



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

De la profesión liberal al trabajo explotado

Adriana Mercedes Ardila Sierra

Universidad Nacional de Colombia
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia

2016

Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

De la profesión liberal al trabajo explotado

Adriana Mercedes Ardila Sierra

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctora en Salud Pública

Director:

Doctor César Ernesto Abadía Barrero. PhD en Antropología Médica

Codirector:

Doctor Mario Esteban Hernández Álvarez. PhD en Historia

Línea de Investigación:

Violencias del capitalismo

Grupo de Investigación:

Antropología Médica Crítica

Universidad Nacional de Colombia

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2016

*Purgar los textos marxistas de las bibliotecas
médicas no nos libró de la explotación; seguir
haciéndolo no nos libraré de la proletarización.*

La autora.

Agradecimientos

Mi agradecimiento más sentido a César Abadía, mi director y amigo, quien con paciencia y perseverancia me ayudó a descubrir que siempre fui marxista pero no lo sabía. César ha sido apoyo, comprensión, reflexión y ejemplo. De igual manera agradezco a Mario Hernández, mi profesor desde hace más de dos décadas y quien me invitó a incursionar en este Doctorado manteniendo siempre su mano abierta y su atenta escucha pese a mi fuga constante hacia las geografías antropológicas.

A Estefanía, mi hija, porque aunque no podía explicar en el colegio a qué se dedicaba su mamá, me acompañó optimista y amorosa.

A Liliana, amiga, cómplice y colega con quien estudiamos por igual a Harvey y al desamor. A mi amigo Marco por los almuerzos en que nos hicimos más amigos y más marxistas. A las amigas y amigos de los grupos de investigación en Antropología Médica Crítica, Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social de la Universidad Nacional y Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario.

A mis amadas hermanas, siempre listas a leer y comprender mis desarrollos y a abrazarme en los días de crisis. Y a mis padres por confiar en la promesa de que habría vida después de la Medicina.

A mi adorada Universidad Nacional que me acoge con cariño desde antes de nacer. A Colciencias por el soporte financiero a través de la Convocatoria 510. A la Biblioteca Luis Ángel Arango por darme acceso a sus servicios para investigadores. A la Universidad del Rosario y dentro de ella muy especialmente al doctor Emilio Quevedo Vélez por sus generosas enseñanzas durante mi pasantía.

Al Doctorado en Salud Pública. A mis profesores, compañeros de cohorte y a quienes siendo de otras cohortes confiaron en mi cuando debuté como representante estudiantil. A Teodolinda, Gloria, Pablo y Patricia.

A Eduardo Díaz Amado y demás amigos del Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana por acoger este trabajo en sus foros anuales. A las y los antropólogos que nutrieron mis primeras aproximaciones a la noción de despojo dentro del XIV Congreso de Antropología en la Universidad de Antioquia. A la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, por permitirme poner a prueba avances sobre la misma noción y sobre violencias del capitalismo, durante el encuentro del 2012 en Montevideo.

A Leonardo García Rojas por invitarme a divulgar reflexiones en el programa radial Monitor de la Salud, de Todelar, y en reuniones del Colegio Médico de Cundinamarca y de la Federación Médica Colombiana, donde recibí sugerencias para el trabajo político futuro, las cuales también agradezco.

A las profesoras Ana María Medina, de la Universidad Javeriana; Sara Fernández, de la Universidad de Antioquia; John Harold Estrada, de la Universidad Nacional; y Renán Vega, de la Universidad Pedagógica, por sus orientaciones como jurados del proyecto y el examen de calificación. Al profesor Jairo Estrada por sus enseñanzas acerca de las crisis del capital y por invitarme a divulgar avances en las revistas Espacio Crítico e Izquierda. Al profesor Jairo Luna y a todo el equipo de trabajo de adaptación de la encuesta CoPsoQ-istas 21 a Colombia.

A las y los colegas con quienes dialogamos y reflexionamos durante el trabajo de campo. Y a quienes nos presentaron; especialmente Leonardo Morales y Alejandra Chacón.

A las demás amigas y amigos con quienes hemos soñado un mundo mejor.

Resumen

Con esta incursión etnográfica al trabajo médico general en Colombia se buscó comprender por qué y cómo se transforma ese trabajo en el momento neoliberal actual y cuáles son las implicaciones de esa transformación para la vida, la salud y el bienestar. Explotación, subsunción, despojo y la configuración de este trabajo como campo de violencia sanitaria neoliberal, hacen parte de los resultados conceptuales a los que se arribó luego de una aproximación a la experiencia de médicas y médicos generales con quienes se realizaron entrevistas semiestructuradas a través de las cuales se construyó un dialogo de reflexividades, interpretaciones y abstracciones teóricas. Al cierre se proponen rutas de praxis política, académica e investigativa.

Palabras clave: neoliberalismo, condiciones de trabajo, atención médica, relaciones médico-paciente, explotación, despojo, violencia estructural.

Abstract

With this ethnographic approach to physicians' labor in Colombia we sought to understand why and how their working conditions are transformed in the current neoliberal moment, and the implications of that transformation for life, health and wellness. Exploitation, subsumption, dispossession, and the configuration of this work as a field of neoliberal healthcare violence are part of the conceptual results that were found through an approach to the experience of general practitioners with whom semi-structured interviews were conducted. A dialogue between reflexivity, interpretation and theoretical abstraction was built. In the end some paths for political, academic and research praxis are proposed.

Keywords: Neoliberalism, Working Conditions, Clinical Medicine, Physician-Patient Relations, Exploitation, Dispossession, Structural Violence.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO.....	4
1.1 La Antropología Médica Crítica como puerta de entrada	5
1.2 La impronta neoliberal como elemento a rastrear	7
1.3 El trabajo médico como campo de estudio	16
1.4 La violencia estructural como lugar de llegada	21
2. METODOLOGÍA	25
2.1 La población	26
2.2 Las entrevistas	27
2.3 Otras estrategias de indagación y contrastación	30
2.4 El análisis y la escritura entretejida	30
3. DE PROFESIÓN LIBERAL A TRABAJO EXPLOTADO	37
3.1 Pasado y presente de un trabajo indirectamente productivo	40
3.2 De productividad indirecta a directa	47
3.3 Productividad directa.....	68
3.4 Financiarización	85
4. DESPOJO EXPEDITO	92
4.1 Despojo de los medios de producción	94
4.2 Despojo de la protección social	95
4.3 Despojo de la autonomía.....	98
4.4 Despojo del valor de la calificación de la fuerza de trabajo	100
4.5 Despojo del capital simbólico.....	101
4.6 Despojo de la intimidad	102
4.7 Despojo de la razón de ser del acto médico	103
4.8 Algunas resistencias frente al despojo	104
5. TRABAJO MÉDICO COMO CAMPO DE VIOLENCIA SANITARIA NEOLIBERAL	109
5.1 Procesos fragmentados, pacientes sin dolientes	109
5.2 Médicos explotados, pacientes sin dolientes.	111
5.3 Medicina en ámbitos privados ¿durmiendo con el enemigo?	113
5.4 Relación y antagonismo médico-paciente	115
5.5 Regresando a la historia natural de las enfermedades.....	117
5.6 El ocaso de la revisión por sistemas	118
5.7 Médicos explotados, médicos en desgaste	119
5.8 Desperdicio vs. Homicidio laboral	120
6. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES	123
6.1 Conclusiones.....	123
6.2 Reflexiones para continuar	127
BIBLIOGRAFÍA.....	131

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1-1. Resumen del pensamiento y praxis neoliberal en general y en salud en Colombia.....	14
Tabla 2-1 Entrevistas citadas	31
Tabla 3-1. Distribución de los empleadores del Sistema Nacional de Salud. Colombia, 1977.....	51
Tabla 3-2. Indicador de extensión de la jornada institucional médica de trabajo (EJI) para médicos generales. Colombia, 1976 – 2000.	52
Tabla 3-3. Médicos contratados, tiempos completos contratados y EJI en los diferentes sectores del SNS. Colombia, 1985.....	53
Tabla 3-4. Tiempos completos equivalentes (TCE) en planta y por contrato en el sector oficial del SGSSS. Colombia, 1994-1998.....	56
Tabla 3-5. Tasas máximas, mínimas y totales de médicos por 10.000 habitantes según estudios oficiales de recursos humanos. Colombia, 1965-1997.....	57
Tabla 3-6. Indicador de extensión de la jornada individual de trabajo (EJIN) en médicos generales colombianos del siglo XXI.....	61
Tabla 3-7. Valores mínimo, máximo y promedio del pago mensual a médicos generales en SMMLV, según tipo de contrato. Colombia, 2011 y 2013.....	65
Tabla 3-8. Valor de la hora de trabajo ofertada en diferentes departamentos de Colombia según ofertas electrónicas de empleo médico. Abril de 2014.....	68
Tabla 3-9. Comportamiento de la remuneración y del lucro a medida que se expropian minutos de la consulta externa médica general. Colombia, 2015.....	74
Tabla 3-10. Salario médico general según algunos estudios colombianos.....	89
Tabla 3-11. Opciones de trabajo como médico general en Colombia en portales electrónicos de empleo. Abril de 2014.	90

Lista de cuadros

	Pág.
Cuadro 2-1 Consentimiento informado	32
Cuadro 2-2 Guía de entrevista.	33

Lista abreviaturas

ACEMI:	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ARS:	Administradora del Régimen Subsidiado
ASCOFAME:	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
CMI:	Complejo Médico Industrial
EJI:	Indicador de extensión de la jornada institucional
EJIN:	Indicador de extensión de la jornada individual
EPS:	Empresa Promotora de Salud
FOSYGA:	Fondo de Solidaridad y Garantía
GPC:	Guía de Práctica Clínica
IPS:	Institución Prestadora de Servicios
ISS:	Instituto de Seguros Sociales
MAPIPOS:	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la salud
OPS:	Organización Panamericana de la salud
PARS:	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
P&P:	Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad
POS:	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SMDLV:	Salario Mínimo Diario Legal Vigente
SMMLV:	Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SOAT:	Seguro obligatorio contra accidentes de tránsito

Introducción

La presente tesis fue desarrollada en el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, y se inscribe dentro de las indagaciones que desde la Antropología Médica Crítica permiten hacer etnográficamente visibles relaciones entre capitalismo y salud humana. Particularmente en esta tesis, la hipótesis de partida fue que con el giro neoliberal adoptado en Colombia, entre otras, a través de las reformas sanitaria, laboral y educativa del siglo XX, el trabajo médico se transformó como empleo y como praxis con implicaciones negativas para la salud. El problema era que no sabíamos en qué consistía esa transformación, cómo y por qué se configuró, ni cuáles fueron sus implicaciones para la salud de las sociedades.

Abundan descripciones sobre el comportamiento, pasado y actual, en oferta y demanda, del mercado laboral de los recursos humanos. En general son descripciones voluptuosas pero carentes de análisis críticos y en las que no se correlacionan los hallazgos con la salud o con el bienestar social, sino que se da por sentado que al hacer planeación sobre ese mercado laboral el sistema de salud responde mejor a las demandas sociales. Aunque en la literatura en general se afirma que de este tipo hay muy pocos trabajos y se sostiene que el campo del trabajo en salud no ha sido ni estudiado ni intervenido, en esta búsqueda investigativa fue posible recuperar una veintena de reportes oficiales, todos enfocados a planear y actuar. Por su volumen, serán presentados más adelante.

También ha habido esfuerzos investigativos con enfoques un poco más críticos en los cuales sí se interpela el actual modelo de salud aunque con debilidades descriptivas y analíticas. En primer lugar, porque en las descripciones hay una tendencia a comprender la labor médica como una actividad intelectual y profesional más que como un trabajo, haciendo que solo se identifiquen parcialmente sus transformaciones, por ejemplo en el detrimento a la autonomía profesional, en las pérdidas en calidad educativa o en algunas transformaciones salariales y en el tipo de contratación. En segundo lugar, porque en ellas se dan por sentados, y por tanto no se desarrollan, los efectos de esas transformaciones en la forma de atender a los pacientes. Y en tercer lugar porque esos intentos explicativos se producen principalmente desde el saber académico y teórico, ignorando o supeditando a categorías predefinidas la significación de lo que el cambio ha representado para las y los trabajadores, esos “expertos privilegiados” de los que nos habla Rossana Guber (2001), con quienes se podrían construir comprensiones, análisis y reflexiones más cercanas a su día a día y menos cercadas por linderos académicos. En efecto, se les ha encuestado y entrevistado pero para indagar por fenómenos preestablecidos como los que he mencionado, la autonomía, el salario o el tipo de contrato y sin dejar espacio a otras categorías relevantes dentro de su vivencia cotidiana.

Además, esos intentos académicos se han concentrado en el giro neoliberal en salud, el cual es ubicado una y otra vez como si se hubiese inaugurado con la implementación de la Ley 100 de 1993, desconociendo las verdaderas temporalidades del neoliberalismo y omitiendo la sinergia con otras reformas neoliberales nacionales, como la educativa y especialmente la laboral. En efecto, pese a que nuestra hipótesis era amplia, durante buena parte de esta investigación hubo una tendencia a caer en esas trampas discursivas solo que, como veremos, la evidencia nos llevó a expandir el análisis.

Entre ese segundo grupo de estudios que mencioné, son importantes las descripciones lideradas por Gloria Molina en la Universidad de Antioquia, sobre nuevos dilemas médicos y organizacionales configurados a partir de la Ley 100 (Molina Marín, Ramírez Gómez y Ruíz Guriérrez 2014, Molina y Ramírez 2013). Y también es central una aproximación de la Defensoría del Pueblo (2007) en la que se revelaron preocupantes restricciones a la autonomía médica.

En ámbitos más teóricos, existen desarrollos alrededor de la relación entre capitalismo y medicina e incluso entre capitalismo y praxis médica (Navarro 1976, Waitzkin 2013, Arouca 2008 [1975], Cordeiro 1984, Foucault 1976). Todos de gran valor como punto de partida para este trabajo, pero insuficientes para dar cuenta de las novedades que se han configurado en el proceso neoliberal en salud y en Colombia en las décadas recientes.

Carecemos pues, de análisis de la transformación laboral y de la praxis médica actual construidos a partir de la experiencia médica cotidiana narrada por sus protagonistas, con análisis basados en una comprensión amplia del fenómeno neoliberal y de su expansión hacia este campo de trabajo, y con una correlación entre esos cambios y sus repercusiones para la vida, la salud y el bienestar. Por lo anterior, el objetivo general de esta investigación fue comprender cómo se transforma el trabajo médico al incorporar e incorporarse en las contradicciones del modo de producción capitalista en su momento actual, caracterizado como neoliberal. Para analizar por qué y cómo se articulan neoliberalismo y trabajo médico, y cuáles son las implicaciones de esa articulación para la vida, la salud y el bienestar.

Al inicio de la escritura concebí tres capítulos, cada uno de los cuales reflejaba los tres objetivos específicos del proyecto original:

1. Aportar a la comprensión de las violencias del capitalismo que pasan por el proceso de trabajo médico.
2. Identificar dilemas en el acto médico, con el paso de una relación médico-paciente a una relación médico-paciente-asegurador (resignificada ahora a prestador-usuario-asegurador).

3. Analizar cómo se transforma el proceso de trabajo médico cuando la calidad de la atención médica es vista desde la productividad económica del sector de servicios.

Tal ordenación sobrevivió mientras estuvo alimentada primordialmente por mis primeras reflexiones y revisiones bibliográficas. Pero una vez iniciado el trabajo de campo, a medida que incorporaba las reflexividades de allí derivadas, e identificaba las especificidades del cambio para las y los médicos generales, el texto tomó cuerpo propio y una nueva estructura que en si misma demuestra la riqueza del ejercicio etnográfico.

Sin duda se cumplen los objetivos originarios, pero se actualizan y se nutren; lo que es visible en los contenidos de los tres capítulos de presentación de resultados. El primero de ellos abarca las transformaciones del trabajo médico, como empleo y como praxis, cuando la productividad entra en escena como un imperativo del sistema de salud a partir del cual se redefine el deber ser del trabajo médico; ese capítulo se titula *De profesión liberal a trabajo explotado* para remarcar que, en el proceso de incorporación de dinámicas de productividad económica al ámbito médico, la explotación sintetiza el devenir reciente de la que unas décadas antes fuera una profesión liberal. Allí se concluirá que la transformación del trabajo médico general en un trabajo directamente productivo y explotado corresponde a un proceso de subsunción real de ese trabajo al capital, con implicaciones para la salud y para la vida.

El segundo capítulo, *Despojo expedito*, permite mostrar las pérdidas que se configuran en paralelo, y rápidamente, afectando tanto al médico como a la sociedad. Estos dos primeros capítulos responden al segundo objetivo general dispuesto en un principio, porque dejan ver que muchos de los dilemas presentes en la cotidianeidad médica ya han sido resueltos con la configuración de nuevas formas de praxis y de una relación médico-paciente despojada, resignificada e intermediada.

Finalmente, en el capítulo 3 se hace explícita la relación entre transformaciones laborales y procesos de sufrimiento y enfermedad, al plantear la configuración del trabajo médico como un campo de expresión de violencia estructural o, más específicamente, como un campo de violencia sanitaria neoliberal.

La tesis cierra con algunas conclusiones generales aunadas a la insinuación de rutas de praxis política, académica e investigativa.

1. Marco teórico

Las condiciones de la sociedad que generan enfermedad y muerte han sido largamente olvidadas y redescubiertas en cada generación

(Waitzkin, Medicina y salud pública al final del imperio 2013)

El proceso de trabajo médico al que hago referencia en esta investigación atañe a la aplicación laboral de la medicina moderna, versión de pensamiento médico hegemónico desde finales del siglo XVIII en el mundo occidental y desde la segunda mitad del siglo XIX en Colombia (Quevedo, y otros 2010). Arthur Kleinman (1995) la llama Biomedicina a partir de una caracterización que es muy pertinente, necesaria y útil; sin embargo ese apelativo no será adoptado en este trabajo. Me tomaré la concesión lingüística de hablar de “medicina”, a secas, con un interés emancipador pues así se la llama, por tradición, donde ella existe como saber y como trabajo, y donde se encuentran aquellos y aquellas a quienes quiero informar, convocar, confrontar y emancipar.

Señalar el momento histórico de configuración de la medicina moderna es importante porque ayuda a tener presente que la organización del proceso de trabajo médico en el que me adentro se da en el capitalismo y que lo que acontece en las últimas décadas son transformaciones derivadas no del ingreso de este trabajo a las lógicas capitalistas sino derivadas del énfasis neoliberal. En últimas, persigo incursionar en el campo del sufrimiento humano generado por las transformaciones del proceso de trabajo médico inmerso en lo que, inspirados en la teoría del desarrollo geográfico poco uniforme de David Harvey (1990), podemos llamar *la expansión sociosanitaria del neoliberalismo*.

El interés que subyace a este análisis de las transformaciones del proceso de trabajo médico en el neoliberalismo es aportar a la comprensión de las implicaciones para la salud del énfasis neoliberal en la atención médica; es decir, una preocupación por reivindicar la salud de las poblaciones, antes que una preocupación por la reivindicación gremial o salarial médica, dos asuntos interconectados pero a la vez contradictorios debido a que tal interconexión se da en medio de la doble dominación de la hegemonía médica y del capital.

Indirectamente reflejo mi credibilidad en las posibilidades terapéuticas de la medicina, sin que ello equivalga a un acuerdo con la biopolítica de los encuentros médico-paciente, donde suelen reproducirse relaciones de hegemonía y dominación que considero

innecesarias y lesivas; ni a un acuerdo pleno con la noción de salud-enfermedad médica tan restringida al ámbito individual: el paciente y no el sujeto social; tan concentrada en la causalidad biológica más que en la determinación social; y en consecuencia tan limitada para dar cuenta, más allá de la enfermedad, del malestar y del sufrimiento humano (Acero, y otros 2013).

Aspiro a aportar una crítica argumentada en contra de la instrumentalización del saber biomédico a favor de la acumulación. Tal crítica anidará cuestionamientos a la supuesta imparcialidad o asepsia ideológica y política del saber médico que se apoyarán en desarrollos teóricos del siglo XX que plantearon este saber como un dispositivo de disciplinamiento y de control social e ideológico (Foucault 2001 [1963], Waitzkin 1991, Parker 1991); y en propuestas emergentes en el XXI, principalmente los planteamientos de Beatriz Preciado (2013), a partir de las cuales la medicina también puede ser delineada como un saber disciplinado, subordinado, controlado y explotado.

Un interés emancipador respalda tal apuesta analítica. Pienso que emancipar la salud pasa por emancipar y transformar la praxis médica y por lo tanto sueño con un saber y una praxis médica que sean ejemplo social de oposición y resistencia al pensamiento capitalista y neoliberal, motor de transformaciones sociales estructurales encaminadas al bienestar de todas las formas de vida, y no ejemplo de subordinación y sometimiento. También hay una necesidad de desahogo en este trabajo, esa que es común a quienes hemos muerto laboralmente como clínicos al concluir que no es posible una práctica médica humanizada en un sistema deshumanizado y deshumanizante.

Con la ruta teórica elegida silencio, al menos en parte, alternativas que pondrían el énfasis en el carácter occidentalizado, cristiano, moderno, colonizador o patriarcal de la medicina; sin que ello signifique una negación o un desacuerdo con ellas, sino más bien el comienzo de un diálogo desde una orilla crítica complementaria.

1.1 La Antropología Médica Crítica como puerta de entrada

Cada vez más investigaciones en salud pública se aproximan a la realidad desde los enfoques, saberes y metodologías de las ciencias sociales. Tal es el caso de esta investigación donde las necesidades planteadas por los objetivos propuestos encuentran en la antropología médica crítica su ruta teórica y metodológica.

Los primeros desarrollos de la antropología médica, al igual que el campo de encuentro entre ciencias sociales y ciencias de la salud, tienen sus comienzos en la segunda mitad del siglo XX, como resultado de la incorporación de los científicos sociales en instituciones gubernamentales y universitarias del ámbito de la salud. Estos nuevos desarrollos teóricos, a grandes rasgos, se fueron ocupando de la formación, la praxis médica y los sistemas de salud, del origen social de la enfermedad y, más recientemente, de la aplicación del

conocimiento social a la salud (Briceño-León 2003). Todos ellos desarrollados a partir de diversas metodologías cualitativas de aproximación a la realidad y de variados enfoques teóricos y epistemológicos, dentro de los que ha predominado la perspectiva funcionalista.

La antropología médica crítica, específicamente, se caracteriza por abordar los procesos de vida, sufrimiento, salud, enfermedad y muerte desde la experiencia de los sujetos sociales que los protagonizan; y por entretener esas voces, de manera dialéctica y reflexiva, con críticas teóricas al capitalismo, con propósitos analíticos y emancipatorios (Abadía, Góngora, y otros 2013). Aquí se recogen, por ejemplo, los planteamientos que dan centralidad al origen social de las enfermedades y a la subsecuente necesidad de ampliar el ámbito de trabajo en salud y en salud pública más allá de lo específico del campo disciplinar para transformar estructuras sociales, políticas y económicas productoras de enfermedad y muerte (Farmer 2004, Waitzkin 1991). También aproximaciones a la medicina como dispositivo de poder, de control y de disciplinamiento social que aporta, por acción o por defecto, al mantenimiento del *status quo* (Kleinman 1995, Parker 1991).

Por tanto, el enfoque de la antropología médica crítica riñe con otros enfoques que son hegemónicos en la medicina moderna y en la salud pública, y que dan mayor relevancia a aspectos propios de un paradigma biologista (tales como los anatómicos, fisiológicos, genéticos, inmunológicos, de los hábitos, factores de riesgo, o de los estilos de vida), como factores en la ecuación de las causas o determinantes de enfermedad susceptibles de intervención y modificación. En ellas no se apunta a la transformación social estructural porque la clase social, el género, la etnia y por tanto el modo de vida o la subsunción de las concepciones de salud y enfermedad a modelos económicos, religiosos o patriarcales, desaparecen de escena por su menor viabilidad de transformación a corto o mediano plazo, y por ser vistas como alternativas que desbordan el campo disciplinar o que superan el tamaño de la inversión social designada para un periodo de tiempo.

La antropología médica crítica dialoga con las corrientes críticas de pensamiento de la salud pública que cobran cada vez más fuerza en Latinoamérica: la epidemiología crítica, la medicina social latinoamericana y la salud colectiva. Dialoga igualmente con las pedagogías críticas y con las corrientes sociológicas y antropológicas que reivindican postulados ortodoxos, pos y neo-marxistas en los que la preocupación por el bienestar y por el sufrimiento de todas las formas de vida encuentra en las condiciones capitalistas de estructuración, producción y reproducción social cotidiana la principal necesidad de emancipación y de transformación.

Bajo ese enfoque, uno de los puntos de partida de esta investigación fue que en las condiciones de trabajo y de empleo médicas actuales encontraríamos expresiones de la gran contradicción entre trabajo y capital, en su versión neoliberal, por ejemplo porque hallaríamos relatos y reflexividades en las que se expresarían formas de extracción de plus valor a partir de la explotación del trabajo vivo que se ocupa de los malestares biomédicamente legitimados. Lo cual a su vez estaría produciendo sufrimiento, etnográficamente evidenciable, en estos trabajadores y en sus pacientes. Asunto que tiene

relación con otro de nuestros puntos de partida: que en la indagación etnográfica encontraríamos señales de la configuración del trabajo médico como lugar de contradicción y de expresión de violencias estructurales capitalistas; y que ello nos permitiría correlacionar las transformaciones laborales médicas con procesos de sufrimiento propios del capitalismo en su fase neoliberal. Una ampliación de esta apuesta teórica metodológica reposa en el capítulo metodológico.

1.2 La impronta neoliberal como elemento a rastrear

Si el capitalismo es el anotador del estado del arte del proceso de trabajo médico, como lo es de cualquier trabajo inmerso en este sistema de producción y de acumulación, ¿qué tanto de lo que vamos a documentar sobre las décadas recientes es atribuible al capitalismo como un todo y cuánto se deriva del neoliberalismo? Dedicaré esta sección a las especificidades del momento neoliberal del capitalismo y a los matices generales que éste toma cuando es incorporado al campo de la salud.

En Colombia el neoliberalismo colonizó formalmente las políticas públicas de salud, laborales y educativas a inicios de los años 90 del siglo XX; pero para comprender las especificidades de la impronta neoliberal hay que remitirse a tiempos previos, específicamente a los ajustes derivados de las crisis capitalistas mundiales de ese siglo.

Y es que, como explica James O'Connor, tras la Segunda Guerra Mundial dos elementos eran importantes para todos los países del mundo: evitar nuevas crisis económicas como la del 30 y evitar nuevas guerras mundiales. De manera que el pacto social al que se aspiró en aquella posguerra reposó al menos en dos elementos importantes: reconfigurar a través del pleno empleo la lucha de clases para evitar que ésta derivase en conflictos enormes, y garantizar el desarrollo de los mercados como ruta para el bienestar de toda la sociedad. Allí el rol del Estado era ser garante del pleno empleo y del bienestar social a través, entre otras, de la regulación de los mercados y del ensanchamiento en el gasto social (O'Connor 1989).

Se configura en las décadas siguientes un acelerado crecimiento de la producción que poco a poco ya no pudo realizarse, entre otras, por la decreciente capacidad adquisitiva de algunos sectores sociales; hasta la configuración de una nueva gran crisis capitalista mundial en la década del 70. El mundo enfrentaba una gran estanflación (bajo crecimiento e inflación) y, en consecuencia, estancamiento de las tasas de beneficios en EEUU, Japón y Europa, mientras que países sub-imperialistas se apropiaban de una parte importante del plus valor mundial. Signos de esta crisis fueron el estancamiento industrial y agrícola, el creciente desempleo de predominio juvenil, y una nueva división internacional del trabajo que amenazaba la hegemonía política y militar norteamericana al reubicar los medios de producción industriales en las zonas del mundo con menores salarios. Simultáneamente, en unas regiones se dispersaban el capital y la clase obrera mientras que en otras se intensificaba la urbanización. Y solo algunos sectores registraron crecimiento, especialmente en EEUU: la industria de alta tecnología, los servicios, la banca, el comercio y el sector energético. Las principales consecuencias mundiales incluyeron el alza en las

tasas de interés, la aparición de una estructura financiera inflacionada, la huelga de inversiones por parte de las industrias tradicionales y aún mayores tasas de desempleo (O'Connor 1989).

Una importante forma de enfrentar esta gran recesión económica mundial fueron los préstamos al tercer mundo, condicionados a compromisos de austeridad en los presupuestos sociales a través de restricciones al consumo (por ejemplo incrementando las viviendas pequeñas y multifamiliares), estrictas políticas monetaristas, reducciones salariales, desmonte de derechos laborales, y debilitamiento del derecho a la asociación sindical y de minorías por la vía jurídica, por la vía violenta, o por las nuevas estructuras organizacionales, justamente en aquellos momentos en que las tasas de desempleo eran tan elevadas (O'Connor 1989). Germinaban así los primeros brotes neoliberales y uno de sus rasgos en Latinoamérica, donde "una fuerza laboral crecientemente devaluada se ha convertido en la "ventaja" principal con que cuentan estos países para competir en la división internacional del trabajo prevaleciente" (Ahumada 1996, 278).

Es en este contexto que a la preocupación mundial, regional y nacional por el creciente desempleo de los años 70 y 80 se respondió con políticas de aparente protección del empleo que apuntaban hacia una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación del trabajo al mercado, y hacia una reducción del peso de los procesos sindicales y de los costos no salariales sobre la acumulación. Políticas que se concretaron en nuevas normativas de desregulación del empleo tales como la ley británica de Protección del Empleo de 1975, en la cual se asignaron menos beneficios de protección y de prestaciones al trabajo de tiempo parcial que al de tiempo completo para promover su oferta (Avella 2013).

Paulatinamente entre finales de los años 70 e inicios de los 80, la reducción de los niveles de consumo en las clases bajas y la austeridad en el gasto social pasan a ser presentados por los economistas norteamericanos líderes de la época (los *Chicago boys*) como males necesarios que deberían profundizarse para salir de la recesión (O'Connor 1989). Este giro ideológico, neoliberal, replanteó el pacto social liberal de la posguerra: ahora era necesario desmontar la responsabilidad estatal por el pleno empleo y por el bienestar social, y desregular las actividades empresariales y corporativas para dar paso a libertades de mercado cada vez mayores. Libertades que se traducían en estímulos y exenciones fiscales a favor del capital, apertura o estímulo a migrar la producción hacia zonas con menor poder sindical y menor regulación laboral, deslocalización de la producción en dimensiones mundiales y salida de capital hacia países con mayores tasas de beneficio, favoreciéndose desde entonces la conformación de monopolios.

Estas dinámicas de desregulación y despojo se expandieron en los años 80 en medio de un incremento mundial de la participación del sector de servicios en las economías lo que, en el plano singular, se expresó en la configuración de un imaginario de trabajador ideal caracterizado por su flexibilidad y por su capacidad de adaptarse rápidamente a franjas diversas y cambiantes. En el plano colectivo, la figura del empleo estable a partir de la cual se erguía el sueño de mantenerse en un mismo empleo el resto de la vida era reemplazada

por un nuevo ideal de empleo desregulado y flexible en el que todos se pudieran mover más libremente.

Ahora bien, la gestación de los *Chicago boys* y las raíces del neoliberalismo se remontan a momentos tempranos de la posguerra. Perry Anderson (2001) señala como texto fundacional *El camino a la servidumbre* de Friedrich Hayek, escrito en 1944; y a la Sociedad de Mont Pélerin, como primer nicho intelectual que se continuaría en los años 70 con la Escuela de Chicago, impulsada por Milton Friedman y por sus seguidores, quienes esparcirían por el mundo esta nueva ideología en calidad de asesores gubernamentales, como asesores de la banca norteamericana y como teóricos que se convirtieron en exitosos empresarios al llevar las matemáticas y los sistemas de cómputo al mundo financiero, al mundo académico y a la sociedad a través de la difusión masiva de ideas monetaristas y de desconfianza hacia el Estado y hacia lo público, en medios de comunicación como el *Newsweek*, el *Wall Street Journal* y hasta en reconocidas series de televisión como la norteamericana “Libre para escoger” (Dezalay y Bryant 2002).

En su análisis geográfico de la expansión capitalista, Harvey detalla que los primeros experimentos neoliberales se promovieron tras asesorías de los “Chicago boys” en Chile y Argentina en los años 70, cuando las novedades ideológicas se impusieron de manera violenta y dictatorial a través de golpes militares, mientras que las imposiciones posteriores se basaron más en la persuasión retórica, política e ideológica como lo muestran la experiencia británica del thatcherismo y la estadounidense del reaganismo, en los años 80 (Harvey 2007).

Estas, como tantas otras diferencias entre los países que en adelante se incorporarán a la ola capitalista y neoliberal, se harán latentes en un proceso de expansión desigual en el que se expresan tanto el fenómeno general como las singularidades geográficas y socio históricas (Harvey 1990). Pero también son identificables elementos comunes, muchos de los cuales se decantan en la década de los años 90 a través del Consenso de Washington y entre los que Harvey (2007) resalta el ideal de libertad, tan atractivo para las masas, como elemento central para la expansión de la teoría neoliberal: ¿Cómo no estar de acuerdo con la defensa de la libertad de expresión, de reunión, de asociación o de elección del propio trabajo? Pero, prosigue el mismo autor, es importante prestar atención al concepto de libertad que se defiende en el neoliberalismo y que se concentra en la libertad de empresa, es decir en el desarrollo individual y egoísta de personas y de corporaciones; en consecuencia, es un concepto de libertad basado en y determinado por la capacidad de compra.

Esa noción neoliberal de libertad tiene al menos cuatro implicaciones, identificadas por Harvey y relevantes para esta investigación: 1. se aproximan las nociones de libertad y de responsabilidad individual: cada quien es libre de desarrollar al máximo sus capacidades y por tanto cada quien es responsable por el logro de su propio y máximo bienestar. 2. Ese bienestar social en el que se premia a los más capaces de operar como empresarios de sí mismos gracias al libre desarrollo sus propias capacidades, no tiene en cuenta las

posibilidades reales de cada quien para desarrollar esas capacidades. 3. Se escinden las sociedades en individuos en competencia por su máximo desarrollo en el mercado, se rompen los lazos sociales de solidaridad y se abren puertas al desmonte de las organizaciones sociales y sindicales, y de las conquistas alcanzadas por ellas. 4. En consecuencia, se limitan estructuralmente ejercicios políticos contrahegemónicos futuros. Todas estas implicaciones las tendremos en mente al pensar al médico contemporáneo como trabajador que tradicionalmente ha gestionado su trayecto de manera individual, antes que de manera grupal, sindical o gremial; y al preguntarnos por la notoriedad que toma en el neoliberalismo la propuesta ideológica de responsabilizar a los sujetos, sanos o enfermos, por su propio cuidado (autocuidado).

Evidentemente al bienestar corporativo le correspondió el lugar privilegiado, por encima del bienestar de los pueblos; y así, en el presente asistimos a las mayores brechas de desigualdad en los países que han seguido la ruta neoliberal. Y a la vez, en las nuevas legislaciones observamos cómo el poder económico de la clase capitalista infiltra de una forma cada vez más explícita las esferas Estatales para defender sus intereses. Desde mi punto de vista, ya no son puertas giratorias sino una superposición de espacios y de funciones más dinámica, constante y continua; espacios sin puertas y con libre circulación en doble sentido.

Así, se puede definir el neoliberalismo como una teoría y práctica político - económica que arguye propender por el bienestar del ser humano mediante la no restricción al libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales. Esto exige que desde el Estado se dé paso a derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio; es decir que si bien se asiste al desmonte de los Estados de Bienestar, o a los remedos de estos en los países periféricos, también ocurre un ensanchamiento del rol del Estado como garante de derechos de propiedad y de mercado (Harvey 2007) y un retorno a la propuesta liberal de desmontar su papel redistributivo para privilegiar la asignación que hace el mercado (Giraldo 2007).

Desde esta noción se supone la posibilidad de alcanzar el bienestar universal a través del esplendor económico empresarial; se trata de una teoría del goteo o del derrame según la cual el enriquecimiento de unos se derramará a manera de bienestar sobre todos. Sin embargo la historia muestra como los capitalistas, de crisis en crisis, fueron aprendiendo a controlar los derrames, a través de medidas de austeridad en el gasto social, de desregulación laboral o, en términos más generales, a través de formas complejas y novedosas de despojo, para que cada vez se derrame o gotee menos de su capital hacia las masas (O'Connor 1989, Vega 2013).

Una ilusión que al presente se hace tangible para la masa de trabajadores médicos quienes, como veremos, ven menguada su condición laboral, su capital intelectual, su capital simbólico y su autonomía profesional en medio de reiteradas declaratorias de crisis por parte de poderosos del sector que se anticipan a cualquier reclamo de condiciones de trabajo dignas indicando que éstas solo serían posibles una vez se sanee la condición

sectorial financiera general, a través de nuevos derrames desde las contribuciones generales hacia sus arcas.

David Harvey concluye que aunque con el neoliberalismo no se logró relanzar tasas de productividad, de acumulación, o de ganancia, sí se logró consolidar o incrementar el poder de clase capitalista; es decir orientar la lucha de clases a favor de las clases dominantes (Harvey 2007). Renán Vega complementa enfatizando que el neoliberalismo se configura, entre otras, como proyecto para el desmonte de 150 años de conquistas sociales (Vega 2001). Y Erick Hobsbawm apunta que lo que caracteriza al capitalismo en su fase neoliberal es “una deformación patológica del principio de libre mercado que propicia el capitalismo: la economía de mercado pura y el rechazo del Estado y de la acción pública que no creo que ninguna economía del siglo XIX haya puesto en práctica realmente, ni siquiera los Estados Unidos” (Hobsbawm 2011).

Con la restauración del poder de la clase capitalista se abrió la senda neoliberal de superación de las crisis a través del despojo, del empobrecimiento, y del detrimento en las condiciones de vida y de trabajo de las personas. Y, apunta la corriente italiana del capitalismo cognitivo, no solo se restaura el poder de clase; también se reconfigura la categoría de clase social por un nuevo fenómeno en el que no solo se pertenece por tradición familiar o por titularidad de derechos de propiedad sino que también pueden ingresar altos directivos y gestores remunerados con derechos de propiedad o en condición de accionistas que llegan incluso, en ciclos de financiarización, a desmantelar a los antiguos propietarios (Fumagalli 2010).

Ahora bien, Walden Bello (2008) apunta que la reestructuración neoliberal fue una de las tres vías ensayadas por el capital para salir del atolladero de la sobreproducción; las otras dos fueron la globalización, por la cual se incorporaron nuevas geografías no capitalistas, pre capitalistas y semicapitalistas al mercado global (en especial China); y la financiarización, un ensanchamiento económico ficticio a partir del crecimiento de la economía financiera que no crea valor real y que representa un desplazamiento de poder desde el mundo de la producción hacia el mundo de las finanzas; de *General Motors* a *Wall Street*, diría Harvey (2007).

Los primeros críticos del capitalismo ya hacían referencia a la financiarización pero es a partir de la década del 80 del siglo XX que se configura como fenómeno mundial de proporciones desbordantes. Su origen se encuentra en el ensanchamiento de la banca neoyorquina como principal acreedora mundial tras haber aprovechado el poder militar norteamericano durante el auge petrolero del medio oriente para forzar a los países a circular sus petrodólares por esta banca. Posteriores aleaciones entre la economía financiera y la economía real a partir de la titularización de derechos de propiedad dieron paso al desmesurado crecimiento de la economía financiera y a fenómenos de reaseguro de las deudas construidas sobre ese crecimiento ficticio que reconfiguraría en adelante el carácter de las crisis capitalistas. Así, a diferencia del liberalismo donde las pérdidas por errores de inversión eran asumidas por los prestamistas, en el neoliberalismo estas son

asumidas por los países prestatarios que a su vez son forzados a trasladar esas pérdidas a sus clases trabajadoras a través de programas de ajuste estructural (Harvey 2007).

Se asoma la relación que Bello (2008) identifica entre las tres vías que nos propuso: la coacción política y militar a la oposición y a los movimientos populares se combina con presiones sobre los países basadas en préstamos y en su refinanciación condicionada a reformas institucionales de recorte al gasto social, flexibilización de mercados de trabajo y privatización.

Para el caso Colombia el influjo estadounidense también se catalizaba en los años 80 por el interés del gigante imperialista en nuestra lucha contra el narcotráfico. Aquí, como en la región, una emergente élite política seguidora de la escuela de Chicago entró en contienda con los políticos tradicionales que para la época estaban bastante desprestigiados. Los nuevos tenían el apoyo de organismos financieros internacionales y con su estilo tecnocrático impulsaron rápidos cambios, en una “cruzada moralizadora” basada en argumentos pseudo-científicos neoliberales que terminaron llevando el clientelismo y la corrupción de los que aparentemente se distanciaban “a niveles nunca vistos, adaptándolos a las condiciones de la era neoliberal” (Ahumada 1996, 280).

A propósito, nos es útil el concepto de financiarización que ofrece el capitalismo cognitivo de la corriente italiana posindustrial o biocapitalismo, donde se resalta cómo en la fase neoliberal también hay un crecimiento económico de base inmaterial que se da mediante la configuración de nuevas formas de acumulación y valorización que se asientan en la explotación del trabajo inmaterial a través del control y la explotación de dos capacidades humanas vitales: el lenguaje y la actividad relacional (capacidad de generar conocimiento a través de relaciones sociales), dos elementos que conjugados conforman el *general intellect* (Fumagalli 2010). Buena parte de esos planteamientos se refieren a la acumulación que se basa en el trabajo de los nuevos intelectuales expertos en finanzas; pero nos marcará la ruta para descubrir sus especificidades cuando estamos ante la explotación del intelecto médico. Creo que el intento foucaultiano de esta corriente por conectar biocapitalismo y biopoder es fallido; sin embargo ese debate poco le quita al poder explicativo que ella ofrece para hacer visibles formas de creación de valor de base inmaterial intelectual, lingüística y relacional.

Aproximándonos al campo de la salud, Howard Waitzkin visibiliza otras formas de respuesta ante crisis capitalistas. En su descripción del rol de instituciones filantrópicas (como la Fundación Carnegie y la Rockefeller), de instituciones financieras y de apoyo al comercio internacional (como el Fondo Monetario internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial de Comercio) y de organizaciones internacionales para la salud (como la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y la Organización Mundial de la Salud, OMS) durante lo que él llama el pasado del imperio (hasta finales de la década de 1960), este autor muestra la participación de esas instituciones en las medidas que, ante crisis capitalistas mundiales o regionales, han permitido crear y expandir grandes y lucrativos mercados de bienes e insumos en salud (por ejemplo para el cuidado coronario),

así como medidas políticas que condujeron a transformar las lógicas administrativas y de gestión al inocular células del mercado de los seguros privados y en general lógicas capitalistas en los modelos de salud y seguridad social de los países y en la forma de hacer Salud Pública (2013)¹.

Por esa ruta llegamos a que en los actuales sistemas neoliberales de salud se busque ampliar coberturas poblacionales transformando el campo de la salud en un mercado de seguros que tenga como eje central la eficiencia. Llegamos también a que el bienestar individual se anteponga al colectivo ya que el acceso a ese nuevo mercado, como a cualquiera, está mediado por la condición de clase de cada quien. Y así, la respuesta neoliberal a la necesidad social de salud y bienestar se basa en dar prioridad a la salud financiera y empresarial como condición que antecede a la salud humana.

El “pluralismo estructurado” es el modelo neoliberal que subyace al sistema de salud y seguridad social creado a partir de la ley 100 de 1993 en Colombia; un modelo basado en el mercado del aseguramiento obligatorio y universal en salud y en el cual, en teoría, las imperfecciones del mercado se corrigen a partir de la vigilancia y el control Estatal y a partir del agenciamiento de las asimetrías de información que harían unas empresas promotoras de salud (EPS), a favor de los intereses de los pacientes. En la concepción inicial del modelo también se corregían las imperfecciones del mercado prohibiendo cualquier tipo de integración vertical del aseguramiento con la prestación de servicios (Londoño y Frenk 1997, Hernández 2003).

Lo que ocurrió en la puesta en práctica de ese modelo fue que en la medida que el derecho al libre desarrollo de las potencialidades empresariales fue revelando lo lucrativo de controlar los flujos de los dineros públicos que se recibían por cada paciente asegurado (lo que hoy se conoce como la relación POS/UPC²), las necesidades médicas de los pacientes encontraron talanqueras técnicas formuladas por quienes en principio serían sus agentes. Las nuevas empresas aseguradoras se comportaron como agentes racionales de mercado en ejercicio de sus libertades, agenciando ante todo sus intereses empresariales; como resultado crecieron enormemente, se expandieron en infraestructura llevando la integración vertical a proporciones mayúsculas; y convirtieron en unidades de negocio

¹ Reflexiones sobre la relación entre crisis capitalistas y salud también hacen parte de mi trabajo reciente (Ardila 2012)

² En el modelo se separan funciones del sistema para diferenciar qué le compete al Estado y qué al mercado. El *financiamiento* es público, con recursos parafiscales (cotizaciones obligatorias) y fiscales (impuestos generales y específicos). La *modulación* es la regulación de la competencia entre aseguradores a través de la fórmula UPC/POS, es decir, un pago anual por persona definido por el valor de una unidad de pago por capitación (UPC) para garantizar un plan de beneficios obligatorio (plan obligatorio de salud, POS); los aseguradores no compiten por el precio de la póliza sino por el número de afiliados. La “articulación” entre fondos públicos (FOSYGA y Sistema General de Participaciones) y la prestación la ejercen los aseguradores o EPS (empresas promotoras de salud). Y la “prestación” es un mercado libre de IPS (instituciones prestadoras de servicios) que compiten abiertamente por los pagadores.

todas las unidades médicas y no médicas articuladas al ámbito sanitario (incluidos los servicios de aseo institucional y de alimentación de pacientes).

En simultáneo se expandieron cuantiosos fenómenos de corrupción y de uso indebido de los recursos del sistema, que los organismos de vigilancia y control del Estado tardaron más de una década en detectar. En consecuencia, el control de estos fenómenos se fue haciendo difícil por el enorme poder político y económico que fueron ganando los poderosos empresariales y mercaderes de este sistema. Es esa colonización neoliberal del campo de la salud la que nos llevó a suponer que el trabajo médico habría experimentado en las últimas décadas grandes transformaciones como proceso, como acto y como relación laboral.

La política sanitaria colombiana se incorpora al giro neoliberal mundial bajo el liderazgo de tres grupos principales: quienes llevaron las riendas de las EPS, una nueva generación de tecnócratas formados en la economía neoclásica en Estados Unidos, y una creciente capa de gerentes y administrativos seguidores de esas corrientes neoliberales de gestión que importaron lógicas industriales de producción en masa a los procesos de atención médica bajo propuestas como la de la atención gerenciada o *managed care*, de herencia norteamericana, y la calidad total, de herencia norteamericana y japonesa. Para facilitar la comprensión de lo que rastreamos como neoliberalismo dentro de esta investigación, a continuación (Tabla 1-1) presento un resumen de las especificidades de la impronta neoliberal y, en paralelo, algunas de sus manifestaciones para el caso de la salud en Colombia.

Tabla 1-1. Resumen del pensamiento y praxis neoliberal en general y en salud en Colombia.

Neoliberalismo	Neoliberalismo en salud, en Colombia
Se desmonta el Estado de Bienestar, o sus remedos y se ensancha el rol del Estado como garante de derechos de propiedad privada, de libertad de mercado y como dispositivo de poder de clase. En un nuevo pacto de dominación en que se asume que el bienestar humano se logra mediante la no restricción al libre desarrollo de las capacidades y libertades empresariales.	Con las reformas laboral, educativa y sanitaria colombianas en los años 90 del siglo XX, el Estado colombiano se retira de la provisión directa de servicios e impulsa la participación de agentes privados con y sin ánimo de lucro.
Al remover las restricciones estatales al mercado se redistribuye el ingreso social a favor de los capitalistas asumiendo que así se les estimula a invertir más y que, por esa vía, habrá mayor crecimiento de toda la economía.	En un modelo de mercado con competencia regulada, aseguramiento mixto y subsidio a la demanda, con una regulación Estatal débil y un ejercicio empresarial concentrado en ejercer el derecho al lucro, naciendo empresas promotoras de salud, EPS, pasan a encabezar los listados de las empresas más exitosas.
Neoliberalismo	Neoliberalismo en salud, en Colombia

Tabla 1-1. Resumen del pensamiento y praxis neoliberal en general y en salud en Colombia.

En consecuencia, se legitima el despojo de lo público y desde lo público si éste es necesario para la expansión del interés privado.	Las instituciones de seguridad social, como el Seguro Social y las cajas de compensación, y los hospitales públicos son forzadas a transformarse en empresas eficientes y auto sostenibles. A la postre, sucumbieron
El costo social de las malas decisiones de inversión ahora es asumido por la sociedad. Y la austeridad en el gasto social se justifica como un mal necesario para la recuperación económica. Así, justamente en tiempos de desempleo se reducen los derechos laborales y se acentúa la desregulación laboral.	El empleo flexible en salud reemplaza al estable y con ello se desmontan derechos laborales y logros sindicales.
El respaldo social se logra recurriendo al persuasor ideal de libertad: todos queremos ser libres. Pero la libertad neoliberal se refiere específicamente a la libertad de empresa, es decir al desarrollo individual y egoísta de personas y de corporaciones.	Las empresas privadas del sector salud ejercen su libertad corporativa como actores de mercado.
Se aproximan las nociones de libertad y de responsabilidad: los individuos - personas o corporaciones – son responsables por el máximo desarrollo de sus propias capacidades y libertades.	En los trabajadores prolifera el multiempleo como forma de gestión individual para compensar el deterioro laboral impuesto por las nuevas formas del empleo flexible.
Al conectar el bienestar social con el libre desarrollo de las propias capacidades se retira la mirada de las posibilidades reales materiales de desarrollo de esas capacidades.	Toma fuerza la idea de que el individuo es libre del máximo desarrollo de sus capacidades, responsable por el cuidado de su salud, y libre de elegir en el mercado su asegurador si tiene la capacidad para pagar por ello, pues también es libre de trabajar.
Las sociedades se entienden como sumatorias de individuos en competencia por su máximo desarrollo en el mercado. Esto rompe los lazos y tejidos sociales, facilita el desmonte de las organizaciones sociales y sindicales, y de las conquistas alcanzadas por ellas, a la vez que limita estructuralmente futuros ejercicios contrahegemónicos.	Elementos del tejido social fundamentales para el bienestar universal, como la solidaridad, son reemplazados por ideales que escinden ese tejido, como la competencia. Estos desmoralizan al trabajador sanitario, para quien su trabajo pasa a ser fuente de frustración antes que fuente de satisfacción (García 2007).
Como se restaura y consolida el poder de clase capitalista, el sector privado ejerce poder sobre y desde las instancias políticas y académicas imponiendo sus intereses de clase en las esferas de toma de decisión.	La reforma sanitaria y en especial sus ajustes, o intentos de ajuste, se configuran bajo la influencia política de los empresarios del sector.
También hay una recomposición del poder de clase, al pasar de una clase capitalista conformada por tradición familiar a una en la que también se incorporan profesionales talentosos en condición de altos directivos y accionistas.	Se configura una nueva franja de empresarios: gerentes, administradores, abogados, médicos, contadores y en general profesionales con crecientes conexiones en las esferas económicas y políticas. Surgen alianzas y nuevas formas de negocio.
Neoliberalismo	Neoliberalismo en salud, en Colombia

Tabla 1-1. Resumen del pensamiento y praxis neoliberal en general y en salud en Colombia.

Se hace central la financiarización por una mezcla de economía real y financiera gracias a grandes conglomerados empresariales en los que ambos tipos de economía se diversifican y se ensanchan.	Formas de financiarización relacionadas con el trabajo médico serán propuestas en esta tesis.
Se configura la financiarización por explotación del trabajo que se desarrolla en el sector de los servicios y por la explotación del <i>general intellect</i> .	Formas de financiarización relacionadas con el trabajo médico serán propuestas en esta tesis.

1.3 El trabajo médico como campo de estudio

Cada modo de producción hace que evolucione un tipo específico de ciencia
David Harvey, 1990

Cuando decimos que el trabajo médico será nuestro campo de estudio nos estamos refiriendo a aquella actividad humana que se ocupa de los asuntos propios de la medicina moderna o biomedicina (Kleinman 1995). En los estudios médicos, sociológicos y antropológicos ha sido poco común referirse a la medicina como trabajo, es decir, como actividad que no solo tiene propósitos relativos a la salud humana sino que también contribuye a la supervivencia económica de quien la practica (Vasco 1986 [1974]). Ello nos obliga a hacer unas cuantas precisiones acerca de la noción de trabajo que emplearemos al abordar la dimensión laboral de la medicina.

Entenderemos el trabajo como el uso o puesta en movimiento de la fuerza de trabajo; una actividad humana inherente a todas las formas de organización social, que es primero imaginada y luego realizada, con un fin o propósito. Para el caso de las organizaciones sociales capitalistas el fin del trabajo es la creación de valor, que alimenta procesos de valorización y por tanto de acumulación (Marx 1975 [1872]). Este es el meollo del trabajo en el capitalismo, que no es simplemente cuánto o cómo se trabaja sino, principalmente para qué: *para* la creación de plusvalía; en últimas lo que cuenta es la producción de valor, más que la producción física. Al trabajo que crea valor y que es apropiado por el capitalista para generar plusvalor, se le llama clásicamente *trabajo productivo*; y hablar de trabajo productivo es, a su vez, el abrebocas teórico para poder hablar de *trabajo explotado* (Harvey 1990, Marx 1975 [1872]). En contraposición, se entiende por trabajo improductivo a aquel del que solo se derivan rentas para quien lo practica.

Otro concepto clásico que nos será útil es que la fuerza de trabajo se combina con sus objetos y medios de trabajo en el proceso de trabajo, en un proceso de formación de valor o de valorización de capital en el que también confluyen las relaciones sociales y las subyacentes concepciones espirituales del mundo (Harvey 1990). Plantear esto y aceptar que los medios de trabajo son importantes indicadores de las formas de organización social y de las relaciones sociales bajo las cuales se efectúa un trabajo (Marx 1975 [1872]), nos

llevará a analizar los medios de trabajo presentes en la cotidianeidad del trabajo médico tras la puesta en marcha del modelo sanitario neoliberal, asumiendo el trabajo médico como un producto socio-histórico o, en otras palabras, una práctica social sujeta a estructuras y a dinámicas históricas y sociales (Blima 1993, Antúnez 1999), estas últimas abarcando lo cultural, político, económico e ideológico. Si es cierto que el modelo neoliberal transformó el trabajo médico, encontraremos en sus medios de trabajo transformaciones en las que se expresará la impronta neoliberal.

Por ejemplo, veremos cómo durante la transformación neoliberal del trabajo médico el reloj ya no está solo en la muñeca del doctor, y cambia su sentido y su significado. Ahora está también – y principalmente - en la muñeca de su supervisor, y se transforma de organizador y de ayudante del acto médico a verdugo y mecanismo de control y autocontrol. Ese reloj ya no es solo el medio para cuantificar frecuencias cardíacas, respiratorias o microgotas suministradas por minuto, sino que ahora también es un poderoso medio para el control de la duración – y por tanto del contenido - de cada acto médico. Es un reloj de pulso, pero también de pared; está en un lugar – un consultorio o un pasillo - y a la vez está en todas partes - en los monitores de los equipos de cómputo y en el pensamiento de los trabajadores.

Aunque este ejemplo sencillo ilustra que el trabajo médico es un producto social, histórico y político, uno de los efectos de la participación de las ciencias modernas y del positivismo en la configuración de la medicina moderna ha sido el revestimiento de aparente neutralidad y de una supuesta asepsia ideológica y política capaz de hacer de la práctica médica una cuestión constante, homogénea y transversal a los tiempos y a las diversidades sociales, movida solo por el avance del conocimiento y de la ciencia.

Un efecto similar ha tenido la tradición de liberalidad en la medicina; aquella que se defendía en tiempos de la revolución francesa como una necesidad de libertad para que los genios médicos interpretaran e intervinieran la naturaleza sin encierros. Esta noción, decía Foucault, creaba una forma de entender la enfermedad circunscrita al cuerpo y escindida artificialmente de los espacios donde la misma nacía, siendo por tanto un concepto a la vez destructor: se daba luz a una forma de entender la enfermedad y se ponía sombra a otras formas posibles, “se pensará de buena gana que la clínica ha nacido en este libre jardín donde, por un consentimiento común, el médico y el enfermo vienen a encontrarse, donde la observación se hace, en el mutismo de las teorías, a la claridad única de la mirada, donde, de maestro a discípulo, se transmite la experiencia por debajo, incluso, de las palabras” (Foucault 2001 [1963], 82-83) .

Pero un repaso por diferentes formas de explicar e intervenir los padecimientos, las enfermedades, o lo anormal, permite ver que siempre ha habido una estrecha relación entre los diversos momentos científicos, políticos e ideológicos y el actuar de la medicina y de los médicos. Por ejemplo, resaltaba Alberto Vasco que fue con el desarrollo de las primeras formas de mercantilismo y de acumulación que la medicina salió de los castillos para dejar de estar al servicio exclusivo y privilegiado de la nobleza y extender sus servicios

también hacia nuevas poblaciones con capacidad de pago pero con otras formas de enfermar o morir. Asimismo mostraba cómo, ya en el capitalismo industrial, a la par que cobró relevancia la necesidad de mantener saludable a la nueva clase trabajadora, el individuo enfermo con poder de compra y sus formas de enfermar se fueron configurando como objetos de interés para el trabajador médico. Más adelante, al fragor de revoluciones como la francesa, este trabajo se fue configurando como profesión libre de ofrecer sus servicios y de cobrar honorarios por cuenta propia, y como saber merecedor de estatus y de prestigio, bajo el supuesto de estar reservado a seres dotados de vocaciones superiores (Vasco 1986 [1974]).

Siguiendo el mismo enfoque, Vasco vio en el surgimiento de las especialidades y súper-especialidades clínicas no solamente el resultado del crecimiento del saber médico, sino también una respuesta a la saturación del mercado que aconteció a medida que cada paciente con capacidad de pago fue teniendo su médico tratante: ahora un mismo sujeto tendría que acudir a más de un especialista y así se ampliaba de nuevo el mercado. Asimismo mejoraba el panorama laboral de los nuevos especialistas, ahora también profesores universitarios que en tal condición veían incrementado su prestigio y, en consecuencia, el valor de su fuerza de trabajo.

Un último ejemplo doloroso y vehemente de la no neutralidad socio histórica y política del trabajo médico lo encontramos en la trágica historia de muchos de los médicos que promulgaban la causalidad social de la enfermedad en el Chile del presidente y también médico Salvador Allende, hace tan solo cuarenta años. Ellos, junto a su propuesta político-epistemológica, fueron torturados y silenciados durante el golpe militar pinochetista que abrió puertas al neoliberalismo en ese país (Waitzkin 2013).

Debatir la aparente neutralidad médica y comprender la medicina como un “conjunto de realidades de tipo ideológico, político, económico y científico”, y analizar la participación de los médicos en las relaciones sociales “de acuerdo a una situación de clase y no solo como los agentes sociales encargados de dar salud” (Vasco 1986 [1974], 180) es importante en este estudio para comprender cómo se configuran las transformaciones del trabajo médico en el neoliberalismo. También para comprender por qué en la medida que la medicina se pensó históricamente como profesión aséptica en lo político y en lo ideológico, se perdieron de vista posibles desenlaces, que hoy son reales, tales como su tránsito hacia la condición de trabajo explotado, subordinado, alienado, e inmerso en procesos de precarización, proletarización, y despojo que, como veremos, han avanzado a pasos amplios en las últimas décadas sin ser diagnosticados ni enfrentados en su justa proporción. E igualmente para leer transformaciones recientes que sí han sido reconocidas por la medicina, tales como la deshumanización o el detrimento del prestigio médico, como indicadoras del deterioro de las condiciones laborales e indicadoras de los efectos de haber negado la dimensión política y económica de la medicina.

Es frustrante que en trabajos como éste, al adoptar el trabajo médico como campo de estudio, debamos referirnos a temas médicos y de salud echando mano a conceptos económicos. No lo hacemos con gusto. La tendencia reciente (fines del siglo XX y lo que va del XXI) a concebir la salud, la fuerza de trabajo médica o los servicios médicos como

mercancías, el proceso de trabajo médico como un proceso de producción de valor o la atención médica como un campo de generación de plusvalía son síntomas lingüísticos del levantamiento político al veto moral y ético que otrora existiera frente a una eventual incorporación de dinámicas de mercado al campo de la salud humana. Un levantamiento que deploramos; infinidad de giros ideológicos, políticos y lingüísticos que rechazamos, pero que debemos develar, comprender y explicar para transformar.

Finalmente, siguiendo las definiciones de Benach y Muntaner (2010), entenderemos por condiciones de trabajo a las condiciones materiales en que se organiza el proceso en el lugar de trabajo, por relaciones de empleo a las relaciones de poder entre los propietarios de los medios de producción y los trabajadores, y por condiciones de empleo a la forma en que se organizan las relaciones de empleo y el grado de protección social de los trabajadores. También podríamos seguir a estos autores para profundizar en la noción del trabajo médico como uno en proceso de precarización; sin embargo nos concentraremos en la explotación más que en la precarización por dos razones. Una, la extensión que implicaría desarrollarlas ambas. Dos, el mayor poder explicativo de la categoría “explotación” en contraste con el mayor poder descriptivo de la categoría “precarización”. Al desentrañar el carácter precario de un trabajo podemos conocer las relaciones de empleo de un grupo de trabajadores, su drama cotidiano personal, laboral y familiar; y todo ello es de altísima relevancia. Pero es comprendiendo el fenómeno de la explotación que podemos entender el porqué de la precarización³.

En síntesis, entenderemos el trabajo médico como la puesta en marcha de la fuerza de trabajo que se ocupa de asuntos propios de la medicina moderna, que contribuye tanto a la salud humana como a la supervivencia de quien la practica y que en sociedades y sistemas de salud capitalistas adquiere como principal finalidad la producción de valor para garantizar la salud financiera bajo el supuesto de que ésta puede ser simultáneamente precondition para el bienestar humano y medida de delimitación del grado de bienestar que puede llegar a desear una sociedad.

³ Benach y Muntaner incluyen el empleo precario dentro de seis grandes condiciones de empleo: empleo estable a tiempo completo, desempleo, empleo precario, empleo informal, trabajo infantil, y esclavitud y servidumbre. Allí se considera que las condiciones de empleo son determinadas por relaciones de empleo o relaciones de poder macrodeterminantes donde “la fuerza causal esencial es el poder que tienen el gobierno y la sociedad civil sobre el mercado laboral y las políticas de bienestar” (Benach y Muntaner 2010, 35). Y el empleo precario es entendido como “una situación laboral en la que las relaciones de empleo estándar son inadecuadas. Significa que los trabajadores en “puestos de trabajo vulnerables” están más sujetos a las fluctuaciones del mercado, más desprotegidos y tienen cada vez mayores dificultades para mantenerse, ellos y a sus familias” (Benach y Muntaner 2010, 160). En seis dimensiones caracterizan los autores el empleo precario: la inestabilidad del empleo (debida a contratos flexibles o de corta duración), el “empoderamiento” (para negociar las condiciones de empleo a nivel individual o colectivo), la vulnerabilidad (ante la disciplina impuesta por la relación salarial), los bajos salarios (para cubrir tanto gastos habituales como inesperados de la vida que puedan llevar a la pobreza material), y los derechos de los trabajadores que puedan mitigar los demás factores (por ejemplo las indemnizaciones, las compensaciones y las vacaciones remuneradas).

Una cosa es el trabajo médico como parte de la acumulación regulada del capitalismo del estado de bienestar (donde la medicina podía ser una práctica liberal o un trabajo asalariado acomodándose al mercado pero con control sobre sus medios de trabajo y sobre su proceso de trabajo), y otra cosa es el trabajo médico en el neoliberalismo y, más específicamente, en un sistema de salud neoliberal. Para la fase neoliberal, documentaremos transformaciones en la productividad, tecnológicas, y de expropiación y despojo. Todo ello con contrastes en el grado de penetración al interior del propio colectivo médico debido a diferencias de clase social entre unos y otros doctores.

Esta propuesta dialoga, entre otras, con los análisis de Navarro (1976) sobre las configuraciones y reconfiguraciones de la medicina bajo el capitalismo; con la noción ampliada de trabajo de Antúnez (1999); con la tipificación de tecnologías en salud de Mehry (2006); con la centralidad que da Vega Cantor (2013) a los procesos de expropiación y despojo en los procesos sociohistóricos de la humanidad en el capitalismo; y con la teoría del desarrollo geográfico poco uniforme de David Harvey (Harvey 1990).

A la vez, esta apuesta analítica implica dejar de lado muchas otras. Abandonamos por ejemplo las posibilidades de analizar, desde la ergonomía y la salud ocupacional, las condiciones de trabajo médico y su relación con la salud de las y los doctores. Vemos valor inmediato en estas apuestas teóricas por cuanto permiten identificar riesgos mesurables e intervenir puestos y condiciones de trabajo, pero las abandonamos porque esa misma inmediatez impide ver el proceso de configuración social de esos riesgos y la necesaria transformación social estructural que habría que movilizar para que aquellas condiciones no se reprodujesen.

Asimismo, desde la sociología de las profesiones (Coe 1973, Freidson 1978) se podría establecer un diálogo con el concomitante proceso de desprofesionalización que se ha configurado como transformación neoliberal, pero no lo haremos porque ello nos impondría hablar más de la medicina como saber y nos hemos propuesto enfatizar en las dimensiones laborales.

También abandonamos las posibilidades que ofrecen las descripciones económicas y estadísticas en que se entienden las dinámicas laborales como una síntesis de las dinámicas de oferta y demanda de los mercados educativo y de trabajo. Allí se recurre al comportamiento de la oferta y de la demanda (cuántos profesionales se producen y cuántos son absorbidos por la institucionalidad sanitaria) para explicar la realidad laboral y sanitaria; cuando éste es, en realidad, consecuencia o síntoma de procesos políticos y sociohistóricos. Aquí se ubica el grueso de las descripciones oficiales colombianas desde finales de los años 60 del siglo XX (Ministerio de Salud 1976, Ministerio de Salud 1980, Ministerio de Salud 1981, Ministerio de Salud 1982, Ministerio de Salud 1984, Ministerio de Salud 1987, Ministerio de Salud 1977, Morales, Chavarriga y Barrero 1999, Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME 1969) y la mayor parte de las delineaciones de la condición laboral colombiana en salud en el XXI (López C 2004, Bernal Pedraza 2011, Bohórquez Robayo 2013, Cárdenas López 2014, Florez Acosta, Atehortúa Becerra y Arenas Mejía

2009, Ministerio de Salud - CENDEX 2001, Ospina Lugo, y otros 2000, PARS, MPS, CENDEX 2007, Ruiz, y otros 2009) y propuestas de intervención (Vélez Arango 2001).

Tácitamente, en ellas se presume una postura neutral, científica y acrítica; y desde esa presunción positivista se busca ajustar la realidad de oferta y demanda educativa y de trabajadores a las necesidades y posibilidades financieras del mercado laboral y del sistema sanitario, mediante ajustes al mercado. Los abandonamos por tres grandes razones. Una, que su posibilidad es netamente descriptiva y no analítica; aunque incluso ese poder descriptivo es limitado en la medida que no llegan a dar cuenta de condiciones de trabajo ni de empleo o, si lo hacen, no llegan a sus justas causas. Dos, que en su carencia analítica confunden consecuencias con causas, aportando a profundizar el *statu quo* antes que a transformarlo (el aumento en el número de profesionales sanitarios como causa de deterioro de condiciones laborales y entonces el control en su crecimiento como estrategia de respuesta). Y tres, que en ausencia de una postura crítica anidan y permiten la perdurabilidad de contradicciones epistemológicas contrarias al bienestar del trabajador sanitario y de las poblaciones a su cargo; por ejemplo, los límites financieros aparecen como barreras que escapan del control humano y entonces la salud humana queda supeditada al bienestar financiero.

1.4 La violencia estructural como lugar de llegada

Violencia estructural, violencias capitalistas y violencia sanitaria neoliberal son categorías que pueden ser usadas para comprender cómo la historia de los países y de sus sistemas de salud influyen las condiciones más evidentes pero también las más íntimas y abstractas de la atención médica.

El concepto de violencia estructural, que hace referencia a la violencia que se deriva de estructuras socialmente construidas, fue propuesto inicialmente por Johan Galtung, en sus investigaciones sobre conflictos y sobre la paz, con el propósito de aproximarse a violencias no visibles ni directas, no perpetradas por actores visibles sino más bien inscritas dentro del (dis)funcionamiento normalizado de estructuras sociales y, por tanto, no atribuibles a un responsable directo pero, en todo caso, tan lesivas como las formas de violencia visibles y directas (Hebert 2006) al destruir o limitar en las sociedades el pleno desarrollo de su potencial. Se resalta su fuerza semántica al permitir ver mecanismos de ejercicio del poder como causa sistemática de menoscabo de las condiciones de vida de grupos humanos históricamente desfavorecidos (La Parra y Tortosa 2003, Farmer 2006, Farmer 2004).

Dentro de la antropología médica el concepto fue adoptado y desarrollado hace poco más de una década por Paul Farmer (2004) para hacer visibles - etnográficamente evidenciables - asuntos sociales relacionados con la enfermedad y la muerte de las personas. Farmer presentaba a Anite, una mujer haitiana cuyo avanzado cáncer de seno progresaba sin ser atendido de acuerdo con lo esperado en la literatura médica debido a problemas de atención relacionados con las limitaciones del sistema de salud de su país. Éstas, a su vez, se correlacionaban en el análisis con la historia de endeudamiento de Haití

primero al liberarse de ser una colonia francesa y después al ser marginado de la economía mundial por dinámicas lideradas desde Estados Unidos, principalmente el apoyo a regímenes dictatoriales y el embargo económico cuando alcanzó un gobierno democrático. En su análisis el autor daba relevancia a la estructura económica, entendida como una estructura socialmente construida que determina, por ejemplo, el modelo de atención a la enfermedad.

Todos estos elementos que permitían comprender el nefasto pronóstico de Anite son los que se hacen visibles en una aproximación antropológica etnográfica crítica que lleve en mente la noción de violencia estructural. Una antropología del sufrimiento que, como la caracteriza Farmer, se pueda mover de lo local a la gran escala atando lo etnográficamente invisible con las estructuras más profundas que generan o perpetúan la pobreza y la inequidad, y con los significados que se le dan a estos eventos y procesos. En mi interpretación no es posible culpar directamente al director del BID de haber asesinado a Anite, seguramente nunca se conocieron; pero si los efectos de las directrices del BID sobre Haití y su sistema médico se conectan con la impávida progresión de la historia natural de la enfermedad de Anite, quienes hayan fungido en la dirección del BID sí son responsables indirectos de esa muerte.

Es decir que al hablar de ausencia de responsables directos se hace referencia a que no es posible señalar con nombre y apellido autores directos o materiales de una muerte o de una enfermedad, pero sí responsables indirectos por su rol hegemónico en el direccionamiento social. ¿Es el líder de una institución de salud que organiza sus procesos de trabajo con enfoque rentista responsable del sufrimiento o de la muerte de un paciente colombiano atendido en su institución? No directamente pero sí en forma indirecta, si ese direccionamiento rentista se interpuso en el cuidado y en el acceso oportuno de ese paciente a las máximas posibilidades diagnósticas o terapéuticas. El panorama en Colombia se complica porque las instituciones hospitalarias que le han dado la mano a sus pacientes, contrariando reglas de mercado, están muriendo ante la mirada templada de aseguradores y de Ministros que continúan orgullosos luchando por la salud financiera antes que por la salud humana⁴.

Acogiendo la crítica de Wacquant⁵ con respecto a que bajo el concepto de “violencia estructural” pueden quedar aglutinadas formas muy diversas de violencia y de opresión, con el problema de detener la indagación justo donde ella debería comenzar a distinguir tipos de violencias y de estructuras de dominación, hablaremos específicamente de violencia sanitaria neoliberal.

⁴ La prevalencia del concepto de racionalidad económica sobre el concepto de salud integral es documentada en la tesis doctoral laureada “Los muertos de ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud. Una razón de su ineficacia. Caso del plan obligatorio de salud del régimen contributivo” (Gañán 2010)

⁵ El comentario de Loïc Wacquant hace parte de la edición del *Current Anthropology* en que fue publicado el mencionado trabajo de Farmer (2004).

Así, la violencia neoliberal es una dimensión de la violencia estructural, no visible directamente pero etnográficamente evidenciable, derivada de las dinámicas y contradicciones del modo capitalista de organización, producción y reproducción social, en su momento neoliberal; y la violencia sanitaria neoliberal agrupa aquellas formas de violencia estructural neoliberal que se configuran a medida que el campo sanitario se incorpora a las dinámicas globales neoliberales, y el pensamiento y la praxis neoliberales se incorporan a la cotidianidad sanitaria.

Así, al hablar de violencia sanitaria neoliberal, no solo le daremos al concepto general de violencia estructural la singularidad de su presencia en el terreno sanitario; también avanzaremos en mostrar cómo una estructura socialmente construida para el cuidado de la salud de las personas, como el sistema de salud colombiano, al ser diseñada y sistemáticamente ajustada bajo preceptos neoliberales, termina constituyéndose en espacio de vulneración y de maltrato.

Quienes queramos abordar violencias estructurales en la sociedad colombiana, tendremos que investigar las violencias del capitalismo, forma de estructuración económica y social hegemónica en el país. Por ejemplo, en esta indagación por nuevas realidades laborales y nuevas subjetividades médicas asumimos que lo subjetivo y lo práctico se cuecen en la interacción dialéctica de sujetos sociales entre sí y con dinámicas políticas, económicas y sociales singulares, locales, regionales y globales, en el crisol de un sistema de salud y de un sistema capitalista en fase neoliberal, con efectos en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte y el sufrimiento de los pueblos. Fenómenos que, como hemos dicho, son etnográficamente evidenciables.

Dentro de tales fenómenos contaríamos enfermedades y muertes evitables a la luz del conocimiento médico actual; el sufrimiento a que son sometidos los pacientes durante sus itinerarios burocráticos (Abadía y Oviedo 2009) y clínicos; el sufrimiento, la tortura y la destrucción de trabajadoras/es que encarnaban formas de atención basadas en el cuidado (Abadía, Melo, y otros 2011); la diáspora o fuga de médicas/os hacia geografías internacionales huyendo de estas condiciones de praxis; la extinción de la figura del médico tratante o de cabecera; y la destrucción de la institucionalidad pública hospitalaria.

Lo anterior dialoga con la forma amplia de conceptualizar los procesos de salud y enfermedad que según Howard Waitzkin (2013) encuentran línea de continuidad entre Virchow, Engels, Allende, y las corrientes de medicina social y de salud colectiva mundiales, pero especialmente las latinoamericanas. Y dentro de las anteriores, resalto los aportes de Laurell y Márquez (1983) a entender la enfermedad como manifestación biológica de lo social a partir de la caracterización del desgaste obrero en el capitalismo industrial mexicano donde, a la falta de servicios médicos y al déficit en consumo se unen patrones característicos de desgaste por sus condiciones de trabajo, configurando aquello por lo que el obrero muere o se enferma más joven.

También contribuyeron la noción de *mobbing* horizontal como anticipo de configuración del sujeto precario propuesta por Noelle J Molé (2010) al aproximarse a trabajadores precarios del norte de la Italia posindustrial de los 1990's; y la aproximación etnográfica de Aihwa Ong (1987) al efecto de las transformaciones laborales capitalistas e industriales de la Malasia de los años 70 y 80 del siglo veinte sobre el universo subjetivo de las trabajadoras. Ong se acercó a las crecientes posesiones espirituales que sucedían en los corredores de las emergentes fábricas transnacionales de componentes electrónicos, ropa y alimentos, y encontró en las palabras de esas mujeres en trance un idioma de protesta contra la disciplina laboral que acompañó la integración de las áreas rurales al sistema capitalista: alternancias entre estados de autocontrol y estados de posesión reflejaban las respuestas de mujeres atrapadas entre la cotidianidad y la moral rural no capitalista, y una nueva disciplina capitalista omnipresente en la que relaciones de poder y dominación basadas en el género y la etnia jugaban a favor de incrementos de la productividad.

Molé, por su parte, se aproximó a formas de sufrimiento laboral y a transformaciones subjetivas en trabajadores italianos inmersos en realidades de explotación y de precarización; allí el *mobbing horizontal*, o acoso laboral horizontal (entre compañeros de igual jerarquía) apareció como signo de precarización y como forma de anticipación a la configuración y normalización de la identidad del sujeto trabajador neoliberal.

Aunque en ellos no se haga referencia al concepto de violencia estructural, forman parte de los puntos de partida que permiten hacer de ese concepto un punto de llegada en investigaciones como esta.

2. Metodología

En este trabajo se combinan una aproximación etnográfica y un análisis dialéctico materialista. Lo primero fue una iniciativa prevista y planeada mientras que lo segundo fue un descubrimiento *a posteriori*. Tal combinación permitió dar continuidad a las etnografías dialécticas del capitalismo emprendidas por otros investigadores de nuestro grupo de investigación en Antropología Médica Crítica (Abadía, Góngora, y otros 2013, Abadía, Melo, y otros 2011), caracterizadas por entablar diálogos de ida y vuelta entre lo singular y lo estructural, entre lo particular y lo general, entre lo local y lo global, entre los encuentros médico-paciente y el sistema de salud, y entre la experiencia cotidiana y la abstracción teórica crítica; todo ello para la emancipación académica, política e investigativa.

Entiendo la etnografía en la triple acepción propuesta por Rosana Guber como enfoque, como método y como reflexividad. Como enfoque, la etnografía privilegia la versión que sobre la realidad ofrecen sus protagonistas, por encima de las versiones de escritorio que podrían ofrecer otras propuestas investigativas. Como método la etnografía es un adentramiento profundo en un mundo social a través de actividades y técnicas que permiten dar centralidad y amplitud de desarrollo a las narrativas de esos protagonistas reconociendo, a la vez, la participación de quien investiga en lo que se investiga. Y como reflexividad es un producto teórico, usualmente escrito, que pone en diálogo las descripciones de los sujetos entrevistados y las interpretaciones de quien investiga, en su condición de sujeto social, sujeto que investiga y sujeto que dialoga con las reflexividades que emergen en el trabajo de campo (Guber 2001).

Así, en esta investigación me aproximó a algunas voces de quienes protagonizan a diario el trabajo médico general en contextos de atención ambulatoria y de urgencias del país, con quienes conversé en entrevistas semiestructuradas orientadas por una guía.

Graduada como médica general de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2000, y habiendo interrumpido mi praxis clínica hace más de una década por razones que incluyeron desacuerdos con la forma en que operaba el sistema de salud, encontré elementos a favor y también dificultades frente al deseo de emprender una etnografía. A favor, el tiempo alejada de la clínica que me permitió el doble juego entre descentramiento y extrañamiento, por un lado, y comprensión experta del lenguaje y de las narrativas de praxis médica, por otro lado; asuntos centrales para lo que Guber llama, hablando del sujeto que investiga, el extrañamiento y ulterior reconocimiento de la realidad. También a

favor mi gusto por escuchar y mi experiencia en entrevista, primero médica y luego antropológica.

En contra, la carencia de formación antropológica formal y el remanente de improntas metodológicas positivistas y epidemiológicas grabadas en mí desde la formación profesional. Ellas se expresaron en el tiempo que me llevó emprender el trabajo de campo – que fue aplazado en incontables ocasiones – y en las discordancias entre los extensos y detallados contenidos de mi guía de entrevista y la realidad de las conversaciones, en las que en lugar de tantas preguntas detalladas hablé muy poco, escuché mucho y reflexionamos bastante. En la guía de entrevista hablaba una preocupación, típica de los intentos de investigación cualitativa en salud, por abarcar el universo de las categorías teóricas existentes a través de preguntas prediseñadas que suelen ser cerradas, en todo el sentido de la palabra; mientras que en los diálogos sí logré romper esos linderos y permití, mediante escucha activa y atención flotante, que se expresara la riqueza de las experiencias cotidianas.

2.1 La población

Me concentré en el trabajo médico excluyendo la labor de las demás profesiones involucradas en los procesos de atención, por afinidad personal, para aprovechar mis posibilidades de comprender los intrínquilos de un campo laboral que conocía y buscando acoger las reflexiones de Alan Barnard (2000) sobre la necesidad de acompañar teoría y evidencia, en este caso incursionando en un campo laboral emblemático y develando algunas implicaciones de las transformaciones neoliberales en salud. Era útil concentrar la investigación en el trabajo médico porque: 1. En Colombia el médico general se considera la principal “puerta de entrada” de los pacientes al sistema de salud. 2. En los procesos de atención clínica el médico tiene una posición hegemónica con respecto a las demás profesiones, pero esa hegemonía estaría siendo desafiada por su subordinación al capital. 3. Las órdenes médicas pueden modificar el curso de las enfermedades, por lo que la configuración de una relación capital-trabajo en medicina podría revelar la configuración de dinámicas de violencia estructural.

No abarqué médicos generales y especialistas porque tienen diferencias a merced de las cuales la realidad salarial, contractual y de pérdida de autonomía del médico general quedaría amortiguada por la de los especialistas quienes ganan más, pueden encontrar favorables los modelos contractuales flexibles y desregulados y no han visto tan golpeada su independencia laboral. Las y los especialistas están más protegidos por sus organizaciones gremiales, tienen una formación académica mayor y más específica que les resguarda de restricciones en su autonomía, ostentan mejor condición de empleo y se relacionan diferente de los médicos generales con el gran complejo médico industrial. Además como cada especialidad tiene sus particularidades se necesitarían indagaciones y análisis desagregados para cada una.

Ello no significa que las y los especialistas como sujetos históricos inmersos en los procesos de transformación de la medicina como saber y como praxis, estén

completamente excluidos de este análisis. El mundo laboral y el mundo de la medicina son mundos compartidos y quizás las transformaciones en el empleo y en la praxis médica especializada se estén configurando más despacio y con especificidades, pero también con elementos comunes a los que develaremos para la medicina general.

Además me concentré en estudiar médicas y médicos asalariados porque actualmente son mayoría y porque tienen mayor probabilidad de encontrarse en condiciones laborales de subordinación. Según el Ministerio de Salud, en el 2002 solo el 5% de los médicos colombianos no estaba vinculado al sector salud (Ministerio de Salud 2002). Según la Defensoría del Pueblo, en 2006 el 95,8% de los médicos (generales y especializados) trabajaba en áreas asistenciales; el 65,3% trabajaba directamente para una Institución Prestadora de Servicios (IPS), el 43,9% para una EPS y el 12% para una empresa de medicina prepagada, y en promedio los colegas trabajaban en al menos dos entidades (Defensoría del Pueblo 2007). Y según un estudio sobre condiciones laborales en Caldas, el 72% de todos los médicos de Colombia son médicos generales (Ramírez A 2012).

2.2 Las entrevistas

Concibo el lenguaje como una fuente de información, de reflexividad y de construcción de realidades sociales; por lo que, siguiendo la etnometodología (Guber 2001), elegí las entrevistas como principal estrategia para obtener información, complementadas con notas de campo, observación participante en áreas asistenciales y en salas de espera, discusión con pares, simulación de búsqueda de empleo en la web, revisión de estudios de recursos humanos hechos entre 1965 y 2013, vinculación a grupos de médicos generales en la red social Facebook, y participación en eventos gremiales.

Entendí las entrevistas como relaciones sociales donde investigadora e informantes pusimos en marcha normas de comunicación socialmente aprendidas y fuimos construyendo diálogos e interpretaciones conjuntas a partir de los senderos de información que ellas y ellos eligieron. Escuché su voz, su experiencia y las reflexividades que construían a medida que comprendían de qué se trataba mi indagación, así como las reflexividades que se iban suscitando en nosotros durante las conversaciones, o en mí cuando regresaba a las grabaciones y transcripciones; y a partir de allí elaboré una descripción/interpretación de esa realidad laboral. Con lo anterior me distancié de las teorías de la Correspondencia, según las cuales las entrevistas producirían una versión de verdad de la realidad, la más leal posible, elaborada al formular las mismas preguntas a todos los informantes, y por tanto verificable aplicando esas mismas preguntas una vez más (Guber 2001).

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado y garantizando la confidencialidad (Cuadro 2-1). Y, aunque basada en mi experiencia previa planeaba usar convenciones de antropología lingüística al transcribir, el discurso de los y las colegas era tan parejo en el tono que solo necesité las siguientes:

- (...): el testimonio continúa, pero se recortó.

- [texto]: texto incluido por la autora de la tesis.
- MAYÚSCULAS: el texto en mayúsculas en el medio de un párrafo hace referencia a un énfasis de entonación o de vocalización durante el testimonio.

Edité algunos fragmentos en el texto final para facilitar la lectura sin alterar el contenido, quitando palabras repetidas, preguntas en medio de una oración tales como “¿sí?” o “¿me explico?” y simplificando expresiones redundantes.

Investigaciones que se han aproximado de manera crítica al sistema de salud colombiano (Sistema General de Seguridad Social en Salud, en adelante SGSSS) han enfrentado resistencias al querer ingresar en escenarios de atención para la recolección de información (Lozada de Díaz 2010, Defensoría del Pueblo 2003, Defensoría del Pueblo 2005). Por esto y por conveniencia, la puerta de entrada fueron colegas conocidos/as a partir de quienes contacté a otras y otros. Conversé con 20 colegas, 12 hombres y 8 mujeres, con entre 1 y 28 años de experiencia profesional, laborando en Bogotá, Cali y Cartagena, cuyas trayectorias de trabajo abarcaban regiones centrales y costeras del país, con una menor proporción de trayectorias hacia los llanos orientales. En todos los casos existían experiencias de trabajo en varios tipos de instituciones y servicios, casi siempre con combinación de entidades públicas y privadas. Este grupo incluyó 1 hombre y 1 mujer con especialidad clínica, con quienes contrastamos su experiencia pasada como médicos generales con su experiencia como especialistas.

Les entrevisté en el lugar y horario de su preferencia. Varios encuentros fueron en los consultorios; yo en la silla que normalmente se reserva al paciente y mis entrevistados en la silla de su escritorio, una posición exigente para mí ya que eventualmente me sentía como una paciente en consulta, pero cómoda para ellos al mantener su lugar habitual de conversación. Allí, a la vez, cambiaba la disposición usual para un consultorio médico entre quién entrevista y quién responde, a lo que de parte y parte nos supimos adaptar. Otros encuentros fueron en cafeterías y en áreas de descanso médico; allí tuve que acentuar el reconocimiento a su experticia para “romper el hielo”. En unos y otros lugares debí modular el tuteo informal frecuente entre colegas para facilitar la construcción de este nuevo tipo de interacción entrevistadora-entrevistado/a.

Para el trabajo en consulta externa y en urgencias experimenté la saturación teórica, entendida como la percepción de reiteraciones y coincidencias entre unas y otras conversaciones, hacia la entrevista 11. Mientras que para abordar con suficiencia el trabajo médico en hospitalización habría tenido que recolectar más datos. Las reflexiones resultantes dan cuenta de los servicios ambulatorios, haciendo convenientes futuras ampliaciones investigativas para zonas de hospitalización.

Definé dos grandes ejes de indagación: las condiciones de empleo y los actos médicos durante encuentros médico – paciente. En la indagación del primer eje pregunté por las condiciones y la cotidianidad de las jornadas de trabajo actuales y en momentos previos de su trayectoria laboral. En la indagación del segundo eje busqué dilemas, disyuntivos o

negociaciones éticas o morales durante los encuentros médico-paciente relacionadas, por ejemplo, con el tipo de aseguramiento, el tipo de IPS, los acuerdos contractuales entre aseguradoras y prestadoras, las formas de vinculación, o las rentas laborales; y en general estuve atenta a:

- Duración, intensidad, densidad y subjetividades de la jornada de trabajo.
- Posibles vínculos entre las características de la jornada y cambios en las decisiones diagnósticas o terapéuticas.
- Narrativas y percepciones de precarización, flexibilización y remuneración concordante o no con los costos de su formación.
- Cómo se percibe que es valorado su trabajo en prestigio, estatus y dinero.
- Elementos considerados favorables para su competitividad en el mercado laboral.
- Jerarquías formales y no formales entre trabajadores médicos y administrativos.
- Relación médico-paciente.
- Significados y subjetividades ligadas con el concepto “Ley 100”.

La detallada guía de entrevista que construí (Cuadro 2-2) tuvo como punto de partida los objetivos específicos del estudio, como punto intermedio las categorías teóricas detrás de esos objetivos, y como punto de llegada las posibles preguntas para explorar esas categorías. Elaboré esas preguntas con base en mi experiencia personal, académica e investigativa y en el cuestionario CoPsoQ-istas 21 del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de España, hecho para evaluar riesgo psicosocial en el trabajo. Ese cuestionario lo conocí gracias al profesor Jairo Ernesto Luna, de la Universidad Nacional de Colombia, quien me permitió acompañar una investigación en la cual adaptamos las preguntas a la realidad del sector salud colombiano.

Estudí la guía antes de cada entrevista, para llevar las preguntas en mente y orientar las conversaciones según la ruta narrativa y reflexiva de mis interlocutoras/es. En la práctica, nuestras conversaciones podían cruzar por cualquiera de esas preguntas o salirse completamente de ellas, como en un laberinto al que entrábamos y salíamos gracias a sus narrativas y reflexividades. En general, pregunté haciendo eco a lo que me estaban contando, usando las mismas palabras con las que nombraban eso que quizás tuviera otro nombre en mis escritos previos y ulteriores. En esa medida la guía, más que un reservorio de preguntas, fue una ayuda de memoria con la que podía acceder a una síntesis de la globalidad de la investigación antes de cada encuentro.

Con la prueba piloto entendí que en este tipo de investigación el límite entre el piloto y las demás entrevistas no es estricto pues en cada entrevista yo, como instrumento de recolección de información, me ajustaba un poco. Tomé muy pocas notas durante las conversaciones, unas para marcar temas sobre los que tendría que volver evitando interrupciones inoportunas, otras para registrar conclusiones (reflexividades) que llevaría a mi diario de campo o directamente al texto madre al salir de la entrevista.

2.3 Otras estrategias de indagación y contrastación

Si bien las entrevistas fueron el punto fuerte de mi aproximación, amplié y contrasté con notas de campo y usando otras fuentes de información y reflexión; principalmente observaciones, discusión con pares, revisión de avances en nuestro grupo de investigación y en espacios académicos, gremiales y radiales. En el camino también encontré útil simular una búsqueda de empleo como médica general para los 36 departamentos del país en sitios virtuales de empleo, así como lo habían hecho en su trayectoria laboral algunos de mis entrevistados. Y desde julio de 2015 me inscribí en el sitio web elempleo.com del que recibo ofertas laborales diariamente.

También encontré necesaria una indagación al pasado documental. Aunque en la literatura se afirmaba reiteradamente que los asuntos relacionados con el personal de la salud colombiano habían sido poco estudiados e intervenidos, me encontré con una veintena de fuentes sobre la condición laboral médica y en salud desde 1965 que fueron de provecho para el capítulo sobre productividad y explotación. En general se trata de estudios de descripción y planeación de los recursos humanos en salud, heterogéneos en lo que miden y en cómo lo miden, mucho más descriptivos que analíticos y casi todos producidos por acción o encargo del Ministerio de Salud. Inicialmente me preocupó su heterogeneidad, así como sus afonías metodológicas y analíticas, pero luego encontré muy provechoso rastrear tanto los datos comparables como las similitudes y diferencias en sus supuestos teóricos, explícitos o tácitos. Allí, los silencios se hicieron elocuentes.

Así mismo, me uní a diversos grupos médicos dentro de una red social (Facebook) y asistí a los esporádicos intentos de organización gremial convocados allí y por otros medios, lo que me permitió conocer expresiones generales de descontento salarial, y dinámicas actuales de (des)organización médica. Asistí a la Asamblea Médica que impulsó la Federación Médica Colombiana en septiembre de 2014 en Bogotá, a una Junta Directiva del Colegio Médico de Cundinamarca en diciembre de 2015, y a una invitación a los más de 1.800 integrantes de un grupo médico en Facebook a acudir al Parque Simón Bolívar para organizarse en busca de mejorar su situación laboral, reunión a la cual llegamos 5 personas.

2.4 El análisis y la escritura entretejida

El análisis de Paul Farmer sobre violencia estructural junto a la teoría del desarrollo geográfico poco uniforme o desigual de David Harvey (Harvey 1990) me ayudaron a configurar el trayecto reflexivo y de descripción/interpretación descrito por Guber al referirse a la reflexividad etnográfica hecha texto, porque en ellos se hace un abordaje dialéctico de fenómenos generales macro y de sus expresiones concretas y singulares, y viceversa. Ambos análisis comulgan con el método de análisis dialéctico materialista de Marx, de hacer abstracciones sencillas a partir de situaciones reales y concretas para luego hacer conceptualizaciones más complejas y abstractas, según las formas sociales de esas actividades; o a la inversa desde lo abstracto hacia lo cotidiano.

En unos momentos, en el análisis de experiencias y reflexividades, fue palpable que ellas se producen en la interacción dialéctica de sujetos sociales entre sí y con dinámicas estructurales. Allí fui seleccionando lo que era exaltado por mis entrevistadas/os, junto con lo que me suscitaba interés, preguntas o conclusiones al entrevistar, transcribir, releer, y en la revisión de los datos con mi director y con pares académicos.

En otros momentos predominó la necesidad de poner en diálogo esos hallazgos del trabajo de campo con categorías teóricas que les hicieran justicia descriptiva y analítica. Allí quise superar tres defectos frecuentes de la investigación cualitativa en salud: a) la fragmentación discursiva entre el saber social y el saber académico b) la reducción de la fuerza semántica de las voces escuchadas cuando son parafraseadas o cuando se las trata solo como ejemplos de las revelaciones investigativas, c) la desaparición de los contenidos más profundos y novedosos a expensas de monólogo experto. En esta tesis he incorporado fragmentos de 7 entrevistas (Ver Tabla 2-1).

Tabla 2-1 Entrevistas citadas

Nombre (alias)	Duración (minutos)	Experiencia (años)	Descripción
Paul	50	28	Médico especialista. Independiente, consultorio particular, y pensionado.
Pablo	120	20	Médico general de Urgencias. Tiempo completo por prestación de servicios en hospital público.
René	42	4	Médico general de Urgencias. Medio tiempo, por prestación de servicios en hospital público.
Leo	55	8	Médico general de Urgencias. Medio tiempo de planta, medio tiempo por prestación de servicios en hospital público.
Valery	100	11	Médica general consulta externa y urgencias. En "vacaciones" y negocio familiar.
Muriel	240	1	Médico general consulta externa. Medio tiempo a término indefinido en clínica privada. Suspendió el ejercicio médico.
Karin	40	8	Médica general de Urgencias. Tiempo completo por prestación de servicios en clínica privada

La escritura fue paralela al trabajo de campo e integré los fragmentos testimoniales y mis aportes en párrafos a doble color en los que es posible leer el contenido de corrido, pero también es visible el "cambio de micrófono" entre mi escritura y la evocación de sus palabras ya que los fragmentos testimoniales aparecen en letra cursiva y sobre un fondo gris que representa un cambio en el color de la "lana" con la que se "tejen" las ideas. Esa "escritura entretejida" marca una diferencia con la tradición en investigación cualitativa en salud, en la que se suelen ubicar los testimonios en renglones separados. Como resultado veo este producto final como un "tapiz" en el que se refleja mi esencia tejedora, la cual hasta ahora había sido solo literal.

Cuadro 2-1 Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Adriana Ardila Sierra, estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, y la meta del estudio etnográfico es analizar con perspectiva crítica el trabajo médico en el momento neoliberal actual.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista abierta que tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Si usted está de acuerdo, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, pero si lo prefiere solo se tomarán algunas notas en papel.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede interrumpir la entrevista o retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Adriana Ardila Sierra. Se me ha informado que la meta de este estudio etnográfico es analizar con perspectiva crítica el trabajo médico en el momento neoliberal actual.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente una hora.

SI No acepto que lo que conversemos durante la entrevista sea grabado y posteriormente transcrito. En caso de no aceptar la grabación, la entrevistadora tomará notas en papel.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Adriana Ardila al teléfono móvil 3166191074 o al correo electrónico adriardilas@gmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Adriana Ardila Sierra al teléfono o al correo electrónico, anteriormente mencionados.

Nombre del/la participante

Firma del/la Participante

Fecha

CC.

E-mail:

Teléfonos:

Firma de la investigadora, Adriana Ardila Sierra _____
CC. 52.336.284.

Cuadro 2-2 Guía de entrevista.

Objetivo	Categorías teóricas	Temas a indagar	Posibles preguntas
Aportar a la comprensión de las violencias del capitalismo que pasan por el proceso de trabajo médico	Subordinación, subsunción		¿Debes callarte tu opinión sobre temas administrativos o del Sistema de Salud en tu trabajo? , ¿Cómo es tu relación con las directivas y con tu inmediato superior?, ¿tu salario es justo? , ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?, ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas las tareas?, ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?
	Explotación, Precarización, proletarización, flexibilización, despojo de derechos laborales.	Percepción de remuneración concordante o no con los costos monetarios y no monetarios de cualificar su fuerza de trabajo.	¿Qué seguridad social tienes? ¿En tu trabajo te informan con suficiente antelación acerca de los cambios que pueden afectar tu futuro? En este momento te sientes preocupado/a por: a. ¿lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de quedar desempleado/a? b. ¿por que te cambien los turnos contra tu voluntad? c. ¿por que varíen tu salario? d. ¿porque no te paguen salarios atrasados? e. ¿por que no te paguen a tiempo?
	De saber hegemónico a saber subordinado	Jerarquías entre saberes médicos y administrativos	¿Qué tanta autonomía o libertad de acción tiene un médico en Colombia hoy en día?, En relación con tu trabajo, estás satisfecho/a con: ¿a. tus perspectivas laborales?, b. ¿el grado en que se emplean tus capacidades? c. ¿tu trabajo, tomándolo todo en consideración?, ¿en tu trabajo existen incentivos salariales relacionados con los resultados de cada trabajador?, ¿tu inmediato o inmediata superior está dispuesto/a a escuchar tus problemas en el trabajo?
	Destrucción de formas de saber, pensamiento y praxis Alienación	Equipos de salud Mobbing	¿Hay un buen ambiente con tus compañeros/as de trabajo? Entre compañeros y compañeras ¿se ayudan en el trabajo? En tu trabajo ¿sientes que formas parte de un equipo? ¿Con qué frecuencia recibes ayuda y apoyo de tus compañeros de trabajo en la realización de tu trabajo? ¿Con qué frecuencia tus compañeros están dispuestos a escuchar tus problemas del trabajo? ¿Con qué frecuencia tus compañeros hablan contigo sobre cómo haces tu trabajo?
	Tortura, autodestrucción		Fuga laboral
	Efectos sobre la salud del paciente, iatrogenia		¿Las actuales condiciones de trabajo médico podrían tener algún efecto sobre la salud de los pacientes? Por ejemplo, la forma en que el médico es contratado, el tipo de contrato, el que se sienta bien o mal remunerado puede tener efectos en el tipo de atención que le brinda a unos u otros pacientes?. En Colombia, ¿el tipo de afiliación o la forma de pago o el tipo de IPS de un paciente puede hacer una diferencia en la atención que se le brinda?

Objetivo	Categorías teóricas	Temas a indagar	Posibles preguntas
<p>Identificar dilemas en el acto médico, con el paso de una relación médico-paciente a una relación médico-paciente-asegurador. (parto de un símil entre contradicción y dilema)</p>	<p>Dilemas, disyuntivos o negociaciones relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de aseguramiento, tipo de IPS, acuerdos entre EPS e IPS, formas de vinculación laboral, rentas laborales, lucro/bienestar o costo/cuidado, lucro/seguridad, derecho prestacional/derecho ciudadano, cobertura individual/cobertura poblacional, Régimen contributivo/subsidiado, rentabilidad financiera/rentabilidad social, POS/No POS, saber hegemónico/saber subordinado, estorbosos/imprescindibles, evidencia/experiencia, teoría/praxis, saber médico/otros saberes de la salud. Desclasamiento /lucha de clases. Recomposición de clase El trabajo: fuente de aprendizaje/frustración 	<p>Experiencias significativas de atención, dilemas y forma de resolverlos</p>	<p>¿Hoy día, cuáles son los dilemas más difíciles en tu trabajo cotidiano? ¿Ha tenido que desatender un paciente por atender a otro? Si sí, ¿esto le ha acarreado situaciones graves o difíciles?</p>
	<p>Relación médico-paciente-asegurador</p>	<p>Significados y subjetividades ligadas con el concepto "Ley 100". Y su vínculo con la toma de decisiones</p>	<p>¿En qué cambió el trabajo de los médicos después de la ley 100?</p>
		<p>Error médico, iatrogenia</p>	<p>Narrativa de una experiencia significativa de atención.</p>

Objetivo	Categorías teóricas	Temas a indagar	Posibles preguntas
Analizar cómo se transforma el proceso de trabajo médico cuando la calidad de la atención médica es vista desde la productividad económica del sector de servicios.	Jornada de trabajo	1. Duración, intensidad, densidad y subjetividades de las jornadas de trabajo. 2. Cotidianidad de las jornadas de trabajo 3. Posibles vínculos entre las características de la jornada y cambios en las decisiones diagnósticas o terapéuticas	¿Cómo es una de sus semanas de trabajo? (cuantos días trabaja, cuantas horas diurnas y nocturnas, discriminar por cada uno). En un turno normal, ¿Tiene tiempo suficiente para hacer su trabajo? ¿El ritmo de trabajo es alto durante toda su jornada?
	Prestigio	Posibles cambios en la percepción médica de prestigio o de estatus social	¿Percibe usted que ser médico le otorgue prestigio o reconocimiento social? Si piensa en todo el trabajo y esfuerzo que ha realizado, ¿el reconocimiento que recibe en su trabajo le parece adecuado?
	Condiciones de empleo	Forma de vinculación, rentas laborales y otras formas de compensación	¿En cuántos lugares trabaja?, ¿Cuál es la forma de vinculación en cada uno de esos lugares? ¿Qué hace o que puede hacer un médico que no esté conforme hoy con sus condiciones de trabajo o con el sistema de salud? ¿Puede tomar las vacaciones más o menos cuando lo desea? Si tiene algún asunto personal o familiar, ¿puede dejar su puesto de trabajo al menos una hora, sin tener que pedir un permiso especial?, ¿Sus superiores le dan el reconocimiento que merece?
	Calidad y competitividad en el trabajo	Elementos favorables y desfavorables para la competitividad en el mercado laboral. Dinámicas de competencia entre prestadores.	¿Que se evalúa actualmente para contratar a un médico? ¿Y para decidir su desvinculación?

3. De profesión liberal a trabajo explotado

Un concepto bastante desconocido en el argot médico es el de “explotación”; y desconocidas son para el mundo académico las características de la explotación en lo que respecta al trabajo médico. Con este capítulo aspiro a aportar a ese necesario desarrollo conceptual. Es un capítulo que surgió de un diálogo de reflexividades (Guber 2001) en el que inicialmente el mayor peso lo tuvieron las reflexividades emergentes en las entrevistas y posteriormente aquellas derivadas del encuentro entre esas reflexividades emergentes y la teoría crítica sobre productividad y explotación (Vega 2013, Fumagalli 2010, Marx 2009 [1872], Arouca 2008 [1975], Harvey 1990).

Buena parte de este desarrollo emergió mientras intentaba comprender el peso que en el discurso de mis entrevistados tenían palabras como la productividad, la sostenibilidad, la costo-eficiencia, y en general el tema de los costos. Vi en ellas y ellos frustración cada vez que relacionaban esas palabras con la forma en que actualmente se les define como buenos o malos médicos dentro de sus trabajos.

Me contaron que los hacen rendir; *¿eso es qué? que vea 18 pacientes diarios, que no formule más del 85%, que no remita más del 10%, que no mande imágenes diagnósticas a más del 10% y que no mande más del 32% de laboratorios. Si supera esos topes, es un médico que no es costo efectivo para la institución*⁶ (Entrevista a Muriel 2014). En otros casos rendir es no superar topes de dinero, por ejemplo de 2 millones de pesos en imágenes diagnósticas al mes.

“Se está pasando” les dicen, “bájale” les piden, reciben cartas o correos electrónicos en llamado de atención, les presentan su rendimiento mensual en reuniones de productividad, y en algunas de esas reuniones les entregan trofeos con los que se exhibe a quienes gastaron más y a quienes gastaron menos. Igualmente me contaron de entidades que una vez al mes usan el espacio de una de sus consultas para hacer en esos 20 minutos la “descarga” o retroalimentación y firmar actas de compromiso a ajustarse. Si definitivamente no rinden, pues “Chao Doc”.

⁶ Aquí iniciamos la escritura entretrejida. Cuando el texto tenga este formato estaremos haciendo un “cambio de micrófono” en el que deja de hablar la autora para dar paso a los testimonios de las entrevistas. El nombre entre paréntesis al final de cada fragmento es un alias que identifica al entrevistado/a y la fecha de la entrevista; más detalles sobre ellas y ellos aparecen en la Tabla 2-1 y en el desarrollo de cada capítulo.

Uno de ellos comentaba que cuando “se pasó un poquito” su coordinador médico le indicó: *“No, pues hay que dilatar más las cosas”, esa fue la palabra, “dilatar” pero ¿Por qué dilatar si un paciente lo necesita? (...) es como ir en contra de todo lo que le han enseñado a uno y de la ética”* (Entrevista a René 2013)

Como vemos, “pasarse” es entendido en las nuevas subjetividades laborales como una característica profesional indeseable, mientras que se exalta la idea del “médico resolutivo”, capaz de resolver la necesidad del paciente independientemente de las condiciones laborales, organizacionales y estructurales en las que se da la atención. Pero la experiencia de ellas y ellos devela que esa capacidad resolutiva trae incrustada la exigencia de generar poco gasto. Por esa razón perciben que las instituciones los clasifican; por ejemplo, *usted es médico clase A, B o C. Si usted es clase A entonces es el médico bueno para nosotros, que le vamos a seguir dando contrato porque usted no formula tanto, usted no pide tanto, usted mantiene la gente ahí como... embobándola un poco con cosas, que venga a la cita, que no sé qué...”. Y si usted es de la clase C es el médico que de pronto es más académico y le hace a la gente lo que necesita pero para la EPS⁷ es el médico que es gastalón, representa mucho dinero, entonces es un riesgo y fácilmente lo sacan por esa razón. Eso hace que uno sienta el maltrato todo el tiempo. Con esa idea del buen médico o el mal médico, es como un desprestigio, es una doble moral porque usted es buen médico si no manda nada, no gasta nada, y al paciente lo embolata por ahí. Buen médico para ellos pero mal médico para el paciente ¿yo por qué no puedo pedir los exámenes que el paciente necesita para que salga del problema? no, porque me echan* (Entrevista a Pablo 2013).

Lo contrario pasa en las instituciones cuyos contratos hacen más conveniente consumir y facturar bastante. El hecho es que la disyuntiva entre solicitar o no apoyo diagnóstico o valoraciones especializadas, que debería depender del análisis semiológico, de algoritmos, o de Guías de Práctica Clínica, ha pasado a depender también de criterios de sostenibilidad financiera, de productividad y de rendimiento.

¿Cómo y porqué las instituciones de salud tasan a sus médicos según rendimiento? Una respuesta circula en los pasillos: lo que les interesa es el lucro. Pero es necesario entenderlo y demostrarlo en los teóricos o dos contrargumentos que también circulan por los pasillos se tomarán, como hasta ahora, la escena: a) de otra manera el sistema es insostenible, b) es una forma de garantizar calidad. El primer requisito sería demostrar que el trabajo médico es un trabajo productivo, en caso contrario no tendría asidero teórico hablar de lucro ni de explotación.

⁷ Notemos que se hace referencia a los médicos que trabajan para las EPS. En el modelo de pluralismo estructurado sobre el que se construyó el sistema de salud vigente se reconocían las inconveniencias de la integración vertical (integrar funciones de prestación de servicios con funciones de financiación). Sin embargo esa mixtura tomó grandes proporciones en la práctica y vimos proliferar numerosas IPS de propiedad de los aseguradores. El fenómeno penetró las subjetividades al punto que la integración vertical habla en los discursos cotidianos: los médicos saben que trabajan para IPS pero también saben que las directrices que allí reciben están verticalmente integradas, lo cual se refleja en su discurso al decir que trabajan para EPS.

En los modelos sanitarios que antecedieron la ola neoliberal demostrar la productividad del trabajo médico se dificultaba ya que, a diferencia del trabajo industrial donde se producen mercancías tangibles que se distribuyen y posteriormente se consumen, en el acto médico lo que se produce es intangible y su consumo es simultáneo a la producción. Pero además, poco se hablaba de productividad médica porque éste no era un trabajo asalariado y porque existían vetos morales y normativos en contra de la explotación; por ejemplo en Brasil el lucro extraído del trabajo médico estaba definido como explotación en el código de ética médica y por tanto estaba prohibido (Arouca 2008 [1975]).

No obstante, hace tres décadas el célebre médico y sanitarista brasileiro Sergio Arouca (2008 [1975]) ya justificaba esta posibilidad de hablar del trabajo médico como un trabajo directa o indirectamente productivo con una argumentación que se puede sintetizar en seis puntos: 1. Por ser un lugar de consumo de instrumental y de equipamiento que, además, aporta con su conocimiento un valor agregado a lo que se consume; 2. Porque los encuentros médico-paciente permiten la circulación de dinero; 3. Porque el monto del ingreso de los médicos les ubicaba dentro de un sector de alto consumo; 4. Por cuidar la fuerza de trabajo y mantenerla en condición de ser consumida y de ser productiva; 5. Por participar del mantenimiento del ejército de reserva a través de la atención materno infantil y con acciones preventivas; 6. Por incorporarse al trabajo colectivo al apoyar los procesos de selección de personal. El autor afirmaba que el trabajo médico solo era improductivo cuando el médico trabajaba en servicios de beneficencia o cuando se remuneraban directamente sus servicios prestados con el pago de honorarios, pues allí había simplemente una relación de intercambio comercial.

Sin embargo, como vemos en los fragmentos presentados, las preocupaciones de quienes me hablaron no quedaban abarcadas en esas seis grandes formas de productividad. La razón era sencilla, en tiempos de Arouca la explotación médica se avizoraba mas no era una realidad así que el autor avanzó hasta donde su época, pre neoliberal, lo emplazó.

Algo más ocurría al leer a Arouca llevando en mente el eco de mis entrevistas: al reconfigurarse el valor de la vida en un modelo de mercado que antepuso la salud financiera a la humana, era necesario reconfigurar aquel desarrollo teórico. Me di entonces a la tarea de actualizar ese trabajo y a ello dedicaré la primera parte del capítulo, sobre productividad indirecta. Después hablaré de la productividad directa y allí encontraremos una de las porciones más novedosas de esta tesis.

Al final concluiremos que en un principio el trabajo médico en el capitalismo en Colombia era un trabajo improductivo, que solo producía rentas para la subsistencia de los doctores, aunque indirectamente productivo; y que en el neoliberalismo es transformado en un trabajo directamente productivo y explotado a través de su subsunción formal y real al capital.

3.1 Pasado y presente de un trabajo indirectamente productivo

Si leemos la propuesta de Arouca con los ojos del presente, vemos que es más conveniente hablar de sus seis puntos como formas de productividad indirecta; es decir aquella en la que se agrega pero no se produce valor para la acumulación. Pues en la productividad directa no solo se agrega sino que se produce valor. Por ahora hagamos un repaso por esa propuesta mostrando cómo se han transformado las tres primeras formas en que el trabajo era indirectamente productivo y aportando una breve reflexión para las otras tres. Recordando que el fin último de esta indagación es el bienestar de los pueblos, iremos conectando el análisis con sus implicaciones para los sujetos que transitan los espacios de atención en condición de pacientes.

3.1.1 Controlar excesos excediendo controles

Planteaba Arouca que el trabajo médico es productivo *1. Por ser un lugar de consumo de instrumental y equipamiento que, además, aporta con su conocimiento un valor agregado a lo que se consume, y 2. Porque los encuentros médico-paciente permiten la circulación de dinero* (Arouca 2008 [1975]).

En 2011 Iriart, Franco y Mehry describieron los enfrentamientos contemporáneos entre los capitalistas del sector salud (gran complejo médico industrial, en adelante CMI⁸, y aseguradores) y sus esfuerzos por moldear el comportamiento médico a su favor. Ellos documentaron que con el naciente mercado del aseguramiento en salud, que se ensanchó enormemente en los años 80 pero en especial en los 90 del siglo XX por los flujos de capital financiero hacia allí, las compañías farmacéuticas y los profesionales fueron confrontados por el imperativo de la contención de costos, incorporado al sector sanitario a través de la corriente teórico-práctica de la atención gerenciada (o *managed care*), hermana de cuna neoliberal del aseguramiento en salud.

Hasta entonces la acumulación dependía del consumo incrementado de servicios, por lo que usualmente las compañías del CMI buscaban que los médicos incrementaran sus formulaciones. Pero las aseguradoras introdujeron un vector opuesto ya que para ellas el lucro se incrementaba primordialmente al reducirse el consumo – y por tanto el acceso - a servicios y tratamientos. Los autores explicaban así el surgimiento, en la era de la atención gerenciada, de procedimientos administrativos que limitan la prescripción médica a través de conceptos técnicos como la costo-efectividad o la sostenibilidad financiera (Iriart, Franco y Merhy 2011).

La experiencia colombiana nos ha mostrado que estas limitaciones a la acción médica dependen de aspectos tan diversos como el costo de los servicios (si son baratos se puede inducir al paciente a comprarlos de su bolsillo), de quién paga por ellos (el asegurador, un fondo público de solidaridad o el paciente), del grado de agenciamiento público del derecho

⁸ Estos autores incluyen dentro del gran CMI a las industrias farmacéuticas y a las productoras de bienes e insumos médicos.

a la salud y específicamente del grado real de obligatoriedad en la prestación oportuna de la atención (si una atención no se garantiza oportunamente es posible que cuando ésta se apruebe – en lo simbólico, es decir en el raciocinio médico, o en el papeleo administrativo que avala la orden médica - brindarla ya no sea necesario porque ya haya muerto el paciente o porque éste ya haya gestionado por cuenta propia y por fuera del sistema su necesidad), del grado de integración entre aseguramiento y prestación, y del grado de deshumanización del sistema y de los aseguradores.

El asunto es que, en medio de los conflictos y contradicciones entre el interés del gran CMI de incrementar el consumo y el interés de los grupos financieros de abarcar grandes poblaciones pero limitando el acceso y por tanto los gastos con cargo a las pólizas de aseguramiento, con la irrupción de la acumulación anticipada vía seguros médicos al campo de la salud surge la productividad del trabajo médico ya no solo como lugar de incentivo sino también como lugar de control del consumo.

En las últimas décadas del siglo XX crecen las críticas a la medicalización de la vida y referentes a la imbricación de intereses médicos e intereses corporativos (Illich 1975, Cordeiro 1984, Vasco 1986 [1974]) y a la par se configura una defensa de las cortapisas a los actos médicos dentro de la gestión organizacional contemporánea, al verlas como formas de controlar los excesos de los doctores en el consumo injustificado de tecnologías. Pero cuando las medidas para controlar excesos médicos inducen un reaprendizaje laboral de la medicina aprendida en la escuela y conducen a optar por acciones *que no conviertan al paciente en gasto*, que no lo conviertan en un débito a las rentas, estamos ante interferencias al acto médico con potencial dañino que reproducen el potencial dañino que se pretendía evitar.

Si yo quiero mandar a Dermatología, entonces ¿qué es lo que empieza uno a ver? compañeros mañosos y no son mañosos porque sí, sino porque les toca; por ejemplo si llega un paciente con una evidente lesión que es de manejo del dermatólogo ¿qué toca hacer? Registrar todo, luego le mando su Betametasona, o le mando cualquier cosa ahí, lo veo dos consulticas más y ahí sí lo mando ¿pa'qué? Pa'que en la historia QUEDE REGISTRADO que usted le dio manejo, es decir de que usted INTENTÓ hacerle algo y que no respondió al manejo (Entrevista a Muriel 2014). Este extracto testimonial, que ilustra la posibilidad del trabajo médico como campo de control lesivo del consumo, podría tomarse como un dato menor, anecdótico, pero en 2013 el médico colombiano Guillermo Sánchez, en su investigación doctoral⁹ se aproximó a la realidad nacional del cáncer de piel no melanoma, enfermedad curable si se diagnostica y se trata oportunamente, y sus hallazgos aportan una versión de realidad de los pacientes con cáncer de piel que dialoga con la que estamos describiendo.

Buscando comprender tanto la dimensión epidemiológica como la experiencia de estos pacientes, Sánchez madrugó a hacer las filas de tres y cuatro horas requeridas para

⁹ La cual ganó el premio de la Academia Nacional de Medicina de Colombia a la Investigación Científica en el área de Ciencias Clínicas y Experimentales del año 2014

conseguir un turno con el cual lograr la asignación de una cita médica; participó como acompañante de pacientes en juntas medicas; y observó y escuchó lo que solo se ve y se escucha en salas de espera y demás espacios ajenos a las batas blancas. Esto le dijeron dos de sus entrevistados:

Uno de ellos expresaba: *“yo creo que a los médicos no los dejan hacer muchas remisiones y formular algunas drogas o mandar exámenes..., a mí me tuvo como tres citas con una cremita, y no me remitía al dermatólogo... Me tocó ir por mi cuenta, pero tuve que pagar particular...”*

El otro decía: *“A mí me tuvieron como cuatro meses dándome unas cremas que no me sirvieron para nada... después de como tres meses me dijo que me mandaba al especialista...”* (Sánchez Vargas 2013, 167)

La falta de oportunidad en el manejo de los pacientes oncológicos se relaciona con un peor pronóstico; y el estudio de Sánchez documenta un ensanchamiento en el lapso entre la consulta médica inicial y el manejo definitivo, con respecto al esperado según la literatura médica mundial¹⁰. Ensanchamiento que se da por demoras relacionadas con las barreras y la estructura de este sistema de salud, pero también relacionadas con cortapisas de gestión que tocan el corazón del acto médico y que, so pretexto de controlar posibles excesos médicos, exceden su control haciendo que, como sintetizaba uno de mis entrevistados, el médico general deje de ser la puerta de entrada del sistema de salud para convertirse en una de sus barreras de acceso.

Sánchez partió de la categoría de *itinerario burocrático* de Abadía y Oviedo (2009), útil para mostrar que los usuarios del SGSSS se han convertido en sujetos sin derechos que deben itinerar por absurdos pasillos burocráticos buscando hacer cumplir el deber Estatal e institucional de garantizar su derecho a la atención. Nuestro trabajo dialoga con esa categoría y la extiende desde la burocracia administrativa hacia la atención médica clínica, para mostrar que en este sistema de salud también se configuran *itinerarios clínicos*, es decir, recorridos infructuosos por burocracias clínicas, sin que la atención médica redunde en la resolución de la necesidad de salud por trabas a la labor médica impuestas, por ejemplo, a través de mecanismos de productividad que se incrustan en las decisiones clínicas y las distancian del deber ser semiológico y terapéutico.

Por el poder ideológico y económico que actualmente tiene la defensa del modelo vigente en Colombia, demostrar esta conexión entre neoliberalismo y vida humana que pasa por el control al pensamiento y a la praxis médica es una labor tan ingrata como la de las sirenas que ven marineros pasar tapando sus oídos temerosos de perder la cordura.

¹⁰ Otros trabajos que relacionan aspectos del sistema de salud colombiano con el ensanchamiento en los tiempos de acceso a la atención en pacientes oncológicos versan sobre cáncer de mama (Piñeros, y otros 2011, Wiesner-Ceballos 2007) y cáncer de cuello uterino (Wiesner-Ceballos, Vejarano-Velandia, y otros 2003).

Podemos afirmar en términos generales y abstractos que, amparados en el modelo de mercado de este sistema de salud, las y los líderes administrativos y políticos del sector están obligando a médicas y médicos a optar por una medicina poco científica (aunque en el discurso afirmen lo contrario) y poco comprometida con el cuidado radical de la vida¹¹. Pero es más difícil probar que, uno a uno, a cada doctor y doctora se le obliga a ir contra la necesidad de su paciente y a favor de la sostenibilidad financiera ya que al no ser la medicina una profesión de resultados sino de medios, cualquier conducta médica, incluso aquella en la que no se opta por el *gold standard* queda amparada bajo el criterio singular de quien ejecuta, en el doble sentido de la palabra, el acto médico.

Por eso fue útil la entrevista semiestructurada; porque la conducta médica en la que no se opta por la primera elección (medicamentosa, diagnóstica, etc.) sino por conductas de nivel “menos uno” o “menos dos”¹², circula más en las conversaciones que tenemos entre colegas al calor de un café que en documentos institucionales.

Por eso, si abrimos oídos, los extractos testimoniales que he presentado son evidencia de que nuestras médicas y médicos están siendo presionados por criterios de productividad y rendimiento que les obligan a enviar a sus pacientes a itinerar por alternativas clínicas con menor probabilidad de éxito, por el temor a ser señalados como malos trabajadores o estigmatizados como malos médicos. Pueden silenciar sus impulsos terapéuticos, silenciar porciones de algoritmos diagnósticos y de manejo y, a la larga, olvidar la medicina de la escuela para aprender una medicina neoliberal improvisada en laboratorios de economía y de administración de servicios de salud.

Ahora bien, que intentemos comprender por qué y cómo se ha transformado el trabajo médico y vislumbremos callejones sin salida aparente, no equivale a resignarnos a esos procesos de transformación que describimos. La cobardía ante las imposiciones de un sistema de salud manejado por expertos neoliberales no es la única alternativa; el cuidado radical de la vida humana exige posturas contestatarias en cada uno de los encuentros que a diario tenga cada colega con sus pacientes. De otro modo, ellas y ellos también son cómplices de esta reconfiguración hacia una biopolítica neoliberal entendida ya no solo como mandato sobre la vida sino también como mandato de destrucción de la vida para la creación, directa o indirecta, de valor.

En la biopolítica neoliberal se cosifica y se despersonaliza al sujeto enfermo, no solo de la manera en que lo planteaban las críticas que desde sus orígenes recibió la medicina moderna occidental, en la que el distanciamiento de pacientes o poblaciones se excusaba en la neutralidad científica, sino que ahora es también una cosificación y

¹¹ Tomé esta sencilla noción del deber ser de la medicina de Mehry (2013).

¹² Con ese “signo” negativo me apoyo en el plano cartesiano para referirme a conductas que, como la betametasona para el paciente con una lesión compatible con cáncer de piel, no están contenidas en la guía de práctica clínica pero pueden ser defendidas como “pruebas” o “intentos” diagnósticos o terapéuticos costo-efectivos ante lesiones de piel aún no definidas oficialmente (en la historia clínica) como sospechosas de ser cancerosas.

despersonalización de carácter mercantil; para sostenerse en el mercado así sea a costa de la vida.

Esta conexión violenta entre neoliberalismo y salud de los pueblos, que pasa por la atención médica, nos pone ante el dilema de reivindicar la medicina moderna y positivista a la que antes contestábamos, pero ahora para reivindicar el derecho a que ni los pacientes ni su sufrimiento sean convertidos en medios y objetos de trabajo a partir de los cuales se instauren proyectos de emprendimiento productivo. Se reproduce lo que Beatriz Preciado ha llamado *la muerte de la clínica* (Preciado 2013), porque la medicina sigue ocupando el rol de dispositivo de disciplinamiento social pero a la vez se transforma en oficio subordinado a dispositivos neoliberales que atentan contra lo que otrora fuera la clínica¹³.

El hecho que a las y los colegas les hagan firmar actas de compromiso o que reciban premios, trofeos o cualquier estímulo (positivo o negativo) demuestra que hay tanto presiones generales como particulares, acciones con nombre propio que responden a políticas institucionales, sectoriales y globales. El fenómeno también ha sido denunciado en sitios web¹⁴ permitiendo ver que no se apunta siempre al paciente dermatológico, o a la betametasona, sino que se apunta a la generalidad y heterogeneidad de las conductas médicas que minuto a minuto componen los indicadores de cada mes.

Retomando, Iriart, Franco y Merhy (2011) explican que hay estrategias compensadoras por parte del CMI para garantizar su participación en el mercado, las cuales se fundamentan en la radicalización de la biomedicalización del sistema. Por ejemplo cambiar, crear o difundir definiciones de enfermedades que exijan el consumo de sus productos, apoyar el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) que favorezcan determinados diagnósticos, apoyar el desarrollo de sistemas de pagos basados en sistemas públicos o en relaciones que permitan convertir a los pacientes sin capacidad de compra en consumidores, o financiar actividades educativas a médicos o a pacientes en las que se fomenta la demanda de tratamientos.

Entonces, cerrando esta revisión de los dos primeros postulados de productividad médica de Arouca, podemos actualizarlos diciendo que en el presente neoliberal el trabajo médico subordinado puede ser indirectamente productivo *1. Tanto por ser un lugar de consumo de instrumental y de equipamiento como por ser un lugar de restricción del consumo que, además, aporta con su conocimiento un valor agregado a lo que se consume o a justificar el no consumo; y 2. Porque en los encuentros médico-paciente se puede controlar, estimulando o inhibiendo, la circulación de dinero según las directrices e incentivos de las empresas del sector que, a su vez, estimulan o inhiben la circulación dependiendo de su lugar en el sistema y de las condiciones de pago de los servicios.*

¹³ Orlando Mejía en *En el jardín de Mendel. Bioética, genética humana y sociedad* (2010) ofrece otra noción de *muerte de la clínica*, relacionada con la preeminencia de la genética.

¹⁴ (Semana 2014, Fergusson 2014)

3.1.2 Vivir para trabajar para vivir

En tercer lugar, Arouca planteaba que el trabajo médico es productivo *porque el monto de su ingreso les ubica dentro de un sector de alto consumo.*

El giro neoliberal de las políticas laborales colombianas se expresó en el trabajo sanitario en una rápida y drástica explosión de relaciones de empleo desreguladas y flexibles. Los contratos a destajo, por cooperativas de trabajo asociado o por prestación de servicios, fueron reemplazando la vinculación formal a las plantas institucionales; y se configuró una reducción del ingreso neto y por recortes en seguridad social que hace que las y los médicos de hoy se sientan mal pagos. También *la parte crediticia de los médicos está MAL, estamos reportados [en las centrales de riesgo] porque la estabilidad no es buena y los pagos no son mensuales, sino que pagan a los 40, a los 60 días, 3 meses sin pago* (Entrevista a Pablo 2013).

Existen figuras a través de las cuales las y los doctores amortiguan su actual realidad y mantienen el estatus de vida y de consumo. Entre ellas están los fondos de empleados médicos que brindan o facilitan el acceso a créditos a quienes ostentan el título en Medicina. Y está también el multiempleo o pluriempleo, donde se eleva el ingreso a costa de jornadas extenuantes; *tú estás de 7 a 1 en un hospital y de 1 a 7 en otro, ya van doce horas (...) fin de semana completo o sea sábado y domingo de 7 a 7 en un hospital y en el otro de pronto el otro sábado y el otro domingo, que tendría día libres*” (Entrevista a Pablo 2013). Así, pueden trabajar en más de un sitio sin superar en cada uno la jornada máxima legal; pero sobrepasando en suma ese máximo, viviendo para trabajar para vivir, incrementando su ritmo de desgaste y los riesgos para su salud (Laurell y Márquez 1983, Mauno, y otros 2005) y aumentando su probabilidad de cometer errores.

Dentro de unos párrafos, al abordar la productividad directa, hablaremos del tamaño del salario. Por ahora cerremos este apartado de actualización de la propuesta de Arouca diciendo que en el neoliberalismo el médico general puede continuar participando de las dinámicas generales de consumo del modo capitalista porque pese a que se deteriora su condición de empleo, a través de endeudamientos y especialmente con pluriempleo ellas y ellos se sostienen, aunque cada vez menos, en sectores de alto consumo. También porque con respecto a otras profesiones se continua teniendo un ingreso superior.

Hay que aclarar que este no es un patrón universal; conversé con colegas que han elegido laborar solo una jornada de “medio tiempo” (que en el trabajo sanitario suele ser de 6 horas diarias de lunes a viernes más dos sábados al mes) y reducir su nivel de consumo con tal de vivir y trabajar en tranquilidad, de tener tiempo para su vida y para sus familias y para preparar los exámenes de las especialidades médicas a las que aspiran a ingresar. Y también es posible que en el ritmo de trabajo, y en el nivel de vida y de consumo se reproduzcan diferencias de clase social como las que fueran documentadas desde los primeros censos médicos nacionales (Paredes Manrique 1967, Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME 1969).

3.1.3 Fuerza de trabajo garantizando fuerza de trabajo

Para Arouca el trabajo médico también era indirectamente productivo, *4. Porque a través del trabajo médico se cuida la fuerza de trabajo y se la mantiene en condición de ser consumida y de ser productiva, 5. Al participar del mantenimiento del ejército de reserva a través de la atención materno infantil y a través de acciones preventivas, y 6. Porque se incorpora al trabajo colectivo al apoyar los procesos de selección de personal.*

El alcance de esta investigación no permite aportar mayor desarrollo a estos tres postulados pero, siguiendo planteamientos contemporáneos relacionados con la reconfiguración del valor de la vida y de su cuidado en el neoliberalismo (Abadía, Góngora, y otros 2013), sabemos que la productividad del trabajo médico relacionado con el cuidado de las poblaciones en tanto ejército de reserva de fuerza de trabajo también hay que revisarla.

Cuando Arouca enunció sus postulados, la medicina aportaba a la acumulación a través de la producción y el mantenimiento de cuerpos sanos y aptos para el trabajo. Pero desde finales del siglo XX los ejércitos globales de fuerza de trabajo flexibilizada y deslocalizada se hacen inmensos y eso, aunado a emergentes formas de acumulación financiarizadas, cambia el panorama; la vida y los cuerpos que componen la gran masa laboral se hacen prescindibles para el capital. Por lo que en la actual fase mundial neoliberal la gran demanda del capital a los ámbitos sanitarios, más que el cuidado o el mantenimiento de poblaciones sanas, es el mantenimiento de la salud financiera de los sistemas (Ardila 2012).

En estas condiciones, el médico subordinado puede ser más rentable en quiescencia intelectual que al ejercer el estricto cuidado de la vida. Se abren puertas a formas de praxis en que la capacidad resolutive se traduzca en acción o inacción costo-dependiente y lucro-dependiente más que social-dependiente o vida-dependiente. Al tiempo, gana preponderancia el rol de la medicina como dispositivo de silenciamiento del mal social, no solo en un sentido disciplinador y de normalización sino principalmente para la rentabilidad (Kleinman 1995, Waitzkin 1991, Illich 1975, Foucault 1976).

Basada en lo anterior, aventuraré la siguiente actualización: hoy el trabajo médico también puede ser indirectamente productivo: *4. Porque a través del trabajo médico se sostiene la idea del aparente cuidado de la fuerza de trabajo y de su reproducción aunque el sistema apunte ante todo hacia la salud financiera, 5. Al participar del consumo de servicios de promoción y prevención, 6. Porque la medicina del trabajo se incorpora al trabajo colectivo apoyando procesos de selección y exclusión de personal.*

3.2 De productividad indirecta a directa

Hablemos ahora de productividad directa. En el capitalismo lo central para la supervivencia de los capitalistas es que logren acumular y que acumulen más que los demás. Ello les obliga a competir a través de estrategias que incrementen su capacidad de acumulación; entre ellas, estrategias que impriman al proceso de trabajo el ritmo, la intensidad y las condiciones para extraer la máxima plusvalía bien sea absoluta, bien sea relativa, dentro de lo socialmente aceptable. La plusvalía absoluta se refiere a la extensión de la jornada de trabajo hasta donde los límites del cuerpo y de la sociedad lo permitan. La plusvalía relativa abarca formas de abaratar directa o indirectamente el salario, y estrategias de intensificación de la jornada para aumentar la productividad de los trabajadores a través de modelos de organización del trabajo en que se supervisan y controlan el ritmo y el contenido de las tareas, así como la incorporación de máquinas para agilizar, reducir o simplificar la cantidad o la complejidad del trabajo (Marx 1975 [1872], Marx 2009 [1872], Harvey 1990).

Sin embargo, no encontré tan útil esta división entre plusvalía absoluta y relativa para caracterizar la productividad médica, dadas las características de la jornada de trabajo médica, en la que se puede “jugar” de maneras muy diversas con las 24 horas del día, y dadas las especificidades de las transformaciones de este trabajo. Veremos que es de mayor ayuda entretejer el análisis de jornada, salario y demás haciendo una partición entre subsunción formal y subsunción real del trabajo al capital.

Entonces a continuación abordaremos el tránsito desde la productividad indirecta que acabamos de revisar (en la cual aún no podemos hablar de explotación) hacia la productividad directa. Inicialmente veremos la configuración de la subsunción formal, en la cual se establecen relaciones laborales de subordinación y dependencia mediadas por el pago de un salario, pero en las que el trabajador aún conserva el control sobre su proceso de trabajo. Allí nos referiremos a una de las transformaciones que más quejas suscita en redes sociales y en las organizaciones gremiales médicas, que es la relacionada con la condición salarial. Como he anunciado, su descripción dialogará con la de cambios en la jornada de trabajo.

Acto seguido nos adentraremos en la subsunción real, mostrando transformaciones que dejarán ver las facetas más novedosas, menos visibles en las reivindicaciones gremiales y más específicas de la explotación médica, las cuales se configuraron a medida que los colegas fueron perdiendo el control sobre su proceso de trabajo y tuvieron que aprender a vender no solo su fuerza de trabajo sino más específicamente su capacidad para producir más trabajo en menos tiempo y a más bajo costo. Allí abordaremos transformaciones en intensidad, densidad, ritmo y contenido del trabajo. Fue donde el ejercicio etnográfico entregó sus mayores frutos al mostrarnos las dimensiones tristemente novedosas que la productividad toma en el campo de la medicina, donde formas de extracción de valor basadas en la subordinación y el disciplinamiento del intelecto médico llevan a la configuración de una nueva base inmaterial de producción de valor y acumulación de grandes magnitudes. Seguiremos tanto las corrientes marxistas clásicas como las rutas

marcadas por los teóricos del biocapitalismo o capitalismo cognitivo en su corriente italiana posindustrial (Fumagalli 2010, Fumagalli y otros 2009).

Debo decir que como el punto de partida fueron las voces y reflexividades de las personas con quienes conversé, haber llegado a construir esta forma de presentar los resultados es en sí un logro. Porque aunque al inicio tenía unas intuiciones teóricas, cuando me adentraba en la complejidad de aquellas unidades discursivas, esas intuiciones se diluían y se metamorfoseaban exigiéndome soltar lo que sabía, lo que creía saber, para elaborar una ruta analítica que se compadeciera de esa complejidad, que me ayudara a ordenar los resultados a partir de sus contenidos y no a partir de mis objetivos y que me permitiera pasar de la descripción del cambio a la comprensión de su origen. En efecto, aunque en mi guía de entrevistas figuran palabras como subsunción, productividad y explotación (ver Cuadro 2-2), fue escuchando a estas personas, releendo las transcripciones y atendiendo a nuestras reflexividades que la teoría empezó a tener resonancia; fue allí cuando pude verdaderamente comprenderla y detectar las particularidades con las que esta realidad en indagación a la vez la recreaba, la confrontaba y la reelaboraba.

3.2.1 El médico asalariado

En términos generales, en el trabajo obrero industrial la productividad directa y la explotación se enraízan en el trabajo asalariado. Inicialmente el trabajador es despojado de sus medios de trabajo y debe pasar a vender su fuerza de trabajo; puede cambiar un poco el ritmo de trabajo para no “desperdiciar” tiempo ni materia prima, pero aún controla bastante su proceso y su jornada. Hasta allí se habla de una subordinación formal del trabajo al capital, en la que el valor que se extrae depende principalmente de la diferencia entre el valor del salario y el valor de lo que se produce. Pero pronto ese trabajador también es despojado del control sobre su jornada y sobre su proceso de trabajo y pasa a depender de un pago supeditado a su ajuste a modelos de organización del trabajo en los que también se extrae valor por el control de la extensión y el contenido de la jornada, y por el control del proceso de trabajo en busca de producir más (productos o servicios) en menos tiempo y a más bajo costo. Es allí donde se configura el verdadero sometimiento, la subordinación real del trabajo al capital (Vega 2013, Harvey 1990).

Desafortunadamente, aunque se ha contado la historia de la medicina como saber y como profesión, no existe una historia del trabajo médico ni una que nos hable de la configuración del médico asalariado, de las transformaciones en sus lugares de trabajo o de las posibles relaciones entre su situación laboral y la reconfiguración tecnológica de su proceso de trabajo; nos falta contar la historia de las transformaciones en sus medios de trabajo, en el control y la propiedad de los mismos, y poco sabemos sobre sus presencias y silencios políticos, gremiales o sindicales, al menos para las últimas cuatro décadas.

Pero basada en la historia de la medicina como saber y como profesión (Hernández 2002, Hernández 2004, Quevedo, y otros 2010, Foucault 2001 [1963], Cordeiro 1984), en abordajes descriptivos de la medicina colombiana como trabajo (Vasco 1986 [1974], Sánchez 2009), en análisis críticos del trabajo obrero industrial (Antúnez 1999, Benach y

Muntaner 2010, Engels 1845, Laurell y Márquez 1983, E. Merhy 2006, Molé 2010, Navarro 1976, Novick 2000, Ong 1987, Vega 2013), en los estudios nacionales sobre mercado de trabajo en salud, y en análisis críticos de la medicina (Blima 1993, Parker 1991, Farmer 2006, Kleinman 1995, Preciado 2013, Waitzkin 1991, Foucault 1976), evocaré apartados del pasado reciente que nos permitirán comprender la configuración de la explotación y de la productividad médica directa en el neoliberalismo.

Explicaba Arouca (2008 [1975]) que el origen de asalariar la profesión médica con fines capitalistas tuvo que ver con una necesidad de expansión de la acumulación en el campo de las pólizas de seguros, en EEUU, cuando a finales de los años 70 el sector asegurador enfrentaba por lo menos dos barreras de crecimiento: el peso del costo de las pólizas en los salarios de los asegurados y el peso por el costo del trabajo médico, consumo de instrumental, equipos, etc. También tuvo que ver la creciente necesidad de aseguramiento derivado del crecimiento poblacional, pues en la práctica liberal de la profesión los altos honorarios limitaban el acceso a esta medicina.

En Colombia, antes del actual modelo de aseguramiento, encontrábamos relaciones médicas salariales, pero con una preservación del control sobre el proceso de trabajo que, a diferencia del trabajo fabril, se sostuvo durante un buen tiempo. En su análisis histórico de las políticas de salud y seguridad social colombianas, Mario Hernández describe que los médicos del primer tercio del siglo XX venían de familias ricas, pertenecían a las élites liberales y conservadoras, y ostentaban condiciones de liderazgo que les permitían influenciar decisiones políticas desde las instituciones estatales de la Higiene y más tarde de la salud. Y explica que “el ejercicio privado de la profesión médica se fue instalando como una de las respuestas a los problemas de salud de ricos y pobres sin la injerencia directa del Estado” reflejando una postura ideológica semejante, según el mismo autor, con la descrita por Robert Castel para el periodo liberal francés, inscrita en “la idea de una política asistencial sin Estado” (Hernández 2002, 64).

Aquel colectivo médico rechazaba con fervor la deshonrosa e indigna posibilidad de hacer de la práctica médica un artículo de lucro, pero defendía con igual vehemencia su ejercicio privado con participación simultánea en todas las formas de atención (a los ricos y menos ricos en sus casas o en modernas clínicas privadas, y a los pobres en hospitales de beneficencia). Y proponían responder desde esa heterogeneidad a las necesidades nacionales de salud y de acceso universal, conformando agremiaciones que defendieran la liberalidad de la práctica (Hernández 2002). Existía pues, un divorcio estructural entre los rumbos laborales médicos y las necesidades sociales de atención médica.

Con la creación en 1945 de la Caja Nacional de Previsión Social y en 1946 del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y el Ministerio de Higiene, se instituía un modelo fragmentado de seguridad social, higiene, asistencia pública y práctica privada. Los doctores se fueron acomodando en las distintas porciones de aquel modelo de *Estado liberal de mínimo social* retratado por Hernández (2002); eran empleados asalariados que cumplían horario en el ICSS o en las Cajas, trabajadores de clínicas y hospitales,

profesores universitarios e intentaban mantener su práctica privada extendiendo sus jornadas diarias¹⁵, pero el consultorio privado empezaba a perder importancia, manteniéndose sobre todo para atender a las clases dominantes (Ministerio de Salud; Academia Nacional de Medicina; CONSIMED 1998). Nació el pluriempleo médico, como una forma de acomodarse tratando de sostener la práctica privada dentro de aquella institucionalidad fragmentada en la que se imponían nuevos horarios y nuevas relaciones laborales mediadas por el pago de un salario.

Tal distribución era problemática porque no se correspondía con las necesidades sociales. Para mediados de la década del 60 la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, basada en datos de morbilidad y en las brechas geográficas de las tasas de médicos por habitantes, advertía la necesidad de incrementar y redistribuir los médicos del país (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina 1964). Finalizando esa década ya eran más las escuelas y los doctores, quienes ahora procedían con mayor frecuencia de familias sin privilegios de clase, se evidenciaban diferencias en las condiciones de vida de médicos urbanos y rurales a favor de los primeros y su distribución seguía respondiendo a las preferencias y posibilidades de cada quien más que a criterios poblacionales (Paredes Manrique 1967, Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME 1969).

Para 1967 el ICSS era el más grande empleador de médicos del país y, aunque la práctica privada exclusiva o predominante era importante (43%), pesaba más la práctica no privada exclusiva o predominante (51%) (Paredes Manrique 1967, Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME 1969).

Después, con el crecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) fundado en 1975, el Subsector Oficial Directo¹⁶ pasaba a ser el mayor empleador (ver Tabla 3-1), tenía asignado el 77% de la población del país y el 10% del total de sus trabajadores eran médicos, correspondientes al 72,8% de los trabajadores profesionales (Ministerio de Salud 1980, Ministerio de Salud 1981).

Ese proceso de “socialización” de la medicina fue tema de calurosos debates entre los colegas, entre otras por las implicaciones laborales: negativas para la práctica liberal, positivas para ampliar las opciones de trabajo (Vasco 1986 [1974], Hernández 2002, Quevedo, y otros 2010). En retrospectiva podemos decir que aquella ampliación de poblaciones cubiertas a través de modelos de seguridad social – primero el ICSS y luego el SNS - diversificó en el corto plazo las opciones de trabajo, en el mediano plazo pudo aportar a controlar posibles excesos médicos y asimetrías de saber relacionadas con la liberalidad de la praxis, y se pudieron reducir dificultades de acceso económico y

¹⁵ Ilustrando la perdurabilidad del fenómeno fragmentario, existe una descripción que habla del mercado laboral previo a la Ley 100 como uno “segmentado según la capacidad de pago de los pacientes” en el cual los profesionales tenían alto poder de mercado y asignaban tarifas diferenciales (Florez Acosta, Atehortúa Becerra y Arenas Mejía 2009, 110).

¹⁶ Conformado por las instituciones hospitalarias vinculadas al Ministerio de Salud, los Servicios Seccionales de salud y los organismos de atención cuya financiación provenía del Ministerio.

geográfico a la atención, pero a largo plazo se cimentó la relación de subordinación necesaria para que más adelante este trabajo fuese disciplinado y profundamente subsumido, con efectos indeseables para la salud poblacional.

Tabla 3-1. Distribución de los empleadores del Sistema Nacional de Salud. Colombia, 1977.

Empleadores del SNS	Participación (%)
Subsector Oficial Directo	62
Seguro Social	22
Cajas de Previsión Social	10
Sector privado institucionalizado	6
Total	100

Elaborada a partir de datos del Ministerio de Salud (1981)

Casi al tiempo, las condiciones de empleo en el ICSS se transformaban con la incorporación, en 1976, del Estatuto del Empleado Público y el debilitamiento que este suponía en el ejercicio sindical, motivando una histórica huelga de 52 días; “los trabajadores del Instituto, desde su creación y hasta el momento del conflicto, fueron considerados como empleados particulares, luego oficiales y finalmente públicos (Sánchez 2009, 328).

Ahora bien, cuando anunciamos que las transformaciones recientes han tenido efectos nefastos no nos inscribimos en una reivindicación del pasado. El liberalismo en el ejercicio de esta profesión no era el mejor amigo de la salud de la sociedad porque allí el acceso estaba mediado por condiciones de clase social tales como la capacidad de pago del enfermo y el acceso geográfico y cultural a los núcleos médicos, con actitudes paternalistas hacia obreros y campesinos, y un trato hacia los pacientes de los hospitales de caridad descrito como duro y cruel por críticos de la época como Guillermo Fergusson (Sánchez 2009). Lo que planteamos es que la incursión en la senda neoliberal nos ha traído a una condición tan perversa o más ya que el tránsito de la medicina como profesión liberal hacia la misma como trabajo explotado revelará consecuencias directamente proporcionales para la salud financiera e inversamente proporcionales para la salud humana.

También vale destacar que aunque hoy hablamos de la desregulación y la flexibilización del empleo médico, lo que primero aconteció fue una hiper-regulación laboral ya que el trabajo liberal no regulado se fue subordinando al control derivado del pago de un salario. Pero, a diferencia de los trabajos fabriles en los que la autonomía del artesano se pierde casi al inicio del fenómeno salarial, aquellos médicos asalariados siguieron controlando su proceso de trabajo, lo que hace parte en las corrientes sobre profesionalización médica de la preservación de la autonomía (Patiño Restrepo 2014).

Al entrar en la década de 1980 había aumentado el número de médicos y la cantidad de doctores asalariados, como consta en los estudios ministeriales de la época. Pero además, revisando los datos de esos estudios descubrimos cambios importantes en la jornada y en el salario. Así, entre 1976 y 1980 aumentó la cantidad de médicos laborando en el subsector oficial directo pero creció más el número de horas contratadas; si para ese

quinquenio analizamos el comportamiento de la relación entre el número de médicos y de tiempos completos contratados, vemos que aumentó la duración promedio de la jornada, como muestro en la Tabla 3-2.

Allí utilizo esa relación (médicos contratados/tiempos completos médicos contratados), a la que llamo *indicador de extensión de la jornada institucional* (EJI), para saber en promedio cuántos médicos son contratados para cubrir un tiempo completo¹⁷. Entre más grande es el EJI por encima de 1 (como en 1976 cuando era de 2,2) habrá una mayor cantidad de médicos trabajando a tiempo parcial. Entre más cercano a 1 sea su valor, mayor es la proporción de médicos trabajando a tiempo completo (como en 1980 cuando era de 1,2), y si su valor es inferior a 1 estamos ante jornadas institucionales por encima del tiempo completo, contribuyendo a constatar explotación.

Tabla 3-2. Indicador de extensión de la jornada institucional médica de trabajo (EJI) para médicos generales. Colombia, 1976 – 2000.

Año	Médicos contratados		Tiempos completos contratados		EJI (Médicos/tiempos completos)
	Total	crecimiento	Total	crecimiento	
1976	5,728	-	2,554	-	2,2
1977	6,498	13%	4,000	56%	1,6
1978	7,087	9%	4,725	18%	1,5
1980	7,603	7%	6,156	30%	1,2
2000	30,488	NA	37,345	NA	0,8

Elaborada a partir de datos del Ministerio de Salud (1980) y PARS, MPS, CENDEX (2007).

En el quinquenio siguiente, de 1980-1985, ese fenómeno de aumento en la jornada por persona se desaceleró dentro del Sector Oficial Directo pero apareció en el Seguro Social donde creció un poco más la cantidad de horas contratadas que el número de médicos contratados (Ministerio de Salud 1987). En la Tabla 3-3 comparo estas variables y el EJI para los diferentes escenarios de trabajo que componían el SNS.

¹⁷ También puede calcularse un *Indicador de extensión de la jornada individual* (EJIN) a partir del total de horas trabajadas por un individuo al mes. En ese caso hay que dividir 205, que es el total de horas que componen la jornada máxima reglamentaria en el CST, entre el total de horas mensuales laboradas por ese trabajador. A mayor valor del EJIN por encima de 1 más pequeña la jornada de trabajo individual, mientras que cualquier cifra por debajo de 1 indicará una jornada individual extendida más allá del máximo legal, y el indicador contribuirá a rastrear explotación.

Tabla 3-3. Médicos contratados, tiempos completos contratados y EJI en los diferentes sectores del SNS. Colombia, 1985.

Médicos contratados	Tiempos completos contratados	EJI	Población
9.725	7.404	1,3	Subsector Oficial Directo
1.520	1.134	1,3	Docencia e investigación
1.970	1.310	1,5	Cajas de Previsión Social
1.300	580	2,2	Cajas de Compensación Familiar
3.643	1.622	2,2	Seguridad Social (ICSS)

Por su parte, el Ministerio de Salud expresaba preocupación por lo que consideraba un “crecimiento excesivo” del sector educativo y una “superproducción de profesionales” que el SNS no alcanzaría a absorber (Ministerio de Salud 1984, Ministerio de Salud 1982). No era una preocupación nueva, la regulación de la relación educación–trabajo en salud ya había motivado reglamentaciones dentro de las que resalta la creación, en 1977, del Consejo Nacional de Recursos Humanos (Decreto 2905) el cual, entre otras, regularía la creación de facultades, escuelas, instituciones y programas de educación en salud (Ministerio de Salud 1979). El Ministerio consideraba que para algunos tipos de personal, incluido el médico, se estaba llegando al punto de saturación de la ecuación oferta/demanda donde la capacidad financiera del SNS – y no la situación de salud o de acceso - empezaba a limitar las posibilidades de absorber trabajadores. Empezarían las proyecciones e inventarios buscando regular o “racionalizar” esa producción de recursos humanos con miras a la “salud para todos los colombianos en el año 2.000” (Ministerio de Salud 1982, Ministerio de Salud 1984).

Esas proyecciones eran contradictorias, a la vez ambiciosas y tímidas. Ambiciosas porque para determinar la cantidad de personal requerido se aspiraba a tener en cuenta datos demográficos, prioridades de salud según perfiles epidemiológicos, probabilidad de uso de servicios según perfiles etarios y geográficos de morbimortalidad, el momento de variación demográfica del país, metas de salud y metas de productividad definidas por consenso de expertos. Pero tímidas porque a renglón seguido se ponía techo al deseo: el requerimiento o demanda de trabajadores dependería de “la disponibilidad financiera del Sector Salud para contratar recurso humano” y de los cambios políticos dentro de la prestación de los servicios (Ministerio de Salud 1984, 20)¹⁸. Finalmente, la década del 80 cerró para el sector salud con una planeación de recursos humanos basada en cálculos de posibles tendencias del empleo y de egresos profesionales y técnicos, y no en proyecciones según situación de salud las cuales no llegaron a ser calculadas.

¹⁸ Frente a esta posición Ministerial de ver los límites financieros como barrera infranqueable en salud no puedo evitar mencionar que el Ministro de Salud del momento era el médico Jaime Arias, quien también fungió como Ministro de Educación, Secretario de Salud, Congresista en Senado y Cámara, Presidente del Seguro Social y como uno de los autores de la Ley 100 de 1993; y quien en los últimos años ha sido el vocero principal de las grandes EPS colombianas desde ACEMI, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.

En cuanto al salario, según el primer gran censo médico colombiano, en 1967 el ingreso médico promedio era de \$7.641 equivalentes a 25,5 veces el salario que recibía en ese año el 40% de la población nacional (\$300) o equivalentes a 14,7 salarios mínimos de 1969 (\$519; no hay dato de salario mínimo para 1967). Casi la mitad de los doctores ganaba \$4.000 mensuales, equivalentes a 13,3 salarios del 40% de la población de 1967 o equivalentes a 7,7 salarios mínimos de 1969¹⁹. Los datos abarcaban medicina general y especializada ya que la gran mayoría de los encuestados (73%) consideraba que su actividad profesional estaba principalmente en una de las especialidades, bien fuera por una especialización certificada o por haber hecho alguna modalidad de residencia hospitalaria después del grado, y solo el 27% consideraba que su actividad profesional fuera tan variada como para calificarla de Medicina General (Paredes Manrique 1967, Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME 1969).

Mientras que al llegar a 1976, cuando recién se ponía en marcha el SNS, en el Sector Oficial Directo predominaba un ingreso médico general de entre 3,2 y 6,4 veces el salario mínimo de ese año (Ministerio de Salud 1976). Es una cifra presuntiva pero la presunción es confiable: los datos disponibles no discriminan por grado de especialización médica pero informan que el 50% estaba especializado entonces tomamos los valores del centro de las escalas (y no del extremo superior) donde se aglomeraba el mayor número de médicos²⁰. Los artículos 17 y 28 del Decreto 1402 de 1978 apoyan nuestra presunción al establecer un salario para profesionales universitarios no especializados del Sector Oficial Directo (niveles 03, 04 y 06) de 3,88 a 5,81 SMMLV (Salario Mínimo Mensual Legal Vigente).

Ahora bien, en 1967 la jornada médica promedio era de 5 horas diarias mientras que los datos de 1976 corresponden al tiempo completo legal de 8 horas. Así, pese a que los universos de medición difieren (en 1967 son todos los médicos y en 1976 los del sector oficial directo) por la magnitud del cambio podemos decir que el deterioro laboral se remonta a esos tiempos ya que se reduce el ingreso, se extiende la jornada y se expanden relaciones de subordinación mediadas por el pago de un salario.

Entonces, aunque la literatura contemporánea ubica la baja salarial médica tras el giro neoliberal de los años 90, estamos encontrando manifestaciones neoliberales previas a la adopción del neoliberalismo como política de Estado, manifiesta en las reglamentaciones sanitarias, laborales, educativas y comerciales de los 90.

Hasta aquí podemos concluir que a los años 80 confluyen tres fenómenos en contradicción:
1. Un sector educativo en crecimiento, respondiendo a viejas y crecientes necesidades de

¹⁹ Aquel ingreso equivalía, según la OMS, a 6.100 dólares anuales, que contrastaba con los 34.000 dólares por año que para la misma época ganaba un médico estadounidense (Mejía, Pizurki y Royston 1981).

²⁰ Del total de 5.728 médicos generales y especialistas, 1.328 se ubicaban en la escala entre 3.2 y 4.8 SMMLV (\$5.001 y \$7.500) seguidos por 1.091 doctores en la escala entre 4,8 y 6,4 SMMLV (\$7.501 a \$10.000). Rango: [1,15 - 9,6 SMMLV] (de menos de \$1.800 a más de \$15.000).

trabajadores de la salud dadas, entre otras, por la expansión de coberturas en los modelos de seguridad social 2. Un sector sanitario oficial que se declaraba financieramente incapaz de absorber ese crecimiento y que no lograba redistribuir geográficamente a sus trabajadores según criterios de salud pública, aunque en las regiones no centrales se evidenciara su déficit 3. Unos trabajadores liberales transitando hacia el empleo asalariado en peores condiciones laborales. En mi interpretación, esa confluencia hará que perdure el divorcio estructural entre la reivindicación social del derecho a la salud y las reivindicaciones laborales de los médicos y en general para el trabajo en salud. En ausencia de una intervención estatal que las conciliara cada una seguiría, al menos por ahora, su propio devenir. Un panorama ideal para que la empresa legislativa neoliberal penetrara con poca resistencia y, por supuesto, sin salud para todos en el 2000.

La reforma laboral, que se inaugura formalmente con la Ley 50 de 1990, figura en los análisis sobre mercado de trabajo colombiano como el producto de por lo menos tres intentos de ajuste del país a las dinámicas de aumento del desempleo y a las necesidades de flexibilidad impuestas por los crecientes sectores tecnológicos y de servicios mundiales. Esos tres intentos de ajuste fueron las Misiones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) contratadas en 1970 y 1985 (Misiones Seers y Cherney respectivamente), y la Comisión de Estudios para la Reforma de las Instituciones Laborales conformada desde el Ministerio Trabajo en 1990 al fragor del empeño gubernamental de apertura y modernización económica (Avella 2013). En los años siguientes el país fue prolífico en normativa de desregulación y flexibilización laboral. Nos uníamos al eco que buena parte de América Latina entonaba desde los 80 buscando replicar la experiencia norteamericana de “creación milagrosa de empleo” de los años 70 donde el número de puestos de trabajo creció a expensas de un mercado laboral flexible y desregulado.

Bajo el supuesto de que la política anterior atentaba contra la generación de empleo, los tres grandes objetivos de la reforma fueron 1. Generar empleo; 2. Aumentar la productividad; 3. Innovación tecnológica. Pero una cosa era generar empleo y otra aumentar del número de puestos de trabajo, y lo segundo era lo que figuraba en las metas de gobierno, que ni siquiera se alcanzaron (DNP; PNUD 2000). En un régimen capitalista avanzado (neoliberalismo) no se puede generar empleo porque ello implica garantizar vínculos estables y condiciones salariales y de seguridad social que se apunta a desmontar para favorecer la acumulación y el poder de clase capitalista (Harvey 2007).

Nuestro país abandonaba su adscripción a las corrientes europeas de protección del empleo. Analizar críticamente todo el proceso amerita un trabajo extenso, así que solo resaltaremos un fenómeno importante para el análisis crítico de las transformaciones del trabajo médico. En especial la Misión Cherney recomendaba a Colombia proteger, fortalecer o al menos no obstaculizar el sindicalismo, al menos llevando a la práctica los convenios OIT que hasta entonces se habían suscrito. También, esta Misión y la Seers identificaron en algunos componentes prestacionales, como la doble retroactividad de las cesantías y los recargos por trabajo nocturno o dominical, así como en la legislación local sobre despido, sobre periodos de prueba y sobre durabilidad del empleo, obstáculos para aumentar el empleo (Avella 2013). Lo interesante es que durante ese tiempo, y en especial

con las medidas recomendadas por la mencionada Comisión para la Reforma, las segundas fueron más escuchadas mientras que las primeras se quedaron rezagadas.

Al presente, la proporción de filiación sindical en médicos generales es baja y el ejercicio del sindicalismo en el país padece la estigmatización, la marginación y el exterminio. Al punto que, según un ranking hecho por la *International Trade Union Confederation* (ITUC 2014), Colombia es uno de los 24 peores países del mundo para trabajar²¹.

El efecto de la reforma laboral ha sido drástico para los y las trabajadoras de la salud. Efectivamente entre 1994 y 1997 en el sector oficial del SGSSS se incrementaron los puestos de trabajo y los tiempos completos equivalentes contratados (TCE), pero el porcentaje de personal vinculado a la planta institucional creció un 10% mientras que la modalidad de contrato a término fijo aumentó en un 312% (según los cálculos del Ministerio de Salud y 293% según nuestros cálculos), como nuestro en la Tabla 3-4 (Ministerio de Salud 1998).

Tabla 3-4. Tiempos completos equivalentes (TCE) en planta y por contrato en el sector oficial del SGSSS. Colombia, 1994-1998.

Año	1994			1997			Variación (1994-1997)		
	TCE			TCE					
Población	Total	Planta	Contrato	Total	Planta	Contrato	Total	Planta	Contrato
Total Sector oficial	84.504	81.372	3.132	102.325	90.002	12.323	↑21%	↑10%	↑293%
Profesional asistencial	13.551	12.752	799	18.728	15.482	3.246	↑38%	↑21%	↑306%
Personal Directivo	767	759	8	977	970	7	↑27%	↑27%	↓12%

Elaborada a partir de datos del Ministerio de Salud (1998)

Es interesante que estos datos provengan de un censo del Ministerio que se proclama en 1998 como el primero de su tipo en el sector oficial (por el hecho de ser el primero luego de la reforma al sistema de salud y seguridad social) ya que, como he mostrado, el sector oficial ya había sido estudiado en varias ocasiones, abarcando instituciones públicas que continúan teniendo ese carácter en el SGSSS.

²¹ Allí se agrupan países en los cuales, pese a que ciertos derechos laborales son reconocidos, los trabajadores no tienen acceso real a ellos, quedando expuestos a regímenes autocráticos y a prácticas laborales injustas. Colombia es el único país suramericano de la lista, dentro de la que también figuran Bangladesh, Cambodia, Guatemala, Malasya y China.

En el mismo informe se reportaba éxito para el cuatrienio 1994 - 1997 por el crecimiento de indicadores como el total de trabajadores, el total de médicos (vaya paradoja) y las tasas de médicos por 10.000 habitantes. Pero, por ejemplo para 1985 en el sector oficial del SNS se reportaba una tasa nacional de 4,7 médicos por 10.000 habitantes y en 1994 esa tasa se reporta en 1.78 que “aumenta” a 2.36 para 1997 (Ver Tabla 3-5).

Tabla 3-5. Tasas máximas, mínimas y totales de médicos por 10.000 habitantes según estudios oficiales de recursos humanos. Colombia, 1965-1997.

Población	Médicos por 10.000 habitantes ²²	Año del dato	Comentario sobre el origen de los datos
Bogotá	15	1964	Se usaron los datos de la Oficina de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública.
Algunas capitales	11-12		
Departamentos	4		
Otras Capitales	5		
Municipio pequeño	3		
Municipio grande	1		
Total	4,1	1965	Total nacional
Total	4,3	1968	
Total	2,3	1976	Sector oficial directo, al cual estaba asignado el 77% de la población colombiana.
Amazonas	5,2		
Nariño	1,4		
Chocó	1,1		
Total	3,8	1980	
Amazonas	9,6		
Chocó	1,9		
Nariño	1,8		
Vaupés	1,2		
Total	4,7	1985	Sistema Nacional de Salud
Norte	6,0		
Pacífico	4,1		
Total	1,78	1994	Sector Oficial del SGSSS
Total	1,94	1995	
Total	2,31	1996	
Total	2,36	1997	

Elaborada a partir de datos máximos, mínimos y totales del Ministerio de Salud publicados en 1969, 1976, 1980, 1987 y 1998 (Ver bibliografía).

Esto podría reflejar: a) que los datos del estudio de 1994-97 no sean estadísticamente representativos, por la forma en que fueron recolectados (734 instituciones de salud que tradicionalmente enviaban información presupuestal al Ministerio y que respondieron al llamado a reportar datos); b) que entre 1980 y 1994 el sector oficial haya estado estancado y decreciendo; c) que la caída en las tasas de médicos por 10.000 habitantes sea ficticia al no abarcar al sector privado que asume a partir de 1993 funciones antes reservadas al

²² En 2011 la OPS proponía una razón de densidad de recursos humanos en salud de 25 profesionales (médicos + enfermeras + parteras, todos trabajando a tiempo completo) por 10.000 habitantes (OPS, 2011). Para el año 2000 el PARS y la Universidad de Antioquia, partiendo de las necesidades de salud de la población, calcularon que para Colombia el número óptimo de médicos por 10.000 habitantes era de 11,65 (PARS 2007).

sector oficial. Lo interesante es que el fenómeno, de gran trascendencia social, no haya motivado reflexiones ministeriales sino solo la adánica proposición de que los publicados en 1998 no eran datos comparables con alguno previo.

Con respecto al salario el mismo reporte informaba que en 1997, en el marco del artículo 193 de la Ley 100, de las leyes 4/92 (la cual tácitamente derogó el Decreto 1402 que mencionamos como referencia para 1978) y 60/93, los decretos 1894/94, 439/95, 256/96, 194/97, 980/98, y los CONPES 30/95, 33/96, 38/97²³, se había logrado un mejoramiento salarial el cual, además, superaba lo aprobado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES (Ministerio de Salud 1998).

Para el caso de los médicos el logro se expresaba en que entre 1994 y 1997 se había alcanzado un aumento del 144% en la asignación básica mensual. Y como logro adicional se refería el cierre en las brechas salariales entre departamentos. Esa diferencia (de 144%) sería más pequeña si se hubiera calculado sobre pesos constantes; pero aun así, si hacemos la traducción a SMMLV encontramos que entre 1994 y 1997 el aumento fue de 4,89 a 6,87 SMMLV, es decir del 40% y no del 144%. Nuestro cálculo coincide con los de un estudio hecho con otra metodología por tres economistas (Florez Acosta, Atehortúa Becerra y Arenas Mejía 2009), quienes además identifican un estancamiento en el crecimiento del salario médico durante ese cuatrienio ya que ese 40% se descompone en una tasa de crecimiento tres veces superior entre 1994-95 (17%) que entre 1996-97 (5%).

Pero además, como en ese cuatrienio la contratación de planta solo creció 10% mientras que la vinculación por contrato creció alrededor del 300%, habría que considerar el despojo en seguridad social para desvirtuar aún más el falso 144% de mejoría, puesto que en las nuevas formas atípicas de contratación flexibles, intermediadas y de falsa cooperación, “el contratista no cuenta con indemnización, no tiene garantías de seguridad social y tributaria, no cuenta con la amplia protección jurídica que ofrece el contrato laboral, como la remuneración para descansos, dominicales y vacaciones, ni tampoco con beneficios adicionales y extralegales” (Bernal Pedraza 2011, 9).

Pero además de rápido, el proceso de flexibilización laboral del sector salud colombiano ha sido precoz e infundado. En el año 2000 este sector presentaba un 14% de desempleo (7% en el caso de los médicos), ubicándose por debajo de la tasa de desempleo global del país, y aun así “el sector privado aplica desde la implantación de la reforma de la seguridad social en salud, diversos esquemas de contratación adelantándose, en alguna medida, a lo planteado por el gobierno” (PARS, MPS, CENDEX 2007, 211). Además, en salud no se podía esgrimir la necesidad de una mayor adaptabilidad de trabajadores flexibles a procesos productivos altamente cambiantes ni deslocalizados, como se argumentaba para los sectores de producción de tecnologías.

²³ A esta prolífica normativa otros autores añaden como parte del giro de los años 90 las Leyes 10/90, 30/92 y 115/94.

Dado que el factor prestacional fue sustituido por primas técnicas con las que se buscaba “estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades” (Ministerio de Salud 1998, 142), no solo se consolidaba un panorama de peor condición salarial sino que también se empezaba a abonar la senda de la subsunción real con enunciaciones que daban relevancia al desempeño eficiente y que servirían para intervenir y controlar cada vez más el proceso de trabajo y la esencia del acto médico.

El trabajo asalariado desregulado pasa a ser la relación de empleo preponderante al tiempo que, con el modelo de mercado instaurado a partir de la ley 100 de 1993, se multiplican las instituciones privadas, y las públicas son obligadas a funcionar como empresas rentables y autosostenibles reproduciendo y asumiendo lógicas capitalistas de gestión y de contratación (García 2007).

Además, con la proliferación de locaciones privadas y de regulación de las características de las IPS, dentro del emergente sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC), espacios como el consultorio del médico general (que ahora es una IPS) y los medios de trabajo médico van dejando de pertenecer a quienes hacían el trabajo y que ahora solo poseerán y venderán su fuerza de trabajo. Por supuesto no es un proceso homogéneo ni universal; lo matizan facciones de clase, entre medicina general y especializada, entre regiones, entre generaciones y por género.

3.2.2 “No nos excedemos, nos exigimos”

En mis entrevistas, en redes sociales, en asambleas médicas, en organizaciones médicas gremiales, en estudios sobre dinámicas del recurso humano en salud e incluso en el discurso de actores políticos a favor del modelo actual se expresa que el salario médico ha disminuido en las últimas décadas (Malagón-Londoño, Rodríguez Uribe y Jurado Moncayo 1997, Ramírez A 2012, López C 2004, Ruiz, y otros 2009, Ministerio de Salud - CENDEX 2001, Florez Acosta, Atehortúa Becerra y Arenas Mejía 2009). Pero los datos de soporte son escasos, discontinuos y heterogéneos.

Muchos de los estudios unifican medicina general y especializada, desconociendo las enormes diferencias salariales que puede haber entre ellas, y haciendo que la situación del médico general luzca mejor de lo real. Además, no todos tienen en cuenta la jornada laboral al reportar datos salariales, pese a que en este campo es frecuente combinar jornadas fijas con turnos rotativos y disponibilidades; unos toman una jornada estándar, otros hacen el reporte en tiempos completos equivalentes (TCE) y, en general, hay poca o ninguna mención al tema en los análisis. Unos se basan en el salario básico mensual, otros en la remuneración mensual total, otros en el ingreso base de cotización (IBC) al SGSSS y en otros no es posible saber cuál fue el parámetro. En la Tabla 3-10 (página 89) recopiló los que permiten alguna aproximación al salario médico general.

Mi propuesta es que para comprender la magnitud del cambio en el ingreso médico hay que analizar simultáneamente, como hacen los colegas en mis entrevistas, el salario, la

jornada y las relaciones de empleo. Al hacerlo se devela que, tras la reducción salarial de los años 70, en los 90 sobreviene una caótica situación de reducciones, estancamientos y aumentos salariales (en su mayoría discretos), concomitantes con relaciones de empleo desreguladas y con jornadas extendidas; lo que sumado resulta en una reducción neta del ingreso. Suponemos que análisis similares de las otras profesiones sanitarias harían visibles realidades aún peores; para ellas también estamos abriendo camino metodológico.

En 2013, Pablo, médico de urgencias de un hospital público de tercer nivel en Bogotá con más de 20 años de experiencia clínica, decía que la condición médica antes de la ley 100 fue mejor desde el punto de vista económico, profesional, de la estabilidad laboral y del respeto que se tenía por parte de la sociedad. Él comparaba con un familiar cercano quien *tenía un puesto fijo en un hospital [del Seguro Social], él tenía un sueldo que me contaba era en ese momento como médico general 20 veces el salario mínimo de su época, o sea era un buen sueldo; actualmente ese salario sería como 10 millones de pesos. Con eso él vivía bien, tranquilo, no tenía que matarse trabajando en 5 partes tratando de tener un ingreso decente. Un salario de ahora es en promedio para un trabajo de 8 horas de 3 millones de pesos, 3 millones 500 [entre 5,0 y 5.9 SMMLV del año 2013]. Además hoy el médico no tiene un trabajo estable, las EPS lo contratan por horas, por jornadas de 7 a 1, de 1 a 7; las noches, sábados, domingos, todos por un mismo valor* (Entrevista a Pablo 2013).

En otras entrevistas también fue sentida la intensidad de horas que actualmente deben trabajar al mes, por exigencias institucionales o como estrategia para subir el ingreso (por ejemplo, trabajar 6 horas diarias en un sitio y 6 en otro; o combinar jornadas fijas de 6 u 8 horas diarias con turnos nocturnos o de fin de semana en el mismo o en otro lugar). Podemos ilustrar el manejo institucional de las jornadas con este extracto de Karin, una médica de urgencias que al momento de la entrevista tenía 8 años de experiencia laboral: *trabajamos por horas y de esa forma nos pagan, los médicos que trabajamos de tiempo completo tenemos que trabajar un mínimo de 220 horas y un máximo de 240 horas al mes, los médicos que trabajan de medio tiempo tienen un mínimo de 90 y un máximo de 140 horas al mes; eso incluye festivos, noches... tenemos que hacer mínimo 7 noches al mes, y pues un solo fin de semana libre* (Entrevista a Karin 2014).

La descripción coincide con un estudio de la Defensoría del Pueblo (2007), basado en encuestas y entrevistas, que informó para 2006 una jornada médica promedio de 9,47 horas diarias entre 5 y 6 días a la semana, es decir entre 47 y 57 horas semanales; pero en el que también se pueden inferir jornadas de entre 70 y 130 horas semanales por el fenómeno que la Defensoría denomina multiempleo y que la OMS y la OPS llaman pluriempleo (2011), de trabajar día a día en más de un lugar. También hay concordancia con las 51,7 horas semanales que en promedio dijeron trabajar las y los médicos generales caldenses encuestados en una investigación del año 2011 sobre calidad de vida médica (Ramírez A 2012).

Vemos una perdurabilidad del pluriempleo y de las jornadas extensas que emergieron a mitad de los años 40 del siglo XX (con la motivación de mantener la práctica privada junto con las posibilidades laborales del modelo fragmentado de salud que se estaba

configurando). Pero ahora, las jornadas extensas se relacionan también con imposiciones institucionales y el pluriempleo se relaciona con la necesidad de compensar las reducciones en el ingreso.

Existe una serie de estudios oficiales realizados por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de salud y por el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) de la Universidad Javeriana. Inicialmente se basaron en datos recolectados por la Universidad de Antioquia dentro del proyecto “Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en Colombia 1999-2001” y en proyecciones para los años siguientes; y más adelante se incorporaron datos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), de Fedesarrollo y del DANE. Ellos unifican médicos generales y especialistas dentro de la categoría “profesión médica” así que en general nos resultaron poco útiles. Además, en la segunda versión afirmaban que para el año 2000 los médicos trabajaban en promedio 6,96 horas diarias y que en ningún caso excedían las 48 semanales, pero reconocían que por la metodología empleada (encuesta a instituciones) no era posible descartar un posible fenómeno de multiempleo (PARS 2007).

Todo esto es importante porque en Colombia, según el Artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, la jornada legal máxima es de 48 horas semanales y, según el Artículo 51 de la Ley 789 de 2002, de 36 horas semanales para la jornada flexible (que debe ser remunerada como tiempo completo). Las 48 semanales equivalen aproximadamente a 205 horas mensuales (no 220 ni 240, como le exigían a Karin) dado que se debe contar y remunerar la semana de 7 días pero los dominicales no se deben laborar, a menos que existan condiciones especiales (como las del sector salud) y se reconozca el recargo dominical.

Si retomamos el indicador de extensión de la jornada institucional (EJI) propuesto en la sección anterior y lo aplicamos en su versión individual (EJIN = 205 / total de horas mensuales trabajadas por una persona) encontramos que, como sintetizo en la Tabla 3-6, según tres fuentes distintas de información, hay médicas y médicos cubriendo más de un tiempo completo legal al mes.

Tabla 3-6. Indicador de extensión de la jornada individual de trabajo (EJIN) en médicos generales colombianos del siglo XXI.

Fuente de información	Horas mensuales*	EJIN
Entrevista a Karin (2014)	220 - 240	0,93 – 0,85
Inferido de Defensoría del Pueblo (2007)	294 - 546	0,69 – 0,37
Encuesta de Ramírez (2011)	217	0,94

EJIN = (205/ total de horas mensuales trabajadas por una persona)

* Para un mes de 4,2 semanas

Entonces, en el trabajo médico general nos encontramos ante una normalización - en el doble sentido de la palabra - del sobrepaso de la máxima jornada reglamentaria. Esto

advierte sobre el proceso de explotación laboral y de despojo de derechos que puede padecer un campo disciplinar liberal que se precie de ser políticamente aséptico, en su tránsito hacia configurarse como empleo asalariado y subordinado.

Si comparamos con cifras del pasado, recordemos que en 1967 la jornada médica promedio era de 5 horas diarias, contando tiempos ambulatorios, hospitalarios y quirúrgicos. Y agreguemos que en 1980 el personal médico no especializado era contratado en el subsector oficial principalmente para jornadas de tiempo completo equivalentes a 2.000 horas al año (Ministerio de Salud 1980).

Si comparamos con otras geografías, nuestra situación es peor y el silencio mayor. Por ejemplo en la ley de trabajo médico de Perú, los artículos 9 y 10 del Decreto 559 de 1990 - ratificado en un acuerdo de 2013 cuyo desconocimiento gubernamental motivó en 2014 la huelga médica de 150 días que ya hemos mencionado— establecen que “la jornada asistencial del médico cirujano es de 6 horas diarias ininterrumpidas o su equivalente semanal de 36 horas o mensual de 150 horas. En esta jornada está comprendido el trabajo de guardia. Cuando la jornada laboral supere las 150 horas mensuales, el excedente se considera como guardia extraordinaria” y “El trabajo de consulta ambulatoria en ningún caso podrá ser mayor de 4 horas diarias ininterrumpidas completándose la jornada laboral con actividades sanitarias de acuerdo a la realidad local”. Los 150 días de huelga peruana dialogan con los 52 de huelga en salud en Colombia entre septiembre y octubre de 1976; la colombiana había sido hasta entonces la más larga del mundo (Sánchez 2009) por lo que las ulteriores décadas de silencio y el contraste con el caso peruano ameritan investigaciones comparativas futuras.

Ahora bien, como ilustra una publicación en un grupo médico colombiano de la red social Facebook según la cual “No nos excedemos, nos exigimos”, el heroísmo característico de esta profesión se ha impuesto, normalizando e incluso exaltando el sobrepaso de esos límites legales hechos para protegerles y, en consecuencia, haciendo invisible la aceleración del ritmo de desgaste del trabajador (Laurell y Márquez 1983), restando lugar - literal y simbólico - a la emancipación y omitiendo el peligro que todo esto conlleva para las personas atendidas en tales condiciones.

Son tan importantes estas particularidades cuantitativas de jornada y salario como su heterogeneidad geográfica, por tipo de entidad, nivel de complejidad, sexo o edad. Karin me contaba que al graduarse, en el año 2006, trató de conseguir trabajo en Pasto y *“pude llegar a que me ofertaran \$900.000 [2,2 SMMLV, del año 2006] por 4 horas en una consulta externa. Allá los puestos son 3 meses y cambia el político entonces a uno lo sacan.* Por eso se había mudado a Cali, lejos de su familia pero con más estabilidad y mejor salario. Al momento de la entrevista laboraba en las urgencias de una de las clínicas privadas con mejor remuneración: *facturamos por un tiempo completo de 220 a 230 horas [más de 50 horas semanales] aproximadamente \$6'000.000 [9.7 SMMLV del año 2014], pero con los descuentos de salud, pensión, la reafuente y todo eso, nos llega por lo menos \$4'800.000 [7.79 SMMLV del año 2014].*

Me hablaron de alternativas muy variadas; pagos mensuales de 2,2 SMMLV por 4 horas diarias de trabajo, de 5,9 SMMLV por 8 horas diarias y de 9,7 SMMLV por 220 horas al mes; y en diferentes condiciones de vinculación. Por su parte, los estudios oficiales ampliaban el abanico. Entonces quise contrastar buscando ofertas de trabajo en la web; para lo que pedí a alguien de mi confianza simular ser una médica general buscando trabajo en internet, para los 36 departamentos del país.

De 75 ofertas encontradas en dos días de búsqueda (de abril de 2014), sin privilegiar ningún portal de empleo sino ordenando la búsqueda por departamento, tuve en cuenta las 65 que brindaban algún dato sobre remuneración, excluyendo 9 por no contener algún dato sobre remuneración y 1 porque solo se requerían los fines de semana lo que limitaba la comparabilidad. De las 65 ofertas incluidas, 61 informaban el monto del pago mensual, en 4 no se informaba el salario mensual pero si el valor por hora de trabajo y solo en 1 (Archipiélago de San Andrés) se informaban ambas.

En efecto, las propuestas eran muy heterogéneas: pago por hora, por prestación de servicios, por cooperativa de trabajo asociado, a término indefinido y, en el 12% de los casos (n=8) sin información sobre el tipo de vínculo. Si un médico general estuviese dispuesto a laborar en cualquier departamento del país, en la mayoría de los casos conocería algún dato salarial (pago mensual o por hora), pero solo en el 13,6% de las ofertas (n=9) habría podido conocer o inferir el total de horas mensuales que se esperaba que laborara. En los demás casos no habría conocido dato horario alguno (33,8%; n=22), habría sabido solo si el tipo de jornada esperada era medio tiempo o tiempo completo (24,6%; n=16), o solo el total de horas diarias o semanales a trabajar sin detalles sobre sábados, domingos o nocturnos. En ningún caso se informaría si hay pago de horas extras, si se remuneran los domingos no laborados o si se reconocen los descansos compensatorios reconocidos legalmente.

Además, para algunas ofertas el tiempo completo eran 8 horas diarias y para otras 6, 10, 11 y hasta 12 horas. En casi todos los lugares el medio tiempo correspondía a 6 horas diarias y solo en un lugar el medio tiempo era de 4 horas diarias. En algunos el tiempo completo iba de lunes a viernes, en unos incluía sábados y en otros también contaban los domingos. En unos el horario era fijo, en otros rotativo y algunos exigían disponibilidades.

Podemos suponer las dificultades para algún intento de reivindicación colectiva, cuando el punto de partida de cada quien es tan diverso y el punto de llegada, a reivindicar, podría divergir aún más en la medida que unos y otros defiendan o rechacen unos y otros tipos de contratos o de jornadas. Tal parece que con el fenómeno de asalarización, la heterogeneidad y el manejo autónomo de las jornadas de trabajo que caracterizaban el ejercicio liberal contribuyó a negociaciones e imposiciones variopintas que derivaron, en pleno auge de desregulación y flexibilización del empleo, en todo tipo de jornadas con condiciones definidas por el pagador y en las que poco pesa el deseo o la autoridad

médica. El dato más homogéneo fue el del tipo de vinculación ofrecida, que en su mayoría era a término indefinido.

En cuanto al pago mensual, el promedio fue de 4,52 SMMLV del 2014 y la mediana de 4.97 SMMLV, con diferencias entre regiones, entidades prestadoras, tipo de servicio a prestar y tipo de contratación, las propuestas oscilaban entre los 1.91 SMMLV (por trabajar 6 horas diarias a término fijo en el departamento del Atlántico) y los 8.12 SMMLV (por un contrato a 3 meses en el Sucre, en el que no se informaba la intensidad horaria) o 7.31 SMMLV (por trabajar 10 horas diarias, de lunes a viernes, en Putumayo). Y por trabajar 8 horas diarias la remuneración iba de 4 a 6 SMMLV. Esta heterogénea situación la sintetizo al final del capítulo, en la Tabla 3-11 (página 90).

En los estudios existentes y en mis entrevistas existe abundante registro de que el salario médico (para generales y especialistas) suele ser más alto en las instituciones públicas que en las privadas. Esa diferencia a favor de la profesión médica en las instituciones públicas ha preocupado al Ministerio de Salud al depender “de convenciones y de una serie de garantías adicionales que, si bien son importantes y no las desconocemos – ni mucho menos – ponen en dificultades a las instituciones porque llega un punto en que no se puede responder al reto de la competencia y del mercado” (López C 2004, 97). Esto refleja una postura política neoliberal, empeñada en continuar liderando la desregulación y la desprotección del empleo.

La caracterización de salarios que hace la ACHC, pese a sus restricciones de muestreo (80 instituciones públicas y privadas afiliadas a la ACHC en todo el país) y a que los datos corresponden a una jornada de 8 horas diarias pero no se aclara si durante 6 o 7 días a la semana, es la que mejor se aproxima al salario médico general²⁴ (ver Tabla 3-7). Llama la atención que, dentro de los estudios recientes, estos de la ACHC presentan las cifras salariales más altas lo que, desde mi punto de vista, tendría que ver con el tipo de institución que se afilia a esta Asociación, de alta complejidad en su mayoría, y con predominio de especialistas.

Aun así, cuando comparé los datos de 2011 y 2013 encontré aumentos y disminuciones según la modalidad de contrato, el tipo de institución y el nivel de complejidad; pero en promedio el aumento general fue, según mis cálculos, del 0.5% (de 8,99 SMMLV en 2011 a 9,04 SMMLV en 2013)²⁵. Eso, comparado con el aumento del 10,1% que entre los dos mismos años tuvo el salario mínimo nacional indica que la capacidad de negociación del colectivo médico es pobrísima y que en consecuencia su capacidad adquisitiva está

²⁴ Existen dos reportes del Ministerio de Salud sobre situación médica salarial para los años 2010 y 2012, ambos basados en el ingreso base de cotización al SGSSS (IBC promedio), pero no discriminan medicina general y especializada (Restrepo Miranda y Ortiz Monsalve 2010, Ortiz Monsalve, Cubides Zambrano y Restrepo Miranda 2012).

²⁵ En los estudios PARS – CENDEX, al comparar el salario médico de 2000 y 2006 concluían una reducción del 2% en el ingreso anual real, por lo que hablaban de un estancamiento e incluso un retroceso en la condición laboral (Ruiz, y otros 2009).

decaendo (no nos preocuparía si lo que dejaran de devengar se estuviera redistribuyendo socialmente, pero se está yendo a alimentar dinámicas de lucro).

Tabla 3-7. Valores mínimo, máximo y promedio del pago mensual a médicos generales en SMMLV, según tipo de contrato. Colombia, 2011 y 2013.

Tipo de contrato	Salario (en SMMLV de 2011 y 2013, respectivamente)					
	Mínimo		Máximo		Promedio	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Salario de planta	2,82	3,04	19,59	11,75	6,31	6,00
Sueldo total de planta	3,69	5,36	16,72	21,22	9,79	9,91
Salario integral	13,79	12,62	13,79	16,56	13,79	14,59
Contrato prestación de servicios	3,22	2,21	12,14	18,26	7,47	7,54
Otras formas de contratación	3,30	4,24	15,22	14,15	7,60	7,18
Promedio	5,36	5,49	15,49	16,39	8,99	9,04

Elaborada a partir de datos de la ACHC del 2011 y 2013 (Bohórquez Robayo 2013, 2011)

En los estudios de la ACHC también pude ver que las instituciones que tienen el salario básico de planta más alto no son las que tienen el sueldo total de planta más alto, y las que tienen el salario de planta más bajo tampoco son las que tienen el sueldo total de planta más bajo²⁶, sugiriendo que, dentro de un mismo tipo de contrato, varía la forma en que se calculan y se pagan las prestaciones sociales. Eso también emergió en las entrevistas; por ejemplo Muriel, médico general con dos años de experiencia en consulta externa, me contaba que a le han ofrecido vinculaciones de planta en las que solo una parte del pago total cuenta como salario y se tiene en cuenta para el cálculo de las prestaciones sociales, *eso tiene un problema: que se está aportando menos a la seguridad social, a las cesantías, a todo eso; y nos dijeron que lo único que nos respetaban eran las vacaciones, a precio normal, pues al sueldo normal* (Muriel 2014). Y Karin me contaba que en su clínica los “afilian” como prestación de servicios, *el acuerdo fue que a pesar de que nosotros somos trabajadores independientes, ellos hacen el descuento y se encargan de hacer el pago* (Entrevista a Karin 2014), lo que en mi interpretación sugiere estrategias institucionales para aparentar formas de vinculación más formales y estables de lo que realmente son y que estarían sesgando los recientes reportes de posibles aumentos en las vinculaciones a las plantas institucionales que de otro modo solo se atribuirían a la legislación reciente que controló las vinculaciones tercerizadas y flexibles (por cooperativas de trabajo asociado).

²⁶ Entendiendo salario básico como la “remuneración ordinaria que recibe el trabajador dependiente o de planta como contraprestación directa del servicio” y el sueldo total como “el salario básico multiplicado por el factor prestacional (cesantías, intereses de cesantías, prima legal, vacaciones, bonificaciones permanentes y otras primas que afecten el factor prestacional más horas extras, dominicales y festivos, beneficios extralegales (bonificaciones y primas que no afecten el factor prestacional)” (Bohórquez Robayo 2011, 27)

O, siendo optimistas, podríamos hablar de la segunda década del siglo XXI como la del despertar de la emancipación médica gremial - que es la que impacta en normativa legal - y que aún tendrá que avanzar más para controlar, por ejemplo, estas posibles formas de “hacerle el quite” a la norma.

El despertar individual de los sujetos trabajadores sí está aún en pausa. Hoy, médicas y médicos preguntan por el valor de la hora de trabajo para hacerse una idea rápida sobre una oferta laboral. La pregunta es comprensible porque el dato aparentemente favorece comparaciones en medio de tanta heterogeneidad (solo aparentemente porque dos valores de hora muy cercanos son en realidad distantes según la modalidad contractual) y en parte refleja una herencia cultural de la tradición liberal y de la medicina especializada; pero, tratándose del trabajo médico general en el neoliberalismo, la pregunta es signo de precarización porque refleja una renuncia subjetiva y por anticipado al empleo formal en el que no solo las horas efectivamente trabajadas sino también las dominicales no trabajadas y las compensatorias serían reconocidas.

El recorrido que hemos hecho permite desvirtuar un planteamiento erróneo de frecuente mención según el cual en Colombia no ha habido atención gubernamental a temas de recursos humanos o de talento humano en salud (Molina Marín, Ramírez Gómez y Ruíz Guriérrez 2014). Este sí ha sido un tema importante dentro de la política pública sanitaria del Estado colombiano, solo que con una orientación basada en manejos mercantiles de oferta y demanda a tono con topes de financiación y orientados hacia la sostenibilidad y la eficiencia, bajo el tácito supuesto de que por esa vía se construye salud humana y atención de calidad.

Usualmente se explica la baja salarial médica como resultado del incremento desordenado del número de graduados junto con un menor crecimiento de los empleos creados. Y el crecimiento desordenado en el número de graduados se le atribuye a la reglamentación que en 1980 dio autonomía al Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación en la creación de programas en salud, a las políticas de expansión universitaria derivadas del crecimiento económico del país y a las presiones de grupos interesados (Malagón-Londoño, Rodríguez Uribe y Jurado Moncayo 1997). En ámbitos de mercado, tales descripciones son razonables. Pero en un sentido más amplio, la baja salarial médica en Colombia tiene que ver con que la atención a la salud humana fue vista desde los tempranos años 70 del siglo XX como un mercado, de oferta y demanda de recursos humanos, intervenido según criterios financieros de sostenibilidad y de productividad económicas y no según criterios de producción de bienestar social, de calidad del cuidado de la salud o de bienestar laboral.

Ese manejo político de la atención a la salud humana, arduamente liderado por los economistas neoliberales locales, refleja una desconfianza hacia nuestros médicos y médicas que proviene, en lo ontológico, de su adopción acrítica de corrientes norteamericanas construidas para hacer frente a dinámicas médicas gremiales que eran y siguen siendo muy distintas a las nuestras; y, en lo ético, de haber descubierto una manera de sacar provecho a favor de su competitividad financiera de un elemento esencial de la biomedicina: al ser una profesión de medios y no de resultados, ésta no sería medida ni

remunerada por resultados de salud pero si evaluada y explotada según criterios de productividad, aunque ello contrariara la condición médica laboral y la salud poblacional.

¿Por qué hablar de explotación y no simplemente de eficiencia? Por dos razones. En primer lugar porque al médico se le paga un valor inferior al que el empleador cobra cuando vende su trabajo, convertido en servicio, a los pagadores del sistema. En segundo lugar porque el dinero que deja de ingresar a los bolsillos de los doctores no se redistribuye socialmente hacia grupos sociales históricamente desfavorecidos sino que se incorpora a dinámicas de acumulación y de corrupción a favor de individuos y de corporaciones privadas, o públicas que actúan como privadas.

Aproximémonos a la diferencia entre los valores de remuneración y de venta del trabajo médico general. Usaremos los datos de la encuesta de la ACHC, que son superiores a los nuestros (los nuestros se pueden apreciar en la **Tabla 3-8**). Allí se encontró que en 2013 las instituciones que remuneraban a sus médicos generales por horas, pactaban valores de entre \$9.461 y \$31.333 con un promedio de \$18.110. Como en el país se ha hecho epidémica la programación de consultas médicas cada 20 minutos (de lo que hablaremos extensamente en la próxima sección), podemos estimar 3 consultas por hora y, por tanto, un valor por consulta de entre \$3.154 y \$10.444, con un promedio de \$6.037. Si queremos ser más optimistas, usando los mismos datos de la ACHC, podemos estimar un valor máximo de hora de trabajo de \$61.026 (para empresas con contratación de planta en las que hipotéticamente se laboren 48 horas semanales y 205 horas mensuales) y, por tanto, un valor de \$20.342 por consulta.

También usaremos las tarifas del Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito (SOAT)²⁷ que, junto con las del antiguo Instituto de Seguros Sociales (ISS) se han hecho tendencia para facturar servicios. Para el 2013, una consulta médica general ambulatoria se facturaba según el tarifario SOAT en \$23.580 (equivalente a 1,20 salario mínimo diario legal vigente (SMDLV) de ese año) y una consulta de urgencias valía \$38.710 (equivalente a 1,97 SMDLV). Ahora bien, estamos suponiendo una realidad en la que solo se labora realizando consulta médica, cuando en realidad, en trabajo médico general supera con creces esa única labor. Se pone en evidencia la brecha entre el valor que se paga al médico por su trabajo y el valor por el que el mismo es vendido, que valida en lo cuantitativo el uso del concepto marxista de explotación para el caso del trabajo médico.

Apenas nos hemos asomado a la productividad directa y a la subsunción formal. Vamos ahora a adentrarnos en las transformaciones que se configuran a medida que estos trabajadores se ven presionados por el Estado y por el capital a vender ya no solo su fuerza

²⁷ Creado por el Decreto 2423 de 1996 para nominar, clasificar y definir las tarifas de los procedimientos a cubrir “cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud” tomando como referencia el salario mínimo nacional.

de trabajo sino especialmente su capacidad para producir más trabajo en menos tiempo y a más bajo costo.

Tabla 3-8. Valor de la hora de trabajo ofertada en diferentes departamentos de Colombia según ofertas electrónicas de empleo médico. Abril de 2014.

Departamento	Valor x hora (COP)	Tipo de contrato	Tipo de dato
San Andrés	\$ 12.500	Sin dato	Informado
Huila	\$ 17.500	Cooperativa de trabajo	Inferido
Amazonas	\$ 17.800	Indefinido	Informado
Valle del Cauca	\$ 18.375	Prestación de servicios	Inferido
Tolima	\$ 20.000	Por horas	Informado
Caldas	\$ 20.000	Indefinido	Informado
Casanare	\$ 20.000	Sin dato	Inferido
Putumayo	\$ 20.455	Indefinido	Inferido
Cundinamarca	\$ 22.500	Prestación de servicios	Informado
Promedio	\$18.792		

3.3 Productividad directa

Siguiendo la línea neoliberal de fines del siglo XX, en el XXI las planeaciones de recursos humanos basadas en necesidades sociales son vistas por los dirigentes del sector salud colombiano como modelos rígidos “con respecto al desarrollo de las sociedades en la generación de mercados laborales competitivos, mercados mixtos público-privados y, particularmente, ante los requerimientos de eficiencia técnica de las organizaciones de servicios” (PARS, MPS, CENDEX 2007, 56).

Aunque nuestro país ha sido precoz, no se trata solo de una iniciativa local. Recién entrado el siglo XXI y en respuesta al mandato recibido en la Cumbre de Jefes de Estado de Miami, celebrada en 1994, la OPS impulsó una iniciativa para orientar a los países de América Latina hacia un mejor ajuste en el campo de los recursos humanos de salud a las reformas regionales que desde los años 90 se venían dando en lo económico, en lo sanitario y en lo laboral, hacia la configuración de mercados. Dentro de las necesidades, identificaban la de sistematizar una teoría de la productividad en salud y la de documentar experiencias relacionadas con la productividad y con el desarrollo de sistemas de incentivos. Allí la productividad del trabajo y la calidad de los servicios se categorizaban como elementos prioritarios y sinérgicos; imperativos de “una nueva gerencia moderna y responsable, necesaria en todos los países” (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS 2000, 42), hacia donde se proponía transitar mediante un trabajo en red con Centros y países colaboradores de la región, coordinados por OPS, OMS, OIT y CEPAL.

Colombia no participó de esa reunión fundacional pero aquí esa noción de productividad se promovía desde la década anterior. Por ejemplo en 1984, bajo el liderazgo del ministro

de salud Jaime Arias - hoy presidente de ACEMI - se definía la productividad como “el máximo rendimiento en cantidad y calidad de las actividades desarrolladas por el personal, expresado en las relaciones costo/beneficio y costo/eficiencia” y en la “producción normatizada por unidad de tiempo” definida por consenso de expertos (Ministerio de Salud 1984, 10,13).

En el siglo XXI, esa idea de productividad es defendida en nuestro país desde centros de pensamiento que la presentan como un incremento deseable en la capacidad individual para producir trabajo (Ministerio de Salud - CENDEX 2001). Tal inclinación del deseo se apoya en la idea de la productividad como condición para la cobertura eficiente, universal y de calidad de las poblaciones, y en la supuesta sinergia entre productividad del trabajo y calidad de los servicios, propuesta desde los 90 por la OPS y reiterada en informes posteriores de la OMS, en donde la productividad se plantea como una medida destinada a atajar el déficit de personal sanitario en el mundo (OMS 2006).

Igualmente subyace el supuesto de que es de calidad concentrarse en garantizar a las poblaciones una “canasta” o grupo de servicios de atención predefinidos, provistos con la mayor eficiencia; ya que “quien no lo defina simplemente está invirtiendo sin tener en cuenta de qué muere y de qué se enferma la población o los habitantes” (López C 2004)²⁸. Este supuesto, a su vez, ha orientado políticas de recursos humanos para que las y los trabajadores se ajusten a ese reto de garantizar eficientemente el plan o paquete predefinido, y solo eso.

Así, al tiempo que las relaciones de empleo médico mediadas y subordinadas por el pago de un salario se hacían predominantes, se introducían nociones económicas que hablaban de un mercado laboral de oferta y demanda en el cual “lo que se oferta no son los individuos sino la capacidad de esos individuos para producir trabajo” (Nigenda, y otros 2010, 39). Los galenos tendrían que aprender – si lo aceptaban y lo permitían - a vender no solo su fuerza de trabajo sino más específicamente su capacidad para producir más trabajo en menos tiempo, a menor costo salarial y gastando menos.

La formalización del asunto en lo normativo pasó por contenidos como los del artículo 26 de la ley de Talento Humano en Salud, 1164 de 2007. Allí se habla del acto profesional y se incluye la autorregulación como una responsabilidad permanente del profesional, la cual incluye “el criterio de racionalización del gasto en salud dado que los recursos son bienes limitados y de beneficio social” junto con otros criterios como la competencia profesional que asigna calidad en la atención, la pertinencia clínica y el uso racional de la tecnología basado en el autocontrol.

²⁸ Esa “canasta” es el Plan Obligatorio de Salud, POS, eje del sistema de salud colombiano para definir el paquete de medicamentos, procedimientos y servicios básicos a los que los afiliados tienen derecho.

Esta mescolanza, en la que se dictamina incluso por ley la supuesta sintonía entre lo mejor para el paciente, el trabajo intensificado y el control del gasto, es una semilla híbrida que sembrada en terrenos de práctica médica germina en frondosas y lucrativas prácticas gerenciales que desplazan discusiones sobre lo adecuado o inadecuado de promover productividad en el ámbito de la atención y el cuidado de la salud humana. Y florecen discusiones sobre las mejores estrategias para lograr la mayor productividad sin sacrificar calidad (Bardey y Castano 2007)²⁹.

Brotan también nuevos dilemas médicos. Porque tras esa *inseminación*, hasta el consultorio médico se transforma y se deforma; por ejemplo, así como mencionamos un nuevo tipo de reloj omnipresente, ya no habrá solo una báscula para pesar al paciente; sino que ahora también habrá que ponderar entre el bien para el paciente, el bien para la competitividad laboral y el bien para los recursos del sistema; en una triple oscilación que reta a las y los colegas a ser “capaces” de inclinar la balanza a favor del capital, con criterio científico. A esta nueva presencia dentro del consultorio médico la llamaremos la *balanza costo-beneficio-eficiencia* para denotar el triple balanceo.

Estamos pues ante dos alternativas para interpretar la productividad médica. Una, la de la actual hegemonía institucional sanitaria, en la que se resalta la eficiencia y el aumento de coberturas poblacionales que se logra cuando cada trabajador y trabajadora hace más en menos tiempo y con menos recursos. Otra, de enfoque crítico, resalta su relación con dinámicas de acumulación y de explotación que son incompatibles con el bienestar médico y poblacional; aquí el meollo del asunto es que el trabajo productivo o eficiente no es simplemente producir más o mejor sino *para* la creación de plusvalía. Como lo recuerda Harvey (1990), la diferencia entre una y otra interpretación no es más que el reflejo de las relaciones de clase social que prevalecen dentro de la producción.

El alcance de la primera es descriptivo; lo que redundará en gestiones acriticas para medir y aumentar el trabajo en función del tiempo, de los recursos o del gasto y proponer e implementar medidas que mejoren - en el sentido neoliberal - esas mediciones. Y por allí se transforma el valor simbólico de la productividad en las subjetividades laborales al pasar de intolerable a imperativo organizacional deseable.

Esa corriente de pensamiento y praxis neoliberal tiene acogida en sociedades como la nuestra, sujetas a anhelos industriales y de acumulación, porque facilita la ampliación de nichos de producción y reproducción capitalista bajo un discurso basado en la ilusión de que la productividad y la supervivencia financiera de los sistemas de salud llevan a la sociedad, por añadidura, hacia mayor salud para todos.

Ahora bien, cuando se correlaciona desde la teoría crítica la productividad médica con dinámicas de acumulación y de explotación el alcance teórico es explicativo. Desde aquí

²⁹ En mi tesis de Maestría desarrollé una lectura crítica de lo que se abarca y lo que no en el actual concepto de calidad (Ardila 2006).

podemos comprender el “para qué” y el “porqué” de la productividad: para y por la maximización de valor. Tal enfoque denota que mayor productividad en salud no implica mayor calidad ni mayor salud para las poblaciones sino que, como voy a exponer, las contradice ya que el norte es la eficiencia y la productividad económicas y no la producción de salud o de bienestar.

Dado que esta lectura crítica tiene potencial emancipador y como nuestro punto de partida es que perseguir la productividad – de cualquier manera, pero ponemos el lente en la que se deriva de la explotación médica - tiene implicaciones negativas para la salud de los pueblos, nos interesa ahondar en esta ruta teórica con potencial explicativo.

A continuación mostraré cómo el direccionamiento hacia la eficiencia en productividad médica pasa por estrategias que en parte reproducen modelos industriales de organización del trabajo en los que se ajustan tiempos y jornadas para que las y los doctores trabajen a mayor ritmo, cubriendo una cantidad mayor y más diversa de tareas; pero también, por las características de este campo disciplinar, donde no es posible una completa división mano–cerebro, una cadena de producción o una línea de montaje convencional, se presionan formas de praxis en las que el gasto se reduce y la rentabilidad crece al moldear los procesos semiológicos, terapéuticos y, en general, el pensamiento que se pone en marcha o se paraliza mientras se realiza el acto médico. Haciendo visible que con la expansión del neoliberalismo al campo médico se configuran deformaciones específicas y novedosas con respecto a otros ámbitos mercantilizados.

3.3.1 Reorganización surrealista de la jornada

Relojes alongados y escurridos, como los pintados por Salvador Dalí, retratan las nuevas jornadas médicas extendidas, densas, e intensas³⁰. Donde laboraba Karin, de 45 médicos de urgencias 10 trabajaban a medio tiempo (90 a 140 horas al mes) y muchos hacían otro “medio tiempo” en otro lugar; *todos llegan tarde porque si usted sale a la 1:00 no va a poder llegar aquí a la 1:00; es lo que me estaba pasando a mí ahorita [que llegué tarde a nuestra cita] porque no habían llegado a recibirme* (Entrevista a Karin 2014). Estos doctores no almuerzan, corren de aquí para allá, no descansan y además cada jornada al sentarse en sus escritorios siguen conviviendo minuto a minuto con el reloj.

Para 1967 se reportaba que un médico colombiano atendía en promedio 13,1 pacientes al día y laboraba en promedio 5 horas diarias, contando el tiempo de consultas y cirugías, sin diferencias según tamaño del municipio o ciudad. Destinaban en promedio 23 minutos a cada paciente, con diferencias según práctica privada (30 minutos) o no privada (19

³⁰ La intensificación hace referencia a la exigencia de hacer más tareas dentro de una misma unidad de tiempo o a hacer la misma cantidad de tareas dentro de una unidad de tiempo cada vez más pequeña. La densificación se refiere a la incorporación de nuevos tipos de tareas al trabajo que se hace dentro de esa misma unidad de tiempo, por ejemplo tareas administrativas.

minutos) (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina 1964, Paredes Manrique 1967).

En 1994, la resolución 5261 del Ministerio de Salud, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), en su artículo 97, hace norma la tendencia sesentera de tener consultas breves, como ocurría en la práctica no privada, al establecer que la consulta médica general no debía ser menor de 20 minutos. En la práctica la duración ha sido tomada como un estándar entonces la agenda médica es sustraída de las batas blancas y ahora es administrada desde fuera del consultorio por personal no médico ajustado a softwares dispuestos para prescribir invariablemente esa duración, lo que termina convirtiéndola en un tope máximo.

No es solo una expropiación de la autonomía para determinar cuánto dura un encuentro médico. Esa estandarización desde fuera del consultorio profundiza, en la estructura institucional y en las subjetividades laborales, el grado de control y de subordinación médica, porque lo que está moviéndose afuera de los consultorios es una corriente creciente de pensamiento y praxis basada en el costeo y en la producción de beneficios económicos; entonces también se facilita la presión externa para inclinar la *balanza costo-beneficio-eficiencia* a favor del capital. Pero además, como cada minuto expropiado o permitido cuenta en la balanza, también se controlará el contenido de esos minutos.

Veamos el fenómeno en términos prácticos. Ya he mencionado a Muriel; se graduó de Medicina en el 2011 en una prestigiosa universidad privada colombiana, y en 2014 le pedí una entrevista luego de escucharle denominarse “cargaladrillos” cuando le preguntaron informalmente por su trabajo en consulta externa. A continuación presentaré parte de su experiencia de tránsito de “cargar ladrillos” en un empleo a cargarlos en otro.

Muriel enfrentó un cambio súbito cuando, de una semana para otra, lo trasladaron y le cambiaron el horario, así que decidió presentarse al proceso de selección de “una EPS muy reconocida y acreditada”, pasando por el filtro de dos médicas y de un abogado. La primera doctora enfatizó orgullosa que dentro de las garantías laborales *“el POS nos da 20 minutos de consulta, entonces usted va a tener sus 20 minutos”*. Un poco después la médica que sería su jefe directa explicaría que en realidad se programaría un paciente cada 17 minutos; *creo que siempre le preguntan lo mismo y me dijo “doctor lo que pasa es que tenemos un índice de ausencia de pacientes entre el 8 y el 10%, eso significa que cuando usted divide, realmente va a ver un paciente cada 22 minutos”*.

Muriel evoca con gracia las palabras de uno de sus profesores de pregrado: *si tú y yo nos vamos a comer un pollo pero tú lo pagas y yo me lo como, cuando hacemos el promedio cada uno se comió medio pollo y pagamos por mitad, pero la realidad es que tú lo pagaste y yo me lo comí, entonces las matemáticas sirven pa' todo... ¡que absurdo! si a mí me agendan 17 minutos yo no puedo atender los pacientes en 22 bajo el supuesto de que no*

van a llegar 2, o el día en que lleguen los 21 ¿qué va a pasar? el hecho real es que a cada paciente le asignan 17 minutos.

Pero el horario le convenía, trabajaría cerca de su casa y ganaría más que en su anterior trabajo así que aceptó. Llamó su atención el número de colegas en el mismo proceso; iba quedando claro en el ambiente que la rotación de personal era elevada. El asunto le preocupó y en sus cavilaciones hizo dos interesantes descubrimientos: *Antes yo veía 18 pacientes diarios 5 veces a la semana y dos sábados al mes, son 396 pacientes y por eso me pagaban 2'300.000 [3,9 SMMLV del 2014]. Ahora, sí, me voy a ganar 2'600.000 [4,4 SMMLV], pero resulta que estoy viendo 420 pacientes entre semana y son 2 fines de semana de 8 horas, no son 6 horas sino que me clavan 8 horas. Entonces realmente al mes yo estaría viendo 476 pacientes ¡Mira, estoy viendo 80 pacientes más al mes!*

Reflexionando sobre las diferencias entre estas propuestas aparentemente similares, en las que la que parecía mejor remunerada resultaba ser peor, descubrí que además la cuenta que le proponían a Muriel era engañosa: ver 3 pacientes más al día (21 en lugar de 18) corresponde a un 16% extra de trabajo; es decir el doble del 8% que decían haber documentado en los estudios internos sobre incumplimiento de citas. Y, visto desde otro ángulo, si de los 21 pacientes programados cada 17 minutos no asistiera el 8 al 10% (entre 1 y 2 pacientes) habrían asistido entre 19 y 20 pacientes, para un promedio de entre 18,0 y 18,9 minutos por paciente, lo que quiere decir que también era falsa la aseveración según la cual aunque se programe cada 17 minutos, al descontar los ausentes, se dispondría de 22 minutos por paciente.

La forma de resolver en lo cotidiano estas presiones institucionales de funcionar a ritmo forzado se refleja en la experiencia del último día de inducción laboral de Muriel, cuando *me mandaron a inducción con un doctor para todo lo del manejo de la historia clínica; eran las 3:00 de la tarde, el doctor llevaba desde por la mañana, desde las 7:00 am porque hace doble turno, y es muy querido el tipo, muy formal, muy atento, ya un tipo mayorcito... y ya al final, de las 6:00 para adelante: "listo doctor, aquí el que viene lo sacamos rápido, la sacamos rápido" entonces se empieza a manejar él también en un lenguaje distinto, perdóneme, como peluqueando bobos.*

"Peluquear bobos" es una expresión que denota la peripecia de hacer algo de afán (el bobo, al ser una persona de pensamiento poco complejo, no se da cuenta o no le importa cómo lo peluquean); así que la expresión, detonada tras atestiguar el efecto de tener que asumir grandes volúmenes de consulta médica dentro de jornadas extensas, preocupa. Señala una inclinación de la *balanza costo-beneficio-eficiencia* que no beneficia al paciente, e indica la apertura de una distancia entre médico y paciente en la cual esa relación se deforma y se transforma en una triple relación médico-gerente-usuario³¹.

³¹ En realidad, si tenemos en cuenta todas las transformaciones que acontecen una vez se abre un espacio en medio de la relación médico-paciente, debemos hablar de encuentros asistenciales del tipo "médico-gerente-asegurador-juez-CMI-paciente".

También convida a revisar la doble connotación detrás de nociones tan mentadas en este sistema de salud como por ejemplo las de acceso y oportunidad. Porque ambas se suponen satisfechas si el paciente accede al médico sin barreras y dentro de un lapso predefinido sin importar si realmente, además de garantizar la parafernalia fetichista de registro de tiempos y servicios, se resuelve oportunamente su necesidad sobrepasando el alcance de un mero “peluqueado de bobo”.

Los ajustes a la duración de las consultas, y en general a la praxis médica, se han sustentado en la desconfianza, típicamente neoliberal, hacia los posibles abusos de los profesionales si se les permite manejar el tiempo a su antojo. Parece una explicación razonable si se piensa en el médico como sujeto egoísta e interesado en primer lugar en sí mismo, pero no es tan razonable cuando se ha estado en esos zapatos y se ha experimentado la inconmensurable satisfacción de entregar a cada quien según su necesidad, cuando se comprende lo diverso que puede llegar a ser cada acto médico tanto en contenido como en extensión, o cuando se piensa en la enorme y creciente necesidad social de atención que actualmente habita las realidades laborales médicas. Si se pensara desde allí, la autonomía en el manejo médico del tiempo inclinaría la balanza hacia el beneficio social, como se esperaría de un sistema de salud.

Ahora bien, si revisamos el tema con calculadora entenderemos que el involucramiento de grandes empresas con el ajuste *minumétrico* de la atención médica al sufrimiento humano sobrepasa el terreno moral de la desconfianza y tiene un sentido claramente económico.

Pensemos en Soledad, una médica hipotética similar a Muriel quien en 2015 trabaja en consulta externa 6 horas diarias de lunes a viernes más dos sábados de 6 horas al mes (140 horas mensuales), viendo un paciente cada 20 minutos, por un sueldo total de \$2.600.000 mensuales (4 SMMLV del año 2015). A ese ritmo, Soledad se reunirá con 420 pacientes al mes. Con ese dato y teniendo en cuenta que en 2015 una consulta médica general ambulatoria por tarifario SOAT valía \$25.800 (1.2 SMDLV), en la Tabla 3-9 calculo la ganancia en dinero (el plusvalor) al reducir en 1, 2 y 3 minutos la frecuencia de las consultas.

Tabla 3-9. Comportamiento del plusvalor a medida que se expropian minutos de la consulta externa médica general. Colombia, 2015.

Duración de una consulta	Total de consultas al mes	Salario mensual (pesos)	Facturación mensual (pesos, tarifa SOAT)	Plusvalor por mes
20 minutos	420	\$2.600.000	\$10,836,000	\$8,236,000
19 minutos	442	\$2.600.000	\$11,403,600	\$8,803,600
18 minutos	466	\$2.600.000	\$12,022,800	\$9,422,800

17 minutos	494	\$2.600.000	\$12,748,200	\$10,148,200
------------	-----	-------------	--------------	--------------

El ejercicio revela cuatro conclusiones: 1. Que trabajando cada 20 minutos, Soledad produce mensualmente cuatro veces su salario o, en otras palabras, que a ese ritmo un médico colombiano puede producir el valor de su salario en una de las cuatro semanas que labora al mes. 2. Que siendo tan grande la diferencia entre lo que se paga a los doctores (el valor de uso) y lo que se cobra por los servicios que se facturan a partir de su trabajo (el valor de cambio) estamos ubicados en el ámbito de la explotación. 3. Que a medida que se expropian minutos, el siguiente minuto expropiado representa una ganancia superior a la del minuto anterior en un comportamiento exponencial o, en otras palabras, que en Colombia, cuando los salarios médicos mensuales son fijos, entre menos minutos se le dediquen a un paciente más dinero ganan las empresas, de manera exponencial. 4. Que en entornos capitalistas los señalamientos morales son muy rentables (por ejemplo, señalar posibles abusos médicos en el manejo del tiempo para así estandarizar, densificar e intensificar los encuentros médicos, incrementando la producción de valor).

Dice Muriel: *en el otro trabajo me pagaban \$5.800 por paciente, que eso ya es perverso; y en este nuevo trabajo \$5.400 por paciente; me parece cruel... Y a uno le salen con que "no, no, no, es que usted no puede hacer una cuenta por paciente", pero es que a mí, al momento de juzgarme, al momento de mirar el acto médico es uno por uno, cada acto médico se agota en sí mismo. Porque es un ser humano, es un paciente, no son 100 vacas que si se me murió una pues no importa, no son botones, no son zapatos que estoy armando, no son volúmenes... aquí es donde uno ve que las compañías lo que ven es volúmenes de gente... la productividad la miden en eso. Si a mí me empiezan a faltar pacientes por x o y circunstancia empiezan a decir "qué hubo, qué hubo, vendan la agenda" ¿por qué? Porque es que me están pagando para que vea eso y no menos (...) Pero cuando me demanden a un tribunal de ética o por alguna situación anómala, no me van a tener en cuenta que de las 5.000 consultas que vi en el año se enredó solo uno, eso absolutamente nadie lo va a tener en cuenta, porque van a mirar es "en la historia clínica usted qué hizo, usted la embarró acá, usted dio un medicamento que no era".*

Proseguía Muriel, *ellos dicen que están ACREDITADOS (...) pero para uno como prestador del servicio es perverso porque viene el cuento de su política de calidad "errores cero" entonces "doctores ustedes tienen que hacer una excelente anamnesis, 5 minutos anamnesis, 5 minutos examen físico, 5 minutos anotando, ahí van 15, le quedan 2, mientras llega y mientras se va". Yo reto a un buen médico, o por lo menos a un médico honesto... ¡No! finalmente lo que aquí se maneja es el motivo de consulta, entonces si el paciente lo primero que abrió la boca fue "doctor es que me duele la cabeza", "¡listo! dolor de cabeza, ¿desde hace cuánto? Ta, ta, ta", "ay doctor pero es que también...", "pase a la camilla, tenga la bondad, tun, tun, tun... tome para su dolor de cabeza, chao."*

En la atención médica de urgencias también hay presiones para incrementar la productividad forzando el ritmo de trabajo. Karin y sus colegas lo experimentaron con la llegada de una nueva coordinadora médica de urgencias, *ella lleva aquí más o menos 3 meses y la exigencia es la productividad. Entonces en estos últimos tiempos, cada mes*

nos están midiendo “cuantos pacientes atiende usted por hora, si los pacientes que atendió son triage 3, triage 2 o triage 1; si el médico de observación está haciendo las evoluciones, si estamos 12 horas nos exigen que hagamos por lo menos dos evoluciones al paciente que no tiene una conducta definida por especialista (...) ¿Qué es productivo? un récord de pacientes vistos por hora mayor a 1,5. Eso es para los triages 3; en los triages 2 a veces es 1 por hora, por la complejidad del paciente, o sea no solamente de hacerle la historia clínica, habilitar el tratamiento, comentar al especialista, a veces comentarlo a la UCI, remitir, todo eso le lleva tiempo al médico general.

Pregunté a Karin su opinión sobre el efecto, bueno o malo, de estos cambios para sus pacientes: *Yo en realidad pienso que eso no beneficia al paciente porque resulta que si nosotros hablamos de productividad entonces tenemos que cumplir un número de pacientes por hora ¿lísto?, y resulta que los pacientes que se han complicado devengan de uno mucho más tiempo, entonces ¿qué estamos viendo ahorita? que por ejemplo hay abuelitos de 80 años y todo el mundo se los empieza a saltar, o sea nadie lo llama, ¿por qué?, porque ese abuelito va a devengar invertir más tiempo, entonces yo no voy a poder ver los 12 o 14 o 20 pacientes que tengo que ver sino que mi número de pacientes va a disminuir; si llega un paciente que nosotros sabemos que es más complicado, un cólico renal, un dolor torácico o los pacientes con cáncer, algo que de pronto uno tenga que comentar al especialista, entonces empiezan a saltárselo... y empieza el tiempo de espera a ser mucho peor que en un dolor de cabeza, una gripa, una diarrea. Entonces en realidad el afectado es el paciente, ¿sí? porque si uno tiene que mirar números entonces ya no es calidad, es cantidad...entonces todo el mundo corre, todo mundo...*

Karin añade que el modelo tampoco es benéfico para el paciente *porque resulta que a veces llegan 7 pacientes triage 2 y 3 pacientes triage 3, y resulta que hay 4 médicos atendiendo triage 3 entonces no lo ven porque “a mí no me toca” (...) y el médico que está en el triage 2 se desgasta, y él no puede correr porque el triage 2 siempre es más complicado.*

Estos colegas pueden pasar 12 horas nocturnas cumpliendo incansablemente con su compromiso de, por ejemplo, atender pacientes triage 2. Y si alguno de ellos escoge desde su computador a cuál de los triages 2 llamar, indirectamente confía en que la elección de sus compañeros será diferente; entonces la responsabilidad se diluye. Si enfrentan dilemas éticos, sobre su conciencia ahora también pesa la presión institucional que les subsume.

Y así, pacientes complejos empiezan a quedarse atrás en unas *filas de espera invisibles* donde en nombre de la productividad se pasa por encima de las prioridades clínicas. Develando la configuración de un *triage de productividad* que se superpone al triage clínico. Y todo ello cocinando, en su conjunto, transformaciones en las subjetividades laborales, por ejemplo, cuando a la vocación de servicio que en teoría caracteriza a la profesión médica (Coe 1973), se van superponiendo rechazos o resistencias del tipo “a mí no me toca ese paciente”, como lo refiere entrevistada.

Recordar que estas transformaciones subjetivas se expresan en lo singular, pero tienen raíz estructural es fundamental para no quedarse solo en culpabilizar o en victimizar al trabajador. Cuando yo era médica clínica, usaba reloj. Es muy importante el reloj para la medicina porque las frecuencias a las que se mueven cuerpos, medicamentos y algunas máquinas (como las bombas de infusión) nos cuentan mucho sobre los sujetos y sobre su padecimiento. Poco útil resulta, en ese sentido, obsequiar a las y los doctores relojes sin segundo. Pero qué pesado irrumpe el minuterero con el viraje hacia el trabajo contra reloj, porque la atención - en toda la connotación de la palabra - del profesional está sujeta a ese palito intermedio, que pesa en su rutina de trabajo tanto o más que el padecimiento o la necesidad de su paciente.

David Harvey nos recuerda que hay que ubicar el origen de los cambios tecnológicos dentro de la sociedad y no como cambios con dinámica autónoma; y que solo al comprender totalmente el significado y el propósito social podemos entender por qué se eligen ciertas tecnologías en vez de otras. Lo cual permite distinguir en los cambios tecnológicos expresiones del rol del capital en la lucha de clases (Harvey 1990). Metafóricamente, en un sistema de salud basado en dinámicas de mercado, abrir la puerta del consultorio médico para expropiar de la bata blanca la agenda de programación de actividades, para instalar *balanzas costo-beneficio-eficiencia*, o para incorporar nuevos tipos de cronómetros y de relojes en nombre de la eficiencia, deja abierta esa puerta a subsecuentes incorporaciones, calibraciones, transformaciones y deformaciones, que poco tienen que ver con el mejoramiento de la salud humana, aunque se promulgue su sinergia. En este nuevo consultorio de “puertas abiertas” se configura toda una transformación tecnológica con fines de lucro.

3.3.2 La chequera del patrón en el consultorio del obrero

Debemos saber que cuando Muriel aceptó el trabajo fue conducido a una oficina muy elegante y reservada donde conoció las expectativas de la cabeza más importante de la empresa, un abogado, quien indagó su opinión acerca de la sostenibilidad financiera y los indicadores de productividad; le expresaba el legista que *“Doctor, ustedes no se imaginan el PODER que tienen en sus manos en el consultorio, ustedes en el consultorio realmente lo que tienen es una CHEQUERA en blanco; cada vez que le dan una fórmula a un paciente, cada vez que le dan una remisión... claro, no es que le queramos negar servicios a nuestros pacientes, pero solamente que ustedes sepan que cada vez que le mandan a un paciente un examen... es un cheque en blanco que le dan”. Hasta es curiosa la terminología que utilizan, a las fórmulas médicas, a las órdenes médicas las llaman voucher: “usted le entrega el voucher al usuario”. No son pacientes, son usuarios³².*

En esta parte de la narración, Muriel evoca una idea que le ronda una y otra vez: la idea del “médico resolutivo”. La frecuencia con que ha escuchado esa palabra en sus empleos,

³² El término voucher es un anglicismo asimilable a tiquete o recibo que, según la Academia Mexicana de la Lengua, comprueba el cargo a una tarjeta de crédito.

sumada al símil banquero de su entrevistador, le han llevado a concluir que se hace referencia a quien usa su poder sobre la repartición asimétrica del saber médico para enfrentar necesidades de salud firmando pocos de los “cheques en blanco” que, aunque reposan en su consultorio, pertenecen a un titular que es ante todo un agente de mercado que se orienta, como cualquier buen agente de mercado, hacia el máximo desarrollo de sus capacidades y libertades mercantiles. Es decir que, en estas circunstancias, un buen médico resolutivo es aquel capaz de incorporar criterios de mercado a sus procesos semiológicos y terapéuticos.

Ilustraré lo problemático de esa noción de “médico resolutivo”, que se hace explícita en el testimonio de Muriel pero que estuvo presente en las demás entrevistas, revisando el rol de la medicina general con respecto al “gasto” de consultas médicas especializadas. En nuestra primera entrevista, cuando Muriel aún no había cambiado de trabajo, describía los porcentajes máximos de remisiones a especialistas que imponían en su anterior entidad; sus pacientes hacían parte del programa de enfermos crónicos, es decir con enfermedades que requieren medicación y acompañamiento médico continuados para prevenir y detectar oportunamente descompensaciones o complicaciones. *Máximo 10% de remisiones quiere decir que si tú ves 300 pacientes mensuales, no puedes remitir a más de 30 al mes. Y muchos pacientes llegan muy complicados, son pacientes difíciles... “Dele manejo” nos dicen. Es curioso, AHÍ SÍ el médico general se vuelve un tipo que tiene que saber: “usted es un médico antes que nada y puede mandar tratamientos”. Sí, pero resulta que hay medicamentos que el médico general no puede mandar. Entonces ¿si soy o no soy? Es interesante el énfasis que hace Muriel en que “ahí sí” el médico general tiene que saber, como sugiriendo que en otras ocasiones tuviera que ignorar; en efecto así es.*

Al mencionar que hay medicamentos que el médico general no puede mandar, Muriel se refería por ejemplo a la heparina, que es frecuente dentro de sus pacientes y que, salvo situaciones especiales, es del dominio del especialista. A los programas de enfermos crónicos acuden personas asintomáticas que vienen recibiendo ese medicamento a dosis constantes en forma sostenida y con exámenes de laboratorio normales; allí la labor de dar continuidad al mismo manejo puede ser asumida por la medicina general. Esa formulación, en apariencia simple, conlleva en sí la complejidad de saber discernir oportunamente entre la presencia o la ausencia de peligro; y es en ese prudente discernimiento que se interpone una presión gerencial para que el médico general sepa e ignore lo necesario para no requerir más de un 10% de apoyo mensual especializado; los criterios gerenciales se traslapan entre los criterios médicos buscando objetivos propios.

Como en la institución de Muriel tampoco estaba bien visto formular medicamentos a más del 85% de los pacientes, *es decir, se supone que un 15% de los pacientes que llegan a mi consulta deberían irse sin fórmula de medicamentos*, podemos imaginar peripecias mentales entre recetar versus remitir, dependiendo del estimado que la o el profesional suponga que se ha “gastado” en recetas y en remisiones con sus otros pacientes de ese mes. De esta forma, pasamos de la socialización de la medicina a la *socialización de las conductas diagnósticas y terapéuticas*.

Con esto comprendemos que la noción neoliberal de eficiencia es alma gemela de la productividad económica; su contradictoria complementariedad se sintetiza en que bajo el dictamen del binomio eficiencia-productividad el “médico resolutivo” es aquel capaz de no generar gasto y sí producir valor a partir de la atención socializada de la salud, la enfermedad y el sufrimiento individuales. La sociedad ha perdido en su apuesta por demandar eficiencia médica; la lección aprendida es que la sociedad debe reestructurarse para volver a confiar en la medicina, empezando por situar como objetivo primordial el propender por la máxima salud, en condiciones de excelencia académica y ética.

Muriel también trabajó bajo una novedosa forma de atención ambulatoria a pacientes de una misma especialidad, conocida como la “consulta compartida”. A varios médicos generales les asignan consultorios colindantes y un solo médico especialista les acompaña yendo de un consultorio al otro, escuchando a sus colegas generales e indicando o “validando” la conducta. *No estamos en un contexto académico que es muy distinto porque en un contexto de aprendizaje el especialista valida lo que el RESIDENTE hace. Pero seguramente bajo esa misma lógica hubo algún mago al que se le ocurrió “uy oiga, habiendo tanto médico general ¿por qué no hacemos esto?”. Tengo entendido que en algunos sitios son 3 médicos, donde yo estaba éramos 2 entonces un especialista ve dos agendas paralelas ¡Claro! Con eso se ahorran un especialista. Pero entonces dicen “es que estamos mejorando la oportunidad, estamos mejorando el acceso”. Pero ¿es justo? (...) el médico general hace la anamnesis, el interrogatorio, todo el cuento, y el especialista llega: “sí, cuénteme”; simplemente es el relato y el especialista valida esa información o no, o le dice “venga miramos tal cosa” o “venga miremos esto”. Y ahí se pueden pasar muchas cosas, vaya uno a saber; claro el médico general seguramente va adquiriendo competencia, pero la pregunta no es si puede o no puede hacerlo, la pregunta es ¿por qué? Si eso no es correcto, es decir la respuesta es que es injusto y que es simplemente un modo que tienen las aseguradoras de ahorrar.*

A una muy querida amiga a quien llamaré Dulce, pediatra intensivista con más de 20 años de experiencia clínica, alguna vez le propusieron hacer ese tipo de consulta compartida: *nos propusieron eso pero no aceptamos, no nos pareció. Eso sirve y está bien cuando uno está en formación, pero ¿para la atención cuando uno es el especialista? ¡No! Eso fue cuando la clínica creció y empezó a recibir muchos más niños; ya los tres pediatras que estábamos no éramos suficientes, éramos necesarios por lo menos seis. Entonces uno de nosotros propuso que en los consultorios estuvieran los médicos generales y que nosotros pasáramos diciéndoles. Pero los otros dos no aceptamos... sí, a veces se da, o algunos compañeros lo hacen (que a mí no me gusta): que uno le da el concepto al médico general y él lo escribe y uno lo sella, pero no es igual porque cuando me interconsultan yo veo el paciente, yo escribo lo que tiene, lo que necesita, todo... es que... ¡ES MI PACIENTE!*

En su rol como pediatra intensivista de una de las más grandes clínicas de Cali, Dulce recibía residentes de diversas especialidades médicas en su servicio. Ella ha notado un cambio en las nuevas generaciones de residentes y las anteriores. *Para mí, desde que estaba haciendo la residencia, el paciente era MI PACIENTE y si estaba muy malito uno se le pegaba toda la noche, aunque no estuviera de turno, porque había ese interés. Ahora... es como si no fuera su paciente, como que les pesa...*

El tránsito de “mi paciente” a “el paciente”, “el usuario” y últimamente “el cliente” es causa y consecuencia lingüística de la doble expropiación cometida al incorporar el binomio eficiencia-productividad: al profesional se le expropia el compromiso incondicional y primero con su paciente para que preste atención (en el doble sentido de la palabra) al gasto que *ese paciente* encarna. Y al cuerpo de *mi/el paciente* se le despoja de las máximas posibilidades diagnósticas y terapéuticas al resignificarle como corporeidad que encarna el padecimiento financiero de los agentes del sistema antes que su propio padecimiento.

El biopoder ha sido debilitado, pero no brindaremos foucaultianos ni marxistas... La muerte de la clínica se está dando a manos de una atención gerenciada simbólicamente golpista que ha asumido el poder disciplinador a favor del capital. Recordemos que las confrontaciones a las instituciones del siglo XX y en particular a la medicina como institución paradigmática de disciplinamiento y de control social iban en varios sentidos, complementarios. Por un lado, apuntaban a la medicalización de la salud, de la enfermedad y de la vida toda, que se produjo en la medida que esta nueva “medicina científica” se instauró como profesión y saber hegemónico en el campo de la salud (Foucault 2001 [1963]). Por otro lado, estaban las críticas a esta medicina moderna por su imposibilidad de comprender, desde su paradigma biologista, la configuración social de la enfermedad, constituyéndose su praxis en una traducción del sufrimiento social que era funcional al poder. Y asimismo estaba la descripción de los encuentros médico-paciente como situaciones micropolíticas de control social e ideológico, usualmente sin que médicos ni pacientes fueran conscientes de ello (Waitzkin 1991).

Esas críticas al biopoder ejercido por y desde la medicina hegemónica son retadas en el siglo XXI por los nuevos movimientos sociales que no son solo antidisciplinarios sino también y primordialmente de resistencia antineoliberal, como reflexiona Beatriz Preciado, referente central del feminismo Queer (Preciado 2013); pues la contestación al neoliberalismo hace visible la paradójica situación de tener que llorar por el derrumbamiento de aquella clínica disciplinaria descrita por Foucault a partir de la cual también se configuraron muchos de los derechos que tales movimientos reivindican actualmente, como el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Paradójicamente, en el siglo XXI la reivindicación del derecho a la salud pasa por la petición de acceso a aquella medicina y aquella salud pública cuyos fundamentos criticábamos.

Siguiendo la ruta de reflexión marcada por Preciado, la clínica como dispositivo de disciplinamiento y control es desplazada por la praxis gerencial neoliberal (atención gerenciada) como nuevo dispositivo disciplinante, de control y de verificación de verdad. El control neoliberal irrumpe sobre la praxis clínica y el paradigma neoliberal irrumpe sobre el paradigma biologista; la concepción biomédica de la vida, la salud y la enfermedad es subordinada a una concepción economicista y neoliberal que hace girar las brújulas médicas hacia el norte de la salud financiera, como si al optimizar el mercado el efecto natural fuese la salud y el bienestar de los pueblos. La verificación de verdad ya no es solo

biomédica sino principalmente mercantil: es en la gerencia y no en la clínica donde se encarna la verdad sobre cómo atender la salud; y la salud se convierte en aquella capacidad de gestión individual que permite contribuir al bienestar financiero del sistema sanitario y no solamente la ausencia de enfermedad.

Me atrevo a sugerir que es necesario hablar de un cambio de paradigma y no solo de una crisis epistémica porque con el caso colombiano estamos ante el inicio de una transformación global de la biopolítica y del biopoder donde la ideología neoliberal modifica el sentido común, las prácticas y el gobierno sobre la salud y la vida. El sentido común se transforma para legitimar que la salud humana esté condicionada a la salud financiera; las prácticas sanitarias se incorporan a esta forma neoliberal de pensar y gestionar la vida y el bienestar humano; y la nueva soberanía es corporativa, siendo las decisiones comerciales las que priman y orientan las acciones (Waitzkin 2013). En el presente no es necesaria la experticia en salud para ejercer soberanía en salud, basta con la experticia en mercados y en comercio.

Cuando Muriel pasó la prueba de fuego de garantizar que no “quemaría” la chequera de su nuevo trabajo tuvo una reunión con la médica que sería su jefa directa. Ella le presentó muchas plantillas de Excel *explicando que la racionalidad, que el gasto, que el gasto (...) y me preguntó “¿qué estrategia haría usted para que los médicos mayores, sobre todo los que ya llevan varios años y que se acostumbraron a hacer todo rutinariamente y que son resistentes al cambio, usted qué haría como para convencerlos o para generar un mejor ambiente?”*. La “resistencia al cambio” es el nombre que recibe, dentro de la administración moderna, la reticencia de los trabajadores a las novedades institucionales que, según el mismo enfoque, se enraíza en el desconocimiento de las ventajas y en el temor a lo desconocido. El trabajador, ignorante y temeroso, ha de ser guiado por la paciente mano de líderes organizacionales iluminados por el dogma neoliberal ¿Es verdaderamente ignorante y reticente el médico que no acepta el cambio de paradigma?

Veamos el punto de vista de Pablo, colega con más de 20 años de experiencia clínica en medicina general. Su testimonio es interesante porque permite mostrar que estamos ante mucho más que adaptación informada versus la resistencia ignorante o terca. *Yo tenía la discusión con un médico de acá. Para él, el hecho de ingresar médicos nuevos era beneficioso para la institución; pues tenía cierta razón porque decía que el médico debe tener conocimientos frescos. Pero yo le decía “¿y dónde está la experiencia de los médicos viejos?”, además, no quiere decir que el médico viejo no se actualice ni lea. Yo trato un infarto con la medicina de hoy, sigo los protocolos de la medicina de hoy, y veo especialistas manejando la medicina de hoy, no de hace 30 años (...) Él hablaba también de que un médico nuevo se deja organizar, se puede moldear, mientras que un médico viejo tiene sus mañas y su no sé qué. Entonces él lo que quería era un médico manipulable ¿si me entiende?, “haga esto”, “si señor con mucho gusto yo lo hago” sin decir nada, sin derecho a opinar ni a nada. Porque el médico viejo ya es un médico que critica y dice cosas no se traga todo entero, entonces era como por cierto manejo de control sobre los médicos que él también lo proponía (Entrevista a Pablo 2013).*

Pablo lamentaba que ahora sea el cumplimiento obediente de indicadores de eficiencia y de productividad y no la experiencia o el dominio académico lo que cobra peso en la balanza que mide al “buen” médico. Por ejemplo antes *en los trabajos de planta había una especie de actualización salarial y eso se ha ido desvaneciendo; había una CATEGORIZACIÓN de los trabajos de acuerdo a muchas cosas, sobre todo la experiencia, acá tú puedes llevar 20 años y ganas lo mismo que el que acabó de salir. Y la experiencia vale ¿cierto? Yo cuando empecé, si uno no tenía EXPERIENCIA no había posibilidad de que lo contrataran en un hospital como éste (...) Hoy las entidades contratan de todo, al que recién salió, al que tiene experiencia, al que no la tiene (...) y uno no puede correr sin haber caminado (...); me parece delicado, como paciente me gustaría ir a un hospital donde bueno “es que la gente que está allá es ¡gente que ha pasado por muchas!”*

Contrario a la visión de la jefe de Muriel, en el análisis de Pablo se combinan el valor de la experiencia y de la excelencia médica para el paciente, ambos potenciados o reducidos por la estabilidad o inestabilidad laboral: *La experiencia ayuda a que no se vuelvan a cometer los mismos errores, hoy la gente salta mucho de un hospital a otro, entonces llega un nuevo médico cometiendo los mismos errores del que se fue, y si ya llevaba 6 meses con nosotros pues ya estaba mejorado, ya sabía cómo era el sistema, como se hacía todo; llega el nuevo y ¡otra vez!. Se refería a errores administrativos y el manejo de pacientes según la aplicación crítica de protocolos, *pídale ojo clínico al recién egresado que todavía no tiene la experiencia... entonces el ojo clínico es “démosle de todo, mandémosle de todo” (...)* Y mandan a tomar un electro que uno ya sabe que tiene algo y ¡de inmediato mírelo! no... lo dejan ahí pedido; mandan a tomar a los laboratorios y los dejan ahí para que los revise otra persona; las radiografías las dejan sin lectura, hacen procedimientos y no los escriben en las historias clínicas. De todas maneras hay que hacerlo, entonces normalmente lo hace uno porque el otro no está acostumbrado.*

Este contraste no solo refleja diferencias en el grado de experiencia sino también cambios en las subjetividades laborales: si la experiencia o el rigor médico entra en contienda con el rigor productivista, cambia el lugar donde se ubica al sujeto que padece; ahora es un lugar lejano, y la identificación con su necesidad y su dolor es igualmente lejana. Esto es, en mi interpretación, un signo de la individualización neoliberal de los sujetos, trabajadores y pacientes, y del consecuente debilitamiento de los tejidos sociales. Hablamos de debilitamiento y no de ruptura porque vemos también en escena que unos pueden asumir, amortiguar y gestionar las fallas de otros. Aunque hay que preguntarse por la finitud de estas posibilidades con el tiempo, a mayor carga laboral y a mayor grado de explotación.

Es importante resaltar que son condiciones estructurales las que configuran este nuevo tipo de médico escindido de los procesos integrales de atención en los que se abogaría, hasta las últimas consecuencias, por la salud de sus pacientes más allá de los linderos de veinte minutos de consulta, de 12 horas de turno, de los “cheques en blanco” o del POS.

Otra novedad para las y los colegas ha sido la relevancia que se da en la gerencia moderna y neoliberal a registrar y reportar lo que se hace, como si el formato, el informe, o el reporte

encarnaran la evidencia de estar haciendo y haciéndolo bien. Esos documentos son el soporte para el pago, la garantía contractual y el fetiche para percibir la presencia de una atención de calidad. *Todo está muy organizado entonces termina siendo más el desorden, porque es cada loro en su estaca, como hay protocolos y guías PARA TODO entonces llega una persona de las de guías de P&P³³, que vacunación, que registrar la consejería a la mamá, que el juego, que la alimentación, todo en 17 minutos. Luego viene el de la otra guía y nos da su protocolo; luego viene el de salud ocupacional y nos recuerda que tenemos que hacer pausas activas. Entonces como estábamos en capacitación, aproximadamente 60 médicos, un doctor replicó: “¿En 17 minutos de consulta quien va a alcanzar?” Y nos responden: “doctores, es que hay que generar estrategias, por ejemplo, ustedes mientras hacen el examen físico pueden ir haciendo la consejería”. Pero... yo hago el examen físico o doy consejería porque ¿cómo le voy a preguntar y a charlar si tengo el estetoscopio en las orejas?!*

La situación me recuerda una conclusión de Karin; que *los directivos cada vez son más directivos y menos médicos, a pesar que son médicos cada vez manejan más esto como una empresa, se les olvida que es un hospital, todo es producción, todo es plata. A esa conclusión llegó pese a que en urgencias la presión se concentra, al menos por ahora, en el ritmo y no en el contenido del trabajo, como corroboraba Leo, otro médico de urgencias con 8 años de experiencia: en urgencias no nos están haciendo auditoría, o sea no como en consulta externa donde le miden cuántos laboratorios envía o cuántos pacientes remite a especialista al mes, aquí no; son mucho más flexibles. Nosotros tenemos capacidad de pedir los laboratorios que sean necesarios, incluidas imágenes diagnósticas como resonancias y laboratorios más especializados; y también interconsultar a los especialistas que están disponibles, no tenemos limitación, si hay buena justificación en la historia clínica no tenemos problema por eso* (Entrevista a Leo 2013).

En su teoría de la expansión geográfica desigual del capitalismo, David Harvey (1990) la plantea como una propagación que toma matices regionales, locales y sectoriales. Sin embargo la expansión del neoliberalismo hacia lo sanitario no es solo propagación adaptada a lo local o sectorial. Como hemos mostrado, hay expansión pero también deformación, más allá de lo capitalistamente esperado. Para el caso de la producción de bienes como los zapatos, tanto en el trabajo pre capitalista como en el capitalista se elaboran elementos que mantienen la propiedad de ser calzados. Para el caso de la atención médica, en el neoliberalismo el trabajo médico pierde la propiedad de propender en primer lugar por la salud humana al tener que propender en primer lugar por la salud financiera incluso a costa de la salud humana. No sería rentable producir zapatos que no se pudieran calzar; pero si es rentable un sistema de salud que no se ocupe de la salud.

Dos catastróficas réplicas sanitarias del sismo neoliberal en las que claramente ha habido una deformación de lo sanitario más allá de lo planeado en la transformación normativa o gerencial con la que se persigue optimizar la salud financiera y por ese camino la salud humana, son los siguientes.

³³ Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La madrugada del 24 de mayo de 2012 una mujer, Rosa Elvira Cely, fue víctima de uno de los accesos carnales violentos en “víctima puesta en imposibilidad de resistir” – como se la llamaría en términos médico legales - más brutales de la historia capitalina; fue presentada a la sociedad como un caso de empalamiento. Rosa logró pedir ayuda desde su teléfono móvil, pero la institución policial respondió a un ritmo seriamente cuestionado por la masiva manifestación popular de los días siguientes. Una ambulancia la trasladó desde el Parque Nacional, donde fue la agresión, hasta el Hospital Santa Clara donde fue clasificada y atendida como Triage 2; dos días después, murió. En 2015, la Superintendencia Nacional de Salud sancionó al Hospital Santa Clara por la mala atención a Rosa. El mismo año se aprobó la Ley “Rosa Elvira Cely” por la cual se creó el tipo penal de feminicidio.

Esta historia tan dolorosa se hace peor por la revictimización sufrida a manos de las instituciones dispuestas por el Estado para aparentemente ayudarla. Desde el punto de vista médico, de la atención humanizada y de la dignidad de la vida, no había razones para que Rosa, en su condición de víctima de violencia sexual en triage 1 (emergencia que debe ser atendida de manera inmediata)³⁴ fuera trasladada a una institución a casi 10 km del lugar de la agresión habiendo por lo menos tres instituciones hospitalarias muy reconocidas a menos de 3,5 km. La única razón es financiera: en este sistema de salud el criterio para definir a dónde va una ambulancia es quién va a pagar por el paciente. Rosa era pobre y, según informó el director del Centro Regulador de Urgencias, carecía de seguridad social; así que fue trasladada a un hospital público. Así, tristemente deformado por la onda neoliberal, el sistema de referencia y contrareferencia colombiano está “ordenado” según criterios financieros que representaron para Rosa más recorrido vehicular con las entrañas y el alma rotas.

Apenas se completaban tres años de la agresión sexual e institucional a Rosa Elvira cuando un 23 de mayo de 2015 la prensa nacional nos hablaba de José Ricardo Soto López, un muchacho de 18 años quien luego de ingresar por sus propios medios, en compañía policial, a las urgencias de la ESE Hospital de Puerto Colombia, fue sacado del lugar por particulares y golpeado dentro de un vehículo frente a la institución. Poco después el carro se abre y José Ricardo es lanzado de regreso al Hospital; se desploma en el suelo de la sala de espera en medio de movimientos que parecen convulsivos. Los videos de la institución hospitalaria son aterradores; de nuevo, el abandono policial y sanitario profundizaban el drama de la víctima; en este caso el “aporte” sanitario fue por cuenta de la frialdad con que el personal de salud miraba al paciente convulsionarse en el suelo y seguía caminando, casi pasando por encima. En respuesta a esa actitud, del todo reprobable y sintomática de la deformación que quiero ilustrar, el Ministro de Salud anunciaba investigaciones y llamaba enérgicamente a recuperar los valores. Su llamado a humanizar a rajatabla lo que se ha deshumanizado por las dinámicas económicas del sistema de salud que él como economista lidera era, cuando menos, contradictorio.

³⁴ Según el “Protocolo y Modelo nacional de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual” disponible desde 2011 y adoptado en la legislación desde 2012 (Resolución 459), toda víctima de violencia sexual que consulta dentro de las primeras 72 horas debe ser clasificada en triage 1.

Los fenómenos, procesos y dinámicas que he presentado en este capítulo son poco reconocidas por los entes rectores del sector sanitario – regionales como OMS y OPS, y locales como el Ministerio de Salud - los cuales invierten recursos y esfuerzos en la descripción de la situación médica laboral, la cual se restringe a la descripción de dinámicas de oferta y demanda, y a su interpretación como el resultado de adversidades inevitables a las que hay que ajustarse (OPS 2011, OPS 2012). Sin importar cuán refinadas sean esas caracterizaciones, mientras las condiciones laborales no sean reconocidas como productos del sistema de producción y de reproducción social, que a la vez lo reproducen, continuaremos presenciando propuestas tecnocráticas en las que se invocará una y otra vez la generación casi mágica de mejores condiciones, y negando que ellas son inherentes y necesarias para este modo de producción y reproducción social en su momento neoliberal.

3.4 Financiarización

La financiarización ha sido identificada como una característica distintiva del neoliberalismo avanzado (Bello 2008). Eso hace interesante pesquisar posibles rasgos de financiarización en las transformaciones médicas recientes, como una manera de identificar el grado de avance neoliberal en este campo.

Esta puede entenderse por lo menos de dos maneras. Por un lado está la financiarización como ensanchamiento económico ficticio que se produce por el crecimiento de una economía financiera que no crea valor real y que se articula, aunque cada vez menos, a la economía real (Bello 2008). Por otro lado, pero relacionada con la anterior, está la financiarización como creación de valor a partir de la explotación del trabajo intelectual y especialmente de las habilidades lingüística y relacional (Fumagalli 2010). La segunda se desarrolló pensando en los corredores de las bolsas de valores, pero es útil para nuestro estudio al realzar la posibilidad que se da en el neoliberalismo avanzado de producir valor a partir de intangibles como el intelecto médico.

La explotación médica es *per se* una explotación de base inmaterial porque se basa en el aprovechamiento del intelecto médico como base inmaterial de producción y acumulación que permite la extracción de valor, especialmente cuando se incorpora la exigencia de la productividad. Asimismo, la consulta médica general estandarizada a 17 o 20 minutos que hemos descrito permite develar la financiarización que se basa en el ensanchamiento ficticio de esa consulta y del consultorio médico.

Pensemos en esos encuentros médico-paciente (médico-gerente-asegurador-juez-CMI-paciente) en que las necesidades de salud se diagnostican y se gestionan respetando simultáneamente los deseos gerenciales, financieros y normativos. En ellos, conversando con cada paciente sobre su diagnóstico y plan de manejo en menos de 4 exhaustivos minutos (según las mediciones de la Defensoría del Pueblo), se pueden reportar a los sistemas de facturación y registro consultas médicas generales enriquecidas con

actividades de promoción de la salud o de prevención de la enfermedad tales como la completa información que rodea la solicitud de una citología del cérvix uterino. Como en realidad se trata de actos médicos acortados, intensificados y densificados, hay una parte de la atención que es ficticia. El paciente recibe una consulta condensada en tiempo y en contenido que a la vez se ensancha cuando se factura y se registra.

Ese ensanchamiento ficticio de la atención también es evidenciable en la consulta médica compartida que describí unas páginas atrás. Allí, en el transcurrir de varias consultas especializadas hechas por un solo especialista que “flota” de una consulta médica general a otra aprovechando la contigüidad de sendos consultorios con sendos médicos generales, tenemos una consulta médica que, si nos paramos en los zapatos del paciente, es y no es general; es y no es especializada; y se da en un espacio que es y no es consultorio médico general y especializado. Para completar, ese tipo de consulta suele hacer parte de lo que se conoce como “Programas especiales”, un eufemismo para representar la concentración del riesgo (que tienen en común un grupo de pacientes) que permite bajar el costo directo (se ahorran por lo menos un especialista y un consultorio) e indirecto (mejora la continuidad de los tratamientos y se reduce la posibilidad de complicaciones costosas) y reportar más de lo que en realidad se entrega (ni una consulta médica general completa, ni una consulta atendida realmente por especialista).

Lo que hemos presentado en este capítulo permite concluir que las transformaciones del trabajo médico en el neoliberalismo corresponden a una subsunción formal y real de la práctica médica liberal al capital. El trabajador médico transitó de ser un profesional liberal hacia la condición de obrero asalariado que vive para trabajar intensamente por un salario del cual depende, y bajo controles sobre el ritmo y el contenido de su trabajo que responden primordialmente a los imperativos de la productividad y de la eficiencia. Esa transformación nos lleva a otra conclusión un poco más general, ya predicha por Renán Vega: que la subsunción real de las profesiones liberales es una característica del capitalismo en su momento neoliberal (Vega 2013).

Al analizar ese proceso de sometimiento médico hemos develado, al menos a grandes rasgos, las especificidades de la relación trabajo–capital en campos de tradición liberal en los cuales el mandato autónomo, la tendencia heroica y estoica, y la aparente neutralidad política, terminan jugando en contra de los trabajadores al privilegiar la gestión individual de las imposiciones cotidianas antes que la resistencia colectiva, organizada y crítica. El principal reto político para las y los médicos colombianos de hoy es trascender, de las mínimas y heterogéneas negociaciones, hacia una reivindicación colectiva que intencionalmente ponga en sintonía sus derechos laborales y el derecho a la salud, en una dimensión amplia de reivindicación de la dignidad laboral y del bienestar común.

Hemos documentado condiciones tremendamente heterogéneas en cuanto a la jornada, el salario y las formas de contratación. Asimismo hemos identificado una concurrencia de estrategias para intensificar el ritmo de trabajo y para controlar el contenido de los procesos semiológicos y terapéuticos; estrategias que por su finalidad rentista han dejado a la deriva

el resultado para la salud de las personas. Ni la relación médico-paciente, ni su lugar de encuentro, ni el acto médico son los que fueron en la práctica liberal; y las características de su transformación llaman a hablar de deformaciones en el territorio tecnológico biomédico.

La expansión del capitalismo en su fase neoliberal en los campos sociosanitario y del trabajo médico ha sido precoz, con respecto a otros países, rápida, con respecto a otros campos laborales, y ha exhibido novedades con respecto a otras realidades sociales; el periodo entre subsunción real y formal es más prolongado que en el trabajo obrero, pero luego la subsunción real es muy rápida, reproduciendo en 30 años modelos de organización del trabajo probados en el mundo industrial durante la centuria precedente, todos ellos en sus versiones adaptadas al campo médico y amalgamadas con las novedades gerenciales neoliberales del siglo XXI en las que también se hace visible la financiarización.

Han sido eliminadas las puertas giratorias, con las que se describe el paso del capital hacia espacios de gobierno con fines comerciales, quedando espacios sin puertas y de libre circulación entre espacios públicos y privados de gobierno y de provisión de atención donde lo público muta hacia comportamientos empresariales y gerenciales de explotación y de productividad capitalista que le distancian del cuidado de la salud y de la vida bajo argumentos de sostenibilidad financiera que reformulan su razón de ser. Mientras tanto, la puerta de atrás del consultorio médico permanece simbólicamente abierta para el ingreso de nuevos ajustes, mientras que la puerta de adelante es menos accesible a los pacientes debido a nuevas barreras arquitectónicas, de facturación y de corroboración de derechos; a esto volveremos en el próximo capítulo.

Por lo anterior concluimos que cuando se configuran mercados basados en sistemas de salud, el desarrollo desigual del capitalismo no acontece solo como una expansión con transformaciones en las que se sintonizan las dinámicas generales del capital con las particularidades locales y sectoriales sino que también se configuran deformaciones del “producto” impensables para otros mercados. Ya que ahora no se contribuye a la salud sino que se la contraría.

Así, vimos cómo en el siglo XX a la par con estrategias gerenciales de control a posibles excesos médicos en desmedro de las instituciones o de los pacientes (relacionados por ejemplo con asimetrías de información o con inequidades de acceso relacionadas con la heterogeneidad del sistema y con la liberalidad de la profesión) se fue desplegando el control sobre cualquier aspecto de ese proceso de trabajo y, para el caso Colombia, se configuraron las condiciones para la sucesión de este trabajo desde la improductividad hacia la productividad indirecta, y luego hacia la productividad directa e incluso financiarizada al fragor ideológico y reglamentario de un pragmatismo económico neoliberal para el cual es protagónica la salud financiera antes que la salud humana.

Revisando ese tránsito pudimos ver que en un sistema de mercado de salud la relación entre salud humana y salud financiera es inversamente proporcional, en una relación no lineal sino exponencial. A manera de insinuación, a lo presentado en este capítulo podemos añadir que la tasa general de plusvalía se puede elevar – reduciendo la salud - al menos de tres maneras: 1. Por las formas actualizadas de productividad indirecta; 2. Por el plusvalor que se extrae cuando el médico trabaja por un pago que es inferior al valor de venta de su trabajo; 3. Por los efectos derivados de coaccionar el intelecto médico a favor de la productividad directa.

Creció el número de colegas y su productividad, y creció la salud financiera de los capitalistas del sector, en especial de aquellos que invirtieron en las EPS, pero no ocurrió algo así con los indicadores de salud poblacional y tampoco vimos crecer la presencia médica en las geografías históricamente desatendidas. Por el contrario, en ellas se combinaron crisis y cierres de hospitales públicos, escándalos por corrupción y desfalcos a la salud, signos de deshumanización del personal sanitario y deterioro de la condición laboral de los médicos rurales, quienes continuaron siendo en muchos casos los únicos representantes de la medicina.

No hemos concluido que el trabajo médico asalariado conduzca *per se* a la subsunción real; sino por el contrario, que es en condiciones de mercado que el trabajo médico asalariado y subordinado al capital o a instituciones públicas convertidas en empresas que se da el giro hacia el sometimiento que le transforma y le deforma. Creo que un salario médico digno y pagado por el Estado en una sociedad orientada a garantizar el máximo bienestar de cualquier forma de vida, abandonando cualquier modelo sanitario o social capitalista, es una buena alternativa para conciliar salud poblacional y trabajo médico digno.

Finalmente debo aportar una conclusión que no alcancé a argumentar en este texto pero que por lo menos debe quedar como abre bocas para desarrollos futuros. La configuración de condiciones de mercado en salud y las primeras transformaciones médicas laborales fueron previas al aumento de la participación femenina en este campo de trabajo, lo que permite afirmar que la feminización de este campo de trabajo no ha causado el deterioro médico laboral sino que por el contrario la mujer médica ha sido víctima y amortiguadora de aquello que sus antecesores configuraron o no se atrevieron a impedir.

Tabla 3-10. Salario médico general según algunos estudios colombianos.

Año de publicación	Año de los datos	Detalle	Salario mensual promedio		Comentario sobre los datos
			Pesos	SMMLV	
1967	1966	Total	\$ 7.641	>15	Censo nacional y entrevistas a médicos (generales y especialistas) y enfermeras. La jornada promedio era de 5 horas diarias (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina 1964, Paredes Manrique 1967).
		Zona < 20,000 habitantes	\$ 4.501	8,67	
		Zona entre 20 y 100 mil habitantes	\$ 6.463	12,45	
		Zona > 100 mil habitantes	\$ 7.754	14,93	
		48% de los médicos del país	\$ 4.000	7,71	
1976	1976	Rango presumido	\$5.000 - \$7.500	3,2-4,8	Los datos permiten presumir un rango para médicos generales, que podría ser superior (Ministerio de Salud 1976).
1978	1978	Profesional Universitario Grado 06	\$ 15.000	5,81	Decreto 1402 de 1978.
		Profesional Universitario Grado 03	\$ 10.000	3,88	
1998	1994	Médico general	\$ 483.113	4,89	Calculado sobre TCE de médico general; tiene en cuenta profesionales en planta y por contrato (Ministerio de Salud 1998)
	1995		\$ 681.958	5,77	
	1996		\$ 929.509	6,54	
	1997		\$ 1.181.106	6,87	
2012	2010	Promedio en Caldas	\$ 2.935.500	5,70	Encuesta a médicos generales y especialistas de Caldas. Pero este dato corresponde a médicos generales (Ramírez A 2012).
2011	2011	Institución pública mínimo	\$ 1.725.816	3,22	Encuestas a instituciones públicas y privadas afiliadas a la ACHC en todo el país. Parten de una jornada de 8 horas diarias. En esta tabla se pierde la diferenciación por tipo de contrato hecha por sus autores la cual es muy valiosa para matizar las diferencias entre valores máximo y mínimo (Bohórquez Robayo 2011, Bohórquez Robayo 2013).
		Institución pública máximo	\$ 8.952.787	16,72	
		Institución privada mínimo	\$ 1.512.783	2,82	
		Institución privada máximo	\$ 10.490.586	19,59	
2013	2013	Institución pública mínimo	\$ 5.265.190	8,93	
		Institución pública máximo	\$ 7.538.426	12,79	
		Institución privada mínimo	\$ 4.657.564	7,90	
		Institución privada máximo	\$ 6.656.798	11,29	

Tabla 3-11. Opciones de trabajo como médico general en Colombia en portales electrónicos de empleo. Abril de 2014.

Departamento	Pago mensual (pesos corrientes)	Pago mensual (SMMLV)	horas diarias	horas semanales	horas mensuales	Tipo de contrato
Bogotá	\$ 1.750.000	2,84	4	ND	ND	ND
Atlántico	\$ 1.179.575	1,91	6	ND	ND	Término fijo
Bolívar	\$ 1.680.000	2,73	6	ND	ND	Indefinido
Bolívar	\$ 1.680.000	2,73	6	ND	ND	Indefinido
Boyacá	\$ 1.768.000	2,87	6	ND	ND	Indefinido
Córdoba	\$ 1.850.000	3,00	6	ND	ND	Por obra o labor
Quindío	\$ 2.203.200	3,58	6	ND	ND	OPS
Boyacá	\$ 2.235.000	3,63	6	36	ND	Indefinido
Meta	\$ 2.240.000	3,64	6	ND	ND	Indefinido
Cauca	\$ 2.299.000	3,73	6	ND	ND	Indefinido
Valle	\$ 2.455.700	3,99	6	ND	ND	Indefinido
Valle	\$ 2.645.939	4,30	6	ND	144	OPS
Huila	\$ 2.700.000	4,38	6	ND	15,5	Indefinido
Guaviare	\$ 3.200.000	5,19	6	34	ND	Indefinido
Cundinamarca	\$ 2.515.000	4,08	8	ND	ND	Indefinido
Atlántico	\$ 2.800.000	4,55	8	ND	ND	Indefinido
Casanare	\$ 3.000.000	4,87	8	ND	ND	Término fijo
Risaralda	\$ 3.000.000	4,87	8	ND	ND	Término fijo
Cauca	\$ 3.063.000	4,97	8	ND	ND	Indefinido
Caquetá	\$ 3.063.000	4,97	8	ND	ND	Indefinido
Tolima	\$ 3.063.000	4,97	8	ND	ND	Indefinido
Quindío	\$ 3.063.424	4,97	8	ND	ND	Indefinido
Santander	\$ 3.500.000	5,68	8	ND	ND	Término fijo
Putumayo	\$ 4.500.000	7,31	10	55	ND	Indefinido
Cundinamarca	\$ 3.350.000	5,44	11	61	ND	OPS
Bolívar	\$ 1.600.000	2,60	ND	ND	ND	Indefinido
Bolívar	\$ 1.800.000	2,92	ND	ND	ND	Directo
Boyacá	\$ 1.910.000	3,10	ND	ND	ND	Indefinido
La Guajira	\$ 2.000.000	3,25	ND	ND	ND	Indefinido
Valle	\$ 2.820.554	4,58	ND	ND	ND	Por horas

Departamento	Pago mensual (pesos corrientes)	Pago mensual (SMMLV)	horas diarias	horas semanales	horas mensuales	Tipo de contrato
San Andrés	\$ 3.000.000	4,87	ND	ND	240	ND
Santander	\$ 3.063.424	4,97	ND	ND	ND	Indefinido
N. Santander	\$ 3.100.000	5,03	ND	ND	ND	ND
Chocó	\$ 3.174.000	5,15	ND	44	ND	Indefinido
Atlántico	\$ 3.200.000	5,19	ND	ND	ND	Indefinido
Santander	\$ 3.300.000	5,36	ND	ND	ND	Término fijo
Bogotá	\$ 3.350.000	5,44	ND	ND	ND	Indefinido
Huila	\$ 3.500.000	5,68	ND	ND	200	Indefinido
Risaralda	\$ 3.511.000	5,70	ND	ND	ND	Término fijo
Antioquia	\$ 3.720.000	6,04	ND	ND	ND	ND
Casanare	\$ 4.000.000	6,49	ND	ND	ND	Indefinido
Casanare	\$ 4.000.000	6,49	ND	ND	200	ND
Nariño	\$ 4.500.000	7,31	ND	ND	ND	Indefinido
Chocó	\$ 4.500.000	7,31	ND	ND	ND	Indefinido
Sucre	\$ 5.000.000	8,12	ND	ND	ND	Término fijo
Córdoba	\$ 1.531.712	2,49	TC	ND	ND	Indefinido
Arauca	\$ 2.300.000	3,73	TC	ND	ND	Temporal
Guainía	\$ 2.644.334	4,29	TC	ND	ND	6 meses SSO* y 6 de planta
Nariño	\$ 2.800.000	4,55	TC	ND	ND	Indefinido
Antioquia	\$ 2.800.000	4,55	TC	ND	ND	Indefinido
Nariño	\$ 2.900.000	4,71	TC	ND	ND	Indefinido
Córdoba	\$ 3.000.006	4,87	TC	ND	ND	Indefinido
Arauca	\$ 3.200.000	5,19	TC	ND	ND	Indefinido
Antioquia	\$ 3.200.000	5,19	TC	ND	ND	Indefinido
N. Santander	\$ 3.200.000	5,19	TC	ND	ND	Indefinido
Caldas	\$ 3.300.000	5,36	TC	ND	ND	Indefinido
Arauca	\$ 3.500.000	5,68	TC	ND	ND	Temporal
Antioquia	\$ 3.744.219	6,08	TC	ND	ND	Indefinido
Cauca	\$ 4.000.000	6,49	TC	ND	ND	termino fijo
Tolima	\$ 4.500.000	7,31	TC	ND	ND	Indefinido
Huila	\$ 4.500.000	7,31	TC	ND	ND	A convenir

OPS: orden de prestación de servicios; **TC=** tiempo completo; **ND** = no hay dato; **SSO:** Servicio Social Obligatorio.

4. Despojo expedito

En el análisis de la incorporación del trabajo médico a dinámicas capitalistas y de dinámicas capitalistas al trabajo médico, la teoría crítica recalca la explotación y la subsunción; la sociología de las profesiones nos habla de desprofesionalización; y la bioética pone el énfasis en la deshumanización. En mi concepto, la primera explica lo que las otras dos describen. Para la experiencia de las y los doctores, más que una u otra interpretación, hay una simbiosis de cambios laborales, cognitivos, subjetivos y gremiales, cuyo común denominador es la pérdida. Una pérdida que, al no ser producto del azar o del infortunio sino de la expansión capitalista, debemos llamar despojo; término fundamental para recalcar que aquello que se pierde es incorporado a procesos de circulación y acumulación.

El despojo es inherente y necesario en la expansión capitalista; y diversas formas de despojo se configuran y consolidan en el campo del trabajo médico con la expansión del capitalismo en su momento actual neoliberal. En este capítulo nos ocuparemos de ellas. Unas han sido ampliamente evidenciadas en ámbitos industriales, agrícolas y acuíferos, donde acontecieron primero; otras emergen novedosas por las particularidades de esta labor y por el momento neoliberal.

Seguiré a Renán Vega (2013) quien, desde una perspectiva histórica amplia, describe el despojo como una característica estructural del capitalismo que se ha configurado en cinco grandes procesos: el despojo de la tierra y la naturaleza, el despojo absoluto detrás de la expropiación de los cuerpos humanos a través de procesos violentos y bestiales de esclavización, el despojo del producto del trabajo, el despojo del tiempo y de las costumbres de los trabajadores, y el despojo del saber de los trabajadores.

Explica Vega que su presentación no es estrictamente cronológica sino en muchas ocasiones simultánea, aunque con un predominio de la expropiación del producto del trabajo cuando manufactura e industria reemplazan la labor artesanal y campesina, transformándolas en fuerza de trabajo mercadeable, entre fines del siglo XVIII y a lo largo del XIX. Un predominio de la expropiación del tiempo y de las costumbres entre fines del XIX y principios del XX cuando el capital impone el control del tiempo en las fábricas. Y un predominio del despojo de los saberes a lo largo del siglo XX a través de modelos como el taylorismo y el fordismo. Añade el autor que el proceso de expropiación de saberes “prosigue hasta el día de hoy, involucrando a todo tipo de trabajadores ya no solo de

sectores industriales sino que incluso de aquellos que hasta hace poco tiempo se consideraban al margen de dicho despojo por pertenecer a las llamadas profesiones liberales (abogados, médicos, profesores...)” (Vega 2013, 15).

En efecto, por décadas la labor médica pareció blindada contra cualquier modelo autoritario en su posicionamiento hegemónico dentro de los saberes curativos, por su condición de brazo social funcional al poder, con una extracción de clase social predominantemente alta y por su tradición como profesión liberal. Pero, como hemos mostrado, una actividad laboral inserta acríticamente en una sociedad capitalista no puede escapar de la expropiación. Por el contrario, la ingenuidad de tal suposición permite avizorar la instauración de cambios laborales rápidos y dramáticos que deforman, en sí misma, la razón de ser de ese trabajo.

En Colombia, desde las transformaciones neoliberales del trabajo médico de fines del siglo XX hasta la actual hegemonía neoliberal, se expresan algunas expropiaciones probadas en el mundo industrial desde el siglo XVIII, junto con nuevas formas de expoliación que se dan a medida que lo intangible se simplifica y se hace tangible, medible y expropiable: el acto médico traducido en vouchers; los actos médicos traducidos en cantidad de actividades por unidad de tiempo.

Por la velocidad del proceso, por las dinámicas de clase social de la medicina, por la tendencia de las y los médicos a la neutralidad política, acentuada por el miedo a la contestación en una sociedad en la que es peligroso para la vida ejercer el derecho a la protesta, encontraremos que cuando se ha conseguido detener o reversar iniciativas de profundización del proceso, no se escapa de la expansión neoliberal sino que escasamente se la ralentiza lo que a la larga contribuye a que el estado actual y el proceso general de despojo continúe y se consolide.

Vale aclarar que aunque el momento sectorial actual sea de declarada crisis financiera, de cierre de hospitales públicos y de refinanciación de unas y liquidación de otras aseguradoras, no es contradictorio hablar de despojo. De hecho, esas crisis señalan momentos o intentos de consolidación del desmantelamiento laboral, institucional y sectorial mediante el debilitamiento, típicamente neoliberal, de lo público y mediante el amortiguamiento financiero estatal de lo privado que de paso borra el pasado mercantil y corrupto.

Los tipos de despojo que componen este capítulo resultaron de combinar dos cosas; por un lado mi intención de hacer eco al desarrollo de Renán Vega, por su relevancia, y por otro lado la necesidad de hacer eco a las voces de los y las colegas entrevistadas. A la vez busqué, con ese doble eco, superar lo que podría ser obvio según los contenidos del capítulo anterior. E igualmente busqué mostrar que estas formas de despojo no son solo un recuento de daños y pérdidas padecidas por el colectivo médico sino también pérdidas

que afectan a la sociedad y a las poblaciones al transformar y deformar sus encuentros, estructurales y cotidianos, con la medicina.

El capítulo no debe tomarse como un listado terminado ni como una tipología; es más bien una propuesta analítica para el abordaje de cualquier transformación neoliberal relacionada con el campo de la salud.

4.1 Despojo de los medios de producción

A raíz de la normativa sanitaria neoliberal colombiana que he mencionado junto con la que regula los estándares de habilitación de los lugares que prestan atención de salud, y con el creciente predominio de médicos asalariados y explotados, el consultorio médico va dejando de pertenecer a las y los doctores y se va transformando. Los nuevos consultorios son áreas poseídas y habilitadas por empresarios, grandes o medianos capitalistas, que se encargan de dotarlas del instrumental que desde lo normativo se determina necesario y suficiente. Ya no necesita el doctor poseer un fonendoscopio, un equipo de órganos, ni siquiera un baja lenguas, una linterna o una báscula, tampoco una camilla, todo ello debe hacer parte de la dotación del consultorio habilitado; y le está vetado el control sobre su agenda; solo le queda su cuerpo: sus manos, su olfato, su intelecto, su saber y su sentido común. Aunque éstos también ingresen poco a poco en la ruta de la expropiación.

El nuevo consultorio es espacio físico expropiado y espacio simbólico transformado; adaptado a estándares de producción y de restricción en serie. Como hemos descrito, ahora estamos ante un consultorio de relojes alongados, con minuterio grande y pesado para el control cronométrico del transcurrir de pacientes agendados desde afuera. Perdura el escritorio pero pocas historias clínicas de papel reposan sobre él; en general fueron reemplazadas por historias hechas en computador, al acceso de todos y de nadie según el azar informático y de la conectividad, estructuradas al gusto de la ingeniería, de la economía y de la gerencia, y por tanto despojadas de la adaptabilidad que demanda la diversidad con que debutan pacientes y enfermedades.

Por ejemplo en una ocasión, durante el 2015, vi a una colega arreglárselas para poder preguntar los antecedentes médicos de una paciente con dolor torácico antes de pasar a examinarla; trabajaba en una clínica privada integrada a una EPS que también es caja de compensación familiar, y el tipo de historia clínica electrónica recién instalado en el computador – no *su* computador - no desplegaba el bloque de “Antecedentes” hasta diligenciar el bloque de “Examen físico”. Un despojo ignorante del encantador y necesario albedrío semiológico.

El consultorio neoliberal tiene dos puertas, a veces en el sentido material, a veces en el sentido metafórico. La “puerta de atrás”, que mira hacia el interior de la institución y del sistema de salud, permanece simbólicamente entreabierta atestiguando cómo rotan doctores y doctoras contratadas a destajo, cómo entran y salen coordinadores, auditores

y gestores atentos a las *balanzas costo-beneficio-eficiencia* para sopesar el peso financiero de cada paciente, de cada acto médico. Y la “puerta de adelante”, la de atención “al público” que, abierta o cerrada, funciona como una de las barreras arquitectónicas que permiten anteponer el ritual del cobro al ritual médico.

Ese rol de la arquitectura al servicio neoliberal, me lo hicieron ver durante una visita a lo que queda del liquidado Instituto Materno Infantil en Bogotá. La visita fue guiada por ex trabajadoras del hospital, integrantes del colectivo “La Carpa”. Cuando ingresamos a lo que antes era Urgencias una de ellas recordó, mirando el cuarto de reanimación, que antes de la ley 100 de 1993 ese era el espacio más cercano a la puerta de ingreso de pacientes; *estábamos acostumbrados a recibir el paciente y atenderlo, esa era nuestra primera preocupación. Y era después que íbamos al mesón de enfermería a registrar la atención y los documentos que servían de soporte para cobrar. Luego llegaron los cambios que trajo la ley 100 y de pronto habilitaron esa ventanilla antes de la entrada para toda la tramitología, y pusieron esa puerta entre la ventanilla y nosotros; entonces cuando el paciente la cruzaba uno tenía que saber si era contributivo o subsidiado y si era de Bogotá o venía de Guainía; ya no lo recibíamos preguntando ¿qué tiene? sino también ¿qué seguro tiene?*

En las nuevas IPS se reproduce este patrón de poner a la entrada, en primer lugar, un lugar para la verificación del derecho a acceder. El médico queda detrás, oculto, inaccesible, invisible e invidente; se le ahorra el conflicto ético de negar la atención y se evita que desacate las reglas de mercado relacionadas con el derecho o la negación del acceso. Hacer visible el “ocultamiento” del médico ayuda a comprender que esta expropiación del consultorio y en general de los medios para el trabajo sanitario es un despojo contra el personal sanitario pero también contra la sociedad. Los espacios no son entregados a la sociedad sino apropiados por el capital (en el caso de los privados) o ceñidos a dinámicas de mercado (en el caso de los públicos).

Réplicas de esas barreras arquitectónicas se irán formando en las subjetividades laborales emergentes; nuevas barreras mentales y morales que hacen que dentro de un mismo pasillo transiten, como separados por muros invisibles, médicos y pacientes; cada cual en su camino, restringidos al lugar que les haya sido designado dentro de la secuencia organizacional. El intercambio de palabras, visual, gestual o corporal no cabe cómodamente dentro de estos espacios expropiados y habitados por individuos en metamorfosis neoliberal. Entonces el aire huele a desconfianza, a amenaza, a ambigüedad; hay temor a la sanción, al despido, a la estigmatización.

4.2 Despojo de la protección social

El desmonte del empleo formal y el auge de formas flexibles y tercerizadas de vinculación laboral en salud se acoplan a “uno de los paradigmas vigentes en la gestión del personal en la economía en general y en el sector salud” (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS 2000, 37). Esta desregulación es una vía de despojo típica de la expansión mundial neoliberal que, como explica David Harvey (2007), abarca

reducciones salariales, de los beneficios sociales y de los alcances de la asistencia sanitaria. Y ha sido una forma de despojo clave para el crecimiento del capital que opera en el campo de la salud, con la particularidad de que al ahorro en nómina se suma el rentable efecto de controlar el ritmo y el contenido del trabajo intelectual cuando esos trabajadores son subsumidos en la inestabilidad y precariedad de relaciones que le presionan a responder a las exigencias del mercado antes o a la par que a las necesidades de sus pacientes.

Localmente, el fenómeno se reflejó por mucho tiempo en la proliferación de formas intermediadas de vinculación, en especial a través de las que se conocieron como cooperativas de trabajo asociado. Recientemente ese fenómeno se ha contenido y revertido ya que por mandato legislativo se ha retornado la contratación directa. Sin embargo no se borró de la memoria laboral la huella del despojo antecesor sino que éste se consolidó porque, por lo demás, las condiciones laborales y salariales han mantenido su tendencia; e incluso llegan a ser bien toleradas por los profesionales cuando a cambio perciben que su ritmo o el contenido de su trabajo no son tan controlados. Esa percepción parece predominar en las instituciones públicas donde, como vimos, la remuneración también es en promedio un poco superior que en las privadas.

Entre los médicos de urgencias que conocí también estaba René; se graduó en 2009 dentro de las primeras cohortes de una Facultad privada de Medicina con sede en un hospital de larga tradición en Bogotá, y cuando le conocí trabajaba en un hospital público de tercer nivel. Me conto que dos años atrás probó a tener un trabajo adicional. Uno de sus intentos fue en una “EPS grande”, privada, donde además del hacinamiento que se topó en urgencias *una parte te la pagaban con todas las prestaciones y la otra era de movilidad entonces no ingresaba en tu salario básico (...) nos dijeron desde el inicio, “a ustedes se les está pagando menos que a los médicos generales antiguos; si les sirve bien y si no pues...”* Pues al día siguiente renunció. Pero tenía muchas deudas así que ingresó a trabajar en otra “EPS grande”, privada, donde duró 11 meses; *uno entra con muchas expectativas porque dice “Coprosalud³⁵ guau lo máximo”, y es estrellarse contra eso que todo el mundo dice pero uno no cree, que lo cogen y “oiga mire, se está pasando, oiga póngase [las pilas]” y allá te hacen una carta “se está pasando, cuidado porque es la primera advertencia, sino lo sacamos” (...) entonces ahí entra uno a decir ¿POR QUÉ si un paciente lo necesita? Que a uno lo llamen y le digan “usted pidió esto mal, no lo pida porque la está embarrando” eso es una cosa; pero si un paciente lo necesita y no lo hacen por no pasarse, eso da tristeza y es como ir en contra de todo lo que le han enseñado y de la ética del médico. Uno era: “¿será que esto lo pido o no lo pido?, ¿Qué hago?” y había pacientes que por las mismas cosas terminaron mal, o sea pacientes que yo vi con claudicación intermitente, lo refería hace 6 años, todas las historias lo decían, y nunca le tomaron el Doppler. Cuando yo se lo tomé ya estaban totalmente ocluidas todas las arterias* (Entrevista a René 2013).

Finalmente, René sopesó la esfera personal y decidió trabajar solo en las urgencias públicas, ahora además podía pasar las tardes con su hijo. Se levantaba cada mañana a

³⁵ Nombre ficticio asignado por la entrevistadora.

las 4:30 y salía de su casa a las 5:00 para laborar de 7:00 a 13:00, junto con un turno nocturno de 12 horas cada quinta noche. Las dos horas que tardaba en llegar en transporte público a su trabajo no le inquietaban porque se sentía bien remunerado y contento: *uno trabaja donde está contento y trabaja mejor*. Viniendo de renunciar a las restrictivas condiciones de los ámbitos privados, poder trabajar autónomamente le quitaba importancia a su vinculación tercerizada con la institución. *Las vacaciones las cuadramos entre nosotros mismos, entre los compañeros lo cuadramos, por ejemplo yo les digo que necesito salir 15 días de vacaciones y ellos me cubren, cubren mis turnos*, decía René.

“Cubrirse” es una de las formas actuales en que médicas y médicos toman “vacaciones”; otra es *que a uno la cooperativa le ofrece dar un aporte mensual para tener sus vacaciones remuneradas, uno paga sus propias vacaciones* (Entrevista a Valery 2013), y la otra se llama desempleo. Así, al cierre de la segunda entrevista Muriel afirmaba que *ya decidí, yo no quiero seguir más, más bien me tomo un mes de vacaciones*; pero ese mes había vuelto un año cuando, durante una conversación informal, Muriel decía tajante: *¡yo ni a palo vuelvo a la consulta!* Ese es un riesgo que como sociedad asumimos cuando nuestros médicos deben “desemplearse” para poder vacacionar, que la salida aparentemente temporal del trabajo clínico se haga permanente si no se encuentran razones para regresar.

Otro caso de “vacaciones-desempleo” que conocí fue el de Valery y también señala las pérdidas para un sistema sanitario que desprotege a sus trabajadores. Médica general graduada 11 años atrás en la sede capitalina de la Universidad pública más importante del país, me compartió algunas de sus experiencias, principalmente como médica de urgencias, en Bogotá, Antioquia, Tolima y en la Costa Atlántica. Quise entrevistarla tras oírle afirmar, en un encuentro de investigadores en salud, que cuando se siente cansada renuncia y se toma un mes de vacaciones; al mencionarle esto durante la entrevista me respondió con risa que *en lo que yo llevo de vida laboral nunca he tenido vacaciones remuneradas, remuneradas*. Y recordaba que, por ejemplo, de un hospital infantil bogotano de cuarto nivel en el que era médica de urgencias tuvo que retirarse cuando necesitaba hacer un viaje internacional y no pudo contar con tiempo de vacaciones ni con un permiso laboral; *como no me iban a dar el tiempo que yo necesitaba, el 27 de diciembre les dije “hasta hoy trabajo” y me fui a mi viaje (...) yo ya había buscado trabajo en otro lado...*

Contrastemos con las apreciaciones de un médico especialista en ginecoobstetricia con quien conversé dentro del pilotaje metodológico y quien conservaba la noción no neoliberal de “vacaciones”. Con 28 años de experiencia, Paul estaba interponiendo una tutela para hacer efectivo su derecho a pensionarse luego de 6 meses de trámites fallidos; y reflexionaba: *eso que uno es especialista, otra cosa son los colegas que se están graduando ahora, mucho peor los médicos generales, sin pensión, sin vacaciones, sin caja de compensación. Nada más sin algo TAN SAGRADO como las vacaciones, porque ahora si trabaja se le paga y si no trabaja no se le paga, entonces: trabaje y trabaje ¿qué más hace? Y peor si tiene familia...* (Entrevista a Paul 2013). Su reflexión ilustra cómo el despojo en seguridad social, sumado a las extensas jornadas médicas, conlleva inestabilidad, restricciones a la praxis, despojo del tiempo libre, y también un

aminoramiento en la posibilidad de construir o planear vida en familia; un despojo de la vida en sí.

La semilla de la desregulación de las relaciones de empleo - justificada en campos laborales de servicios hoteleros o de producción de tecnologías electrónicas como una forma de favorecer la rápida adaptación del trabajador a las cambiantes necesidades del mercado - al ser inoculada en el terreno sanitario, donde la permanencia en un mismo lugar es deseable entre otras porque favorece la mejor comprensión de la situación de salud de un grupo social, da frutos híbridos y deformes. Surgen variopintas condiciones de empleo, de remuneración y de control del trabajo mezcladas con formas de adaptarse o apartarse que cambian en cada trabajador/a y que, en su conjunto, producen terrenos de atención médica poco sólidos para las y los pacientes.

Los encuentros médico paciente se hacen efímeros en cuanto a que es muy probable que ese médico y ese paciente no se vuelvan a encontrar, y en cuanto a que la conducta médica o terapéutica de ese instante puede o no aportar al proceso general de salud y enfermedad de ese paciente al estar rodeado de coaptaciones y controles que se suman a las posibles diferencias de criterio entre unos y otros colegas, como ocurre incluso en los más altos niveles académicos de análisis clínico.

Evidenciamos de nuevo, desde otro lugar, que las transformaciones laborales médicas recientes dan fe de un sistema de salud que no se enfoca ni hacia la salud de la sociedad ni hacia la de sus propios trabajadores.

4.3 Despojo de la autonomía

La corriente del capitalismo cognitivo posindustrial (Fumagalli 2010) resalta el rol que en las dinámicas generales de acumulación del siglo XXI está jugando una nueva generación de intelectuales, agentes del capital, quienes incluso han llegado a despojar, por estafas o por errores de gestión, a los capitalistas que habían mantenido en su seno familiar la tradición derivada de las acumulaciones originarias impulsadas por sus antecesores genealógicos. En salud también se ha dado esta forma novedosa de reasignación de privilegios ya que, como producto del modelo de mercado, ha proliferado una elite de directivos médicos, economistas, y abogados, entre otros, que han multiplicado y expandido el credo neoliberal, produciendo una alucinante y rentable variedad de estrategias de gestión y control, como las que he develado. Estos nuevos actores del sistema de salud juegan un papel importante en la expropiación del quehacer médico autónomo y autorregulado mediante el control del proceso de trabajo médico que da como resultado la configuración del intelecto médico como un espacio inmaterial de producción de lucro.

En uno de los lugares de trabajo de Muriel periódicamente les hacían reuniones de capacitación para transmitirles expectativas técnicas y administrativas. Entre las segundas estaba el diligenciamiento electrónico de una autoevaluación. En una de esas reuniones, celebrada en un concurrido auditorio, las y los colegas que no habían diligenciado su evaluación tuvieron que pasar al frente por orden de su coordinadora para “hacer la tarea” en un computador ubicado a la vista de todos. Muriel la describió como una situación humillante y yo la veo del mismo modo, como una ceremonia de marcación de territorio y de autoridad que pone de presente el menosprecio del trabajador y el subsecuente control paternalista que abre paso a otros tipos de intromisiones, por ejemplo en el pensamiento y en el acto médico.

La teoría de la elección pública de James Buchanan, discípulo de la escuela de Chicago que recibió el Premio Nobel en 1986, tuvo por objetivo demostrar que en sus decisiones los detentadores de poder estaban siguiendo solo sus intereses o los de aquellos que los respaldaban. De acuerdo con el análisis de Dezalay y Bryant, ese planteamiento sirvió ante todo para justificar el mercado como vía para evitar las rentas asociadas a la intervención gubernamental (Dezalay y Bryant 2002). Tal análisis permite identificar una continuidad teórica de Buchanan al pensamiento neoliberal en salud en Colombia, donde se concibe la autonomía médica como un libre albedrío que responde a intereses propios antes que sociales. Correspondiendo el interés social, según el mismo pensamiento neoliberal, a la vigilancia primera de la salud financiera; y los intereses médicos en contra de la sostenibilidad financiera incluirían la satisfacción de expectativas de consumo del paciente y propias, el cultivo de relaciones con casas farmacéuticas y afines del CMI, la protección contra eventuales demandas civiles o penales, e incluso la atención de principios éticos, como el de beneficencia.

Con esa manera neoliberal de concebir la autonomía, la sociedad y la medicina son despojadas de la noción bioética e hipocrática de autonomía médica, entendida como una independencia de criterio para actuar a favor del paciente. En primer lugar porque no se contemplan objetivos sociales diferentes al de la sostenibilidad financiera, como el interés por el máximo bienestar poblacional, donde los mecanismos económicos se pondrían al servicio de las necesidades de salud y no al contrario, permitiendo una gestión ética, en lugar de mercantil, de los intereses médicos adversos a las finanzas del sistema. En segundo lugar porque se niega la participación simultánea de la autorregulación médica dentro de la praxis al plantearla como contrapuesta y no sincrónica con la autonomía. En tercer lugar porque el control a la iniciativa médica también parte del falso supuesto según el cual los servicios médicos son inherentemente costosos.

Tenemos al gigante de los seguros frente al gigante de los bienes e insumos y en el medio, tomando decisiones que benefician a uno u otro, el médico (Iriart, Franco y Merhy 2011). Ante este panorama el modelo sanitario neoliberal colombiano no apunta a los gigantes sino al médico, subestimando las implicaciones negativas de expropiar la autonomía médica intelectual en el intento por controlarla.

Recordemos una vez más los topes de productividad que se le imponían a Muriel para trabajar en la consulta externa de medicina general, aquellos a los que los doctores se comprometen firmando actas que periódicamente renuevan. *Se supone que un 15% de los pacientes que llegan a mi consulta deberían irse sin fórmula de medicamentos, cuando eso es complejísimo. Pero nos dicen: “es que hay unas labores de Promoción y prevención, hay cosas que se pueden curar haciendo ejercicios; si tiene lumbago mándelo a dormir de ladito y que haga ejercicio”. Pero nuestra cultura no es esa, un paciente que va y no se le manda aunque sea un ACETAMINOFÉN pues no se va contento y tiene toda la razón, lo mínimo que se le debe tratar a un paciente es el dolor ¡es un derecho humano! una persona no se puede ir sin analgésico ¡simple!* (Entrevista a Muriel 2014). Según las recomendaciones de la guía colombiana de atención integral de Seguridad y Salud en el Trabajo para dolor lumbar inespecífico (DL) y enfermedad discal (EDI), la fuerza de recomendar el inicio de un ciclo corto de 1 o 2 semanas de AINES (antiinflamatorios no esteroideos) en pacientes con DL o EDI es “fuerte”, mientras que la fuerza de la recomendación de incluir fisioterapia en el tratamiento es “débil”; y no se contempla la recomendación de “dormir de ladito” (Ministerio de Trabajo 2015).

Por supuesto, la alternativa no es la sumisión médica frente a los deseos y eventualmente caprichos del paciente, porque no nos apartaríamos del terreno de la subordinación. Mucho menos proponemos un reinado de la autonomía médica a ultranza la cual, en ausencia de rediseños sociales anticapitalistas y de deslegitimación del lucro, no escaparía del riesgo rentista. Mientras que el estímulo a la excelencia médica y al rigor académico, junto con el control de las dinámicas rentistas del gran CMI, sí pueden ser alternativas.

4.4 Despojo del valor de la calificación de la fuerza de trabajo

Como vimos al revisar las transformaciones en el salario, en la jornada y en la carga laboral, la retribución a la fuerza de trabajo calificada para trabajar en medicina general se ha reducido. También vimos que, como los procesos de atención se piensan y se desean estandarizados, productivos y eficientes, se diluye el valor que puedan agregar la experiencia o el rigor académico; lo que vale ahora es la capacidad de adaptarse a las nuevas condiciones de trabajo. Para la sociedad el cambio no pasa desapercibido; el médico general, subordinado y subsumido, ha perdido reconocimiento y prestigio, y ahora recibe interpelaciones que van desde el insulto hasta la agresión física. *Una cosa que (sonrisa) puede ser tonta pero... bueno lo veo en las telenovelas, en ese tipo de cosas, el médico es un... lo vapulean y usted es un miserable (...). Además el ejemplo: ¡me salva a mi mujer o lo mato! ¿Sí? Además de que es el... peón. Claro que eso no es una cosa importante (riendo) pero eso masifica, a la gente le queda eso, usted es el idiota que hace todo mal y que debe hacer lo que le ordene el familiar del paciente. Y uno lo ve, uno ve esa actitud de las novelas en los hospitales. Se ha acentuado en el tiempo, ha aumentado en el tiempo, hay más agresividad ahora que antes* (Entrevista a Paul 2013).

Sin embargo, en las instituciones se puede mantener un reconocimiento endogámico del valor social del médico, fundamentado en el autoelogio. Y ese reconocimiento es usado

también como forma de remuneración alternativa al salario que, por tanto, aporta a profundizar la explotación. Por ejemplo, en una ocasión escuché a un experto en la metodología de calidad “Seis Sigma” decir que *los médicos no quieren plata, ellos ya tienen plata, entonces les damos algo que para ellos vale más, que es el reconocimiento, ellos se sienten orgullosos e importantes de ser líderes de grupo y de ser tenidos en cuenta por la institución*. Sopesar así el reconocimiento es sintomático de la contradicción descrita por Renán Vega (2013) entre fordismo, por un lado, y posfordismo y toyotismo, por el otro: la expropiación y negación del saber de los trabajadores en la división fordista mano – cerebro (unos, los obreros, hacen lo que otros, los gerentes, piensan) transmuta en el toyotismo y en el posfordismo hacia una aparente reivindicación y reapropiación participativa de ese saber de los trabajadores solo que con el fin de aumentar su explotación y su ritmo de trabajo.

Además, la combinación de detrimento laboral con reconocimiento “en especie” contribuyen a prolongar el tiempo que se debe trabajar para recuperar la inversión en educación médica. En 2001, en promedio, había que trabajar 11 años para recuperar la inversión de formarse como médico mientras que para 2009 ese lapso se había prolongado a 14 años (Ministerio de Salud - CENDEX 2001, Ruiz, y otros 2009). Con efectos negativos sobre la motivación y sobre las posibilidades de continuar hacia la formación posgraduada, que a su vez producen gran frustración dada la tendencia, que se inculca desde la escuela médica y que es reforzada por la realidad laboral de la medicina general, de proyectarse no como médico general sino como especialista. *La especialización muchas veces es un punto truncado y yo creo que frustra a muchos (...) y uno como que en cierta manera olvida... el verdadero sentir, digámoslo así, de lo que es el médico y la relación con el paciente, y se encamina más bien a cumplir sus metas y a tratar de canalizar sus frustraciones* (Entrevista a Karin 2014).

A largo plazo, se reduce la probabilidad de que sean los mejores bachilleres del país quienes opten por ser médicos. También es menos probable que la sociedad vea relevante que la formación médica se reserve a las y los estudiantes más rigurosos y críticos, como en otros tiempos. Y con ello pierden la Medicina como espacio de excelencia y pierden los sujetos enfermos que se encomiendan a esta medicina.

4.5 Despojo del capital simbólico

Con la reducción en el prestigio, en la autonomía y en el valor de la calificación de la fuerza de trabajo médica, se transforma la representación social del médico y a la par se configura un despojo del capital médico simbólico que se puede traducir en un menor poder de la palabra y del lenguaje médicos como elementos con potencial terapéutico.

Lo que se refleja en dos anécdotas de Muriel: *hay una meta de citologías, digamos mensualmente 300. Entonces un fin de mes íbamos en 270, por decir algo, y empezó la coordinadora [Médica especialista en Auditoría]: “¡No vamos a cumplir la meta! ¡Muévanse, manden citologías! ¡Manden citologías!” - “Pero doctora ¿yo qué hago? estoy viendo crónicos, muchos ya no califican, además como son las que vienen regularmente pues ya*

la tienen". Yo pensé que me estaba haciendo un chiste, llega y me dice "pues doctor, a las niñas que vea en el pasillo, a la gente que esté ahorita afuera del consultorio, ¡dígalas que se hagan citología!". Yo me reí porque pensé que era un CHISTE, no y era en serio. Después me dijo "Doctor, ¿ya se consiguió sus citologías?" - "Pero a ver Doctora ¿yo estoy aquí de payaso para hacer que la gente entre a hacerse citologías o yo estoy viendo pacientes?" - "¡es que tenemos que cumplir la meta!". Aquí se expresa un despojo porque el ritual íntimo de consejo se transforma en un encuentro impersonal de consumo, con pobre valor simbólico o terapéutico, anidando la paradójica condición de que se desmonta la estructura de sustentación del biopoder pero también su alcance terapéutico y de agencia.

En otra parte de la conversación Muriel hablaba de una paciente que era enfermera, como de 60 años y el esposo tenía un cargo alto. Llegó y yo "buenos días ¿cómo está? siga y se sienta" - "¿Qué tienen de buenos?" - "Bueno, cuénteme, ¿por qué viene?" - "Vengo por las pastas de la tiroides" - "¿Hace cuánto que usted es hipotiroidea?" - "Mire en el sistema que ahí sale" - "¿Y de qué otras enfermedades sufre?" - "Ahí en el sistema sale, yo solo vengo por mis pastas. Es que este sistema de salud es una porquería" - "Sí, pero yo no tengo la culpa" - "No, es que mire, llevo aquí pidiendo hace mucho tiempo la cita y nada" - "Señora, la quiero atender, déjese atender" - "No, esto es una mierda" - "Bueno señora ya le voy a dar sus medicamentos y ya" - "Por eso es que yo tengo medicina prepagada, para no estar acá. Mire estos exámenes, me los tomaron por mi medicina prepagada ¿los quiere ver?". En ese momento yo le dije "se los voy a revisar si usted quiere pero ya me cansé de su falta de respeto, yo estoy aquí para brindarle una atención y no he sido grosero, si usted no me respeta como médico respéteme como persona que acabó de conocer, porque con esa actitud que entra... ¿yo qué puedo hacer? la estoy atendiendo" - "Ay doctor pero es que entiéndame, yo tengo un golpe acá y me tocó hacer cirugía pero por la prepagada porque aquí me empezaron a bananear" - "Pero es que es el sistema, no soy yo, si fuera por mí yo le hago todo lo que usted necesita" - "Necesito es la levotiroxina de tantos microgramos y de tal marca porque es que esa es la que me sirve" - "Le voy a recetar la que sale en el sistema, tiene que ir a la farmacia y hablar". Entonces eso fue un choque terrible, pues la señora al final se fue medio tranquila pero todos los pacientes creen que por tener una EPS... tienden a humillar al médico. Dentro de todos los elementos que se juntan aquí, veo importante resaltar cómo la negación del valor simbólico y terapéutico del encuentro médico-paciente es propiciada desde la estructura del sistema de salud, puede ser parcialmente amortiguada por los colegas, y es padecida por los pacientes.

4.6 Despojo de la intimidad

Muriel se sentía haciendo consulta externa muy al estilo Ford de la línea de producción donde tú simplemente eres un operario y te van pasando un paciente, digamos aquí la diferencia es que el paciente no va en una línea; yo creo que si no hubiera problemas de intimidad ni nada, los pondrían en línea, o como en el ejército que los paran... si pudieran hacer eso lo harían y con eso se ahorrarían 3 o 4 minutos.

Su estilo al hacer visible lo dramático de las situaciones es gracioso y a veces pareciera exagerado; sin embargo, en contextos diferentes de entrevista encontré narraciones afines. Por ejemplo, mientras entrevistaba a Pablo en su servicio de urgencias noté que el consultorio tenía dos computadores, uno ubicado en el escritorio y otro sobre una repisa pequeña; la iniciativa de tener dos computadores en los consultorios más grandes fue de los mismos médicos de urgencias para poder dar abasto en las “horas pico” (cuando hay muchos pacientes solicitando atención), *entonces un médico hace consulta aquí y el otro allá. En general yo trato de ver un paciente acá y cuando termino me siento y escribo mi historia acá, y mi compañero llama su paciente y lo examina, en el mismo consultorio, porque no tenemos más entonces hasta que se amplíe la infraestructura nos va a tocar un poco como así porque acá llega mucha gente (...) si hay 6 o 7 médicos y solo hay 4 computadores pues ¿dónde? (...). En general tratamos de hacer así porque también maluco, por respeto al paciente, yo acá con el paciente sentado y el otro allá con el paciente examinándolo, a veces nos ha tocado pero no, no, no debería ser en ninguna parte* (Entrevista a Pablo 2013).

Este cambio, aparentemente sencillo y correctivo, permite dilucidar que la organización del trabajo médico sí puede reproducir la lógica de la cadena de montaje. Hay una secuencia de pacientes como si el pasillo de los consultorios fuera la banda sobre la que se desplazan o se estacionan pacientes frente a un doctor/a. Secuencialmente y en forma coordinada dos pacientes se engranan o se superponen en un mismo consultorio. Uno de los problemas es que se fractura el acto médico porque lo que se habla con el paciente y lo que se escribe en el computador se divide en dos momentos, redundando en transformaciones semiológicas y terapéuticas con posibles efectos negativos ya que si el colega olvida preguntar algo y desea retornar a la anamnesis, si durante el proceso reflexivo de la escritura precisa reexaminar, o si al cierre de su composición configura nuevas recomendaciones terapéuticas, ya no hay paciente.

Aquí se expresa una contradicción entre, por un lado, el impulso de los trabajadores tratando de garantizar acceso, oportunidad y cobertura; y por otro lado, el mandato productivo de acelerar el ritmo de trabajo por imposiciones financieras. En todo caso, la intimidad y el ordenamiento semiológico del encuentro médico pasan a segundo plano.

4.7 Despojo de la razón de ser del acto médico

Una vez expropiados y transformados los medios de trabajo e instauradas relaciones de subordinación formal y real, como en cualquier otra realidad inmersa en el capitalismo el producto del trabajo ya no le pertenece más al trabajador; ahora le pertenece a quienes pagan y condicionan su salario.

Karin narra que hace un tiempo, en su servicio de Urgencias, tuvieron una tarde de trabajo con casos muy complicados y con represamiento de pacientes por lleno total del área de observación. Días después, cada médico recibió en su correo electrónico un memorando de la coordinadora informando que la productividad de esa tarde había estado en 0,7 y que se tomarían medidas. Para el momento, la mayoría estaba vinculado por contrato de

prestación de servicios, no había cuarto de descanso médico y estaba mal visto pausar a tomar un café. Entonces, estos memorandos fueron tomados como advertencias o amenazas de desvinculación laboral. En esas condiciones, el paciente como razón de ser del acto médico es expropiado ya que el propósito de la evaluación del trabajo no es saber si al paciente se le atendió bien o mal, sino saber en cuánto tiempo se le atendió.

Al hacer visibles estas minucias de la cotidianeidad médica ponemos en evidencia que, al juntarlas, la razón de ser productivista necesariamente subsume la razón de ser médica. No es posible que en un sistema de salud se aspire a lo que un representante colombiano del neoliberalismo sanitario dio en llamar “un nuevo contrato social con la profesión médica” según el cual, dado que el modelo hipocrático no es sostenible y como la sociedad no está dispuesta a pagar más por la salud, es necesario racionalizar el gasto médico mediante “una renegociación del contrato social con la profesión, es decir, pasar del rol de agente del paciente como única obligación a una función doble de agencia y distribución de recursos” (Castaño 1999, 60). No es posible la doble agencia ni la “doble lealtad”; son contradictorias y, mientras se insista en la segunda, es inevitable el desmantelamiento de la primera.

4.8 Algunas resistencias frente al despojo

Basado en Marx, David Harvey resalta la importancia de comprender cómo enfrentan los trabajadores su situación; cómo la hacen soportable, cómo se confrontan, esquivan o cooperan entre sí y con la autoridad. Así como comprender el sentido de moralidad que le ponen a sus propias vidas y la forma en que construyen una cultura o una institucionalidad que les distingue y les defiende; “sin embargo lo que Marx trata de descubrir es aquello que los trabajadores se ven obligados a enfrentar y contra lo que se deben defender; quiere entender cómo llegan a un acuerdo con las fuerzas manifiestas que los acosan constantemente” (Harvey 1990, 120).

Junto a las formas de despojo que ha enfrentado la humanidad, Renán Vega (2013) también describe las variadas formas de oposición y resistencia que se construyen y reconstruyen según el momento histórico y social. Frente al despojo de la tierra y de la naturaleza, rebeliones y suicidios. Frente al despojo absoluto y de los cuerpos en la esclavitud: fugas y reasentamientos, insurrección, rebelión, levantamientos, complotos, huelgas, huelgas de hambre, heridas autoinflingidas, suicidios e infanticidios. Junto con organización gremial y sindical, motines, sabotajes contra el ritmo o el proceso de producción, incendios y ataques a las máquinas que producían daño a la comunidad, frente al despojo del producto del trabajo, del tiempo, de las costumbres y del saber de los trabajadores. Añadiríamos, basándonos en Ong (1987), la protesta subyacente a los trastornos mentales y los estados de trance espiritual que acontecen dentro de las fábricas y en donde la sucesión entre el autocontrol y el estado de posesión puede reflejar una respuesta a las presiones de la omnipresente disciplina capitalista.

En el caso médico la oposición frente a las expropiaciones descritas ha sido tímida, predominando la renuncia y el cambio del lugar o del tipo de trabajo. A la debilidad sindical, al parco rol de las organizaciones gremiales, al temor frente a la tradición de represión violenta de la protesta social en Colombia, y a la mínima formación política en las escuelas médicas, se ha sumado la creencia de que la protesta o la huelga médica están mal vistas al contradecir la vocación de servicio y el don para laborar de manera infatigable. Así la tradición médica de heroísmo y estoicismo se cierne sobre el presente y facilita la explotación. También se suma la percepción del trabajo médico general como una actividad de paso o transitoria, en la que se está mientras se ingresa a la especialidad. La ilusión por dirigir un servicio en un hospital o clínica importante, en mejores condiciones de trabajo y de empleo, y con los últimos desarrollos tecnológicos, contribuye a desoír las alarmas del atropello laboral y a no luchar frente a lo que se percibe ajeno y transitorio. Asimismo, entre las y los colegas se ha documentado un “amplio desconocimiento de la legislación pertinente, junto con la ignorancia frente a los mecanismos de protección” (Bernal Pedraza 2011, 6).

La huelga médica más concurrida (5 a 10 mil trabajadores/as) y extensa (52 días) del siglo XX fue en septiembre de 1976, tras “el anuncio del Decreto 148 del mismo año, en el que se ratificaba la condición del ICSS (Instituto Colombiano de Seguros Sociales) como establecimiento público y se reclasificaba a sus profesionales como empleados públicos, de libre nombramiento y remoción” (Sánchez 2009, 317). Las y los trabajadores avizoraban muchas de las transformaciones que hoy comprobamos.

Paradójicamente hasta defensores del modelo actual de salud se sorprenden ante la debilidad de la oposición médica colombiana, como lo ilustra este fragmento: “la agremiación profesional ha manifestado limitada capacidad de actuación frente a los mercados. La mayoría de las asociaciones profesionales son básicamente nominativas y en realidad no muy activas en los mecanismos de control profesional. Se orientan hacia aspectos científicos y de mantenimiento de las condiciones gremiales. Esta característica es importante, porque con la implantación de la Ley 100 de 1993 su capacidad de reacción con respecto a los cambios prospectivos fue muy limitada y tardía; así, el sistema se pudo configurar rápidamente bajo un esquema de aseguramiento, sin que los gremios y las asociaciones pudieran librar batallas importantes, como ha sucedido en otros países, en donde el poder de las asociaciones médicas ha impuesto restricciones a los cambios potenciales de los sistemas de salud y seguridad social. Mayor influencia e impacto tuvieron los sindicatos alrededor de la defensa de sus derechos laborales, porque buscaron mantener las mejores condiciones posibles dentro del sistema. Sin embargo, esto no ha sido acompañado de un efecto crítico sobre la calidad de los servicios y en general, no se ha dado un respaldo social de los potenciales usuarios, básicos para estas luchas sindicales en el sector salud. Las condiciones políticas de los gremios médicos han recuperado parte del terreno perdido durante los últimos cinco años” (Ruiz, y otros 2009, 58,59).

En los años recientes vienen aumentado las manifestaciones de inconformidad. Por ejemplo en 2013 observamos la protesta médica más grande de lo que va de siglo XXI, frente a un intento Estatal de ampliar la fuerza de trabajo médica especializada

manteniendo las condiciones de mercado y de productividad que tan mal sabor han dejado en la experiencia médica general. Ese mismo año hubo grandes asambleas médicas nacionales y desde entonces proliferan intentos desde las organizaciones gremiales y estudiantiles, iniciativas circunscritas a instituciones prestadoras de servicios, y grupos médicos en redes sociales virtuales para hacer visible la actual realidad laboral, para aconsejarse en caso de atropello laboral, o para compartir experiencias positivas y negativas de trabajo en IPS específicas. Su detallada caracterización amerita una investigación independiente; por ahora puedo decir que en las entrevistas observé tanto adaptaciones y acostumbramientos como oposiciones.

Todos mis entrevistados/as coincidían con Pablo en que *uno ya se va acostumbrando a que siempre es el regaño... cuando lo llaman de coordinación uno se pone así como "¿yo qué hice?", nunca dice "ah, de pronto fue algo bueno"*. Karin añadía que *tarde o temprano esas cosas llegan y hay que acomodarse*; por ejemplo, "cubriéndose" entre ellos: un médico del área de observación de urgencias podía venir a apoyar a sus colegas del área de consulta de urgencias mientras su área estaba "tranquila", corriendo varios riesgos tales como regresar con sus pacientes de observación y descubrir que en su ausencia alguien hubiese sufrido una descompensación, perderse la ronda de algún especialista, o quedar a cargo de los pacientes extra de la consulta durante el resto de su turno si estos requerían algún tipo de apoyo diagnóstico o terapéutico.

Estas y otras gestiones cotidianas de adaptación reflejan la tendencia médica tradicional de proyectar el deseo o las esperanzas de cambio en lo que puedan hacer las organizaciones gremiales, con varias implicaciones. Primera, que en lugar de asumir una participación activa, se delega a terceros la posibilidad transformadora. Segunda, que se mantienen el aislamiento y la gestión individual de las coyunturas laborales cotidianas. Tercera, que no se apuesta por una postura crítica construida en colectivo sino por la reproducción de la perspectiva y de la acción o inacción política de la autoridad gremial. Cuarta, que se desperdician las posibilidades reivindicativas inherentes a la labor sindical. Y quinta, que se aplaza la configuración del médico como sujeto político, aumentando a mediano plazo su posibilidad de precarización, de proletarización, y de profundización de estas y otras dinámicas de expoliación.

5. Trabajo médico como campo de violencia sanitaria neoliberal

En este capítulo busco hacer etnográficamente visible el carácter dañino de las transformaciones del trabajo médico en el neoliberalismo, con la intención de mostrarlo como campo de configuración y expresión de la violencia sanitaria neoliberal. Presentaré algunos efectos de la incorporación del neoliberalismo al trabajo médico y del trabajo médico al neoliberalismo, sobre el bienestar y la vida de las personas que transitan, como pacientes o como trabajadores, los espacios de atención médica actuales.

A partir de los capítulos anteriores podemos empezar enunciando que la explotación, la subsunción y el despojo son en sí mismos procesos violentos para las y los trabajadores. Pero además, al darse en un campo social involucrado con la atención a la salud-enfermedad, pueden producir sufrimiento, enfermedad y muerte en quienes acuden en busca de atención y cuidado. No pretendo hacer una tipología de la violencia estructural sanitaria neoliberal sino desarrollar una ruta de análisis para el abordaje de los efectos de las transformaciones mercantiles del campo sanitario.

5.1 Procesos fragmentados, pacientes sin dolientes

A mediados de 2012, en el servicio de urgencias de una clínica privada de Bogotá, observé una pareja de esposos quejándose ante un enfermero por llevar “todo el día” esperando una ecografía para ella. Él proponía que les dieran salida y una cita para volver “a la fija” al día siguiente, o algún tipo de ayuda, ya que en casa les esperaban una bebé y una niña de dos años. El enfermero explicaba que “eso ya no depende de nosotros porque ya le avisamos a los camilleros entonces ahora depende de ellos”. El esposo añadía que “ella no ha probado una gota de agua en todo el día” e insistía, muy amablemente para mi gusto, en buscar alternativas. En sus caras y voces se mezclaban agotamiento y súplica. Finalmente el enfermero les describió el uniforme de los camilleros y les sugirió buscarlos personalmente “a ver si les colaboran”. La conversación no perturbó, siquiera llegó a interrumpir, a las doctoras a cargo del servicio quienes prosiguieron laboriosas; aunque por lo cerrado y silencioso del espacio me parecía improbable que no se estuvieran enterando de la conversación.

Esta situación ilustra más allá del trabajo médico, la segmentación de los procesos de atención médica. Una segmentación en la que se reproducen modelos industriales de organización y división del trabajo, reinventados a la luz del mercado sanitario. Cada

proceso se divide, se estandariza y se controla pero produciendo en el trabajador la impresión de libertad y autonomía cuando en realidad el énfasis en la responsabilidad de cada quien por su parte – y solo por ella - reduce la posibilidad, y con el tiempo la capacidad, de sintonizarse autónomamente con el objetivo de la salud como un todo. La responsabilidad laboral ya no es en primer lugar con la salud del paciente sino con el cumplimiento de las funciones asignadas; responder por *mis funciones* antes que por *nuestro paciente*. Y así, en la medida que el médico responde por lo médico, el enfermero por lo de enfermería y los administrativos por lo administrativo - y solo por ello - se refuerzan más los límites que las intersecciones entre ellos.

Aquí hay que aclarar que el problema no es la fragmentación de los procesos *per se*, sino el tipo de fragmentación empresarial que busca eficiencia y productividad o rentabilidad a la par o antes que bienestar poblacional, único objetivo hacia el cual tendría que estar dirigido el esfuerzo terapéutico. El trabajador es un individuo subordinado y a merced de parámetros de “buen” desempeño profesional que, como hemos mostrado, amplían la distancia con el paciente; en lo que podemos representar como un tránsito desde la miopía terapéutica – propia de la medicina liberal, auto centrada, hegemónica y deslindada de la complejidad social de configuración de los malestares y de las enfermedades - hacia la desconexión que implica estar más alineados con la normativa neoliberal y menos alineados con las necesidades de los pacientes y con la complejidad de la configuración social de la enfermedad.

Adicionalmente, con la fragmentación productiva de procesos y equipos de trabajo, se refuerza la noción neoliberal según la cual en una sociedad cada quien es responsable por la gestión de su propio bienestar: así como el individuo debe gestionar su bienestar en la vida cotidiana cuando está sano, ha de hacerlo en condiciones de enfermedad. Al extremo de tener que arreglárselas incluso, como en el ejemplo, para apalancar su desplazamiento en silla de ruedas o en camilla de un área a otra de una clínica. Lo que estamos apreciando aquí es, como en el capítulo 1, la variable clínica de los *itinerarios burocráticos* de los pacientes (Abadía y Oviedo 2009): si la prontitud con que se da atención a un enfermo depende de las capacidades o posibilidades que éste y su familia tienen para itinerar e intervenir procesos clínicos e institucionales, es de esperar que el pronóstico del paciente en situación de mayor discapacidad o sin red de apoyo sea peor que el de quien tiene familia o mayores destrezas comunicativas.

Dicho de otro modo, la incorporación de la ley del más fuerte en ámbitos de atención médica segmentados en unidades de negocio, unidades productivas o afines, configura vacíos de atención que violentan al más débil en el momento en que más apoyo necesita, haciendo de los espacios de atención lugares de vulneración, de re-victimización y de crueldad. Llevadas a un nivel macro, estas estructuras violentas que se expresan en clínicas y hospitales muestran que a la larga lo que se fragmenta y aniquila es la responsabilidad Estatal, institucional, social y médica por la salud y por el bienestar de sujetos y poblaciones. Esta situación confronta la esencia misma de la medicina y del trabajo médico.

La conciencia de la desatención sistemática impone a la medicina, como a los demás saberes en salud, el reto de confrontar la estructura social en la que se gestaron. Hija y brazo social del capitalismo, la biomedicina ha amortiguado los efectos de este régimen sobre la salud humana, sin que ello la protegiera de esa expansión sino todo lo contrario, pues ahora el trabajador sanitario es impelido a ser dócil no solo frente a la causalidad social sino también frente a su determinación sanitaria neoliberal.

A veces siempre se tilda al médico en las urgencias como que al paciente lo maltratamos “el paciente duró OCHO horas allá sin que lo hubieran VISTO, sin que le hubieran DICHO”, y uno va a mirar y la realidad es otra... uno no lo consigna todo en la historia clínica, a veces va en daño de otras personas o sobre la misma institución... porque todos tenemos problemas... no había los reactivos, se dañó la máquina, se fue la luz, ¡pues si me pongo a escribir todo eso! uno trata de capotear la situación y resolverla. Entonces resultó que el paciente... bueno duró 8 horas pero ¿qué le podemos hacer? SITUACIONES PASARON para que eso sucediera; de pronto no contrataron al camillero, solo hay uno para todo el hospital, no había reactivos en el laboratorio, tocó hacer manual, y por eso el paciente terminó tarde, pero no fue mala atención. Entonces cuando eso sucede no se dice que “hubo tal problema” sino que “los médicos de urgencias son malos porque el paciente duró OCHO horas” pero no se miran las otras cositas (Entrevista a Pablo 2013). Creo que este fragmento de una conversación ilustra la normalización de la atención fragmentada: al afirmar que no fue mala *la* atención, se refiere a que no fue mala *su* atención, aunque para el paciente *la* atención, vista como un todo, sí haya sido deficiente.

Este tipo de “situaciones”, como Pablo las llama, también se presentaban antes de la puesta en marcha del actual modelo neoliberal de salud, por lo que su perdurabilidad en este momento de gran despliegue gerencial y administrativo nos convoca a hablar no solo de transformaciones sino también de permanencias. El nuevo modelo prometía atención integral y eficiente, pero vemos permanecer las fragmentaciones y fallas técnicas, administrativas o logísticas que supuestamente desaparecerían una vez “superado” el carácter público de la gestión de la atención de salud y una vez implementado su carácter mercantil.

5.2 Médicos explotados, pacientes sin dolientes.

Recordemos que entre los compañeros de urgencias de Karin, varios trabajaban en más de un lugar y que por esa razón llegaban tarde a sus turnos; ella también me contaba que *hay médicos que dejan los pacientes anotados y se van porque tienen que ir [a trabajar] a otro lado, entonces a veces salen pacientes que no se capturan o que quedan volando y eso puede generar inconvenientes* (Entrevista a Karin 2014). Creo que no necesitamos historias trágicas para suponer el riesgo vital de tener pacientes “volando”, sin doliente médico, en un servicio de urgencias.

Indagué a la misma doctora por otras posibles “interferencias del sistema en la atención”, como ella las llamaba, e hice alusión a una queja que he escuchado en las y los pacientes, de que el doctor ya no los mira a ellos sino al computador; *eso afecta mucho, pero pienso que también pasa con el papel, si al médico de consulta externa le ponen a llenar la historia clínica, el RIPS, los paraclínicos, el formato de P&P y todos esos papeles, a uno no le queda tiempo para ver al paciente* (Entrevista a Karin 2014). Lo cual me recordaba una expresión de Pablo hablando de la consulta actual: *de entrada eso es casi que ni mire al paciente sino vaya preguntándole y váyase desvistiendo para poder tener tiempo de atenderlo.*

Las “interferencias del sistema en la atención” que se expresan cuando el médico explotado y subsumido atiende tantas cosas que no le queda tiempo para atender al paciente nos hablan de un modelo de salud que, al suscitar la configuración de médicos explotados, va dejando a sus pacientes sin dolientes. El potencial dañino se hace más explícito en las dos narraciones que a continuación presento.

Refiriéndose a los colegas que ya llevan un tiempo haciendo consulta externa y que se han adaptado al modelo de la productividad, Muriel opinaba que *practicar medicina de esa manera no es justo con los pacientes, no es justo con las personas... seguramente estos doctores empezaron como yo, de muy buena fe, demorándose tiempo; y poquito a poquito va uno reduciendo el examen físico. Yo al principio me demoraba eternidades, ya lo he ido reduciendo al mínimo que considero importante; probablemente si pasan 2 años más pues ya le he ido reduciendo más cosas, y si pasan 5 pues ya le reduzco hasta llegar a extremos muy hartos que... lo tengo que decir... pacientes que me contaban de colegas que ni siquiera los examinaban, por ejemplo si es un paciente de 25 años pues ni toma de tensión ni nada porque qué va a tener... “¿qué tiene?”, “no, es que me doblé, me tronché un pie”, listo, motivo de consulta: “tronchadura de pie”*

Entrevistadora: - Radiografías y hasta luego

Muriel: - No, ¡que radiografía ni que nada! primero inténtele tratamiento y después... ah es que ese es otro de los criterios de evaluación... hay cosas tan ridículas como que a uno le hacen auditoría y le califican la pertinencia, y todo es “que usted haya INTENTADO algún tratamiento”.

Y, curiosamente también René describía a *personas jóvenes, de 25 años, hipertensas y les decían “sí, tiene la tensión un poquito elevada” y él me decía “siempre me dicen que está en 180/120” y nunca le tomaron una ecografía renal para ver si estaba haciendo un feocromocitoma. Uno queda impactado con que [para] las EPS es solo un negocio* (Entrevista a René 2013).

Muriel no se excede al desear condiciones que permitan evaluar la tensión arterial, y hacer una historia clínica completa, a pacientes jóvenes cuyo motivo de consulta sea tan

específico como una posible lesión ortopédica; tampoco se excede René al desear una ecografía renal inmediata para un joven de 25 años hipertenso. La hipertensión renal (por enfermedad renovascular y del parénquima) y la hipertensión endocrina (por hiperaldosteronismo, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperplasia adrenal congénita por déficit de 11 beta hidroxilasa y 17 alfa hidroxilasa, acromegalia o hipertiroidismo) responden por el 15 al 20% de las causas de hipertensión; y dentro de ellas el hiperaldosteronismo, el síndrome de Cushing y el feocromocitoma son las más prevalentes (Trifanescu, y otros 2013). Además, según el Programa Canadiense de Educación en Hipertensión (CHEP, en inglés), la edad de inicio de la hipertensión por debajo de los 30 años debe ser un criterio de sospecha de hipertensión secundaria ante el cual se deben realizar ecografías (Canadian Hypertension Education Program 2012).

Específicamente el Feocromocitoma, mencionado por René, es un tumor productor de catecolaminas que constituye “una causa de hipertensión que puede corregirse y [cuya] eliminación impide las crisis hipertensivas que pueden ser letales (...). La media de edad en el momento del diagnóstico ha sido de unos 40 años, si bien los tumores pueden surgir desde los comienzos de la niñez hasta etapas avanzadas de la vida” (Trifanescu, y otros 2013). Su diagnóstico oportuno, como el de otras causas de hipertensión potencialmente curables o controlables de manera farmacológica o quirúrgica, mejora la tasa de curación de la hipertensión y reduce el riesgo de complicaciones. Además, el tratamiento de la causa de hipertensión secundaria puede permitir el retorno a cifras de tensión arterial normales, y entre más joven el paciente mayor es la probabilidad de normalización (Hermida-Ameijeiras, y otros 2012, Plouin, y otros 2002).

La detección oportuna, junto con la vida y el bienestar de estos pacientes, son amenazadas o destruidas con el paradigma neoliberal una vez éste es vertido en un plan cerrado de bienes y servicios (el POS), circunscrito a barreras *minumétricas* y a topes de productividad.

5.3 Medicina en ámbitos privados ¿durmiendo con el enemigo?

El trabajo desregulado produce vulnerabilidad laboral, facilitando la coerción y el castigo al trabajador, como lo han corroborado estudios previos (Molina y Ramírez 2013, Defensoría del Pueblo 2007). Pero además, según mis entrevistas, hay diferencias en el grado de coerción al médico general dependiendo de si el lugar de trabajo es público o privado.

Los colegas que trabajaban en un hospital público con quienes conversé, se identificaban en las entrevistas como si trabajaran “en el régimen subsidiado”, por ser en estas instituciones públicas donde se atiende a los sujetos afiliados a ese régimen. A diferencia de quienes trabajan “en las EPS” o “en el régimen contributivo”, es decir en IPS privadas donde predomina la atención a sujetos afiliados a ese régimen a través de EPS. Para ellos, hay una diferencia sustancial entre trabajar en el subsidiado o en el contributivo. De acuerdo con su experiencia, si bien nos encontramos en un momento nacional en que a

las y los médicos generales colombianos se les vigila, se les premia, y se les castiga según su productividad, el proceso es característico de los ámbitos privados. En mi apreciación, la transformación es general, aunque sea más acentuada en las privadas, dado que desde la estructura mercantil del sistema se conmina a todas las instituciones a funcionar como empresas económicamente productivas.

Recordemos que mientras trabajaba “en el régimen subsidiado” René pasó por el desencanto de intentar aumentar sus ingresos trabajando en el contributivo: *yo iba con pensamiento del régimen subsidiado, un régimen que se preocupa por el paciente, que al paciente se le pide lo que necesita, y llegar a un régimen contributivo donde todo es completamente diferente, donde lo que importa es hacer plata, entonces uno como que se estrella muy feo (...). La diferencia entre una EPS y el régimen subsidiado es que acá uno le pide al paciente lo que necesita, en las EPS usted no pide lo que necesita, pide lo que puede pedir, a mí eso me parece algo muy injusto (...) en el régimen subsidiado se demora, pero se le da lo que necesita el paciente.*

En el contributivo, continuaba Rene, *por el poco tiempo que uno le dedica a los pacientes, tú lo llamas, “fulanito de tal”, se sienta, tú “mucho gusto” y empiezas a escribir, “siga a la camilla”, le tomas la tensión, “síntese y mire esta es su fórmula médica”, ya no hay eso de “venga, hagamos una historia clínica completa, hablemos bien cuénteme qué le pasa” y hay pacientes que llegan por muchas cosas y uno “no, solo le puedo ver 2 cosas porque mire estoy cogido de tiempo” (...) Diferente sería “mire yo soy el doctor René, lo voy a atender de ahora en adelante, voy a ser su médico general, cuénteme que le está pasando”, eso no quita mucho.*

El actual modelo de salud aniquiló, de su régimen contributivo y del subsidiado, la figura del *médico tratante*, caracterizado por conocer y acompañar a sus pacientes en el tiempo de una manera cercana y tranquila. Eso que René resalta de trabajar “en el subsidiado” son apenas vestigios del desaparecido *médico tratante*. Pensando en un futuro médico emancipado, podríamos describir al *médico tratante* como aquel en condiciones científicas y laborales para hacer historias clínicas completas, sin restricción terapéutica, autónomo y autorregulado, quien dadas sus convenientes y estables condiciones laborales acompañaría en el tiempo a un grupo social, pudiendo reconocer de manera cada vez más pronta y certera las formas en que allí se configuran y se expresan los malestares. Un médico en condiciones de brindar consuelo, de mantener vigente el aforismo de *curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre*, en su versión clásica, o en la propuesta por Matijasevic (2011) de *curar pocas veces, aliviar siempre, consolar siempre*.

Pero, describiendo a sus colegas “en el régimen contributivo”, René decía que *es gente que no se estresa, que mantiene siempre: “no, pues que embarrada con el paciente” pero ya. Triste volverse de ese pensamiento y llegar a tener esa actitud.* Algo similar decía Pablo; que *en las entidades del Estado, afortunadamente uno se siente más libre para poder tomar decisiones en beneficio de la gente (...)* acá uno hace mejor medicina que la

que hace en un lado privado (...) uno es más honesto trabajando en una entidad del Estado, diciéndole a la gente lo que hay que hacer, que trabajando en una entidad de allá donde yo tengo que estar cerrada mi boca (...) todo eso limita hasta mentalmente el conocimiento que tiene el médico.

Las limitaciones mentales al conocimiento que tiene el médico pueden configurarse más intensa o aceleradamente trabajando “en el contributivo” pero con el tiempo se incorporan al sentido común y a la praxis médica cotidiana, en la medida que la fuerza de trabajo es una, circulando y compartiendo en lugares clínicos, administrativos, de docencia y gremiales. Por lo que podemos concebir la cotidianeidad médica laboral de los lugares privados como un problema social y para la salud pública.

Decía Pablo que hay circunstancias sociales que presionan a que en el hospital público la atención médica sea diferente, *acá la gente a la hora y media, o dos horas, ya está peleando y exigiendo “no me han atendido, me voy de acá, no me han hecho nada”; en las entidades privadas son 2 horas, 3 horas, sentadito allá mijito y esperar la consulta. Un sábado acá es TERRIBLE la agresión de los pacientes por todo, llega el borracho y está en que lo atienden ya y si no se va (...). Acá uno no puede aplicar todo lo que le tratan de decir las oficinas de recursos humanos del trato con los pacientes, es que una cosa es estar allá escribiendo el deber ser y otra cosa es estar acá aplicando eso.*

Aunque, matizaba Karin, *la persona dentro del contributivo piensa que, por estar pagando, tiene más derecho a insultar al médico hasta el punto que a todo el mundo le han dicho “con lo que yo pago es que a usted le pagan”, acá [en la Caja de Compensación] también lo dicen pero acá todavía hay un poco más de respeto ante un médico que en la parte contributiva.*

Además de reforzar la idea de diferencias entre instituciones y regímenes de atención propuesta por las y los entrevistados, estas dos descripciones nos permiten identificar otro desarreglo estructural neoliberal de carácter lesivo, consistente en la reconfiguración de la relación médico-paciente hacia su antagonismo, tanto en lugares públicos como privados de atención. El neoliberalismo potencia el maltrato entre médicos y pacientes, como veremos a continuación.

5.4 Relación y antagonismo médico-paciente

Al iniciar este proyecto afirmábamos que la relación médico-paciente se había transformado en una nueva relación médico-usuario-asegurador pero, tras el recorrido investigativo vimos que aquella relación cerrada entre el cuidador y su paciente, a la que algunos economistas llaman una “competencia monopolística” (Ruiz, y otros 2009, PARS, MPS, CENDEX 2007) se reconfigura por la intervención de los intermediarios aseguradores, pero también por la de quienes coordinan la prestación de los servicios, la

de jueces y abogados implicados en la garantía del derecho a la salud, y por los intentos de inducción de consumo del complejo médico industrial. Propusimos entonces hablar de una relación ensanchada médico-gerente-asegurador-juez-CMI-paciente, e incluso habría que plantearla como una relación entre prestador-gerente-asegurador-juez-CMI-cliente.

Uno de los efectos de esa transformación, sumada al estrés generado en médicos y pacientes por el funcionamiento cotidiano del sistema y por la acumulación de necesidades no resueltas oportunamente no solo por este sistema de salud sino por la sociedad en su conjunto, es la configuración de antagonismos o enfrentamientos entre médicos y pacientes en el devenir cotidiano de sus encuentros. Por ejemplo, resaltaba Muriel que era frecuente el ingreso a su consultorio de pacientes que iniciaban las conversaciones con reclamos o agresiones: *diez de cada veinte pacientes que veo en una tarde entran con esas actitudes, como un abuelo que respondió a mi saludo diciéndome durito "a ver doctor si le va a poner cara amable a esto o si tampoco", esa es su respuesta a mi saludo* (Entrevista a Muriel 2014).

A lo que Pablo reflexionaba *los pacientes llegan agotados y creo que es una de las razones por las cuales a veces llegan predispuestos o agresivos. Al servicio de urgencias, por ejemplo, llegan "¡no me han autorizado tal examen y vengo y usted tampoco me lo autoriza!" y es difícil explicarle que sí, yo se lo puedo ordenar y todo, pero las ARS³⁶ van a decir "¿por qué le ordenó una electromiografía si eso no es una urgencia? eso se puede diferir en consulta". Para el paciente es una urgencia porque lleva tiempo tramitando, tramitando, tramitando, y en definitiva la ARS no se la dio. Y, proseguía en otro momento de la entrevista, la gente trae por dentro una cantidad de cosas enormes que con solo preguntarle "¿y cómo está?, ¿y sus hijos?", la gente llora y se desahoga y dice una cantidad de cosas que uno dice "ush, estamos mal", y la gente después agradece que uno le preguntó* (Entrevista a Pablo 2013). Pero con la imposición de nociones económicas en la delimitación de lo que se debe o no atender (en el doble sentido de la palabra) en un servicio de urgencias, el médico debe aprender la indiferencia frente a los malestares producidos por la maquina sanitaria de la productividad; y debe aprender a vetar de su raciocinio la posible configuración social del malestar agudo o agudizado.

Esa reconfiguración no pasa desapercibida para la sociedad, como lo develó el estudio sobre cáncer de piel que mencionamos en el cual Guillermo Sánchez encontró que "los pacientes son muy críticos frente a la figura del médico general, puesto que representa otro paso que se suma a la cadena de trámites antes de lograr la atención definitiva. Algunos lo interpretan como una estrategia, que le permite contener los costos a la EPS. El médico es visto como una pieza del engranaje que "regula" y "controla" el acceso, a través de estrategias diversas que incluyen las barreras a las remisiones y a los demás servicios requeridos" (Sánchez Vargas 2013, 167).

³⁶ ARS o Administradoras del Régimen Subsidiado (hoy EPS del Régimen Subsidiado).

La conjunción de estos elementos ha contribuido a que la relación médico-paciente no solo se ensanche por la incorporación de nuevos actores e intereses, sino que también transite hacia su versión antagónica: médico vs paciente, paciente vs médico. Los pacientes se *enojan, insultan, hemos tenido casos de agresión a los vigilantes y al personal de salud*, narra Karin. Y, reconocía René, *uno también se vuelve grosero en ese sistema de que “toca todo rápido porque es que estamos cogidos de tiempo”*.

La actual configuración sanitaria colombiana explica, al menos en parte y sumada a las particularidades sociohistóricas nacionales, el aumento que se viene presentando en agresiones físicas y verbales, especialmente de pacientes a médicos³⁷. Pero pocas cosas serían tan lesivas en el momento actual, para médicos y pacientes, como permitir que por casos aislados de agresión se refuerce, a escala poblacional, la oposición médico-paciente. Esa partición solo beneficia la avanzada mercantil y neoliberal ya que, como hemos reflexionado, la ruta para construir una realidad diferente exige la reivindicación simultánea del trabajo digno en salud y del derecho a la salud.

5.5 Regresando a la historia natural de las enfermedades

La historia natural de la enfermedad³⁸, uno la conocía casi que por los libros pero la está volviendo a vivir porque se le está negando muchas cosas a la gente; entonces uno está volviendo a ver la tuberculosis, estamos llenos de tuberculosis porque se ha dejado de hacer cosas y de diagnosticar y de hacer tratamientos oportunos; el cáncer llega hasta sus últimos estadios porque ya no se le puede ordenar al paciente la endoscopia, la colonoscopia, la ecografía... o porque no se lo autorizan, entonces el paciente termina mal, con la enfermedad gravísima avanzada porque no se le puso cuidado desde el principio. Y no es porque el médico sea malo; uno como médico sabe qué tiene que hacer y sabe que tiene que prevenir, pero vaya a ver si se lo autorizan o vaya a ver si no lo sacan de la entidad antes de que uno esté ordenando cosas para la gente (Entrevista a Pablo 2013).

No importa cuánto se autoriza y cuánto se niega, la semilla destructiva radica en el tema de la “autorización”. Porque ella se sustenta en una desconfianza sistemática hacia lo médico, que para el paciente es como una ruleta rusa: puede que se apruebe, puede que no, como si la balanza riesgo-beneficio médico (por la cual se decide recurrir a un consumo diagnóstico) se suspendiera sobre la balanza riesgo-beneficio financiero (por la cual se decide aprobar o aplazar un consumo diagnóstico). *Historia natural de la enfermedad e itinerarios burocráticos y clínicos* se entrelazan, compiten, se contradicen y se complementan.

³⁷ La prensa también ha documentado la situación (El Universal 2015, El Universal 2015, El Universal 2015, El Colombiano 2014, Minuto30.com 2015, El Espectador 2016).

³⁸ La *historia natural de la enfermedad* es un concepto epidemiológico que hace referencia al curso que sigue una enfermedad cuando no es intervenida.

5.6 El ocaso de la revisión por sistemas

Pablo describía el acto médico actual como una práctica fragmentada y en la que se postergan decisiones: *yo pienso que se van perdiendo cosas semiológicas (...) ahora es por partecitas, cada vez que viene a consulta se le atiende una partecita. Y hay gente [colegas] que deja[n] otros síntomas aparentemente menos importantes y cuando se va a ver todos tenían relación con lo que venía consultando y por falta de tiempo el médico no lo pudo ver (...) este sistema nos ha llevado a que es apenas “¿por qué vino de momento? le alcanzo a resolver tal cosa, pida cita y nos volvemos a ver”* (Entrevista a Pablo 2013).

Algo más se pierde cuando el acto médico es fragmentado en varios encuentros, y condensado en un lapso estándar de minutos; se pierde la posibilidad de mantener viva la *revisión por sistemas*.

La historia clínica es el registro escrito del acto médico; en ella se consignan datos íntimos de la vida de una persona con el propósito de relacionarlos con el motivo o problema por el cual acude al médico, para así orientar las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Es por tanto un documento de obligatorio diligenciamiento, irremplazable, y confidencial, que tiene un orden lógico y unos componentes básicos (Guzmán y Arias 2012).

Algunos textos médicos incluyen la *revisión por sistemas* dentro de los componentes de la historia clínica y otros no. Cuando se la contempla, se la entiende como una parte de la *anamnesis* (la información que se obtiene mediante el interrogatorio o la entrevista al paciente) en la que “después de que el médico crea haber obtenido la máxima información sobre la enfermedad actual, deberá pasar una revista sobre el funcionamiento de otros órganos y sistemas (especialmente sobre aquellos a que el paciente no hizo referencia al narrar su enfermedad actual). Esta revisión por sistemas proporciona una visión global sobre la salud general del paciente, puede suministrar claves adicionales en relación con la misma enfermedad actual, o puede poner en evidencia otras enfermedades o defectos no relacionados con la enfermedad actual pero que justifican investigaciones o atención médica especial” (Cediel Ángel 2008, 5)

Pero hacer una *revisión por sistemas* toma tiempo, y los modelos de mercado basados en la productividad médica no tienen tiempo para un *interrogatorio* completo sino solo para un *motivo de consulta* y para una rápida caracterización de la *enfermedad actual*. En su despliegue, el actual modelo de mercado de salud colombiano favorece el borrado de la *revisión por sistemas* de los actos médicos cotidianos y de la memoria médica, contrariando las posibilidades de hacer detección temprana u oportuna de enfermedades y empeorando, en consecuencia, su pronóstico.

5.7 Médicos explotados, médicos en desgaste

Hemos documentado que las jornadas extensas e intensas son una de las improntas del trabajo médico general en el neoliberalismo. Analizando las particularidades del desgaste de los obreros industriales del México de los años 80 del siglo XX, Laurell y Márquez demostraron que el aumento de la jornada de trabajo aumenta el desgaste físico-psíquico. Más aún cuando no hay un tiempo de reposo suficiente, porque se produce fatiga patológica y otras respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés (Laurell y Márquez 1983). Las autoras también recopilaron evidencia de cómo el trabajo por turnos afecta la salud; presentándose insomnio, agudización de problemas nerviosos, trastornos gastrointestinales, accidentes graves y problemas relativos a la alteración del ciclo circadiano. Todo ello con mayores probabilidades de deserción laboral secundaria y de interrupciones en la vida familiar y social del trabajador. Hallazgos concordantes fueron documentados en una revisión bibliográfica más reciente sobre la influencia del trabajo por turnos en la salud (Feo-Ardila 2007).

Asimismo, otros autores han señalado que “el multiempleo, solución encontrada por los trabajadores de la salud para compensar las pérdidas en los salarios, está asociado a la fatiga, al aumento de la susceptibilidad a los riesgos encontrados en el ambiente, y a la disminución de la calidad del cuidado prestado” (Ávila Assunção, Rosales y Almeida Belisário 2008, 22). Se devela una particularidad que complejiza las cosas y es que a diferencia del obrero fabril, quien en condiciones de desgaste y fatiga padece accidentes graves con perjuicio de su vida al manipular maquinaria industrial, el accidente médico puede traducirse en daño a sí mismo o en errores en desmedro de la salud del paciente, por ejemplo por olvidos, agresividad o escucha pobre durante la atención; *porque si uno tiene problemas familiares, hace tres días no va a la casa por estar rotando en diferentes hospitales, no ha dormido bien, no ha comido bien, y llega un paciente que le dice “es que no me han dado... es que usted no me quiere autorizar tal examen”, naturalmente el médico explota (...) ya no le importa, estresado de llenar tantos papeles y sistemas, no dedica el tiempo para explicarle al paciente qué es lo que tiene, con la calidez que se merece, sino que lo hace de una manera muy monótona* (Entrevista a Pablo 2013).

Lo desgastante de la jornada médica y su posible efecto sobre la salud y la vida del paciente se hizo visible cuando *lamentablemente me pasó, que menos mal yo reviso siempre y ¡carajo! Mandé para un medicamento una dosis que no era. En vez de ponerle el Tramadol en gotas le puse en tabletas... en gotas son 7 gotas, imagínese que tal que se hubiera tomado 7 tabletas. Me tocó inmediatamente entrar a la historia y todo fue por un problema simplemente del clic donde no era... y eso que yo trabajo de 1 a 7, yo conozco colegas que entran a trabajar a las 6:30 de la mañana, trabajan un turno hasta la 1:00 o 12:30 y arrancan al otro turno hasta las 6 o 7 pm ¿ te imaginas una persona que lleva ese ritmo, después de haber visto 35 o 40 pacientes? los de las 2 últimas horas, ¿tú tienes cabeza? viendo una pantalla de computador todo el día... Y no es que metan en la mitad de la franja 15 minutitos pa’ tinto o para ir al baño, no, usted verá cómo hace (...) Una persona que lleva 8, 10 horas trabajando, viendo pacientes cada 17 minutos completamente saturado de tanta información, tranquilamente se le puede ir un cero de*

más(...) Es que tú vas a un ritmo que si te cuelgas 2 minutos en un paciente luego ya te cuelgas, y te cuelgas, y te cuelgas, y cuando menos se da uno cuenta está súper colgado y está el paciente golpeando en la puerta y está “¿que por qué no me atienden rápido?...” y empieza todo el drama (Entrevista a Muriel 2014).

Al señalar los riesgos para la salud de los pacientes al ser atendidos por médicos que laboran en condiciones desgastantes, se puede caer solo en victimizar al médico sin reconocer que éste, como sujeto social también tiene poder de agencia y debe ejercerlo por el bien de sus pacientes. Pero me parece importante hacer visible que en la brecha entre el deber ser político del médico y su realidad actual, se configuran situaciones que cobran efectos sobre terceros, de manera directa y cotidiana, y que por tanto es relevante para la salud colectiva luchar como sociedad contra las condiciones que pueden producir desgaste en las y los trabajadores de la salud.

Adicionalmente, casos trágicos me han llevado a ver al médico como víctima del proceso neoliberal, y no solo como copartícipe. En enero de 2015 José, un joven médico de urgencias que laboraba en una ciudad intermedia de Cundinamarca, se estrelló mientras conducía su automóvil hacia uno de sus tres lugares de trabajo. Completaba tres días de turnos ininterrumpidos y se quedó dormido, chocando contra un árbol y muriendo al instante. Cuentan sus compañeros que José había intensificado su ritmo de trabajo, al parecer queriendo incrementar sus ingresos, tras el reciente nacimiento de su primogénito. Proveniente de la costa atlántica colombiana, era quizás uno de tantos que han migrado al centro del país debido a las peores condiciones laborales de su región³⁹. Su muerte, absurda y dolorosa, fue una pérdida irreparable para su familia y cercanos, y para la sociedad en su conjunto.

5.8 Desperdicio vs. Homicidio laboral

El abandono de la práctica clínica para dedicarse a otras labores, junto con el abandono de la práctica clínica dentro de la geografía colombiana, son fenómenos poco documentados pero importantes en la realidad actual nacional. Esto ha sido bautizado *desperdicio laboral* por las organizaciones que en el presente delinean las políticas de recursos humanos regionales y que lo entienden como “la incapacidad de las instituciones o el mercado de incorporarlos y capitalizar la inversión pública, familiar e individual que se

³⁹ Mis entrevistas señalan que los salarios de la costa atlántica estarían entre los más bajos del país. Sin embargo según un estudio del año 2000, allí se encontraban los salarios más altos (PARS; MPS; CENDEX, 2007). Solo que allí no se reportó la jornada laboral y, según mis entrevistas, en esa región predomina la contratación de tiempo completo y no la de medio tiempo. Entonces, el estudio en referencia podría estar comparando el salario de tiempo completo de la región atlántica con el de medio tiempo de las otras regiones. Otra posibilidad sería que desde el año 2000 se hayan caído los salarios de esa región. En dos de mis entrevistas se mencionaron posibles infiltraciones corruptas y paramilitares a las instituciones de salud costeñas como factor que desplomó los salarios y que se asoció con el pago atrasado o ausente de salarios, sin que los colegas pudiesen protestar.

realiza en ellos a través de un proceso de entrenamiento formal que puede llevar entre 10 y 15 años” (Nigenda, y otros 2010, 50).

Sin embargo, más que instituciones incapaces de incorporar trabajadores, en Colombia hay instituciones cuyas condiciones de trabajo expulsan al trabajador. En ese sentido, el concepto de *desperdicio laboral* es insuficiente para describir la realidad y sería más adecuado hablar de *homicidio laboral*. Porque, volviendo a Karin, aquel día que la productividad en su servicio de urgencias fue inferior a la esperada por la empresa (de 1 paciente/ hora), *es como una amenaza, encima de uno, que si uno no produce pues lo sacan. Empieza a ser la profesión médica más un negocio que en realidad lo que tendría que ser (...)* Uno dice “bueno, ¿y el resto de los días del mes... donde no tenemos una productividad de 0.7%, dónde está el reconocimiento? el resto de días del mes es la 1:30 pm y no nos han recibido y estamos ahí, o no podemos almorzar porque está muy lleno y uno no se va (...). Y pues está el doctor Adolfo que, por ejemplo esa vez lo escuchamos gritar “¡échenlos a todos los que tuvieron menos de 0.7% de productividad!” (...) Y hay compañeros que son muy buenos, los que manejan triage 2 están allí sentados porque son muy buenos para resolver y manejar pacientes complicados; igual, los que manejan triage 3 no es que sean malos, es que son ágiles manejando y desocupando el servicio.

Muere el trabajador de ese trabajo que se abandona, con sus proyecciones y sueños, se van borrando de la memoria individual y social las características del trabajo digno, se coarta la reivindicación colectiva laboral y del bienestar. También se apaga la posibilidad de ofrecer a la sociedad *médicos tratantes* que permanezcan y que acumulen experiencia, buena experiencia quiero decir. Y se apaga el esfuerzo, correcto o equivocado, que hasta allí han hecho Estado, escuelas y sujetos por formar(se) para la práctica médica clínica.

Finalizando este recorrido, no encontramos razones para perseverar en los ajustes y reformas a un sistema de salud *lucro-destructor* de la vida, de la dignidad y de la salud. Estamos ante un sistema deshumanizado y deshumanizante que, en manos de personas incapaces de pensar amorosamente en el cuidado solidario de los otros, solo puede producir acumulación de riqueza y de necesidades sanitarias postergadas. Es vergonzante que un modelo de salud con tanto potencial dañino esté en la mira de los sistemas de salud del mundo y sea catalogado entre ellos como el mejor. Para ese mundo escribimos y de ese mundo necesitamos.

6. Conclusiones y reflexiones

6.1 Conclusiones

En el desarrollo de esta investigación aprendimos que el trabajo médico en el capitalismo se había caracterizado por ser improductivo e indirectamente productivo. Mientras que en el neoliberalismo es convertido en uno directamente productivo a partir de su subordinación, formal y real, al capital y además se transforman sus dinámicas de productividad indirecta en la medida que cambian las prioridades del sistema de salud, para anteponer la salud financiera a la salud humana. Asimismo, el intelecto médico se configura como un espacio inmaterial de producción de lucro. Estos hallazgos nos llevaron a confirmar que, como anunciaba la teoría marxista, la subsunción real de las profesiones liberales es una característica del capitalismo en su fase neoliberal (Vega 2013).

Aprendimos también que es equivocado ubicar el giro neoliberal en salud, en Colombia, a partir de las leyes que inauguraron un nuevo modelo de salud y seguridad social en los años 90 del siglo XX. Al menos en lo concerniente al trabajo del médico general el neoliberalismo se expresa desde los 70, siendo las normas de los 90 productos de ese proceso temprano, ya avanzado y decantado.

Como resultado, el siglo XXI es para Colombia el de una medicina poderosa, un CMI y un sector asegurador ensanchados, y unos trabajadores médicos individualizados, subordinados, explotados, despojados y en desgaste. Estamos en un momento culmen del conocimiento médico científico, y la medicina sigue siendo poderosa e institucionalmente hegemónica, pero la sociedad accede a cuenta gotas a esa institucionalidad y el poder del médico va en acelerado menoscabo.

Lo anterior tiene que ver con que la medicina moderna negó reiteradamente su condición de trabajo para dar relevancia a su condición de saber hegemónico y práctica liberal con privilegios de clase; mientras que la expansión neoliberal suscitó cambios laborales que al presente hacen que esa deuda de identidad deba ponerse al día con su reconocimiento no solo como un trabajo, sino como uno explotado, subsumido y despojado.

A la par, se ha configurado una recomposición de clase en los médicos. Una de las mayores encrucijadas para la transformación de su actualidad laboral es su lugar, y su no

lugar, en la lucha de clases. Tenemos médicos respaldando y respaldados por la clase capitalista: médicos capitalistas ubicados en el lado dominante de la lucha de clases; y tenemos médicos en condición de subordinación y explotación en el lado oprimido de la lucha de clases. Pero incluso el médico que es trabajador oprimido recrea socialmente una identidad de poder hegemónica que interfiere en sus subjetividades al momento de emanciparse.

En ausencia de emancipación, el médico precarizado y el paciente mal tratado están siendo los productos principales. La resistencia contra ambos desenlaces debe ser intencionalmente simultánea ya que, aunque las condiciones de trabajo del personal de la salud tienen efectos en la forma en que éstos hacen su trabajo y por tanto efectos en la salud de las personas, no es posible darle vuelta al argumento para garantizar que automáticamente al mejorar las condiciones de trabajo de este personal mejore la situación de salud de los sujetos que ellos atienden. Sin embargo, como mostramos, en Colombia ha habido un divorcio estructural continuo entre la reivindicación laboral médica y la reivindicación de las necesidades sociales de salud.

Nuestro trabajo aportó argumentos para comprender por qué la explotación del trabajo médico es una condición perversa para la salud de la sociedad. En el pasado liberal, la medicina distaba mucho de ser perfecta ya que ofrecía cuidados parciales, marcados por claras estratificaciones clasistas e intereses de prestigio y estatus, que se basaban principalmente en la hegemonía del conocimiento, pero cuando se optó por la senda neoliberal el panorama empeoró ya que ahora el médico puede ser más productivo en mansedumbre intelectual, inhibiendo su rol como puerta de entrada al sistema y funcionando como barrera de acceso que impide que el paciente se convierta en gasto.

Tal silenciamiento de impulsos terapéuticos, de porciones de algoritmos diagnósticos o de manejo en las rutinas laborales, a la larga está produciendo un desmonte del saber médico, en la medida que día a día, sujeto a sujeto, se va olvidando la medicina de la escuela para aprender lo que ser “buen médico” significa en el lenguaje neoliberal.

Por lo que la biopolítica neoliberal debe ser entendida no solo como un mandato económico sobre la vida sino también como un mandato de destrucción de la vida para la creación, directa o indirecta, de valor. Términos como productividad, calidad y capacidad resolutive, aunque atractivos para el oído inexperto, no se compadecen de la realidad deshumanizada y deshumanizante que producen en su versión neoliberal.

Las transformaciones documentadas son predominantes en las instituciones privadas, por lo que podemos señalar a la cotidianeidad médica laboral de los lugares privados como un problema social y una amenaza para la praxis clínica y la salud pública

Durante este trayecto metodológico, reflexivo y analítico también aprendimos que para caracterizar la situación de los trabajos desregulados y los que se organizan por turnos, es necesario analizar simultáneamente el salario, la jornada y las relaciones de empleo. Para hacerlo, el método etnográfico es invaluable y, en nuestro caso, permitió aportar dos sencillos indicadores, el EJI y el EJIN.

La reflexividad etnográfica también nos permitió un diálogo entre narrativas médicas y categorías teóricas como el *itinerario burocrático*, develando que en este sistema de salud también se pueden configurar *itinerarios clínicos*, cuando mecanismos de productividad se incrustan en las decisiones médicas y las distancian del deber ser semiológico y terapéutico.

Para el caso de la consulta médica general de urgencias, concluimos que la presión por la productividad configura *filas de espera invisibles* en las que un *triage de productividad* se puede superponer al triage clínico. Y apuntamos lo importante de recordar que estas transformaciones se expresan en lo singular, pero tienen raíz estructural para no quedarse en culpabilizar o en victimizar al trabajador.

Asimismo, aventuramos una descripción, rica en metáforas, de la forma en que el consultorio del médico general se transforma en espacio físico expropiado y espacio simbólico transformado, adaptado a estándares de producción y de restricción en serie los cuales riñen con la adaptabilidad que demanda la diversidad con que debutan pacientes y enfermedades.

Concluimos también que durante todo este proceso de transformaciones se configuran dinámicas de despojo y de violencia sanitaria neoliberal. Describimos el despojo de los medios de producción, de la protección social del trabajador, de la autonomía médica, del valor de la calificación de la fuerza de trabajo, del capital simbólico médico, de la intimidad del encuentro médico-paciente, de la razón de ser del acto médico y, en definitiva, un despojo del cuidado de la vida en sí. Identificamos que estas expoliaciones afectan tanto al colectivo médico como a la sociedad, al transformar y deformar sus encuentros, estructurales y cotidianos.

Los encuentros médico-paciente se hacen efímeros, también la autonomía médica, que no solo es expropiada sino también resignificada, y se reasigna el prestigio y el valor social del médico. Se fragmentan los procesos de atención y cada trabajador es un eslabón que responde por lo suyo, y sólo por lo suyo, diluyéndose la responsabilidad colectiva y Estatal por la salud en un sentido amplio e integral, promoviendo la ley del más fuerte entre familiares y pacientes, y configurando antagonismos entre médicos y pacientes. Con consecuencias de sufrimiento, enfermedad y muerte en quienes acuden al sistema biomédico en busca de atención y cuidado.

También se posterga la detección oportuna de las enfermedades, por las razones mencionadas y porque en los recortes al tiempo de consulta médica se sacrifican porciones de la historia clínica como la revisión por sistemas, haciendo que, como concluimos, estemos volviendo a atestiguar la historia natural de las enfermedades subyacente al diagnóstico tardío de las mismas.

La renuncia, el desempleo y la diáspora aparecieron como formas de escape que reinterpretemos asignando el apelativo de “homicidio laboral”. A la vez, la fragilidad reivindicativa ha sido la constante junto con la tendencia a esperar que sean otros, los gremios, quienes adelanten las acciones transformadoras.

Los cambios a los que asistimos no son solo transformaciones morales. La interpretación, frecuente en nuestros ámbitos académicos, callejeros y políticos, de las transformaciones que hemos recorrido como productos de una transformación moral mercantil que contraría la moral constitucional (Molina y Ramírez 2013) es incompleta; mucho menos son confusiones o necesidades. Las transformaciones morales son el camino a través del cual la ideología de mercado encuentra su realización, pero su origen reside en la estructura de organización y de reproducción social capitalista y neoliberal.

De manera que es necesaria pero insuficiente una sólida formación ética y moral de los profesionales de la salud; la realidad de trabajo que enfrentarán será devoradora si la formación no trasciende hacia terrenos críticos y políticos.

La lucha médica tampoco ha de ser solo para aumentar los afamados 20 minutos por consulta o sólo por un salario justo. La realidad develada exige más que acciones puntuales, tan típicas de la reivindicación gremial. Hay que abandonar toda orilla neoliberal y optar por modelos en que la medicina, junto con todas las instancias de bienestar social y de cuidado de la vida, estén felizmente subordinadas al bienestar de la sociedad y de todas las formas de vida.

En definitiva, excluir los textos marxistas de las bibliotecas no nos protegió de la explotación ni de la subsunción, y seguir haciéndolo no nos blindará contra la precarización. Por el contrario, negar esas posibilidades teóricas ha aportado a que la historia del trabajo médico se ponga a tono con la de tantos otros saberes y oficios secularmente explotados, solo que a una apabullante velocidad.

6.2 Reflexiones para continuar

Al pensar el futuro a partir de una investigación como esta, desarrollada en un Doctorado en Salud Pública, enfrentamos el dilema entre amortiguar vs transformar. Tenemos por un lado la urgencia por la acción, característica de la salud pública, y por otro las encomiendas verdaderamente transformadoras de la estructura social productora de realidades como la documentada. Una *salud pública crítica* demandaría las segundas.

Pensando en la sociedad a la que hemos prometido servir como sujetos comprometidos con la salud y el bienestar, la recomendación más profunda de este trabajo es la adherencia a las ideas y prácticas académicas, investigativas, tecnológicas y políticas respetuosas y garantes del cuidado de la tierra, de la naturaleza y de la vida, antipatriarcales y liberadoras de la mujer, solidarias y transversales a cualquier sector o geografía; todas ellas recuperadoras de las políticas de vida de nuestros ancestros latinoamericanos y, por tanto, anticapitalistas y antineoliberales. Bajo estos preceptos han de ser interpretados los siguientes párrafos.

6.2.1 Rutas sociopolíticas

Si aceptamos la propuesta de Harvey, basado en Marx, de que “formas aisladas de resistencia sólo retrasan lo inevitable. Sólo un movimiento revolucionario generalizado puede hacer que los trabajadores recuperen lo que casi ciertamente está perdido” (Harvey 1990, 106), hay que cultivar la noción del médico como sujeto político. De hecho, ese sujeto político ya se está configurando, en los nacientes sindicatos médicos y con la reactivación del liderazgo de organizaciones como la Federación Médica Colombiana y sus Colegios. El reto para estas colectividades será reivindicar más que un mejor salario o mejores condiciones contractuales; reivindicar el trabajo digno y consagrado al cuidado radical de la vida puede ser un buen principio.

No cualquier forma de agremiación es ventajosa para la dignificación del trabajo médico; unas de ellas son más ventajosas para favorecer en el corto plazo a los individuos exitosos, por ejemplo los existentes fondos de empleados médicos en los que cada cual se afilia y aporta mensualmente el dinero mínimo estipulado o de ahí hacia arriba todo lo que considere conveniente para su futura jubilación, reproduciendo la filosofía neoliberal. Otras opciones que favorecen más el corto plazo y el beneficio de unos pocos son las sociedades de especialistas: *la clínica siempre ha manejado sus dinámicas muy de club... y es “el combo de los urólogos somos el combo los urólogos, el combo de los neurocirujanos somos 30 en el país y somos un combo” es decir cada quien maneja su especialidad como un combo y como un grupito* (Entrevista a René 2013). De igual modo, algunas de las estructuras sindicales que se han conformado en los últimos años; unas en reemplazo de las cooperativas de trabajo asociado y otras con proyecciones corporativas más que sindicales.

El trabajo colectivo, médico y en *salud pública crítica*, ha de articularse con lo académico, para la formación de generaciones críticas; estos son algunos objetivos propuestos:

-
- Construir un corpus de lo intolerable. Este ejercicio tendría que pasar por una revisión y actualización, con enfoque antineoliberal, de los documentos fundacionales de la praxis médica moderna: el juramento hipocrático y los códigos de ética médica.
 - Promover la solidaridad como valor médico supremo.
 - Incorporar cátedras de derecho laboral a los pregrados en salud.
 - Adelantar programas de formación política médica continuada así como actualmente se adelantan programas de educación médica continuada. *Hace falta que uno conozca más de normas, de leyes y de decretos* (Entrevista a Pablo 2013).
 - Homogenizar jornadas y salarios para una mayor sintonía entre la problemática singular y la gremial; *si a uno le dicen que nos vamos a organizar (...) y comienzan a dar las pautas para de aquí en adelante la contratación de los médicos sea de tal forma, uno lo haría porque uno ha sufrido mucho, mucho en esa inestabilidad, uno dice "sí, yo lo hago, yo lo hago"* (Entrevista a Pablo 2013).
 - Racionar menos, razonar más. La *salud pública crítica* ha de concentrarse menos en aprender a racionar los recursos y más en razonar acerca de las reconfiguraciones necesarias para que la salud y la vida no se gestionen por la vía financiera.
 - Comprender y asumir el origen político-económico de la enfermedad (Waitzkin 2013).
 - Reconstruir la confianza social y gubernamental hacia las y los médicos; lo cual se concreta, por ejemplo, en reivindicar el derecho a determinar autónomamente el tiempo de duración de cada encuentro médico-paciente. *Un médico, en el momento en que le respeten su autonomía, que esté bien pago, que haya justicia en el nivel salarial respecto de la responsabilidad que asume, tiene obviamente esa responsabilidad de ser justo y equilibrado en el gasto, es algo que tiene que ir con la formación del médico, hace parte de la ética del médico no ir a pedir cosas que no necesita* (Entrevista a Muriel 2014).
 - Impedir que el trabajo en salud se comporte como un mercado de trabajo con fluctuaciones de oferta y demanda determinadas por las variables convencionales. Es necesario ser creativos para producir condiciones laborales a prueba de mercado. Por ejemplo, como se ha insistido desde la academia y desde los movimientos sociales activos en el país, a través de un sistema de seguridad social con pagador único estatal.
 - Recuperar el valor terapéutico del diálogo en la relación médico-paciente y la potencia del acto médico como espacio de escucha y de reelaboración lingüística, y en consecuencia terapéutica, del padecimiento. Por tanto, recuperar la figura del médico de tratante.
 - *El triage no debería existir, sí debería existir la prioridad para los pacientes [graves], pero es que si un paciente viene a urgencias es porque le está doliendo algo, no es porque quiera venir, y todo paciente debería ser atendido así sea un dolor de cabeza*

que le diga el médico “mire, tome una fórmula de acetaminofén”, queda tranquilo (Entrevista a René 2013).

- Reivindicar el trabajo digno, el derecho a la huelga médica, y el derecho al ocio (Vega 2013).

6.2.2 Rutas investigativas

Necesitamos desarrollos teóricos que sintonicen la reivindicación del derecho a la salud, en su sentido más amplio, y las reivindicaciones laborales en salud. Con esa brújula en la mano, he identificado las siguientes necesidades investigativas:

- Configurar un observatorio laboral en salud para documentar el grado de explotación y de precarización y para analizar permanente y simultáneamente salario, jornada y relaciones de empleo. Incorporando indicadores generales tales como el EJI, el porcentaje de trabajadores que labora más de 48 horas semanales (este sirve para la comparabilidad internacional ya que es uno de los 7 indicadores de trabajo decente de la OIT) y las características de las huelgas, paros y protestas (número y tipo de participantes, duración, motivación y resultado). Junto con indicadores singulares como el EJIN, el salario (en pesos y en SMMLV) y el tipo de contratación.
- Caracterizar los patrones de desgaste médico en el neoliberalismo.
- Construir evidencia que ponga a prueba la aparente sinergia entre calidad y productividad, creada por la ideología neoliberal, a partir de una noción crítica de calidad (Ardila 2006).
- Analizar matemáticamente la productividad médica. Un antecedente importante es la fórmula de Casanova usada por Arouca (2008 [1975]).
- Documentar en qué ha consistido la función de *agencia* en estas dos décadas, investigando las formas en que las EPS compensan o agencian - si lo hacen - las asimetrías de información entre médicos y pacientes, a favor de los pacientes.
- Contar la historia del trabajo médico.
- Comparar los casos Colombia y Perú prestando especial atención a las respectivas huelgas de 2014 y 1976.

6.2.3 Rutas académicas

El pensamiento médico crítico e independiente es fundamental a la hora de abordar y manejar a los enfermos. Por ejemplo, el médico en formación debe comprender que la medicina moderna y la salud pública nacen como brazos sociales del capitalismo que, en consecuencia, corren el riesgo permanente de conformarse con paliar y amortiguar el mal social producido por este. El médico en formación también debe aprender que así como hubo un *nacimiento de la clínica*, estamos frente a su muerte por la vía neoliberal.

La formación en profesionalismo ha sido descrita como una de las prioridades de educación de las nuevas generaciones de médicos (Fasce, y otros 2009, Ortega, García y Biagini 2006, Berrones Sánchez 2010). Comparto la recomendación pero veo relevante complementarla con una formación crítica del estudiante y del profesional para que ese profesionalismo no sea una de las formas en que se disimula su explotación laboral mediante pagos no salariales como la satisfacción por el deber cumplido que, si bien son fundamentales, se cosifican cuando se convierten en formas baratas de compensación.

Por otro lado, urge crear cátedras de administración humanizada en salud y de gerencia en salud con sentido social, en sintonía con los desarrollos críticos de la medicina social, la salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericanas, e igualmente en sintonía con los saberes ancestrales latinoamericanos.

A veces pienso que también es estratégico circunscribir el alcance de la biomedicina sólo al campo de la atención a la enfermedad. De modo que la construcción de las condiciones necesarias para la salud y el bienestar humano se pueda liberar de la jaula estructural producida por las limitaciones políticas de la biomedicina, y se pueda reposicionar en niveles académicos, sociales y de praxis política mucho más amplios y transversales a toda acción humana. Sobre esta idea estoy reflexionando.

Bibliografía

- Abadía, César, Andrés Góngora, Marco Melo, y Claudia Platarrueda. *Salud, normalización y capitalismo*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES). Grupo de Antropología Médica Crítica. Ediciones desde abajo, 2013.
- Abadía, César, Marco Melo, María Yaneth Pinilla, Katerin Ariza, y Héctor Camilo Ruíz. «Algunas violencias del capitalismo en Colombia. Dispositivos de tortura y autodestrucción.» *Maguaré*. 25, nº 11 (2011): 203-240.
- Abadía, César, y Diana Oviedo. «Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada.» *Traducción del artículo publicado en Social Science & Medicine*, 2009: 1160-1163.
- Acero, Myriam, Invonne Caro, Liliana Henao, Luisa Ruiz, y Guillermo Sánchez. «Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas.» *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31, nº Supl 1 (2013): S103-S110.
- Ahumada, Consuelo. *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. Bogotá, Colombia: El Áncora Editores, 1996.
- Anderson, Perry. «El despliegue del neoliberalismo y sus lecciones para la izquierda.» En *Neoliberalismo: mito y realidad*, de Renán Vega, 15-50. Bogotá, Colombia: Ediciones Pensamiento Crítico, 2001.
- Antúnez, Ricardo. *¿Adiós al trabajo?* Buenos Aires, Argentina: Antídoto, 1999.
- Ardila, Adriana. *Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de Unisalud*. Bogotá: Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia, 2006.
- Ardila, Adriana. «La crisis de la salud en Colombia... ¿Cuál crisis?» *Espacio Crítico*, 2012: 64-80.
- Arouca, Sergio. «Medicina Preventiva y sociedad.» En *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión crítica de la Medicina Preventiva*, de Sergio Arouca, 207 - 229. Buenos Aires: Lugar Editorial SA, 2008 [1975].
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Medicina y desarrollo social. La contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social*. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo y Comité Ejecutivo de la ACFM, 1964.

- Avella, Mauricio. «Las instituciones laborales colombianas. Contexto histórico y principales desarrollos desde 1990.» En *El mercado de trabajo en Colombia: hechos, tendencias e instituciones*, de Luis Eduardo Arango y Franz Hamann, 3-75. Bogotá, Colombia: Banco de la República, 2013.
- Ávila Assunção, Ada, Carlos Rosales, y Soraya Almeida Belisário. *Condiciones de salud y trabajo en el sector salud*. Belo Horizonte: NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.
- Bardey, David, y Ramón Castano. «La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia.» *Rev.econ.inst. [online]* 9, nº 17 (2007): 347-357.
- Barnard, Alan. «Visions of Anthropology .» En *History and theory in anthropology*, de Alan Barnard, 1-46. Cambridge University Press, 2000.
- Bello, Walden. «Todo lo que usted quiere saber sobre el origen de esta crisis pero teme no entenderlo.» *sinpermiso*, 2008: www.sinpermiso.info .
- Benach, Joan, y Carles Muntaner. *Relaciones de empleo y desigualdades en salud: una revisión conceptual y empírica*. España: Icaria Editorial, 2010.
- Bernal Pedraza, Ferney. «Panorama de la contratación laboral médica en Colombia.» *Revista Médico Legal*, 2011: 6-9.
- Berrones Sánchez, Karla Isabel. «Profesionalismo en Medicina.» *Revista de la Escuela de Medicina "Dr. José Sierra Flores"* 24, nº 1 (2010): 22-26.
- Blima, Lilia. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. Sao Paulo: Editora Hucitec, 1993.
- Bohórquez Robayo, Fernando. *Estudio descriptivo de salarios de cargos administrativos y asistenciales 2011*. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC, 2011.
- Bohórquez Robayo, Fernando. «Estudio descriptivo de salarios de cargos administrativos y asistenciales 2013.» Editado por Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. *Hospitalaria*, septiembre - octubre 2013: 4-40.
- Briceño-León, Roberto. «Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico.» *Ciencia & Saúde Colectiva* 8, nº 1 (2003): 33-45.
- Canadian Hypertension Education Program. «Hypertension Canada.» *Recommendations for Hypertension Diagnosis Assessment and Follow-up*. 2012. <http://www.hypertension.ca/publications-and-archive-dp1> (último acceso: 23 de 02 de 2014).
- Cárdenas López, Hugo. «Las realidades del médico general en Colombia.» *Revista Salud Bosque* 4, nº 2 (Julio - Diciembre 2014): 5-6.
- Castaño, Ramón Abel. «De la agencia a la distribución de recursos: hacia un nuevo contrato social con la profesión médica.» En *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de*

- la salud*, de José Félix Patiño, 55-60. Bogotá: Academia Nacional de Medicina, 1999.
- Cediel Ángel, Ricardo. *Semiología médica*. Apartadó, Colombia: Editorial Médica Celsus, 2008.
- Coe, Rodney. «La profesionalización de la medicina.» En *Sociología de la medicina*, de Rodney Coe, 218-251. Madrid, España: Alianza Editorial, 1973.
- Cordeiro, Hésio. «Empresas médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica.» *Estudios Sociológicos* 11 (1984): 287-308.
- Defensoría del Pueblo. «Autonomía Médica y su relación con la prestación de los servicios de salud.» Colombia, 2007.
- . *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud - 2005*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2005.
- . *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el Esquema de Aseguramiento*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2003.
- Dezalay, Ivez, y Garth Bryant. «Los Chicago boys como sujetos extraños.» En *La internacionalización de las luchas por el poder. La competencia entre abogados y economistas por transformar los Estados latinoamericanos*, de Ivez Dezalay y Garth Bryant, 121-152. Bogotá, Colombia: ILSA, 2002.
- DNP; PNUD. «Los derechos constitucionales: derechos económicos sociales y culturales.» En *Informe de desarrollo humano para Colombia*, de Departamento Nacional de Planeación y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Alfaomega grupo editor, 2000.
- El Colombiano. «Ataques a personal médico por congestión en urgencias.» *El Colombiano*. 19 de 12 de 2014. <http://www.elcolombiano.com/ataques-a-personal-medico-por-congestion-en-urgencias-BA929650> (último acceso: 22 de 09 de 2015).
- El Espectador. «¿Por qué agredimos a los médicos?» *El Espectador*. 16 de 01 de 2016. <http://www.elespectador.com/noticias/salud/agredimos-los-medicos-articulo-610915> (último acceso: 16 de 01 de 2016).
- El Universal. «Cierran el CAP de La Esperanza por ataque a la misión médica.» *El Universal*. 17 de 08 de 2015. <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/cierran-el-cap-de-la-esperanza-por-ataque-la-mision-medica-203086> (último acceso: 22 de 09 de 2015).
- . «Destrozan centro de salud, hurtan equipos y agreden a médicos en Nelson Mandela.» *El Universal*. 08 de 12 de 2015. <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/destrozan-centro-de-salud-hurtan-equipos-y-agreden-medicos-en-nelson-mandela-213381>.
- . «Un médico fue atacado a golpes en centro de salud de Pasacaballos.» *El Universal*. 08 de 08 de 2015. <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/un-medico-fue->

atacado-golpes-en-centro-de-salud-de-pasacaballos-202211 (último acceso: 22 de 09 de 2015).

Engels, Federico. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. 1845.

Farmer, Paul. «An anthropology of structural violence.» *Curr Anthropol*, 2004: 305-325.

Farmer, Paul. «On suffering and structural violence: a view from below.» En *Violence in War and peace*, de Nancy Scheper-Hughes y Philippe Bourgois, 281-289. Australia: Blackwell Publishing, 2004.

—. «Structural Violence and Clinical Medicine.» *PlosMedicine*. 10 de 2006. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030449> (último acceso: 29 de 03 de 2012).

Fasce, Eduardo, Max Echeverría, Olga Matus, Liliana Ortiz, Silvia Palacios, y Alejandro Soto. «Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica.» *Rev Méd Chile* 137, nº 6 (2009): 746-752.

Feo-Ardila, Janneth Marcela. *Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana*. Bogotá D. C: Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana, 2007.

Fergusson, Susana. «Un medico denuncia malas practicas de EPS Cafesalud.» siamisderechos.org. 24 de 04 de 2014. <http://siamisderechos.org/portal/noticia.php?uid=0&todo=0&leng=es&det=609&filtro=recomendados>.

Florez Acosta, Jorge Hernán, Sara Catalina Atehortúa Becerra, y Alba Cristina Arenas Mejía. «Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín.» *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 8, nº 16 (2009): 107-131.

Florez Acosta, Jorge Hernán, Sara Catalina Atehortúa Becerra, y Alba Cristina Arenas Mejía. «Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín.» *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 8, nº 16 (enero-junio 2009): 107-131.

Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires (Paris): Siglo veintiuno editores, 2001 [1963].

Foucault, Michel. «La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina.» *Educación médica y salud* 10, nº 2 (1976): 152-170.

Freidson, Eliot. *La profesión médica, un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Nueva York: Ediciones Península, 1978.

Fumagalli, Andrea. *Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia un nuevo paradigma de acumulación*. Navarra, España: Traficantes de sueños, 2010.

- Fumagalli, Andrea, y otros. *La gran crisis de la economía global. Mercados financieros, luchas sociales y nuevos escenarios políticos*. España.: Traficantes de Sueños, 2009.
- Gañán, Jaime León. *Los muertos de ley 100: prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia. Facultad de Derecho, 2010.
- García, Claudia. «El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores.» *Univ. Psycho*, enero-abril 2007: 143-154.
- Giraldo, César. *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Ediciones Desde abajo. Fundación Cesde. Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo - Universidad Nacional de Colombia, 2007.
- Guber, Rosana. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Colombia: Grupo Editorial Norma, 2001.
- Guzmán, Fernando, y Carlos Alberto Arias. «La historia clínica: elemento fundamental del acto médico.» *Rev Colomb Cir*, nº 27 (2012): 15-24.
- Harvey, David. *Breve historia del neoliberalismo*. Primera reimpresión, 2009. Madrid, España: Ediciones Akal, S. A, 2007.
- . *Los límites del capitalismo y la teoría marxista*. México DF: Fondo de cultura económica, 1990.
- Hebert, Martin. «Ni la guerre ni la paix: campagnes de "stabilisation" et violence structurelle chez les Tlapanèques de la Montaña du Guerrero (Mexique).» *Antropologica*, 2006: 29-42.
- Hermida-Ameijeiras, A, H Lazaré-Iglesias, J E López-Paz, y C Calvo-Gómez. «Hipertensión renovascular secundaria a feocromocitoma.» *Revista Clínica Española* 12, nº 9 (Octubre 2012): 467-8.
- Hernández, Mario. *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolítica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- . *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Hernández, Mario. «Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas.» En *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*, de Darío I Restrepo, 347-361. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003.
- Hobsbawm, Eric, entrevista de Tristram Hunt. *Eric Hobsbawm: a conversation about Marx, student riots, the new Left, and the Milibands* Traducido por Urgente24.com En: <http://www.urgente24.com/205384-murio-eric-hobsbawm-influyente-historiador-del-siglo-xx?pagination=show>. (16 de 01 de 2011).
- Illich, Iván. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores, 1975.

- Iriart, Celia, Tulio Franco, y Emerson E Merhy. «The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era.» *Globalization and Health* 7, nº 2 (2011): 2-12.
- ITUC. *ITUC Global Rights Index. The world's worst countries for workers*. International Trade Union Confederation, 2014.
- Kleinman, Arthur. «What is specific to biomedicine?» En *Writing at the Margin. Discourses Between Anthropology and Medicine*, de Arthur Kleinman. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1995.
- La Parra, Daniel, y José María Tortosa. «Violencia estructural: una ilustración del concepto.» *Documentación social*, 2003: 57-72.
- Laurell, Asa Cristina, y Margarita Márquez. *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*. México: Ediciones Era, 1983.
- Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk. *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
- López C, Juan Gonzalo. «Oferta y demanda de recursos humanos en salud.» *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22, nº número especial: III Congreso Internacional de Salud Pública (2004): 93-102.
- Lozada de Díaz, María Amparo. «condiciones de trabajo de los profesionales de medicina y enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito.» En *Trabajo, Crisis global y Salud. Memorias del 7º seminario Internacional*, de Jairo Ernesto Luna García, Decssy Jackeline Cuspoca Martínez y Laura Carolina Vásquez Roa. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2010.
- Malagón-Londoño, Gustavo, William Rodríguez Uribe, y Carlos Eduardo Jurado Moncayo. «Estudio de recursos humanos del sector salud en Colombia.» *Medicina* 19, nº 46 (1997): 13-26.
- Marx, Karl. «La producción del plus valor relativo.» En *El Capital*, de Karl Marx, 379-390. México: Siglo XXI Editores, 2009 [1872].
- Marx, Karl. «Proceso de trabajo y proceso de valorización.» En *El Capital*, de Karl Marx, 215-240. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores, 1975 [1872].
- Matijasevic, Eugenio. «Aliviar siempre.» *Acta Med Colomb* 36, nº 1 (2011): 4-9.
- Mauno, Saija, Ulla Kinnunen, Anne Mäkikangas, y Jouko Nätti. «Psychological consequences of fixed-term employment and perceived job insecurity among health care staff.» *European Journal of Work and Organizational Psychology* 14, nº 3 (2005): 209-237.
- Mejía Rivera, Orlando. «En el jardín de Mendel. Bioética, genética humana y sociedad.» 2. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2010.

- Mejía, Alfonso, Helena Pizurki, y Erika Royston. «Colombia.» En *Migración de médicos y enfermeras. Análisis y repercusiones políticas*, de Alfonso Mejía, Helena Pizurki y Erika Royston, 269-287. Ginebra: OMS, 1981.
- Merhy, Elías. *Salud. La cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 2006.
- Merhy, Emerson Elías, entrevista de Luis Moro. *Cuidados en salud. Dr. Emerson Merhy*. <https://www.youtube.com/watch?v=qBCwMZkYPEw>. 9 de 10 de 2013.
- Ministerio de Salud - CENDEX. *Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. Bogotá - Colombia: Ministerio de Salud, 2001.
- Ministerio de Salud. *Análisis de Demanda y Oferta Médica y Odontológica para Colombia*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud de Colombia, 1977.
- . *Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial 1994-1998*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, Dirección de Presupuestación y Control de Gestión, 1998.
- . *Desafíos para los recursos humanos en el sistema general de seguridad social en salud. Memorias*. Primera. Editado por Ministerio de Salud PARS. Bogotá, Colombia: ARFO Editores e Impresores Ltda., 2002.
- . *Disponibilidad de recursos humanos en salud. Sector oficial directo, seguridad social y privado institucional – Colombia, 1977*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Dirección de recursos humanos. División de proyección y programación, 1981.
- . *Disposiciones legales sobre recursos humanos en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos - División de Utilización, 1979.
- . *Estudio preliminar sobre planeación de recursos humanos en salud para el año 2.000 (estudio preliminar)*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos, División de Proyección y Programación, 1984.
- . *Proyecciones de la oferta de recursos humanos en salud - Año 2.000. Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos y División de Proyección y Programación, 1982.
- Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME. *Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Métodos y resultados*. Bogotá, Colombia: Canal Ramírez, Antares, 1969.
- Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Métodos y resultados*. Bogotá, Colombia: Canal Ramírez, Antares, 1970.
- Ministerio de Salud. *Recursos Humanos en el área de la salud. Colombia 1985*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos, División de Proyección y Programación, 1987.
- . *Registro sistemático de recursos en salud, sector oficial directo*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos y División de Proyección y Programación, 1976.

- . *Registro sistemático de recursos humanos en salud, subsector oficial directo*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Dirección de Recursos Humanos y División de Proyección y Programación, 1980.
- Ministerio de Salud; Academia Nacional de Medicina; CONSIMED. *Análisis del desarrollo profesional del médico ante la puesta en marcha de la ley 100. Diez ciudades capitales*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1998.
- Ministerio de Trabajo. *Guía de atención integral de Seguridad y Salud en el Trabajo para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Trabajo e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2015.
- Minuto30.com. «En Belén, un paciente atacó con un palo a una médica por presunta demora en la atención.» *Minuto30.com*. 08 de 04 de 2015. <http://www.minuto30.com/en-belen-un-paciente-ataco-con-un-palo-a-una-medica-por-presunta-demora-en-la-atencion/325583/> (último acceso: 08 de 04 de 2015).
- Molé, Noelle. «Precarious subjects: Anticipating Neoliberalism in Northern Italy's Workplace.» *American Anthropologist* 112, n° 1 (2010): 38-53.
- Molina Marín, Gloria, Andrés Ramírez Gómez, y Adriana María Ruíz Guriérrez. *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín: Pulso y Letra Editores, 2014.
- Molina, Gloria, y Andrés Ramírez. «Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009.» *Rev Panam Salud Publica* 33, n° 4 (2013): 287-93.
- Morales, Luis Gonzalo, Ilse Chavarriaga, y Javier Barrero. «Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998.» *Vía Salud*, 1999: 5-12.
- Navarro, Vicente. *Medicine Under Capitalism*. New York, USA: Prodist, 1976.
- Nigenda, Gustavo, y otros. *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica*. Cuernavaca, México, 2010.
- Novick, Martha. «La transformación de la organización del trabajo.» En *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*, de Enrique de la Garza Toledo (coordinador), 123-147. México: El colegio de México, Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- O'Connor, James. *El significado de la crisis. Una introducción teórica*. Madrid: Editorial Revolución, 1989.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*. Organización Mundial de la Salud, 2006.
- Ong, Aihwa. *Spirits of resistance and capitalist discipline. Factory women in Malasya*. New York: State University of New York Press, 1987.

- OPS. *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington, D. C.: OPS, 2012.
- . *Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido*. Washington, D.C.: OPS, 2011.
- Ortega, Dulia, César García, y Leandro Biagini. «Profesionalismo: una forma de relación entre médicos, pacientes y sociedad.» *Rev. chil. radiol* 12, nº 1 (2006): 33-40.
- Ortiz Monsalve, Luis Carlos, Hernando Cubides Zambrano, y Diego Antonio Restrepo Miranda. *Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.
- Ospina Lugo, Julio Enrique, Jaqueline Molina de Uriza, Ricardo Escobar Gaviria, Diego Giraldo Samper, y César Rendón Valencia. *Recurso humano en medicina: formación, distribución y bases para una propuesta política*. Bogotá: ASCOFAME, 2000.
- Paredes Manrique, Raúl. *Conferencia nacional de resultados del Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1967.
- Parker, Richard. *Bodies, pleasures, and passions: Sexual Culture in Contemporary Brazil*. Boston: Beacon Press, 1991. Boston: Beacon Press, 1991.
- PARS. *Oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia 1999-2001*. Bogotá, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS, Ministerio de la Protección Social - MPS, 2007.
- PARS, MPS, CENDEX. *Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. Segunda edición. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social, 2007.
- Patiño Restrepo, José Félix. *Pensar la medicina*. Bogotá, D. C: Universidad Nacional de Colombia, 2014.
- Piñeros, Marión, Ricardo Sánchez, Fernando Perry, Oscar Armando García, Rocío Ocampo, y Ricardo Cendales. «Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia.» *Salud Pública de México* 53, nº 6 (2011): 478-485.
- Plouin, PF, A La Batide, B Fiquet-Kempf, P Rossignol, P Launay-Mignot, y G Bobrie. «Hypertensions artérielles secondaires à des causes curables chez l'adulte.» *Presse Médicale* 31, nº 8 (2002): 371-8.
- Preciado, Beatriz. *¿La muerte de la clínica?*
<https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>, 9 de 03 de 2013.
- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS. *Observatorio de los recursos humanos de salud. Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT*. Quito, Ecuador: OPS, 2000.

- Quevedo, Emilio, y otros. *Historia de la medicina de Colombia. Tomo III: Hacia una profesión liberal (1865 – 1918)*. Bogotá D.C: Tecnoquímicas/Grupo Editorial. Norma, 2010.
- Ramírez A, Jorge Luis. «El impacto de la reforma de la salud en Colombia en la calidad de vida de los médicos en Caldas.» Caldas, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales, 2012.
- Restrepo Miranda, Diego Antonio, y Luis Carlos Ortiz Monsalve. «Situación laboral de los profesionales en medicina y enfermería en Colombia: aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al SGSSS.» *Boletín del Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos*, Diciembre 2010: 1-4.
- Ruíz Gómez, Fernando, Teana Zapata Jaramillo, y Liz Garavito Beltrán. «Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008.» *Rev Panam Salud Publica* 33, nº 2 (2013): 107-15.
- Ruiz, F, MA Matallana, ME Vásquez, JL Amaya, LA Parada, y MR Piña. *Recursos Humanos de la Salud en Colombia - 2008. Balance, competencias y prospectiva*. Editado por Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia: JAVEGRAF, 2009.
- Sánchez Vargas, Guillermo. *Cáncer de piel no melanoma: riesgos e itinerarios*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia - Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2013.
- Sánchez, Ricardo. «Palo a los médicos.» En *¡Huelga!*, de Ricardo Sánchez, 317-358. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2009.
- Semana. «Los reveladores correos de las EPS e IPS.» *Revista Semana*. 27 de 11 de 2014. <http://www.msn.com/es-co/noticias/mundo/los-reveladores-correos-de-las-eps-e-ips/ar-BBg0xh8?ocid=mailsignout> (último acceso: 28 de 11 de 2014).
- Superintendencia Nacional de Salud. *El recurso humano de la salud en Colombia*. Bogotá, Colombia: Superintendencia Nacional de Salud, 1995.
- Trifanescu, Raluca, y otros. «Screening for Secondary Endocrine Hypertension in Young Patients.» *MAEDICA – a Journal of Clinical Medicine* 8, nº 2 (2013): 108-115.
- Vasco, Alberto. *Salud, Medicina, y clases sociales*. Medellín - Colombia: Rayuela, 1986 [1974].
- Vega, Renán. *Capitalismo y despojo*. Bogotá, Colombia: Impresol Ediciones, 2013.
- . *Neoliberalismo: mito y realidad*. Bogotá, Colombia: Ediciones Pensamiento Crítico, 2001.
- Vélez Arango, Alba Lucía (editora). *El talento humano y la reforma a la seguridad social en salud en Colombia. Memorias del taller de consenso sobre: Lineamientos para la formación del Recurso Humano en Salud al 2001*. Manizales: Universidad de Caldas, 2001.

- Waitzkin, Howard. *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Centro de Historia de la Medicina, 2013.
- . *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors deal with Social Problems*. New Haven; London: Yale University Press, 1991.
- Wiesner-Ceballos, Carolina. «Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia.» *Rev Colomb Cancerol* 11, n° 1 (2007): 13-22.
- Wiesner-Ceballos, Carolina, Marcela Vejarano-Velandia, Juan C Caicedo-Mera, Sandra L Tovar-Murillo, y Ricardo Cendales-Duarte. «La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones.» *Rev. salud pública [online]* 8, n° 3 (2003): 185-196.