecho en promedio en el sector salud a la gente le hicieron una rebaja en los salarios durante el gobierno de Álvaro Uribe de promedio de un 20% de lo que se devengaba antes” (entrevista No. 1).

En esta misma línea los trabajadores oficiales son los únicos que además de la prima anual que se paga a todos los trabajadores de planta, les pagan prima de antigüedad; el hospital tomó la decisión de quitar a los trabajadores de planta las primas nacionales “los trabajadores demandaron por sus prestaciones hace unos cuatro años, tres años y medio y ahora los fallos están saliendo en que el hospital tiene que pagarles esas prestaciones nacionales porque son prestaciones que como son del Estado, le pertenecen también a los trabajadores del Estado en el nivel regional” (entrevista No. 7); punto que se presenta como negativo en Junta Directiva para una futura vinculación de la planta misional del hospital, “Manifiesta la Dra. Gloria Edith, asesora jurídica del departamento que un agravante que se tiene es que se viene fallando a favor de los empleados donde se ordena el pago de prestaciones a nivel nacional, tales como primas de servicios y bonificación de servicios prestados y que los empleados que ingresen a la planta transitoria, entrarían devengando estas mismas prestaciones.”²², lo que implica que el hospital debe entrar a reconocer y

²² Junta Directiva HUSJ. Acta 04/2013

pagar los años en los que negó las primas, para lo cual debe desembolsar un dinero con el que ya no cuenta y que en su momento se presentó como un ahorro, decisiones que llevan a un ahorro momentáneo que a futuro representa para la ESE un desestabilizamiento económico; punto al que regresará el hospital con la justificación del ahorro actual y postergamiento de su planta misional.

El hospital paga a la vez, a todos los trabajadores que están en carrera administrativa salud, pensión, ARP, dominicales y festivos, subsidio de transporte, indemnización, cesantías, merienda cuando hacen trasnochos, en ninguna de las modalidades se reconoce a ningún trabajador el calzado; a los trabajadores que ganan menos de dos salarios mínimos el hospital les da uniforme cada cuatro meses, y a los especialistas que por ley no hay que darles nada les da una pequeña dotación:

“Hay una norma que habla que según el número de salarios mínimos que devenga una persona, tiene derecho o no a uniforme, en el hospital a través de un rubro que se llama bienestar social a los médicos nos dan batas, dos batas por año y a las auxiliares de enfermería y el resto de personal si les dan como dotación” (entrevista No. 1).

La dotación de uniformes es otra de las diferencias que se presentan entre los trabajadores de planta y el resto de trabajadores; mientras a las licenciadas en enfermería que no son trabajadoras de planta no se les da ningún uniforme ya que el tope salarial en el que se encuentran indican por ley que no les corresponde, a quienes trabajan con el hospital se les dota de uniformes. Una de las entrevista habla de la dotación inicialmente de un contrato por CTA y posteriormente de cuando era trabajadora de planta del hospital:

“No, no, no, nunca, nunca porque el vestuario es requisito de darlo la empresa por tope salarial y el tope salarial que está el profesional de enfermería no le

corresponde... No le correspondía sin embargo el hospital nos daba” (entrevista No. 5).

Un trabajador contratado por una empresa que tiene en comodato infraestructura y equipos del hospital a quien en la actualidad le pagan las prestaciones sociales de ley, con una prima de mitad de año y por trabajar en alto riesgo le dan dos vacaciones al año, comenta refiriéndose a las vacaciones que tenía cuando era trabajador del hospital y las actuales que al no trabajar no hace horas extras que son las que le aumentan un poco el salario:

“Ah, obviamente, claro pues porque el hospital tenía una prima adicional de vacaciones que eso le permitía al empleado realmente como dice el código período de vacaciones, podía uno de pronto planear uno un viajecito acá dentro del territorio nacional, ahora es una quincena que antes ve uno más como un descuadre que como un beneficio” (entrevista No. 6).

De la misma forma, la empleada de la empresa de unión temporal relata las prestaciones que tenía con el hospital y las que tiene ahora:

“con el hospital estoy feliz, usted sabía que tenía sus vacaciones, sabía que tenía una prima de servicios, o sea que era como la de la antigüedad la prima de mitad de año y la prima de navidad que era un sueldo completo; en esto no, usted sabe que nada más son 15 días de prima a mitad de año y 15 a fin de año y la estabilidad que eso era una cosa [...]” (entrevista No. 2).

Agregando que el único momento en que tuvo merienda, comida o almuerzo al trabajar doce horas fue cuando estaba en carrera administrativa con el hospital; además, indica que el paso de la CTA a la temporal representó una mejora en el pago de recargos nocturnos y festivos, aunque sea mucho menor que lo que le pagan a un trabajador de planta. En su caso en el 2005 como trabajadora del hospital ganaba por recargos hasta \$300.000, mientras lo

máximo que sacó en una cooperativa fue en 2012 y no llegaba a \$100.000; hoy 8 años después de la reestructuración en la que salió mejorando las condiciones laborales en la empresa temporal no llega a \$200.000 en recargos:

“Los recargos de las noches, dominicales y festivos, suben un poquito, no tanto como les dan a las de planta en el hospital, porque esos sí son recargos de verdad, pero sí ha mejorado un poquito el salario esta vez, entonces eso sí lo mejora a uno y que y con los uniformes también, antes era un problema para que le dieran a uno dotación” (entrevista No. 2)

Por último se observó el nivel de organización propia de los trabajadores, encontrando divergencias entre los empleados de OPS y el resto de personas entrevistadas respecto a la visión del sindicalismo; donde los primeros señalan que no es de su interés sindicalizarse viéndolo de forma negativa, al punto de que uno de los entrevistados se negara a responder cualquier pregunta que involucra el sindicalismo en el hospital; mientras los segundos se manifiestan a favor de la sindicalización, lo que podría tener relación con la satisfacción de unos e insatisfacción de otros con su contrato.

La decaída que ha tenido el sindicalismo dentro del hospital es un punto de acuerdo entre todos los entrevistados aunque se presenta una diferencia en el momento de referirse a las causas ya que desde una de las empleadas de OPS el cambio se dio por intereses individuales que se generaron al interior de los sindicatos:

“Yo pienso que ha cambiado mucho la filosofía, antes usted veía un sindicato que realmente miraba los intereses de la empresa, los intereses del trabajador, ahora se ha tornado en intereses muy parcializados o muy personales, entonces ya perdieron totalmente mi credibilidad.” (entrevista No. 5).

El resto de empleados ven como punto de quiebre en el deterioro del sindicalismo las reestructuraciones que se han dado dentro de la institución. Uno de los miembros de Junta Directiva da las cifras antes y después de las reestructuraciones del número de afiliados de ANTHOC (Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social, Integral y Servicios Complementarios de Colombia) el sindicato de trabajadores de salud que contaba con mayor número de afiliados de la salud a nivel nacional y en el H.U.S.J de Pereira:

“Luego de miles de despidos a nivel nacional, esto es una masacre laboral acompañado de una masacre sindical, Anthoc el sindicato más grande del país con 35.000 afiliados es reducido a una tercera parte, en condiciones de lucha y subsistencia dramáticas [...] ANTHOC que es el sindicato que tenía 650 afiliados, con la reestructuración este sindicato bajo a 42 afiliados, que es con lo que se combate hoy en una lucha absolutamente imposible, defender los deberes de los trabajadores. Otras seccionales del país han desaparecido un ciento por ciento, no han aguantado la embestida de la reestructuración” (entrevista No. 7).

A la vez un empleado público indica una crisis no solo en el número de personas afiliadas, sino también en lo que es en sí la labor sindical, sus acciones y formas de proceder, entrando en un proceso de degradación que en la actualidad tocó fondo y en lugar de desaparecer, inició un proceso de cambio positivo:

“En los últimos tiempos me afilié al sindicato de ANTHOC allí en el hospital porque noté un cambio, un cambio real, o sea hubo tanta crisis de deformación de lo que es la labor sindical, que como que tocó fondo y ahí empezó a levantarse, entonces cuando tocó fondo me metí a ayudar a levantar” (entrevista No. 1)

El planteamiento del trabajador frente al sindicalismo no es extraño ya que casi la totalidad de quienes estaban o habían estado en algún momento como dirigentes de los sindicatos salieron en las reestructuraciones y quienes quedaron tuvieron que empezar prácticamente de cero a construir experiencia, pero con bases sindicales demasiado disminuidas que no permitían un marco de acción y lucha como las que se podían hacer antes de los despidos. A la vez, se agrega por uno de los trabajadores de planta que si bien el número de sindicalizados disminuyó rápidamente con el proceso de reestructuración y la prohibición de las CTA a la sindicalización, usando el despido como herramienta, hoy el discurso de las empresas temporales es más permisivo y posibilita que los trabajadores piensen en la posibilidad de ingresar a un sindicato:

“El sindicalismo decayó mucho, se acabó porque con las cooperativas la gente ya no se afiliaba, ahorita porque se están volviendo a afiliar los cooperados, pero son afiliados que no tienen ningún tipo de garantías, uno diría que a veces atenta contra el trabajo de ellos porque muchos de ellos que se han sindicalizado los han sacado. Los sindicatos en este momento que están sindicalizando cooperados, ANTHOC, no le pasa el dato a la administración quienes están sindicalizados, lo que están haciendo es que están haciendo descuento por caja y se le informa al Ministerio quienes están sindicalizados para evitar persecuciones” (entrevista No. 3).

Este fragmento muestra las formas que ha venido tomando el sindicalismo para protegerse y proteger a sus socios dentro del hospital, pautando nuevos mecanismos frente a las nuevas realidades que se presentan al despedir trabajadores tercerizados por sindicalizarse; ahora con la modalidad de temporales, la cual se rige como se mencionó con anterioridad por el código del trabajo, se permite la sindicalización de cualquier tercerizado, aunque en una de las entrevistas al preguntar si le era posible entrar a un sindicato se responde haciendo referencia a su empleador, “Eh no les gusta mucho la idea” (entrevista No. 6).

La respuesta permite ubicar un grueso de trabajadores que aunque la norma permite que se vinculen a un sindicato, sigue actuando de acuerdo con lo que agrada a sus empleadores, lo que se podría entender desde la persecución que se dió desde las CTA hacia sus empleados sindicalizados, “recién reestructurados hubo mucha gente que sacaron porque se formó un sindicato, entonces la gente la sacaron[...] ahora último dijeron que eso es un derecho que todo empleado tiene” (entrevista No. 2), dentro de los trabajadores que despidieron al realizar un reclamo a una cooperativa se encuentra un médico que después de desvincularlo de la CTA en la que laboraba decidió salir del país hacia España, lo que es preocupante por la fuga de profesionales del país y la necesidad que se vive de tener más médicos en el territorio “podemos tener en un momento dado con qué contratar un médico para un centro de salud y no se consigue el galeno, nos faltan 97 mil médicos generales en Colombia, son situaciones que nos hacen pensar en un país no viable” (entrevista No. 7); en la misma entrevista se narra la forma en que es despedido el médico:

“El médico al ver violados sus derechos reclamó ante el gerente del hospital, el gerente del hospital no le reconoció sus derechos y le dijo, hable con su cooperativa que es su patrón, no soy yo, violatorio de la ley. El médico sale de trabajar, cuando regresa a hacer su turno de la noche, encuentra que lo esperan con un piquete de policía que le dice que ya le suspendieron el contrato y que ya no va a trabajar más con la cooperativa, él pregunta quién va a hacer el turno en el hospital esa noche, y le dicen que nadie; él dice: yo hago el turno y paso mañana a la cooperativa a que me notifique el despido. Entonces, le ordenaron a la policía que lo sacara del hospital, la policía dijo que no lo sacaba del hospital y tuvieron que llamar a los agentes privados para sacarlo del hospital. Este médico es afiliado al sindicato nacional de ASMEDAS también acabado ya en Pereira, [...] luego el médico colocó la demanda contra el hospital, pero se fue a trabajar a España, por lo tanto, perdimos el galeno como trabajador en Colombia, después de que se hizo con la plata de los impuestos de los colombianos, es un caso indignante donde la gente no puede estar

en organización sindical, y donde la capacidad de defensa del trabajador, se vuelve imposible.”

Uno de los trabajadores que salió por reestructuración indica que es sindicalista de corazón, ya que después de ser despedido no volvió a ingresar a un sindicato. Gran parte de sus años como trabajador de planta fue integrante de la junta directiva de ANTHOC a nivel local, sindicato que en medio de discusiones y fuertes debates logró unificar muchos sindicatos pequeños que existían antes del proceso de reestructuración en la ESE. Al preguntarle por qué hacía parte de un sindicato responde: “Porque encontré que la única manera en que los trabajadores pudieran organizarse y hacer sus reclamaciones justas, frente al patrono que es el Estado” (entrevista No. 3).

El cambio de discurso dentro del hospital reconociendo el derecho que tiene cada trabajador a sindicalizarse permitió el surgimiento de un nuevo sindicato en 2012, cuyo enfoque son los trabajadores tercerizados, siendo éstos la base mayoritaria de la que está compuesta “ASUCOR en este momento ha estado peleando por los cooperados, tiene 180 cooperados” (entrevista No. 3).

En la entrevista realizada al miembro de la Junta Directiva se le pregunta respecto a cómo ve la reciente creación del sindicato que se enfoca en reunir los trabajadores tercerizados a lo que responde: “ASUCOR tiene como objetivo abrir el espacio para que se firme Contratos Sindicales y de esa manera darle un espacio a mantener viva la tercerización. Los Ministerios de Trabajo y de Salud dijeron que eso es completamente ilegal y que mantiene el riesgo de las demandas contra las Juntas Directivas y de los gerentes de los hospitales; entonces, eso deja sin objetivo a ASUCOR” (entrevista No. 7).

Al explicar lo que es un Contrato Sindical en la misma entrevista se indica que es un acuerdo que se firma entre el patrón y el sindicato: “Entonces, el sindicato por medio de

uno o dos corruptos que lo manejan hacen que la gente firme, porque la gente no conoce, la ignorancia en la que estamos hace que la gente no conozca el daño que se hace al firmar un Contrato Sindical que los mantiene en una situación de esclavitud.”

Uno de sus asociados indica que la plana mayor de la junta directiva es de planta, aunque es un sindicato mayoritariamente de trabajadores tercerizados que según sus palabras lucha en torno a que se les renueven los contratos y busca que las condiciones bajo las que entren sean buenas:

“Nosotros tenemos aportes a ellos que es mínimo, pero ellos están pendientes de la contratación de nosotros y apoyan mucho, si usted es buen trabajador claro que lo van a apoyar para el nuevo contrato que es lo que más miedo le da a uno cuando se termina un contrato y va a empezar el otro si voy a seguir, no voy a seguir... Que el contrato se renueve, que el salario no sea menos del que nos están dando, ellos lo que más luchan y han luchado siempre es que tengamos el mismo salario de los de planta” (entrevista No. 2).

Llama la atención del fragmento anterior en que no se habla con propiedad del sindicato, sino que en el recorrido de la entrevista se ve siempre como “ellos”, como un grupo que no es “nosotros”, reflejando además la preocupación que se mencionaba anteriormente de la estabilidad laboral, al preguntar a la misma empleada el presupuesto que entrega el hospital por enfermera o auxiliar a los contratantes dice: “No sé, no es que nosotros nos desactualizamos lo que hace que cambiamos de temporal, ya nadie [...] como ya el salario aumentó un poquito, uno no pone tanto problema”; mostrando una preocupación exclusivamente económica y de alguna forma un interés individual, su salario. La misma pregunta es resuelta en otra entrevista realizada al presidente de uno de los sindicatos del hospital que informa:

“Los cálculos que nosotros hacíamos le están pagando por una enfermera son como \$4'800.000 en este momento, por enfermera y la enfermera recibe máximo \$2'000.000 entonces la otra plata no sabemos para dónde se va, sinceramente, hemos averiguado, hemos hecho consultas y no sabemos para dónde se va la otra plata, que es uno de los contratos que más se ha mirado en el hospital porque creemos que sale más barato al hospital pagar las enfermeras de planta que pagándole a la cooperativa” (entrevista No. 3)

Frente a este panorama los sindicatos se van unificando en contra de la tercerización y van construyendo una propuesta de grado salarial promovida por ANTHOC, para salir al paso a la respuesta de la administración que indica que no se puede volver a contratar a todos los trabajadores de planta, porque el hospital no tiene la capacidad financiera. La propuesta es explicada de la siguiente manera:

“Que implica los grados salariales, los grados salariales diríamos que los que ya estamos tendríamos un grado más alto y que los que ingresen, ingresen con un grado más bajo, con un salario más bajo, por capacitación, por antigüedad, por estudios, por lo que sea pueda ir ascendiendo en grado y pueda ir mejorando su salario, que generaría eso, que entonces ya la carga prestacional no sería tan grande, cuando las personas que apenas están entrando lleguen al grado de nosotros, entonces nosotros ya estamos saliendo.”

Al indagar en una de las entrevistas por otras formas de organización de los trabajadores distintas al sindicato que les permita realizar acciones colectivas, no se encuentra ninguna, siendo más frecuentes las acciones individuales, “No, las reclamaciones que hacemos nosotros cuando nos vemos vulnerados es directamente en las oficinas de recursos humanos y ya en el entendido que eso no se logre superar, tocará ya uno acudir a las instancias judiciales” (entrevista No. 6). Analizando los cambios que se dieron en las cifras sindicales

como una adopción de las recomendaciones de los organismos internacionales “pues ocurrieron por políticas económicas impuestas por el Fondo Monetario que el presidente Uribe acató todas las normas que le impusieron desde los organismos multilaterales en Colombia.”

Es importante ubicar que el trabajador fue desvinculado en el año 2006 junto a 450 trabajadores más, siendo ésta la última reestructuración que se hizo en el hospital, aunque la primera se aprueba el 31 de diciembre de 1999, 3 años antes del mandato Uribe que más bien continuó y profundizó las reestructuraciones en el hospital, desvinculando el grueso de los trabajadores. En el momento de las 188 personas de planta, se calcula que más de la mitad están sindicalizadas, según información del presidente de uno de los sindicatos, lo que muestra un buen nivel de aceptación del personal de planta al sindicalismo, a pesar de la cantidad reducida de trabajadores de esta modalidad, “Hay como 100 sindicalizados en los tres sindicatos” (entrevista No. 3) haciendo referencia a los sindicatos que manejan personal de planta en su mayoría.

A mediados del 2013 los sindicatos de forma unificada entraron en negociación colectiva con la administración de la ESE. En la negociación de los empleados públicos, una de las exigencias realizadas es que se cumplan los derechos existentes en el papel y que sean socializados, lo que indica que están luchando por derechos existentes pidiendo no que se firmen, sino que se cumplan; como es el caso del apoyo educativo que se describió anteriormente, uno de los negociadores dice:

“Esos beneficios están ahí en el papel como le decía, pero estaban en letra muerta y escondida de tal manera que los que se beneficiaban eran unos pocos, la gente del grupo de la administración y alguno que otro sindicalista vivo, entonces hemos logrado hasta ahora en lo negociado que se reconozca que esos beneficios; primero

que nada, que esos beneficios son universales, o sea son de todos los trabajadores. Segundo que se le dé la suficiente publicidad, para que haya conocimiento universal de esos beneficios y todo el mundo puede optar, partiendo del principio que de nada sirve que usted tenga un beneficio que desconozca, si usted desconoce que tiene derecho a algo pues nunca lo reclama nunca lo pide.”

Otra de las discusiones vigentes que se sostienen en este momento desde los sindicatos con la administración concierne a la sentencia de la corte C614, en la cual se exige el contrato directo con el hospital de su planta misional, frente a lo cual la administración no reconoce a los trabajadores de servicios generales como parte de la misma; posición que no comparten los sindicatos quienes argumentan que ellos están incluidos en el servicio asistencial de tiempo completo a la que hace referencia la Corte, como se evidencia en el siguiente fragmento:

“Vienen dos posiciones, el hospital dice que lo asistencial es de auxiliar hacia arriba, los sindicatos decimos que no porque la Corte fue muy clara, asistencial es todo lo que se necesita de tiempo completo para que el hospital trabaje y una persona de servicios generales se necesita de tiempo completo para que el hospital funcione” (entrevista No. 3).

Cuando se preguntó a las personas que en algún momento estuvieron sindicalizadas o lo están aún, por la última acción colectiva, entendida por mitin, huelga, marcha, etc. a la que han asistido por mejoras en sus condiciones laborales, casi todos toman como punto de referencia para indicar su última participación el año en que salieron; a la vez, ninguno manifiesta haber visto que se realizara por parte de otros alguna manifestación después de la última reestructuración dada en el 2006:

“La última vez fue en el año 2006 que hicimos en medio de la reestructuración, que hicimos una huelga por la defensa del contrato del trabajo.” (entrevista No. 6); otra de las entrevistadas indica la fecha de la última acción en la que participó: “Jum, yo salí en el 2005, por ahí en el 2002, 2003” (entrevista No. 2).

A la vez al preguntarles si tuvieron conquistas importantes gracias a las acciones colectivas que realizaron antes de la reestructuración todos con excepción de los trabajadores de OPS indican mejoras salariales gracias a las acciones realizadas, además un trabajador agrega:

“Sí, obviamente por lo menos se generaba un nivel de cultura política en cada trabajador en una comunidad, porque llegábamos a las comunidades y la gente tenía otra idea de lo que eran las empresas del Estado, se le daba una educación al cliente interno y al cliente externo del hospital y eso repercutía en algo, que la gente lograba de pronto elevar su nivel político” (entrevista No. 6).

En las transformaciones que ha tenido el sindicalismo dentro del hospital se encuentra que los trabajadores puntualmente los oficiales, han tenido que recurrir a sindicalizarse como única forma para no ser despedidos, debido a la cláusula de reserva explicada anteriormente, que los llevó a mantenerse con fuero sindical permanente. En la actualidad hay 48 trabajadores oficiales, de los cuales 12 pueden tener el fuero sindical por ser parte de la junta directiva de los sindicatos, lo que prohíbe su despido. La estrategia usada para lograr mantenerse todos es descrita por un trabajador:

“lo primero fue crear un sindicato, al crear un sindicato nos daba un fuero de fundadores, con el fuero de fundadores ya no pudieron seguir echando... El fuero de fundadores creo que son seis meses, tiene seis meses después de creado el sindicato; entonces, antes de que se nos acabara el fuero que hicimos, se empezaron a rotar los fueros de las dos juntas, entonces hay un sindicato que se llama

SINTRAHOSPITAL que es mixto tiene trabajadores oficiales y empleados públicos pero entonces la gente está con nosotros ahí, estamos en el sindicato pero más no aspiran nunca a los cargos directivos, entonces lo que hace cuando cambiamos juntas directivas siempre van a estar los trabajadores oficiales tanto en SINDIBASE como en SINTRAHOSPITAL como hay dos juntas nos da para mantener todas las personas aforadas, pero nosotros cada seis meses estamos rotando las juntas” (entrevista No. 3).

Se observa no un sindicalismo generado por un nivel de conciencia que lleva al trabajador a vincularse, sino por la necesidad, como una medida eficaz de protección en medio de una estrategia jurídica, lo que podría verse como una de las transformaciones del sindicalismo en el hospital, muestra de ello es que al preguntar si existe un nivel de politización de los sindicalizados se responde: “Legalmente no, legalmente lo que nosotros estamos buscando acá es el trabajo y la estabilidad [...]” (entrevista No. 3).

Lo cual es complementado con la visión de uno de los entrevistados que indica que el nivel político de los trabajadores en la actualidad es mucho más bajo que antes de la reestructuración, además de volver a mencionar el control por parte de los políticos existente en el hospital, esta vez como un punto negativo que no permite un desarrollo adecuado del sindicalismo:

“la formación política que tienen los trabajadores ahora es muy baja, son manejados por la clase política, prácticamente que los dogmatiza para trabajar a razón de un salario irrisorio y casi que a entender que el político les está haciendo un favor y antes ellos quedan es en deuda con ese político, a sabiendas que ellos se están lucrando de esa mano de obra que mandan a trabajar aquí por salarios de hambre” (entrevista No. 6).

A este punto de vista se suma una trabajadora que apoyó las iniciativas sindicales que se tenían cuando era trabajadora de planta y se afilió a un sindicato cuando la empresa temporal en la que labora, indicó que no se tomarían medidas represivas por vincularse en el 2012, mostrándose en la entrevista partidaria de la opinión que señala demasiados cambios generados a partir de la reestructuración en la vida sindical dentro del hospital y no sólo visto como una baja en su número de integrantes:

“Muchos, muchos, porque a pesar de que hay gente con tanta experiencia que estuvo en ese entonces, ahorita hay gente joven y de pronto no tienen como tanta dignidad, hay gente que tiene muchas ganas de trabajar, pero también tienen miedo de perder el trabajo por eso” (entrevista No. 2).

6.3 Jornada de trabajo y remuneración

El tema de la jornada laboral se ha modificado con el proceso de modernización de la ESE introduciendo la flexibilización laboral dentro del hospital. Identificando diferentes modalidades que están directamente relacionadas con el tipo de contrato que tienen los trabajadores y con su pertenencia o no a la institución. En el transcurso del tiempo se observa una simultaneidad entre las diferentes modalidades de jornada laboral que oscilan entre mayores horas de trabajo por menor sueldo, menor jornada de trabajo por menor sueldo, trabajo “a destajo” o por resultados.

En el contrato de OPS se observa que hay un mayor manejo del tiempo laboral por parte de los trabajadores, respecto al tiempo de trabajo de las otras modalidades; un especialista contratado para coordinar un servicio por medio de OPS comenta que prefiere hacer parte de su trabajo desde casa, lo que hace que no tenga un control de horarios, sino que trabaje más o menos dependiendo de determinadas circunstancias:

“Puedo quedarme aquí pero yo prefiero llevarme cosas para la casa, para estar en un ambiente más agradable para mí, pero igual claro yo trabajo sábados, domingos en circunstancias cierto y se trabaja mucho por teléfono, mucho, mucho, a toda hora de día y de noche.” (entrevista No. 4).

Por su parte la licenciada contratada por OPS dice que los horarios los acomoda para no hacer horas extras sino lo pactado. Lo anterior permite ver que las personas contratadas por OPS no tienen entre ellos un horario idéntico los unos a los otros, aunque tengan mayor posibilidad para adecuarlo a sus necesidades, lo que se puede entender al no tener un tercero que les ponga horarios o les exija extender su jornada dentro de las mismas instalaciones y al pactar con el hospital determinadas funciones y no necesariamente

horarios. Encontrando que los horarios de trabajo en el hospital varían dependiendo del tipo de contrato, el personal de planta trabaja 176 horas mensuales, diferente a quienes están tercerizados que laboran 204 horas al mes, realizando 28 horas más y obteniendo un sueldo más bajo, lo que genera roces entre los trabajadores, tema que se abordará con detalle más adelante.

De la misma forma los horarios de los trabajadores oficiales se han modificado después del proceso de modernización de la E.S.E., ya que cuando hacían horas extra se las pagaban, actualmente deben ser compensadas en tiempo. Al preguntar qué modalidad prefiere uno de los entrevistados contesta:

“Yo diría que es mejor que si se necesita más gente, metan gente de planta, es mejor ir creando los cargos no estresar la gente con más trabajo, porque igual la gente que estamos acá ya llevamos un tiempo acá y la edad no viene sola viene con enfermedades, es preferible que metan más gente a cubrir esas horas que tienen que hacer otros trabajadores” (entrevista No. 3).

Se encontró que una de las diferencias entre los trabajadores de planta y un trabajador de planta de una empresa que alquila un servicio en el hospital «Radiología» son las horas extra, ya que como se mencionó las horas de los trabajadores de planta del hospital son reglamentadas y su compensación es a través de otro turno, mientras en la empresa externa se realizan muchas horas extra y se paga cada hora. Lo que permite aumentar el salario pero disminuye el tiempo libre del trabajador, que realiza una jornada demasiado extensa; al preguntar si esta situación se presenta con frecuencia dice: “Si bastante se extiende por fuera del tiempo reglamentario. Me toca a veces, quitarle espacio a mi parte académica” (entrevista No. 6).

Además de las horas extra en una de las entrevistas se agrega que la jornada laboral no termina en los horarios acordados, sino que se extiende una hora más en cada turno, lo que no está sumado a las 204 o 176 horas mensuales que pagan, viendo el punto negativo de esto no solo en el cansancio físico, en el trabajo gratuito no acordado, sino en la relación cada vez más limitada con las familias, siendo en el caso de la entrevistada madre soltera con contrato temporal.

“Por lo regular sí, usted nunca sale a las 7 de la mañana o 7 de la noche no, usted la hora de entregar turno se le va póngale una hora. [...] No es mucho tiempo, porque usted hace doce horas de día o doce horas de noche, no siempre tiene en la semana dos libres; entonces, igual pues imagine una noche es muy estresante para usted llegar al otro día y entonces descansa y tiene el otro día para salir a hacer vueltas o con sus hijos pero... sí, sí, es que la intensidad laboral con ellos es mucho más que cuando estaba de planta” (entrevista No. 2).

Además de las horas contratadas, las horas que se hacen de más sin control, en medio de horarios de 204 o 176 horas mensuales pensadas en la capacidad del trabajador de salud para responder a su trabajo de forma adecuada, existen varios trabajadores de salud, ante todo los médicos que cumplen con todas esas horas, contratados a tiempo completo por el hospital y cuentan además con otros empleos. Uno de los entrevistados labora en el hospital de tiempo completo y en sus otros dos empleos está contratado por OPS. Al preguntarle cómo divide su tiempo responde:

“Es muy difícil establecer eso, porque como mencionaba hace un momento la prestación de servicios es por eventos, o sea depende cuando se presente el evento. Entonces, uno organiza y cuadra la dedicación del tiempo; por ejemplo, en el hospital los horarios de trabajo son fijos entonces... allá un turno de urgencias es todo el día de siete de la mañana a siete de la noche, o sea en ese tiempo no puedo,

no estoy disponible para otra cosa, pero sí resulta una urgencia... se puede destinar para realizar la atención después de salir del hospital” (entrevista No. 1).

El fragmento permite ver que quienes dejaron de trabajar con el hospital y pasaron a otras modalidades no son los únicos que vivieron cambios en cuanto a jornadas más extensas, sino que incluso algunos trabajadores de planta del hospital y en particular los médicos han doblado, triplicado, o asumido la cantidad de contratos que se les presenten, en algunos casos sin poder cumplir con lo pactado, laborando en varias instituciones a la vez. Esto genera fatiga o cansancio a causa del exceso de trabajo en actividades que exigen un alto nivel de atención, que como diría Weber (1994:81) a una fatiga parcial del organismo interviene una fatiga mental que conduce y se convierte en una fatiga general. Este nivel de agotamiento de los trabajadores de salud puede terminar representando un fuerte riesgo para los pacientes e incluso para la institución que puede incrementar el número de demandas de pacientes o familiares por procedimientos mal realizados, además de acortar el tiempo del empleado con la familia, los amigos; haciendo que el estado sentimental del empleado no sea el adecuado. En una de las entrevistas se indica:

“Mire cuando uno está los cuatro años de dedicación exclusiva a la especialidad, las 24 horas, si uno quiere tener sexo le toca en una sala a escondidas en el hospital, eso no permite ningún matrimonio estable, y si uno quiere ver los hijos toca que se los lleven al hospital, es el único espacio y momento que uno tiene” (entrevista No. 1).

Después de la reestructuración la gran mayoría de los trabajadores han aumentado no solo sus horarios sino también sus funciones, debido en gran medida a la falta de personal, en particular especialistas; como es señalado en reunión de Junta Directiva por uno de sus integrantes en 2007, “El Doctor Carlos Enrique Hoyos S., menciona que muchos de los

especialistas que se han retirado de la entidad es porque se sienten mal remunerados y buscan la posibilidad de ejercer sus profesiones en otras entidades.”²³

Hallando en varias ocasiones que cuando había cargos vacantes de planta la Junta del hospital aprobaba suprimirlos, como en 2007²⁴ que se presentaron renunciaciones por jubilación; lo que se justificó en el estudio de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de la E.S.E., lo que ocurre nuevamente en 2008²⁵ con cinco cargos vacantes, entre ellos tres especialistas que renunciaron. Lo anterior permite ver que la administración de la institución continuó sosteniendo después de la última reestructuración en 2006, una política de recursos humanos en la misma línea.

El hospital se encuentra después del proceso de modernización frente a una falta de especialistas, haciendo que tenga que buscar diversas soluciones como solicitar ayuda a Cuba, que indicó no tener la disponibilidad médica para hacerlo; pasando a explorar la posibilidad de tener pasantías con residentes de especialización²⁶, lo que dilata la solución al no buscar profesionales que se vinculen al hospital y cubran las necesidades del mismo, lo que debe pasar por una negociación de salario, funciones y tiempo con los médicos, para que en cada nueva oportunidad que se les presenta no renuncien. La problemática que se genera con la falta de especialistas es explicada muy bien en un fragmento planteado por dos invitados a una de las reuniones de Junta Directiva que señalan que no están capacitados para las funciones que se les exige hacer:

“Ingresan el Dr. Alexander Parra R., y el Sr. Humberto Murcia R., y plantean la inquietud que tienen, porque la administración tomó la decisión de quitar el médico

²³ Junta Directiva del HUSJ. Acta 188/24/sep/07

²⁴ Junta Directiva del HUSJ. Acta 189/29/oct/07

²⁵ Junta Directiva del HUSJ. Acta 205/01/dic/08

²⁶ Junta Directiva del HUSJ. Acta 187/27/ago/07

del consultorio de pediatría después de las diez de la noche, lo que puede incrementar el riesgo de probables demandas. El Dr. Alexander Parra R., explica la forma como se ha trabajado en el servicio de urgencias y que las propuestas planteadas por la administración, implican que asuman responsabilidades para las que no se sienten capacitados, debido a que la mayoría hace muchos años que no atienden pacientes de pediatría. El Sr. Humberto Murcia R., menciona además el caso del Dr. Carlos Alberto Marulanda V., quien después de varios años de desempeñar sus funciones en la UCI adultos, va a ser trasladado al servicio de urgencias.²⁷”

Se encontró que junto al cambio de horas de trabajo se dio también un cambio de servicio o sala del hospital que le toca atender a cada trabajador, ya que independiente del servicio en el que estuvieran habituados a trabajar, las personas de planta que quedaron fueron concentradas en cirugía y el quinto piso, aunque en el caso de los médicos y los especialistas no fue así. Lo anterior hizo que gente especializada en un servicio como cuidados intensivos, pediatría y adultos, cirugía, maternidad, entre otros servicios pasara a uno nuevo donde debía construir nuevas experiencias, sin la posibilidad de transmitir antes de los cambios los conocimientos acumulados durante años al nuevo personal. Además quienes trabajan directamente con el hospital y pasaron a la tercerización laboral se vieron en la obligación de adaptarse al lugar que su nuevo contratante les indicara, dispuestos a rotar en pocos meses por diversos servicios, clínicas u otros espacios donde el contratista firme acuerdos, creando una inestabilidad que no permite a los tercerizados construir un sentido de pertenencia por la institución en la que pueden estar sólo un mes.

El apropiarse de la institución permite que se tenga más cuidado con los elementos que se encuentran en el lugar y una mejor disposición en la atención del paciente en pro de una mejor calidad humana y científica en la institución. Dificultad que afronta hoy el hospital

²⁷ Junta Directiva del HUSJ. Acta 194/12/mar/08

ya que quien paga directamente y frente a quien debe dar cuentas claras la mayoría de sus trabajadores es un ente externo al hospital, punto que adjudica como una consecuencia de la reestructuración una de las empleadas:

“[...] Antes el trabajador le respondía a la institución tenía un jefe inmediato, un jefe que podía ejercer frente a él la autoridad, después de la reestructuración no, porque ya el jefe inmediato es el pagador, entonces le paga una temporal o una cooperativa y se pierde mucho la pertenencia a la institución, se diluye mucho la responsabilidad en los procesos, cierto... entonces, ese es uno de los problemas que tiene el tipo de contratación” (entrevista No. 5).

Las funciones que desempeñan cada uno de los entrevistados son muy diversas entre sí, pero todas demandan de gran esfuerzo físico y la mayor atención posible por parte de los trabajadores, en medio de una cadena de atención donde cada uno debe desarrollar tareas especializadas y donde se hace necesario el otro. Si bien las funciones entre los diversos profesionales de la salud varían se da el caso de empleados que teniendo el mismo rango desempeñen funciones distintas, como el caso de los auxiliares de enfermería entrevistados donde uno de ellos realiza “Pues más que todo, el manejo de pacientes, el entorno del paciente, se maneja administración de medicamentos, toma de signos vitales, canalización de venas, arreglo de la unidad del paciente” (entrevista No. 2).

Funciones totalmente diferentes del otro auxiliar de enfermería que trabaja en zona de alto riesgo, aunque ambos tienen una formación similar: “Me toca la sala de hemodinamia, me toca preparar el paciente para estudios invasivos, ecográficos, instrumento y recupero pacientes de hemodinamia, todo lo que haya de hemodinamia.”

Las funciones de los trabajadores de salud implican involucrarse de lleno con el paciente, su atención, su entorno, pero a la vez el hospital debe contratar para el funcionamiento del

mismo empleados de servicios generales comprometidos con el cuidado y mantenimiento de las instalaciones, elemento fundamental para que pueda desarrollarse el trabajo de los profesionales en salud, como es el caso de quien se entrevistó encargado del mantenimiento eléctrico del que dependen los ascensores, la luz, la energía para conectar cualquier equipo etc.

Existiendo a la vez médicos de diversas especialidades, dentro de los entrevistados se habló con un especialista en salud ocupacional y gerencia, que desarrolla funciones de coordinación de uno de los servicios lo que se relaciona más con funciones administrativas, diferente a otro de los especialistas que comenta en el siguiente fragmento quién es y qué hace:

“Soy cirujano general de planta y como tal se hacen turnos de urgencia, que es atender todos los pacientes que consultan por una urgencia, sea enfermedad general, por trauma, todo tipo de accidentes, por la agresión pues, por la violencia cotidiana, también se atiende los pacientes en consulta externa y las cirugías programadas” (entrevista No. 1).

Toda esta mezcla de funciones y especialidades dentro del hospital hace que el nivel de interacción y de necesidad del otro sea constante y fuerte; todos los entrevistados coinciden en que las relaciones de trabajo cuando todos eran empleados de planta del hospital eran muy buenas, agregando que la nómina manejada era muy extensa “el hospital era una familia y había más integración a pesar que había un grupo muy numeroso de trabajadores...” (entrevista No. 6).

La visión de familia y buenas relaciones se rompe para muchos de los entrevistados al hablar de cómo son las relaciones en la actualidad, encontrando a la vez la opinión contraria que indica que persisten buenas relaciones, aunque casualmente se entrevistó a uno de los

trabajadores que indicaba muy mala relación con su jefe y al dialogar con el jefe expone que no tiene mala relación con nadie.

Una de las personas contratadas por OPS fundadora de una de las cooperativas del hospital indica tener excelentes relaciones con todo su entorno punto de vista que se contrapone a quienes desde el sindicalismo han tenido que enfrentarse a sus posiciones, indicando que su comportamiento cambió cuando pasó de ser una trabajadora de planta a administrar la cooperativa:

“[...] En la relación que llevamos con ANTHOC nacional que es el que maneja la mayoría de auxiliares habían muchos problemas, desafortunadamente decía uno como que se les olvido que ellas también fueron de planta, entonces ya los de planta éramos un problema para ellos, los de planta éramos la piedra en el zapato, los de planta éramos para todo porque como ellas eran directivas de las cooperativas, además trabajaban en el hospital como enfermeras jefes y tenían que coordinar con nosotros, muchos problemas” (entrevista No. 3).

La inestabilidad en el contrato de trabajo no solo se presenta en los cargos bajos sino que muchas veces parte de los cargos administrativos cambian con la nueva gerencia que llega “No han cambiado, cada dos o tres años, cada que hay cambio de gerencia hay cambio de jefes” (entrevista No. 3). De allí que uno de los entrevistados indique al preguntarle por las relaciones con sus jefes que a veces tiene más afinidad con unos que con otros, que es la misma opinión que se da en diversas entrevistas indicando que dentro del personal hay quienes agradan más que otros; aunque se busca entablar buenas relaciones, lo que es difícil.

Por otra parte hay quienes en medio de la entrevista se negaron a definir como mala la relación con sus encargados, pero aclararon que simplemente sostienen una relación

respetuosa que no se puede señalar como buena, indicando a la vez que su relación con sus superiores cuando era trabajador de planta era mucho mejor: “No pues había mucha más familiaridad, porque como le comentaba el hospital era una familia muy grande, nos entendimos como familia, trabajamos como familia y nos desarrollamos como familia, entonces la relación era mucho más amistosa, mucho más cercana.” (entrevista No. 6).

Otro de los trabajadores argumenta que el no tener buenas relaciones con su jefe hace que el trabajo sea menos fructífero de lo que podría ser, repercutiendo en que al proponer nuevas iniciativas en su trabajo, estas no sean tomadas en cuenta, planteamiento que expuso también otro de los entrevistados de la siguiente forma:

“De hecho si en Colombia entre comillas hay libertad de opinión para todos, el problema es tener oídos que escuchen y mente conectada a esos oídos que sea capaz de entender, o sea con frecuencia uno como trabajador de campo, que está en la ejecutoria uno es el que puede en la mayoría de las veces evaluar y calificar los procesos con mucha frecuencia muchos de nosotros hace eso y suele dar sugerencias, pero la planta administrativa no las toma, porque es que partimos de un principio colombiano, para el colombiano todo lo que hace otro es fácil uno y dos siempre el jefe sabe hacer las cosas que nunca ha hecho.” (entrevista No. 1).

Teniendo posiciones que indican buenas y malas relaciones laborales, quienes alertan sobre una ruptura de las relaciones de trabajo ubican el problema en los diferentes contratos y especialmente en la tercerización y lo que ella conlleva que son las diferencias salariales, de horario, de estabilidad en el contrato, lo que construye envidias, reclamos, mala disposición para el trabajo en grupo entre otras cosas; como se puede ver en una de las entrevistas que habla de los trabajadores de planta como un grupo y el resto de modalidades de contratación existentes en el hospital como otro:

“Esos dos tipos de vinculación generan conflicto a cada paso, en toda ocasión, quien llega como contratista muchas veces llega como se dice; llega envenenado ya con ganas de atacar al personal de planta de la institución diciendo o sea, de una vez lo tiene etiquetado que es perezoso o que no quiere trabajar o que no le quiere hacer caso a nadie. Entonces, de una vez llega armado y con ganas de armarle conflictos y hacerle persecución, pero a su vez también al personal, a los otros contratistas que están por debajo de su rango, también llega y los maltrata y le hace acoso laboral, de la manera más infame asumiendo que esa persona como tiene una vinculación que no es fija tiene que soportar y quedarse callada ante todo oprobio que le haga... es muy difícil encontrar una palabra decente para referirse a eso porque pues lo que generalmente termina sucediendo con estas personas es que maltratan a todo el mundo, violan la ley, cometen delitos y la administración les aplaude” (entrevista No. 1).

Al igual que en el fragmento anterior se hace referencia por varios entrevistados a la situación actual de las relaciones laborales con mucho sentimiento, pero a la vez se hace hincapié en la violación de la ley debido a que la sentencia de la Corte Constitucional C-614/09 prohíbe a las instituciones públicas como es el caso del hospital, realizar contratos de Prestación de Servicios en funciones de carácter permanente como es el caso de las dos personas entrevistadas que tienen contrato de OPS, ya que la Prestación de Servicios es una contratación con el Estado de forma excepcional, concebida para cubrir una situación ocasional, lo que no se da con los entrevistados, ya que uno de ellos es el coordinador de uno de los servicios del hospital, lo que implica que su trabajo hace parte de labores permanentes de la entidad y lleva firmando contratos por OPS desde hace seis años, cuando la ley permite máximo uno. Es por este tipo de situaciones que uno de los entrevistados indica:

“Eran mucho mejores, de hecho hay un problema en este momento que... es la tercerización, significa que hay personal nombrado que pertenece como tal a la institución y están los otros que son contratistas. Ha habido falta de información por negligencia administrativa de explicarle a los contratistas cuáles son sus límites, o sea de donde parten y hasta dónde pueden llegar, de hecho hay una violación de la ley en cuanto a que la administración le otorga funciones de coordinación y pone personal de planta de la institución bajo las órdenes de un contratista, eso viola la ley...” (entrevista No. 1).

Frente a las difíciles relaciones de trabajo las soluciones que se ven a la vista no son las más adecuadas, ya que en lugar de buscar unificar se termina polarizando más la situación como es indicado en otra entrevista que señala las implicaciones de realizar los mismos trabajos con las diferencias mencionadas anteriormente:

“Que implica, que hay roces, que hay envidias, que hay discriminación, entonces eso hace del ambiente de trabajo un ambiente hostil a veces, no es un ambiente con las mejores relaciones, no se permite así trabajar en conjunto, inclusive nos hemos visto al punto de que los de planta trabajamos en un lado y los temporales al otro porque por el roce no se trabaja bien, no hay un engranaje como se dice, debería ser el engranaje para que la empresa funcionara bien” (entrevista No. 3).

Las malas relaciones de trabajo que indican los trabajadores las analizan no sólo desde el daño que se causa a la empresa, a los mismos compañeros de trabajo y el ambiente que allí se vive sino también a los pacientes y su entorno, tildando la situación del trabajador dentro del hospital como frustrante:

“[...] Usted no puede esperar que una enfermera o una auxiliar llegue a tratarlo a usted bien, cuando ella viene pisoteada y maltratada de sus jefes, así quiera o sea

nos pasamos la mayoría del tiempo de nuestras vidas, viviendo como payasos, riendo para no llorar, pero en muchas ocasiones no podemos reír, o sea llega a tanto el nivel de frustración del trabajador en el hospital que aunque quiera no le puede sonreír al paciente, y a veces la gente solamente espera una sonrisa y eso es lo que menos obtiene” (entrevista No. 1).

Se evidencia en el lenguaje usado por algunos trabajadores lo que los problemas debido a las diferencias en las condiciones laborales han generado, pasando a exigir al trabajador contratado en condiciones desventajosas que asuma sus funciones por haber firmado. Donde se deja de lado como es mencionado por una de las contratadas por una temporal que no se firma un contrato por gusto, sino por necesidad y se aceptan las condiciones porque de otra forma no hay empleo. El siguiente fragmento muestra a la vez una de las formas de desahogo del trabajador tercerizado y contratado en condiciones desventajosas, sacando a flote su inconformidad sin que el afectado sea el patrón, sino los compañeros que tienen mejores condiciones salariales, pasando de alguna forma su queja a estos, lo que ayuda a generar conflictos de trabajo:

“Si claro, son graves, son graves y es donde los sindicatos como organización más hemos tenido problemas, porque se trata que muchas veces: “ah, es que gana más entonces debe de trabajar más” y eso no es así, uno tiene unas funciones y uno cumple esas funciones, que la otra gana menos, desafortunadamente ese es el estado al que nos sometieron, pero si acepto trabajar por esa plata tiene que trabajar y no necesariamente tiene que hacer menos porque gana menos, no, cada uno debe cumplir sus funciones” (entrevista No. 3).

Otra de las dificultades de trabajar con personal tercerizado es que les hacen contratos de poco tiempo y a veces no se los renuevan o los ponen a rotar por diversos servicios o instituciones, llegando nuevas personas a un servicio en poco tiempo, lo que genera que se

conozcan con el personal que está en el servicio de forma permanente, sólo de forma fugaz y no logren consolidar relaciones estables de trabajo: “Sí porque las cooperativas no tiene una estabilidad, entonces los compañeros que van pasando allí son periodos muy cortos entonces no se logran hacer allí como amistades fuertes, porque usted los ve una semana o dos meses y ya después ve otro completamente diferente” (entrevista No. 6).

Como se ha indicado anteriormente uno de los puntos más influyentes en el deterioro de las relaciones laborales dentro del hospital es la diferencia salarial, teniendo que hacer las mismas funciones a veces con más o menor carga laboral; de allí la importancia de analizar la remuneración salarial, frente a lo cual una de las entrevistas da muchos elementos:

“Dentro de las dificultades de la tercerización o sea, esas personas que están allí cumpliendo con las mismas funciones que implica la misión de la institución, por decir algo, enfermeras, médicos, la misma gente de la cocina, son esquilados en sus salarios alrededor de un 50, 60%. Me explico, el hospital a la hora de hacer la contratación con una de estas mal llamadas cooperativas de trabajo le asigna por cooperativa, asigna un salario por cada cargo, por decir algo la licenciada, la enfermera jefe, la auxiliar. Entonces, sí para la enfermera el hospital ofrece pagar \$4.200.000, \$4.300.000 y de hecho eso le paga a la famosa cooperativa, la cooperativa a la enfermera no le paga eso, le paga \$1.600.000 y sin derecho a vacaciones sin derecho a nada, o sea que ese tanto qué \$2.700.000 ¿se quedaron dónde?, entonces, estamos hablando de una cosa que es absolutamente perversa, maquiavélica en estos tiempos, es casi que esclavitud” (entrevista No. 1).

Este tipo de datos conseguidos por los sindicatos, cuyo dato actual dado en la entrevista del trabajador oficial es de \$4'800.000 que entrega el hospital actualmente a la empresa temporal por enfermera, permite cuestionar el ahorro que tiene el hospital ya que una enfermera de planta con prestaciones no cuesta un precio muy distinto al hospital. Uno de

los entrevistados explica en el siguiente fragmento las intenciones de la E.S.E., al no tener el personal de planta, donde los paréntesis son introducidos para aclarar:

“El saneamiento financiero con esas instituciones es un concepto macroeconómico, que va orientado en lo que es estabilizar entre comillas o reducir el pasivo prestacional, o sea que en últimas haya menos gente que se vayan a pensionar con los fondos del hospital. [...] Por decir algo yo gano \$3.600.000 (empleado público) un cirujano que haga lo mismos turnos que hago yo, las mismas labores que hago yo está ganando \$14.000.000 (haciendo referencia al contrato de OPS) [...] ya está comprobado que eso no fue ningún ahorro, una enfermera de planta está ganando alrededor de \$2.800.000 y el hospital paga por una contratada más de \$4.000.000. [...] Entonces, digamos cuál es la deuda acumulada en prestaciones de la institución nada, pero qué es lo que le ha costado, le ha costado más demandas, no solamente de índole penal o reclamatoria por su servicio en cuanto a la calidad del servicio, sino también más demandas laborales... toda persona que insiste en tener tercerización en el hospital no quiere el hospital, no quiere ningún hospital.” (entrevista No. 1).

Sumado a lo anterior encontramos que la tesis planteada con la reestructuración respecto al ahorro de presupuesto generado por la disminución de la planta de personal no aplicó como se esperaba debido a los efectos prácticos que se desprendieron de ese fenómeno. Uno de los más importantes fue las demandas y tutelas que los trabajadores despedidos hicieron contra la institución y que empezaron a fallar en favor de muchos de ellos a partir del segundo semestre del 2002. El primer caso documentado en las actas de la Junta Directiva del HUSJ corresponde al de los señores Luis Carlos Pérez Suárez y Gustavo Adolfo Ardila Naranjo quienes ganaron tutela en segunda instancia ante la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira. El fallo se transcribe textualmente, tomado de las actas de Junta Directiva del HUSJ:

Asunto: orden de reintegro a los señores Luis Carlos Pérez Suárez y Gustavo Adolfo Ardila Naranjo.

Cordial saludo: En atención al asunto de la referencia, me permito informarle que la sala laboral del Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, última instancia, ordenó revocar las sentencias de primera instancia emitidas por los juzgados primero y segundo laborales del circuito, las cuales fallaron a favor del hospital San Jorge, las demandas de reintegro (fuero sindical) instauradas por Luis Carlos Pérez Suárez y Gustavo Adolfo Ardila Naranjo, las cuales fueron favorables a la institución, en tal virtud, la sala Laboral del Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, ordenó el reintegro de los mencionados trabajadores, además del pago de los salarios dejados de percibir hasta la fecha del reintegro, así como las costas de primera instancia y las agencias en derecho.

Por lo anterior la Junta Directiva del Hospital San Jorge, debe crear los cargos con el fin de cumplir lo ordenado en la sentencia y de otro lado, como lo ordena la ley 678 de 2001 y la ley 734 de 2002, una vez se haga efectivo el pago ordenado, la administración tiene 6 meses para iniciar la acción de repetición en contra del o los funcionarios que como consecuencia de su conducta dolosa o gravemente culposa hayan ocasionado el reconocimiento de la indemnización por parte del Estado en este caso de la Empresa ²⁸.

Si bien la acción de repetición contra los miembros de la Junta Directiva no aplica debido a que su conducta respondía a una orden emanada de una ley (790/02) por lo cual se veían en la obligación de acatarla, sí se puede observar que las consecuencias presupuestales para el hospital fueron preocupantes debido a los pagos de salarios que debían realizar a los

²⁸ Junta Directiva del HUSJ. Acta 107/05/nov/02

trabajadores reincorporados y demás ingresos dejados de percibir desde su despido hasta la fecha del nuevo ingreso a la institución.

La otra cara de esta acción jurídica es la victoria que esto representó para los trabajadores que fueron reincorporados a sus puestos de trabajo que correspondían a dos casos particulares: aquéllos que tenían fuero sindical y no se les levantó de forma adecuada, lo cual se cobijaba con una normativa convencional y aquéllos que tenían condición de excepcionalidad descrita en el artículo 12 de la ley 790/02. Dentro de esta norma está el caso de la señora Nora Magnolia Gómez Escobar el cual se transcribe de forma textual según acta de la Junta Directiva:

Que la señora Nora Magnolia Gómez, instauró acción de tutela solicitando proteger sus derechos fundamentales como mecanismo y el reintegro al cargo que venía desempeñando, o uno de igual o similar categoría y consecuentemente el reconocimiento del pago de salarios y demás prestaciones dejadas de percibir desde el momento de su vinculación hasta el momento que se haga efectivo su reintegro, [...] aplica la excepción de inconstitucionalidad en este caso de la limitante dispuesta en el tiempo en el artículo 12 de la ley 790 del 2002 para Nora Magnolia Gómez como madre cabeza de familia con un hijo discapacitado [...] ²⁹.

A partir del 2002 estos fallos se convirtieron en una suerte de avalancha en tanto las notificaciones de reintegro se incrementaron sustancialmente³⁰, lo cual pone en duda la

²⁹ Junta Directiva del HUSJ. Acta 184/15/abr/05

³⁰ Los siguientes casos también se encuentran registrados en las actas de la Junta Directiva del HUSJ: Reintegro de los trabajadores Rubiria Ospina López, Maria Elena Gómez Cardona, Edilma Rosa Muñoz Correa, Jackeline Bueno Idalgo, Monica Andrea Barrera Marín, Diego De Jesus Velez Blandon Acta 153/18/Ago/05; Yaneth Bolaños Zapata, Myriam Astrid Velez, Alba Lucia Linares, Beatriz Elena Echeverry, Claudia Milena Ramirez, Marleny Isaza López, Clara Ines Martinez, Linda Lucia Hernandez, Diana Patricia Arcila, Luz Elena Castaño Acta 156/31/Oct/05; Maria Teresa Parra Gonzalez Y Maria Edilma Otalvaro Bermudez, Walter De Jesus Hurtado, Esnelys Ibarra Ocampo, Carmen Soleria Cardona

credibilidad del argumento sobre el cual se fundó el despido masivo del personal de HUSJ, el cual era un ahorro sustancial del presupuesto del hospital y una estabilización financiera del mismo.

Estos reintegros obligaron a la gerencia del hospital a replantear el proceso de reestructuración por los costos que estaban generando y por la imposibilidad de cumplir con las metas a las cuales se habían comprometido con el gobierno nacional. En este sentido hubo el siguiente pronunciamiento:

El gerente informa: Que en seguimiento a los compromisos pactados con el Ministerio de Protección Social con el convenio 280, en reunión en Bogotá, se evidenció que existen factores externos, como el de reintegro de personas indemnizadas dentro del proceso de rediseño institucional, que cambian los supuestos críticos con los cuales se proyectó hacia el futuro el funcionamiento de la institución, por lo tanto las metas financieras no se van a cumplir y para modificar dichas metas y supuestos, debe hacerse un estudio similar al que sirvió de base para dicho convenio para lo que se efectuará la contratación que se requiera”³¹.

Aparte de los efectos acabados de mencionar que tuvieron las reestructuraciones para la E.S.E., fueron fuertes también los efectos para quienes no lograron el reintegro a su puesto de trabajo dentro del hospital. Una de las empleadas lo describe desde su vivencia como un proceso que desestabilizó los hogares: “haber desestabilizado tantos hogares... es que yo en el 2007 yo me ganaba \$1.400.000 para venirme a ganar después de la reestructuración

Gil Acta 157/28/Nov/05; Maria Ayde Betancurt Calvo, Idalia Giraldo Henao, Alberto De Jesus Gutierrez Parra, Beatriz Elena Cardenas Cañaveral, Edwin De Jose Marin Agudelo, Maricela Tusarma Taba, Maria Cristina Hinestrosa Serna, Marco Antonio Valencia Naranjo, Amanda De Jesus Jimenez Villa Acta 159/28/Dic/05; Colombia Saldarriaga Betancur, Luz Sureya Hernandez Garcia, Carmenza Orozco Romero, Maria Milbia Gomez Enciso, Javier Alberto Botero Arango, Lizana Patricia Cardona De Los Rios Acta 160/30/Ene/06; Olga Lucia Montoya Rojas Acta 168/28/jul/06

³¹ Junta Directiva del HUSJ. Acta 168/28/jul/06

\$600.000, \$700.000 y ahorita que no me alcanzo a ganar \$1.000.000 entonces, eso es lo que le da a uno tristeza.” (entrevista No. 2), lo que implica que en 2005, ocho años después de su despido ganaba más que en la actualidad.

El tema de salarios es complejo ya que no todas las personas tercerizadas tienen un mismo sueldo, lo que varía dependiendo de las administraciones de las empresas que los contratan y a veces se diferencia también por profesiones, ante todo licenciadas, médicos y especialistas. Si bien la auxiliar de enfermería indica que gana menos de \$1'000.000, otro empleado señala que los trabajadores tercerizados que cumplen las mismas funciones de mantenimiento y vigilancia de las instalaciones que él que tiene un sueldo de \$990.000 mensuales como trabajador de planta, con más prestaciones y beneficios sociales, están contratadas por el salario mínimo: “Qué cargos están trabajando a eso, los plomeros, el carpintero, los pintores, los ordenanzas están trabajando todos por el mínimo, cuando nosotros hacemos lo mismo y está un poquito por encima del mínimo” (entrevista No. 4). Evidenciando que el salario pagado por el hospital a un empleado de servicios generales con prestaciones y beneficios sociales es mejor que lo que le pagan a la auxiliar en la empresa temporal.

Esta diferencia salarial se hace más evidente en la revisión de actas de Junta Directiva. En una de ellas la Dra. Sonia María Rodríguez B. solicita explicación sobre la disparidad de los valores que se observan en la contratación de especialistas, con variaciones que ella encontró entre dos millones quinientos algunos y siete millones otros, para lo cual solicita una ampliación sobre las bases de contratación con los profesionales (tarifas o manual que se aplica); frente a lo cual le responden:

“El gerente comenta que las diferencias se deben a que hay diferentes formas de contratación, algunos son para la prestación de servicios profesionales para la

ejecución de diferentes actividades en la entidad y en otros se pacta el pago de las actividades que se ejecuten a unas tarifas pactadas con el contrato.³²”

Se observan solicitudes a la Junta Directiva de revisar salarios diametralmente opuestos, una de las peticiones es intervenir en el caso del auxiliar Bermúdez contratado por la cooperativa SERTEMPO, que tuvo un salario en noviembre de 2007 de \$190.000³³; diferente a honorarios frente a los cuales se piden explicación en Junta, como el del doctor Laguado que gana \$25.000.000³⁴; lo que dificulta generar un parámetro general de sueldos, incluso frente a un mismo tipo de contrato y profesión, alarmando pagos que no llegan al salario mínimo en un manejo inadecuado de la CTA, frente a lo cual el representante de los trabajadores en Junta Directiva indica:

“El doctor Gualteros habla sobre el manejo de las cooperativas que afecta la calidad del servicio, por el poco sentido de pertenencia se debe regular los turnos, vigilarlos y que se cumplan como lo establece la legislación, estas cooperativas generan empobrecimiento salarial esto conlleva al enriquecimiento de personas que no laboran, que se revise la contratación por cooperativas.”³⁵

No solo las CTA han buscado de una u otra forma pagar salarios más bajos, el hospital también ha usado diversas estrategias para mermar los salarios de sus trabajadores y no hacer incrementos reales lo que permite entender por qué la E.S.E., maneja salarios inferiores que los estipulados en el resto de entidades de salud en la región, como es indicado en Junta Directiva “Año tras año los hospitales de primer y segundo nivel

³² Junta Directiva del HUSJ. Acta 186/30/jul/07

³³ Junta Directiva del HUSJ. Acta 194/12/mar/08

³⁴ Junta Directiva del HUSJ. Acta 186/09/Ago/11

³⁵ Junta Directiva del HUSJ. Acta 006/16/jun/11

aumentan la nivelación de los salarios de sus empleados en más porcentaje que el Hospital San Jorge que es de tercer nivel³⁶”, a lo que uno de los empleados de planta agrega:

“Sin contar que además se crearon unas figuras inconstitucionales con las cuales le permitían o le han permitido a las diferentes instituciones hacer unos incrementos salariales por debajo de lo estipulado anualmente por el mismo gobierno. Me explico, durante varios años el Hospital San Jorge hizo unos aumentos salariales para los trabajadores equivalentes al IPC, el índice de precios al consumidor que como se sabe y la corte constitucional ya lo ha aclarado eso no es ningún incremento como tal, sino que el IPC viene siendo el incremento entre comillas, viene siendo como una compensación por la devaluación que tienen el dinero cada año. Entonces, si una persona que ganaba 3 millones de pesos en el 2012 para el 2013 le suben el IPC, resulta que no le están haciendo ningún incremento real, sino que le están reconociendo lo que dejó de valer su dinero, su salario para este año y eso es lo que ha venido sucediendo entonces por eso es que en el Hospital San Jorge estamos tan, tan por debajo de...” (entrevista No. 1).

Efectivamente los trabajadores del Hospital San Jorge desde el año 2000 venían sufriendo una pérdida real de sus ingresos debido a los ajustes al salario que se venían realizando bajo unas figuras normativas que resultaron ser anticonstitucionales. Los acuerdos 046 y 048 de 2000 de la Junta Directiva del HUSJ evidencian esta situación:

“Para dar cumplimiento a la sentencia C-1433/2000 de la corte constitucional en relación con el ajuste de salarios de todos los servidores públicos se hace necesario adicionar el presupuesto de ingresos y egresos para la vigencia fiscal del 2000...” (Acuerdo 046). Por otro lado “Como mediante sentencia C-1433/2000 la corte constitucional ordenó reajustar los salarios de todos los servidores públicos con el

³⁶ Junta Directiva del HUSJ. Acta 15/06/dic/12

fin de contrarrestar la pérdida real de sus ingresos por efecto del fenómeno inflacionario, el proyecto de presupuesto para la vigencia 2001 fue aprobado sin este incremento, por lo que se hace necesario ajustarlo en todos los rubros correspondientes a servicios personales” (Acuerdo 048)³⁷.

Se evidencia un sentimiento de inconformidad por tener salarios muy bajos por parte de todos los entrevistados, exceptuando las personas contratadas por OPS que indican sentirse a gusto con su salario. El resto de trabajadores no comprende por qué la institución en lugar de estabilizar y mantener en buenas condiciones a los trabajadores para que rindan más en el trabajo, construyendo ambientes más sanos, no lo hace. Frente a esto uno de los entrevistados describe un poco la situación económica que viven sus compañeros dentro del hospital e indica:

“la satisfacción del paciente o del cliente pues que ahora la ley ya lo obliga a llamarlo así, es verdad ya es un cliente, entonces, esa satisfacciones ese cumplimiento depende mucho de cómo se sienta el trabajador. O sea, si usted llega de su casa a trabajar sin la preocupación de que pues a ver si les fían a los muchachos en la tienda para que almuercen, sin la preocupación de que bueno ya llegó a trabajar porque reunió el pasaje para venir y no tiene el pasaje de regreso, o sea porque esa es la realidad de allá” (entrevista No. 1).

El relato anterior es complementado con otra de las entrevistas que narra un poco la realidad económica en la que se encuentran los trabajadores tercerizados, donde algunos deben caminar incluso de municipios cercanos a Pereira hasta el centro de la ciudad:

“Si claro, hay se hacen los comentarios que la plata no les alcanza, mucha gente usted la ve es ahí esperando después de la salida a pie, llegando a pie, son

³⁷ Junta Directiva del HUSJ. Acta 080/13/dic/00

situaciones muy difíciles... Hay gente que vive en Cuba, hay gente que vive en Dosquebradas, retirados entonces muy dura la situación, mantienen prestando...” (entrevista No. 3).

La escasez de dinero no se presenta en el momento por retrasos salariales, pues todos los entrevistados coinciden en que la puntualidad del pago ha mejorado mucho, ya que incluso los trabajadores de planta tuvieron momentos de gran retraso. Los pagos no puntuales se dieron ante todo iniciadas las diversas reestructuraciones que se hicieron en el hospital, al punto de llegar a pensar por parte de algunos trabajadores que era una de las estrategias pensadas por la administración para que la gente se aburriera y se fuera:

“Al principio, eso fue una de las cosas que presionó y que motivó que la gente se fuera y era que nos atrasábamos, llegamos a estar hasta dos meses sin salario cuando comenzaron la reestructuración, nosotros creemos que fueron técnicas para hacer aburrir la gente, “esto acá ya no es bueno”, y muchos cayeron en ese juego y emigraron. Hace varios años para acá que después de la reestructuración empezó a mejorar y no se han vuelto a retrasar tanto con los salarios, creo que diría que pagan puntualmente.” (entrevista No. 3).

A excepción de los trabajadores contratados por OPS, quienes trabajaron en el hospital y hoy están por otra forma de contratación, ven que la plata que ganaban años atrás siendo trabajadores del hospital es superior a la que ganan en la actualidad. Como es el caso de uno de los auxiliares de enfermería que en el año 2006 que fue su último año de trabajo con el hospital ganaba \$1'100.000 después le tocó empezar a firmar contratos por meses con diversos salarios, para llegar siete años después de su despido a ganar \$980.000 lo que ha generado que el estilo de vida que llevaba su familia se transforme y se adapte a un salario más bajo o le toque buscar trabajos adicionales, como él mismo lo narra:

“La calidad de vida baja muchísimo, exigirse más uno si puede tener oportunidad de trabajar en algo adicional o sino de bajar ciertas condiciones de vida que cuando uno era empleado público tenía diferente, era una clase, se podía uno determinar que estaba dentro de una clase media baja que le daba la oportunidad a uno por lo menos, el ingreso de acceder a otras cosas diferentes a la alimentación y a los servicios públicos, hoy volvimos a épocas históricas a volver a trabajar para mantener el hogar medianamente pues con las condiciones básicas para subsistir que es la alimentación, servicios y arriendo” (entrevista No. 6).

Caso similar a uno de los médicos especialistas que estuvo haciendo su internado en el hospital San Jorge en 1993, donde empezó a ganar sin ser aún médico especializado \$4'000.000 hasta el 2001 que decide hacer la especialización y le hacen firmar una declaración extra juicio, en la que se compromete en los años de estudio a no devengar ningún sueldo. Cuando termina la especialización sale a ganar \$10'000.000 mensuales en Barranquilla y al regresar a Pereira como trabajador de planta del hospital le pagan alrededor de \$3'600.000 un poco menos que cuando era médico general, lo que hace que acepte dos trabajos más, donde le pagan por consulta o cirugía realizada, ganando en promedio \$6'000.000 mensuales. Frente a lo cual resalta que gana mucho menos al tener muchos gastos que hace para poder ir a trabajar y no son cubiertos por las instituciones como: calzado, vestuario, alimentación, agua para bañarse y no ir con mal olor al trabajo, lavar ropa para no ir con la misma, transporte, etc.; que al sumarlos restan un buen porcentaje del sueldo. Demostrando que en muchos casos se termina trabajando para conseguir el dinero necesario para poder ir a trabajar, argumento que comparten los trabajadores que indican que no les queda presupuesto para recreación, sino escasamente para las necesidades básicas:

“Hay un concepto que me voy a referir que acá no manejamos en Colombia y el concepto es cuanto tiene que usted invertir o gastar para ganarse un sueldo, no

pongamos lo que usted invirtió para estudiar. [...] Esas son las cuentas que no hacemos, cuánto nos cuesta obtener un sueldo, entonces usted hace esa cuenta resulta que de pronto sí, a usted le estaban pagando tres millones de pesos mensual, resulta que usted tiene que gastar alrededor de un millón de pesos, entonces usted no está ganando tres, sino dos millones. [...] Deberíamos hacer eso y nos damos cuenta que no ganamos un sueldo real, no ganamos sino a duras penas para...” (entrevista # 1).

Para finalizar se preguntó a cada uno de los entrevistados frente al futuro del trabajador en el hospital, donde nadie lo prevé de forma sencilla, todos reconocen que queda mucho por hacer o nueva normatividad que esperar. Una de las respuestas más optimistas es dada por la licenciada en enfermería e indica que aunque quede mucho por hacer efectivamente se está haciendo; varias respuestas esperan que se aplique la sentencia de la corte en contra de la tercerización, señalando que de no darse este cambio en la contratación, se irá deteriorando más la calidad humana y el servicio que se ofrece dentro del hospital. A la vez se señala por parte de un auxiliar de enfermería que el futuro es poco alentador ya que los políticos de la región ven el hospital con intereses personales y electorales, a quienes les resulta de total provecho continuar y profundizar la tercerización laboral:

“[...] Lo veo muy difícil porque la actitud de los políticos y la clase administrativa de Risaralda está muy envoltada. [...] Ha habido durante varias ocasiones, la intención de cerrar la institución, volver a hacerle reestructuración, que lo único que está orientado es precisamente a acabar con el hospital universitario San Jorge como tal; pero que siga habiendo un hospital allí solo que tercerizado, o sea, en manos y a voluntad propia del político de turno” (entrevista No. 1).

Otras de las respuestas plantea que se encontrarán alternativas a la situación actual que califica de grave solo en la medida que los trabajadores se organicen y vuelve a resaltar el

problema actual de la intervención política dentro del hospital con fines electorales y clientelistas:

“No yo veo que los trabajadores mientras no se organicen y reclamen sus justas causas difícilmente van a tener alguna audiencia frente al Estado y como le digo los hospitales se volvieron el fortín político de la clase dirigente, mientras ellos no se organicen y reclamen, el Estado nunca los va a incluir en las reformas que vayan a determinarse en el congreso, la reforma del Estado es eminentemente económica” (entrevista No. 6).

El entrevistado toca un tema central hoy y es la reforma a la salud planteada por el Estado, frente a lo cual se encontraron dos posiciones una que la ve de forma negativa y sin cambios de fondo que logren diferenciarla de la ley 100 y la otra posición expuesta por un empleado de OPS que la ve de forma positiva, argumentando que:

“Yo si creo que sea algo bueno sobre todo para el empleador público, las IPSs públicas y las E.S.E.s como nosotros... Específicamente la ley en este momento es injusta desde el punto de vista E.S.E. por el problema del flujo de recursos, porque le dicen a usted que sea autónomo y que usted responda con sus propios ingresos, pero no le dan las herramientas para que usted cobre y usted asegure sus propios ingresos. No hay ningún hospital de primer nivel quebrado, por qué, porque la mayoría de los hospitales de primer nivel todos están bonitos, rozagantes, pintados, todos los gerentes están creciendo en sus hospitales, todos los salarios son oportunos, la cobertura es adecuada, el primer nivel no tiene problema. Por qué, porque el sistema se diseñó para que el flujo de recursos fuera adecuado en el primer nivel, sin embargo los hospitales de segundo y tercer nivel, los metió en el desgüeño comercial.” (entrevista No. 4).

Frente a esta intervención en el programa La Luciérnaga de Caracol Radio se hizo un recorrido por los hospitales del país, entre los cuales se encuentran ocho hospitales de primer nivel en Atlántico como: Santa Lucía, Campo de la Cruz, Polonuevo, Puerto Colombia, que se encuentran en una crisis económica muy compleja: “La situación es tan delicada que en algunos de ellos no les han pagado a los trabajadores la seguridad social de los últimos diez años y en otros les han llegado a deber hasta 17 meses de salarios.” (Caracol: 26/Agos/13).

Por otra parte la reforma construida desde los movimientos sociales y populares organizados en ANSA, solo es conocida por uno de los trabajadores, lo que muestra un nivel bajo de divulgación y de información de los empleados frente a las propuestas que los cobijan. La opinión que le merece la propuesta al trabajador es la siguiente:

“La del sector social sí, es una reforma integral que también está haciendo curso en el Senado de la República, entendemos que va a ser difícil porque en el Senado se mueven intereses personales y económicos y de grupos económicos. Pero la reforma que plantea la sociedad civil organizada, los trabajadores en los sindicatos es una reforma integral porque no solo se ve la salud como un derecho fundamental, sino que también interfiere de una manera positiva en la contratación laboral en el cliente interno que es el trabajador, dignificar la labor del personal humano que trabaja en las áreas de la salud. Es una reforma que sería bastante ambiciosa y creo que lograría casi que cercenar todo ese periodo que llevamos de una salud pésima para los colombianos después de la promulgación de la ley 100.” (entrevista No. 6).

La ley 100 de 1993 puede verse desde el marco de la teoría de objetividad de Bourdieu (1991) ya que la ley está construida desde la estructura social, determinada por una base económica capitalista, independiente de lo que los sindicatos quieran o incluso el gerente; pero a la vez hay un nivel subjetivo y es lo que hacen los agentes con esa ley. Algunos

construyeron cooperativas y se enriquecieron con eso, otros crearon empresas temporales, y cada actor dentro del hospital empezó a tener un rol enmarcado en las condiciones que generó el sistema de salud dentro de la E.S.E., demostrando que el individuo no está aislado de un marco general y social. El hecho de que se recorten cada vez más la cantidad de cooperativas o temporales dentro de la institución, permite ir conformando pequeñas mafias que se van convirtiendo en pequeñas burocracias las cuales se pueden entender mejor a través de Weber (1964), que buscan eficiencia y racionalidad en su accionar y no necesariamente el bienestar general, construyendo cohesión por medio de normas, como fue en algún momento prohibir el cuestionamiento de la cooperativa, o firmar contratos en blanco, que al no ser cumplidos excluyen al empleado. Lo que muestra una legislación propia que a veces va en contravía de la Constitución colombiana, pero que está adecuada a los fines de esas pequeñas empresas, cuyas reglas a veces implícitas o explícitas tienen una autoridad de coacción frente a sus subordinados que terminan legitimándolas.

Las anteriores opiniones evidencian que no existe una sola posición dentro del gremio de los trabajadores del hospital frente a los diversos temas, incluso si la ley 100 de 1993 en salud beneficia o perjudica a la institución, aunque existe una visión mayoritaria que podría comprenderse bajo el entendido de ser más los trabajadores que se vieron perjudicados con las medidas de modernización, que aquéllos que se han beneficiado. Muestra de ello es que en una de las entrevistas se indicó que dicha ley no era la responsable de todos los males que le adjudican hoy día como: los cambios en las condiciones laborales; punto de vista que no se explicó, ni tuvo ningún desarrollo que permitiera exponerlo en el estudio. Se encontró que quienes están más propensos a buscar y encontrar en el Sistema de Salud actual puntos positivos son los trabajadores contratados por OPS; diferente al resto de empleados que cuando intervinieron respecto a la ley, la señalaron de perversa y apta para generar un retroceso en la salud del país: “En Colombia volvimos a tener varicela, volvimos a tener sarampión, volvimos a tener poliomielitis, que Colombia había sido premiada como uno de

los primeros países que se erradicó la poliomielitis y volvimos a tener casos de poliomielitis en la vigencia de esta ley 100 ya.” (entrevista No. 1).

Además, en la misma entrevista se puntualiza en las diferencias entre el sistema de salud antes de la ley 100 de 1993 y con la ley en vigencia, haciendo hincapié en que antes los recursos fluían directamente a las instituciones y no había tanta pérdida de recursos que nutren la corrupción. A lo que se suma la opinión de uno de los integrantes de Junta Directiva del hospital: “Hoy con un gasto de salud colombiano que alcanza los 50 billones de pesos, se calcula que con 20 billones se manejaría un sistema de salud pública para los 46 millones de colombianos, hoy vivimos el festín de los negocios privados donde un medicamento lo han cobrado hasta 8.000 veces” (entrevista No. 7); además se plantea en otra entrevista que no se puede medir ambos Sistemas de Salud, el anterior y el actual de la misma forma ya que la cantidad de plata destinada a la salud en ambos momentos es abismalmente distinta y explica a su modo de entender cómo se genera parte de la crisis actual por la que atraviesan los hospitales:

“Lo otro era que de alguna manera los recursos fluían directamente a las instituciones y no había tanta pérdida con intermediarios, lo que no se ha dicho es que antes sí había baja cobertura era también porque había muy baja destinación económica para la salud. [...] Con seis billones de pesos lo que se hace en Colombia no es ni siquiera el 10% de todo lo que se pudiera hacer, por qué, porque es que la mayoría se queda en las arcas de la corrupción. [...] Terminamos por ejemplo; en los hospitales públicos haciéndole el trabajo o cubriéndole la espalda a los irresponsables. Entonces, por decir algo, los alcaldes [...] se gastan el dinero no digamos en qué, pero no hacen prevención y promoción [...] tampoco pagan las cuentas a los hospitales públicos por la atención de aquellos que presentan las enfermedades que se pudieran prevenir, que ellos tienen que atender, pero los

hospitales por obligación, por ley, por constitución, por todo, no pueden rechazar al enfermo.” (entrevista No. 1).

Sumado a lo anterior otra de las críticas fuertes que se hace a la ley 100 por parte de uno de los trabajadores es haber acabado el sistema de información en salud a nivel nacional, además de sustituir un sistema de salud al cual había que hacerle modificaciones pero que no estaba obsoleto, como se puede ver en palabras del trabajador:

“El sistema nacional de salud era un sistema que cuando lo borraron no era obsoleto para nada en comparación al actual de ley 100 tenía unas ventajas grandísimas, había que hacerle algunos cambios. [...] Y una de las cosas que más se perdió al borrar el Sistema Nacional de Salud fue la información en Colombia en este momento no existe información en salud que sea fidedigna [...] todo lo que diga el DANE en cuanto a información en salud es mentira por una sola razón, en este momento el país con ley 100 quedó atomizado, porque en cada institución encuentra información. Hay unos cuantos ítems en salud que son de obligatorio reporte a nivel nacional pero de resto no, por un lado y por otro lado la población en salud es itinerante por diferentes razones: si usted se cambia de empleador muchas veces el empleador por la dinámica de empresa o por la dinámica que lleva la cambia de EPS, si usted está desempleado durante dos años tiene derecho a SISBEN y en el momento que inclusive pasa una hoja de vida, le exigen que para pasar una hoja de vida, se afilie al contributivo, o un contrato de dos meses y ya le exigen una EPS. Entonces, usted sale de ese sistema de afiliación de SISBEN y pasa al de EPS, las EPS en general en cuanto a información, maquillan y desordenan todo por conveniencia económica.” (entrevista No. 1).

Para finalizar se aborda el tema financiero de los hospitales y la crisis económica que es con la que se justifican las reestructuraciones ejecutadas en el San Jorge, realizando un

saneamiento financiero debido a un déficit económico que buscó reducir costos, deteriorando las condiciones laborales de la mayoría de trabajadores del hospital, frente a lo que se expone en una de las entrevistas:

“Los hospitales porque por ley 100 fueron haciendo déficit, los hospitales para ir manejando el déficit [...] que le cuesta estar atendiendo gente por la cual nadie paga, entonces los hospitales fueron entre comillas reduciendo costos. [...] Básicamente dejar de atender, ir cerrando servicios por un lado, cuando ya esa medida no fue suficiente, entonces se fueron tercerizando, pagando menos entre comillas, pagando menos salarios a los trabajadores, disminuyendo el pasivo prestacional con los trabajadores para no tener obligación y poder entre comillas manejar el presupuesto. Eso ya ha tocado fondo también, o sea ya no hay de dónde recortar para seguir atendiendo la gente de gratis, por eso es que el sistema está colapsado económicamente a pesar de que el gobierno sigue girando todos esos millones, todo esos billones para la salud, o sea ya han robado tanto y quedaron tan mal acostumbrados a robar que no se dieron cuenta que los hospitales que eran los que les estaban soportando la irresponsabilidad ya no son capaces, entonces eso ya cayó.” (entrevista No. 1).

6. Conclusiones

1. Al pasar de un modelo fordista-keynesiano a un modelo flexible como es indicado por Beck, se empieza a tambalear pilares fundamentales del sistema anterior como la estandarización del contrato, el lugar y el tiempo de trabajo; Además el trabajo

especializado antes codiciado, empieza a bajar el estatus en medio de un exceso de especialistas, lo que hace que se acepten condiciones cada vez más precarias con tal de ingresar al mercado laboral, elementos que se evidencian en el hospital.

Tanto la flexibilización como la globalización afectan directamente no sólo la calidad del trabajo sino también la vida de la clase trabajadora y sus familias como es planteado por Castells y evidenciado en las diversas entrevistas realizadas en el trabajo. Señalando la importancia que empieza a tener en la actividad económica la realización de servicios en el caso de la salud sociales; lo que hace que cada vez se incrementen más las ventajas de la formación y se reduce la demanda de trabajadores de baja calidad.

2. El hospital Universitario San Jorge de Pereira ha tenido una larga trayectoria de formas de contratación, desde el alquiler de servicios, darlos en concesión, cooperativas de trabajo asociado, empresas de unión temporal, sociedad de acción simplificada, orden de prestación de servicios, empleados de planta oficiales y públicos; con los cuales se han presentado muchas inconsistencias en los contratos laborales, como la firma de contratos en blanco, sueldos que no representan la mitad de un salario mínimo y el despido inmediato a cualquier trabajador que busque mejores condiciones o simplemente muestre su inconformidad. Son algunas de las irregularidades que se han presentado.

Para entender el proceso de choque que genera en los trabajadores las nuevas condiciones de contratación es apto retomar a Bourdieu³⁸, quien señala la incapacidad de los agentes en adaptarse a determinados cambios, cuando van en contravía de los valores propios de una sociedad, los cuales pueden chocar en cualquier momento con los valores propios de una economía capitalista. De allí que antes de los cambios en las formas de contratación, el trabajador de la rama de salud se percibiera como algo dignificante y bien pago, lo que se refleja en un estatus social positivo; realidad que se ve destruida por la modernización que

³⁸ BOURDIEU, Pierre (2006).

introduce como prioridad una lógica de abaratar costos, peso que recae en la mano de obra, como se ha visto a lo largo del estudio.

Debido a lo anterior, se puede ir generando un cambio paulatino de un buen estatus social a una visión de un trabajo cada vez menos deseado socialmente, replanteando los valores al rededor de los empleados de salud, por nuevos valores, de allí que Bourdieu indique que: *“el cuerpo socialmente objetivado es un producto social”* (Bourdieu, 1982:52).

3. Si bien han desaparecido las cooperativas de trabajo asociado en el hospital desde el 2012 la modalidad de tercerización no se ha eliminado, sino que pasó a ser reemplazada por las empresas de unión temporal, las cuales mejoran un poco el salario, el pago de recargos nocturnos, dominicales y festivos aunque siguen siendo muy precarios ya que una auxiliar de enfermería contratada por esta modalidad gana menos que un empleado de servicios generales contratado por el hospital. En la mayoría de casos las empresas temporales son las mismas cooperativas que cambiaron de razón social y continúan violando los derechos de los trabajadores e incumpliendo las normas del Código Sustantivo del Trabajo que las rige; siendo esta modalidad la que concentra la mayor parte de los trabajadores del hospital.

Dentro de las irregularidades que se evidencian con las empresas temporales esta la falta de claridad en los contratos, ante todo en la fecha de caducidad que es puesta a conveniencia del contratista, lo que se asimila a la firma de un contrato en blanco o por lo menos donde no se pone la fecha y se llena como indique a la empresa, presentándolo como una renuncia voluntaria del empleado que debe firmar para que se de el pago de la liquidación y tener un comportamiento «positivo» ante la empresa, lo que es contraproducente para el nivel de organización voluntaria de los trabajadores.

4. Frente a está situación se evidencia un silencio de los organismos estatales encargados de regular las empresas externas que contratan con una empresa del Estado durante estos años, lo que puede como hipótesis tener un vínculo con la clase política departamental y

nacional, en medio de lo que algunos empleados denominan como el fortín político, que se resume en dar un empleo a cambio de lo que pida cada uno en su momento y a conveniencia personal.

Por otra parte la reacción actual de ambos Ministerios como representantes del Estado puede verse ligada a la firma del Tratado de Libre Comercio entre Colombia y Estados Unidos, cuyas exigencias presentadas por los sindicatos norteamericanos incluyen acabar la tercerización en Colombia, ya que representa una mano de obra sumamente económica frente a la cual tendrían que entrar a competir, como una de las muchas razones que de allí se pueda desprender.

5. El contrato por orden de prestación de servicio ofrece un salario integral a los empleados que satisface al trabajador permitiendo negociar salarios que oscilan entre los \$2'500.000 y \$25.000.000 que comparados con \$3.600.000 que gana un médico especialista de planta, pone en duda la gestión financiera del hospital intentando ahorrar costos y abre el interrogante si es una figura privilegiada y elegida desde la administración. Además de los costos que representó para el hospital el reintegro de cada uno de los empleados cabezas de hogar y con fuero sindical, presupuesto que es económico si se compara con las demandas que como consecuencia de la reestructuración debe pagar la E.S.E.

La satisfacción de quienes trabajan por OPS respecto a su contrato laboral, hace que tengan una opinión distinta a la que tiene el resto de empleados de otras modalidades de contratación frente a los cambios dados en la institución, viendo como un retroceso volver solo a trabajadores de carrera administrativa dentro del hospital.

6. La estabilidad laboral es un punto de convergencia de todos los trabajadores, independiente de la forma de contratación, quienes la ven ausente por diversos motivos: los empleados oficiales están siempre inseguros con la cláusula de reserva 2127 que permite al

empleador despedirlos de forma unilateral; los empleados públicos indican que los bajos salarios no les permite tener una estabilidad económica. El resto de trabajadores contratados bajo otras modalidades ven la inseguridad laboral ante todo en la inestabilidad de la continuidad en los puestos de trabajo, firmando contratos laborales por los meses que les propongan, no siendo superiores a doce meses.

La inestabilidad laboral que siente cada trabajador genera diversas consecuencias, en algunos casos se eleva el nivel de trabajo al máximo sacrificando espacios necesarios para la estabilidad del trabajador como el espacio de la familia o los amigos. Sin dar el tiempo de reposo necesario al cuerpo y la mente para posteriormente hacer trabajos tan delicados como una cirugía en un hospital de mediana y alta complejidad como es el caso de la E.S.E.

7. La sobrecarga laboral que debieron soportar los trabajadores de la salud porque debieron ampliar sus jornadas, o bien porque debieron “ampliar su producción” en la misma jornada laboral; y en muchos casos conseguir trabajos adicionales para poder compensar el salario, generó en muchos casos lo que Weber llamó “*fatiga objetiva*”, es decir, un agotamiento fisiológico producido por una acción real llevada a cabo de forma continua por una persona, o en palabras más sencillas “*fatiga debida al trabajo*”.

Acá se debe tener en cuenta los dos tipos de trabajadores del HUSJ, a saber, aquellos cuya actividad estaba relacionada directamente con el ejercicio de la salud y aquellos cuya actividad estaba relacionada con el mantenimiento estructural del Hospital, ya que para los dos casos se pudo presentar la “fatiga objetiva” en tanto que “*la fatiga producida por el trabajo, incluso en tareas puramente corporales, trasciende el ámbito de la actividad del organismo puesta directamente en funcionamiento, precisamente porque siempre interviene el sistema nervioso central, y que cuanto más interviene, más mental es la actividad, es decir, que absorbe especialmente funciones del sistema nervioso central*”³⁹. Retomamos

³⁹ Weber, Max: 1994. Página 85

esto para concluir que el HUSJ, a parte de todos los inconvenientes estructurales, debió afrontar una crisis en la calidad de sus servicios debido a condiciones objetivas de precariedad laboral de sus trabajadores, la cual quedó sustentada en las entrevistas plasmadas al largo del texto.

8. Al observar la capacitación del personal se encontró que el hospital maneja un rubro destinado a cursos del personal de planta, que por diversos motivos no cumplen este fin, sino que la formación se redirecciona a contratistas como el caso de los profesionales vinculados por Orden de Prestación de Servicios quienes manifiestan recibir capacitación constante por parte del hospital. Además se observa que antes de la reestructuración la capacitación a los trabajadores de planta era de muy buena calidad, lo que hizo que representara una pérdida para la institución y en muchos casos para el país en saber acumulado, los despidos, ya que muchos profesionales asumieron migrar a otros países buscando nuevas oportunidades.

Punto donde se logra ubicar un avance entre la empresa temporal que brinda a sus empleados algunos cursos de capacitación, lo que difícilmente hacía una cooperativa; siendo preocupante que ninguno de los entrevistados indique haber recibido formación relevante para su vida después del ingreso al hospital, exceptuando uno que estudia una profesión distinta, buscando dejar el empleo actual.

9. Se encontró que el bienestar social se ha venido modificando en el marco de las reestructuraciones realizadas en el hospital, rompiendo el vínculo que logró existir entre la familia del trabajador y la institución, en medio de un desmonte de los beneficios dados a los trabajadores y sus familias como la recreación de sus hijos en vacaciones, el festejo de determinadas fechas importantes, los diversos subsidios etc., manejados por un comité que desapareció -COBIESO-, encargado a la vez del control y la mejora de las enfermedades del personal de planta. Este deterioro puede asociarse con el debilitamiento del

sindicalismo dentro del hospital, que en la actualidad intenta recuperarse, abanderando una lucha por recomponer el bienestar social del trabajador y su familia por medio de las Negociaciones Colectivas de Trabajo. A la vez, se identificó que cualquier beneficio social desaparece por completo en cualquier otra forma de contratación que no esté en carrera administrativa.

Teniendo en cuenta el concepto de “racionalidad formal” en Weber, podemos decir que las empresas públicas en Colombia, particularmente las relacionadas con el campo de la salud, entraron en la lógica del capitalismo competitivo a partir del cambio de paradigma que se generó a principios de la década del 90 del siglo XX⁴⁰ en cuanto a la concepción de un nuevo tipo de Estado abierto a las nuevas leyes de la economía y el abandono progresivo del Estado de Bienestar.

Si bien Weber habría dicho que *“además de otros factores, las abundantes tareas de la llamada “política de bienestar social” se cumplen fundamentalmente en el sentido de la burocratización, ya que esas tareas en parte son impuestas al Estado por grupos de interés y en parte el Estado las usurpa por razones de política de poder o por motivos ideológicos”*⁴¹, vemos acá un cambio en el cumplimiento de esas políticas de “bienestar social” ya que es el Estado el que entrega las instituciones que cumplen esa función a las lógicas del capital privado que funcionan bajo el modelo de “racionalidad formal”, y en ese sentido, como lo vimos en la E.S.E., H.U.S.J. se llega al despido masivo de los trabajadores con el fin de nivelar financieramente a la institución a un presupuesto determinado por reglas técnicas, desconociendo las necesidades de funcionamiento y mucho más, las necesidades humanas de los pacientes. Weber dirá, con razón que *“Naturalmente que esas tareas están, en gran medida, económicamente determinadas”*

⁴⁰ Esto quiere decir que se materializó para esas fechas a partir de la nueva constitución y la apertura del neoliberalismo en nuestro país.

⁴¹ Weber, Max: 2000. Página 45

10. Respecto a las prestaciones sociales se ubicó que los únicos que deben pagar sus propias prestaciones son quienes están bajo la modalidad de OPS, ya que cuentan con un salario integral; teniendo que pagar por obligación las más importantes como salud, pensión, ARP, y quedando a su libertad la decisión de ahorrar para prima de vacaciones, mitad de año entre otras prestaciones. Lo anterior no se ve de forma negativa por parte de quienes se vinculan por medio de OPS debido a que en algunos casos que se describieron, aun descontando estas prestaciones están mejor pagados que el resto de trabajadores.

De todos los contratistas quien mejor paga las prestaciones es el hospital, siendo más beneficiados los trabajadores de planta más antiguos, o sea los que empezaron a trabajar antes de 1997 y no se cambiaron a un fondo de pensión privado, ya que en el momento sólo ellos reciben intereses de cesantías. Aun así el hospital ha venido desmontando una cantidad de primas nacionales que daba anteriormente, lo que generó una serie de demandas que hoy salen a favor de los trabajadores y nuevamente los «ahorros» proyectados por una serie de especialistas ponen en aprietos económicos al hospital. Hallando que el salario del hospital es muy bajo respecto al resto de trabajadores de salud en la región, lo que se debe a que se hicieron aumentos en algunos años basados en el IPC, lo que indica que solo revalorizó el sueldo que ganaba cada trabajador y no se dio un aumento real. Encontrando que en la mayoría de casos las personas que fueron reestructuradas ganan un salario más bajo en la actualidad que siete, ocho, catorce años antes, cuando eran trabajadores de planta; llegando en varios casos a la conclusión de trabajar para seguir existiendo, pero no para disfrutar de la vida y de cualquier gusto que vaya más allá de cubrir sus necesidades básicas.

11. Se encontró un deterioro del sindicalismo dentro del hospital después del proceso de reestructuración que acabó numerosos sindicatos y redujo los que quedaron casi a la desaparición, no sólo por el despido de sus integrantes, sino por la prohibición de sindicalizarse que impuso las CTA. Observando un cambio en el discurso desde el 2012 que

generó la creación de un sindicato para los tercerizados cuyo objetivo era realizar Contratos Sindicales y de esta manera mantener viva la tercerización, frente a lo cual son los Ministerio de Trabajo y Salud los que no estuvieron de acuerdo, ya que se sostendrán las demandas a los hospitales y sus Juntas Directivas.

Lo anterior permite ver una de las transformaciones que se han dado en el sindicalismo dentro del hospital, pasando de defender a los trabajadores a usarlos y someterlos para el beneficio de unos pocos. En la misma línea se identifica que los trabajadores particularmente los oficiales se sindicalizan no como una opción política consciente, sino como única salida para sostener el puesto de trabajo, sin que la sindicalización influya en su nivel de politización. Lo que muestra las mutaciones del sindicalismo, incluso en algunos casos modificando sus propias normas y esquemas debido a la represión, escondiendo el nombre de sus afiliados ante la institución para ir reuniendo trabajadores sin que se puedan tomar represalias.

El debilitamiento causado a las estructuras organizativas de los trabajadores puede entenderse bajo la importancia que tiene el ser colectivo para Bourdieu; donde lo social existe por partida doble; desde las estructuras que dan un marco global como la ley 100 que abre el camino a la tercerización laboral y los individuos que se desenvuelven en medio de las posibilidades objetivas que crean las instituciones, generando las disposiciones que se van adquiriendo en la vida, hablando de este doble juego el sociólogo dice: *“el cuerpo está en el mundo social, pero el mundo social está en el cuerpo.”*⁴².

El autor propone el concepto de habitus, donde el actor tiene la posibilidad de tomar posición como parte de un medio social, crear y elegir, no como un actor sólo y trascendental, sino colectivo que puede lograr una anticipación a las posibilidades existentes, debido a la adquisición del conocimiento práctico del contexto en el que habita.

⁴² Bourdieu. 1999: 199
131

*Este juego doble en lo social permite que se institucionalice una creencia, una posición política, para lo cual se construye un conjunto de normas hacia los trabajadores, que constituyen lo que Bourdieu denomina el poder simbólico, fuerzas dominantes que buscan esconder la relación de dominación capital-trabajo convirtiendo al trabajador en un elemento más del mercado y neutralizándolo, debilitándolo como colectivo para minimizar sus aspiraciones a transformar la relación de poder que degrada sus condiciones laborales.*⁴³

12. Se encontró que el horario laboral varía dependiendo del tipo de contrato; un trabajador de planta debe hacer 176 horas mensuales, mientras un trabajador tercerizado realiza 204 horas al mes, a lo que no se suma una hora de más que se va en entrega de turno. Existiendo empresas que funcionan dentro del hospital y dan un pago económico por cada hora extra, haciendo que pasen de 204 horas mensuales lo que genera jornadas laborales demasiado extensas. A la vez, los trabajadores que tienen un mayor dominio de sus jornadas de trabajo son los contratados por OPS.

13. Dentro de los cambios que se dieron con la reestructuración se encuentra la rotación del personal por diversos servicios, haciendo que personal especializado en el manejo de determinados pacientes abandonen las salas, sin transmitir los conocimientos a quien llega. Otra consecuencia de la rotación constante del personal ante todo tercerizado que pasa no sólo de un servicio a otro, sino también de una clínica a otra, es la dificultad para crear un sentido de pertenencia por la institución, sin alcanzar a crear lazos de compañerismo y mucho menos un nivel de organización del trabajador.

14. Después de las reestructuraciones se observa un desorden interno de la institución, al punto de no tener claridad frente a la cantidad de cooperativas o temporales que han existido, las condiciones laborales de quienes contratan, perdiendo la cuenta de quiénes son

⁴³ Bourdieu: 1999

los empleados hoy del hospital, debido a que está entrando y saliendo personal a trabajar que puede volver en otro momento o tal vez no.

15. La ley 100 y todo el proceso de reestructuración en el HUSJ se da, indudablemente, bajo la lógica del neoliberalismo y de las leyes del mercado. Esto no excluye la burocratización de las instituciones públicas pero si le da un sentido particular a ese proceso y es lo que Weber llama “Ventajas Técnicas de la Organización Burocrática”. Una de esas ventajas la describe este autor de la siguiente manera: “*La resolución "objetiva" de los asuntos presupone primeramente una resolución conforme a normas calculadas y "sin tomar en cuenta a las personas"*”. No siendo suficiente esto, continua: ” *"Sin tomar en cuenta a las personas" es, también, la consigna del "mercado" y, generalmente, de toda consecución de intereses exclusivamente económicos*”⁴⁴. Estas normas calculadas son notorias en todo el proceso de reestructuración:

El despido masivo de gran parte del personal que laboraba en el Hospital ya que el rubro por pago de nómina era el más alto que debía costear la institución. La lógica económica se impuso “sin tomar en cuenta a las personas”, como a las madres cabeza de familia, incluso sin tomar en cuenta las normas de la convención colectiva al despedir a trabajadores con fuero sindical.

Lo anterior implicó la deficiencia en la atención y procedimientos a los pacientes que se vieron totalmente perjudicados por la consecución de decisiones guiadas por la lógica económica a punto de poner en riesgo sus vidas o, como en el caso descrito de los niños muertos en las salas de pediatría, pagando con sus vidas.

Weber continua con su argumento respecto de la “norma calculada”, con lo cual sentencia lo sucedido en el HUSJ: “*Su índole peculiar (la de la burocracia), bien recibida por el capitalismo, evoluciona tanto más perfectamente cuanto más se "deshumanice" la*

⁴⁴ Weber: 2000, Página 50, 51

burocracia, cuanto más acabadamente logra despojar a los asuntos oficiales del amor, el odio y demás factores personales, irracionales y emocionales que escapan a todo cálculo”⁴⁵. Sin embargo debemos decir que los beneficios económicos para el HUSJ son cuestionables, por no decir que no fueron tales, debido a los errores administrativos que debieron ser resarcidos económicamente y con la recontractación de parte del personal despedido en un inicio.

16. Las funciones de cada uno de los trabajadores del hospital son muy diversas incluso teniendo el mismo cargo pueden variar dependiendo del servicio, además no solo se encuentran trabajadores de salud, sino también de mantenimiento y vigilancia de la institución, lo que hace que exista una interdependencia fuerte y una comunicación constante que se ha visto afectada por las diferencias en las condiciones laborales. Estas malas relaciones debido a las diferencias laborales entre unos y otros, no se presentaban antes del proceso de reestructuración ya que todos eran trabajadores de planta.

En medio de los conflictos que se generan se puede ver las exigencias de quienes indican que quien gana más trabaje más, mostrando las inconformidades con quien tiene mejores condiciones laborales y no con quien le paga. Estos conflictos generan que la comunicación entre quienes tienen diferencias laborales se merme y se desconozcan las recomendaciones positivas que dan unos u otros, haciendo uso del poder que se puede tener, pero ante todo en detrimento de la institución y los usuarios. Es importante resaltar que la tercerización permite que el trato a quien trabaja en esta modalidad se pueda ir degradando bajo la premisa de ser una persona inestable que puede ser despedida en cualquier momento y bajo una mentalidad de tener que soportar cualquier situación.

17. Después de 14 años de la primera de una serie de reestructuraciones dentro del hospital, vuelve a discutirse en Junta Directiva la necesidad de contratar el personal misional de la institución por medio de un contrato de planta transitorio llegando a aprobarlo en el presupuesto financiero del segundo semestre del 2014. Debido a la normatividad vigente

⁴⁵ Weber: 2000, Página 51, 52.

que exige esta medida desde el 2009 con la sentencia C-614 de la Corte Constitucional, la cual es reforzada con la ley 1610 del 2013 y la resolución número 321 de este mismo año, la que consiste en obligar a suscribir acuerdos de formalización laboral tanto a empleadores públicos como privados.

El hospital ha dado una vuelta de 360°, intentando abrir servicios que había dejado de brindar, buscando contratar especialistas que ya no tenía, intentado en últimas regresar al estado en el que se encontraba antes de aplicar el proceso de modernización de la E.S.E., lo que lleva a cuestionar cuáles fueron las razones reales de los procesos de modernización de las entidades de salud públicas; si no eran para avanzar y mejorar.

18. Los trabajadores del hospital y en general de la salud se encuentran en una situación de incertidumbre como causa de un modelo económico que se desarrolla en un proceso ascendente de competencias de mercado de capitales, en donde la salud y la vida se convierten en un bien más de comercialización, que muestra resultados de exclusión en la accesibilidad y cobertura de servicios, en medio de una miseria generalizada, de desigualdades económicas y de oportunidades.

8. Bibliografía

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS. (2012). La cartera hospitalaria sigue creciendo, ya supera los 4 billones de pesos. Recuperado de www.achc.org.co.

ASTARISTA, R. (2008). Crítica de la tesis de la financiarización. Recuperado de www.rolandoastarita.com.

BANCO MUNDIAL. (1993). Informa sobre el desarrollo mundial 1993, invertir en salud. Documento Técnico. Recuperado de www.bancomundial.org.

- BANCO MUNDIAL. (2012). Gasto en salud, total (% del PIB). Documento Técnico. Recuperado de www.bancomundial.org.
- BECK, U. (1998). “la desestandarización del proceso productivo”. En: La sociedad del riesgo, hacia una nueva modernidad. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- BOURDIEU, P. (1979). Los tres estados del capital cultural. Recuperado de www.sociologiac.net.
- BOURDIEU, P. (1991). El sentido práctico. Madrid. Ediciones Taurus.
- BOURDIEU, P. (1999). Meditaciones pascalianas. Barcelona. Anagrama.
- BOURDIEU, P. (1999). Intelectuales, política y poder. Buenos Aires. Eudeba.
- BOURDIEU, P. (2006). Argelia 60. Estructuras económicas y estructuras temporales. Buenos Aires. Siglo veintiuno editores.
- CÁMARA DE COMERCIO DE CALI. (2008). Sociedad por acción simplificada. Recuperado de www.ccc.org.co.
- CANO, Luisa F. (2008). “La participación ciudadana en las Políticas Públicas de la lucha contra la corrupción: respondiendo a la lógica de gobernanza”. Medellín. Estudios Políticos, No.33

CASTELLS, M. (1999): “La transformación del trabajo y el empleo: trabajadores en red, desempleados y trabajadores a tiempo flexible”. En: La era de la información: economía, sociedad y cultura. La sociedad red. México: Siglo Veintiuno Editores.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. (2005): El impacto de las reformas de salud en los principios de seguridad social. Recuperado de www.eclac.org.

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA, Artículo 25.

CORLAT, B. (1982). El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, fordismo y la producción en masa. México. Siglo XXI Editores.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA (2009). Sentencia C-614 “Contrato de prestación de servicios”. Recuperado de www.corteconstitucional.gov.co.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2011). Realidad de la tutela en salud en Colombia – estadísticas 2010. Recuperado de www.actualisalud.com.

DUARTE, Jesús (2003). Clientelismo: conceptualización y su aplicación al caso colombiano, Educación Pública y clientelismo en Colombia. Medellín Universidad de Antioquia.

DURAND, P. (2011). “De la calificación a las competencias evaluación de los comportamientos”. En: La cadena invisible, flujo tenso y servidumbre voluntaria. México. Fondo de Cultura Económica.

ESPING-ANDERSEN, G. (2000). “La nueva economía política”. En: Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Barcelona. Editorial Ariel, S.A.

FARNE, S. (2008). Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia: balance de la política gubernamental, 2002-2007. *Revista de Economía Institucional*, Vol.10, No. 18, Primer semestre. Pp.261-285.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE. (2012). Código de buen gobierno. Recuperado de www.husj.gov.co.

KRUGMAN, P. (12 de febrero de 2013). La austeridad puede ser un desastre. *El País*. Recuperado de www.blogs.elpais.com.

LA LUCIÉRNAGA (agosto 26 de 2013). “Serio riesgo de cierre en varios hospitales del país”. Recuperado de www.caracol.com.

LEY 50 DE 1990. “Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones”. Congreso de la República de Colombia.

LEY 79 DE 1988, “Por la cual se actualiza la legislación Cooperativa”. Congreso de la República de Colombia.

LEY 100 DE 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Congreso de la República de Colombia.

LEY 789 DE 2002. “Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.” Congreso de la República de Colombia.

LEY 790 DE 2002. “Por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al Presidente de la República”. *Recuperado de* Congreso de la República de Colombia.

MARTÍNEZ, L. (2010). Planes de Desarrollo, derechos humanos y exclusión Risaralda 1997-2007. Colombia. Editorial Nuevo Milenio.

MEJÍA, C. (2011). Un estudio de caso de la gestión de la fuerza laboral en la industria farmacéutica del Valle del Cauca. Universidad del Valle.

OBSERVATORIO DE COYUNTURA SOCIO-ECONÓMICA. (2000). Estabilidad y flexibilidad del empleo en la década del noventa. OCSE, No.5 Universidad Nacional de Colombia.

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, Nodo del Sur Occidente (2006). Relaciones Laborales en el sector salud, el sistema general de seguridad social en salud de Colombia: el caso de la ciudad de Cali. Recuperado de www.salud.univalle.edu.co.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (2012a). Para recuperarse de una segunda caída del empleo. Recuperado de www.ilo.org.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (2012b). Informe sobre el trabajo en el mundo 2012. Mejores empleos para una economía mejor. Recuperado de www.ilo.org.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). La atención primaria en salud, más necesaria que nunca. Recuperado de www.who.int.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). Análisis Comparativo en Rss. Análisis de las reformas del sector salud en los países en la región andina. Recuperado de www.new.paho.org.

PAUL, K. (16/04/2013). “La política única no es buena para nadie”. El País de España.

PROYECTO DE LEY 061 DE 2007. “Por la cual se modifica el Decreto 2127 de 1945 – reglamentario de la Ley 6a de 1945 – y la Ley 64 de 1946, en lo relativo a la indemnización por despido sin justa causa para los trabajadores oficiales”. Congreso de la República de Colombia.

SENNETT, R. (2000). La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama.

RAMIÓ, M. (2001). “los problemas de la implementación de la nueva gestión pública en las administraciones publicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional”, Venezuela. Revista del CLAD Reforma y democracia No. 21.

URREA, F. (2007). La Rápida Expansión de las Cooperativas de Trabajo Asociado en Colombia. Sus principales tendencias y su papel en algunos sectores económicos. Documento No. 65 Escuela Nacional Sindical. Recuperado de www.ens.org.co.

URREA, F. (2010). Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia como modelo de desregulación laboral. De la Garza, E. y Neffa, J. (Comps.), Trabajo, Identidad y Acción Colectiva (pp. 287-314). Clacso. México: Plaza y Valdés.

VEGA, R. (2013). Nueva Propuesta del Gobierno de Reforma a la Salud Profundiza el Negocio de la Salud. Recuperado de www.med-informatica.net.

WEBER, Max (1924). Sociología del Trabajo Industrial: “Fatiga y Descanso”; edición en español 1994 (ediciones en alemán 1924, 1988). Madrid. Ediciones Trotta.

WEBER, Max (1964). “Economía y Sociedad, Esbozo de sociología comprensiva”. México. Fondo de Cultura Económica, 2ª Edición.

WEBER, Max (2000). ¿Qué es la Burocracia?. Madrid. Ediciones Trotta.

OTRA DOCUMENTACIÓN: FUENTES ORALES Y ESCRITAS

ENTREVISTAS:

Las entrevistas se numeraron de forma aleatoria y se decidió no poner el nombre de los entrevistados.

Entrevista # 1: Médico cirujano general que labora en el servicio de urgencias, vinculado por primera vez al hospital en 1991 como interno (estudiante). Está vinculado por medio de un contrato a término indefinido como empleado público. En el momento en que se realiza la entrevista el 3 de mayo de 2013 el especialista contaba con tres empleos diferentes.

Entrevista # 2: Auxiliar de enfermería del servicio de maternidad hasta el año 2005 que salió en una reestructuración, rotando por diversos servicios y formas de contratación. En el momento de la entrevista 6 de junio de 2013 tenía un contrato por medio de una empresa temporal y se encontraba en urgencias pediátrica.

Entrevista # 3: Técnico electricista, vinculado a la institución desde 1997 como empleado oficial. La entrevista se realizó el 10 de mayo de 2013 momento en que el trabajador es presidente de uno de los sindicatos existentes en el hospital.

Entrevista # 4: Médico especialista en salud ocupacional y gerencia, actualmente coordinador del servicio de urgencias, aunque ha rotado por diversos servicios como materno infantil, medicina del adulto, auditando cuentas, etc. Fue despedido debido al proceso de modernización de la ESE en 2004 y los últimos 6 años ha estado contratado por medio de una OPS. La entrevista se realizó el 21 de mayo de 2013.

Entrevista # 5: Licenciada en enfermería vinculada al hospital desde 1983 y despedida en 2006, posteriormente fundadora de una de las cooperativas que funcionaron en el hospital hasta el 2012. En el momento de la entrevista el 17 de mayo de 2013 tenía un contrato de OPS.

Entrevista # 6: Auxiliar de enfermería despedido en la reestructuración del 2006, quien ha tenido diversas formas de contratación. Actualmente trabaja con una de las empresas que alquilan instalaciones en el hospital, le vende los servicios que requiere la ESE y entrega un porcentaje de las ganancias al San Jorge. La entrevista se realizó el 28 de mayo de 2013.

Entrevista # 7: Miembro de Junta Directiva del H.U.S.J. desde el año 2000 hasta la actualidad, presidente de la Asociación de Usuarios de la Salud del Risaralda -ASUR-, miembro del COPACO de Pereira.

ACTAS DE JUNTA DIRECTIVA

Junta Directiva H.U.S.J. Acta 058/10/jun/99

Junta Directiva H.U.S.J. Acta 063/10/sep/99

Junta Directiva H.U.S.J. Acta 064/13/oct/99

Junta Directiva H.U.S.J. Acta 073/08/jun/00

Junta Directiva H.U.S.J. Acta 080/13/dic/00
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 098/09/abr/02
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 107/05/nov/02
Junta Directiva HUSJ. Acta 137/16/jun/04
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 184/15/abr/05
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 153/18/ago/05
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 156/31/oct/05
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 157/28/nov/05
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 159/28/dic/05
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 160/30/ene/06
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 168/28/jul/06
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 186/30/jul/07
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 187/27/Ago/07
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 188/24/sep/07
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 189/29/oct/07
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 194/12/mar/08
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 205/01/dic/08
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 004/05/abr/11
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 006/16/jun/11
Junta Directiva del H.U.S.J. Acta 186/09/Ago/11
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 02/17/feb/12
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 04/27/mar/12
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 014/27/sep/12
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 201/28/sep/12
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 15/06/dic/12
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 01/18/ene/13
Junta Directiva H.U.S.J. Acta 04/2013
Informe ejecutivo de Revisoria Fiscal E.S.E H.U.S.J., diciembre de 2009