

**LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL ACTUAL
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO DESDE UNA
PERSPECTIVA RELACIONAL**

VICTORIA EUGENIA GONZÁLEZ CÁRDENAS

Tesis de grado para optar al título de Doctora en Ciencias Humanas y Sociales

DIRECTOR

Dr. YOBENJ AUCARDO CHICANGANA BAYONA

Profesor Titular Departamento de Historia

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MEDELLÍN
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
DOCTORADO EN CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

Medellín, 2014

NOTA APROBATORIA

JURADOS

DEDICATORIA

A Dios quien con su dulce presencia acompaña mi existencia, sin él nada de lo que viví durante esta investigación hubiera tenido sentido.

A mi esposo Luis Javier que me hace amar cada día más la vida, quien ha sufrido mis ausencias y mi falta de tiempo. Aun así me ha apoyado incondicionalmente.

A mi padre Enrique González García de quien herede el amor por la academia, a pesar de su partida en pleno doctorado, sus sabios consejos nutrieron de fortaleza este proceso.

A los médicos y las médicas que hicieron posible esta investigación al permitirme entrar en sus vidas, compartir sus experiencias y observar sus espacios.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, por el apoyo durante el proceso de formación doctoral.

A la Universidad de Antioquia institución en la cual laboro, por brindarme la comisión de estudios para la realización del Doctorado.

A la Escuela de Microbiología, por facilitar las condiciones necesarias para mi ausencia durante estos cuatro años.

A mi director de tesis Yobenj Chicangana, por el acompañamiento durante estos años y sus valiosos aportes a la investigación.

Al profesor Oscar Almario García en Medellín, quien trazó la ruta de esta investigación desde las ciencias sociales, sus notas de clase y aportes a los ensayos me acompañaron hasta el último momento de escritura de esta tesis.

Al profesor John Harold Estrada en Bogotá, por sus valiosas asesorías y aportes desde la clase social. Fue mi polo a tierra innumerables veces.

A Sergio, el esposo de Yazmín mi amiga entrañable, quien desde sus experiencias como médico se convirtió en el soporte académico durante este tramo de mi vida.

A mi amiga Marleny, por las lecturas juiciosas y el tiempo compartido durante el Doctorado, cargado de aprendizajes y de hermosos recuerdos.

A mi hijo Juan David y mi nuera Cindy, por su trabajo juicioso como auxiliares investigativos.

A mi hija Catalina, mi nieto Samuel, y mi yerno Holmer, por el amor con el cual me acogieron en su hogar durante mis viajes académicos.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	17
1. MODELO DE ARTICULACIÓN RELACIONAL PARA EL ANÁLISIS DE LA CLASE SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO	26
1.1 Trayectoria de la categoría de clase social en el pensamiento sociológico.....	29
1.2 La perspectiva relacional neomarxista de clase social y los aportes de Olín Wright.....	40
1.3 De la teoría sociológica contemporánea a la teoría de los campos de Pierre Bourdieu	45
1.4 El modelo de articulación relacional y su aplicación en el análisis de la clase social del campo médico	55
1.4.1 Delimitación del objeto de estudio bajo conceptos relacionales.....	56
1.4.2 Posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS	58
1.4.3 Disposiciones de los médicos a partir de los <i>habitus</i>	60
2. EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE AJUSTE ESTRUCTURAL EN EL CAMPO MÉDICO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	64
2.1 El contexto global de las políticas neoliberales	65
2.2 Ajuste Estructural en América Latina y en Colombia	71
2.3 Implicaciones de las políticas de ajuste estructural en el campo médico.....	82
3. ESTRUCTURA DE LA CLASE SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO EN EL SGSSS	89
3.1 El campo de poder: relaciones de fuerza que impactan el campo médico	90
3.1.1 La lógica de especialidad clínica en la universidad privada	93
3.1.2 Formas de trabajo médico en el SGSSS.....	96
3.1.3 Flexibilización laboral: el caso de las CTA	99
3.2 La estructura de la clase social del campo médico en el SGSSS	108

3.2.1 Posiciones de los médicos generales.....	110
3.2.2 Posiciones de los médicos con especialidad clínica.....	111
3.2.3 Posiciones de los médicos con especialización en otras áreas	113
3.2.4 Estructura en el papel de la clase social en el campo médico	116
3.3 Las clases sociales de los médicos en el SGSSS	121
3.3.1 Los médicos generales: la clase proletaria del campo médico.....	123
3.3.2 Los médicos de especialidad clínica: la clase diferenciada del campo médico	128
3.3.3 Los médicos con especialización en otras áreas: la clase contradictoria del campo médico ...	131
4. EL MÉDICO COMO AGENTE SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO	134
4.1 El médico general como agente proletario.....	139
4.2 El médico de especialidad clínica como agente diferenciado.....	160
4.3 El médico con especialización como agente en posición contradictoria	167
CONCLUSIONES	172
FUENTES	179
ANEXOS	189

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Momentos del desarrollo del modelo de articulación relacional para el análisis de la clase social del campo médico	55
Tabla 2. Categorías de análisis objetivas para determinar las posiciones de los médicos en el SGSSS. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental	59
Tabla 3. Categorías de análisis subjetivas para analizar las disposiciones de los médicos en el campo médico. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Delimitación del objeto de estudio bajo conceptos relacionales. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental.....	58
Gráfico 2. Modelo de articulación relacional para el análisis del campo médico. Elaboración de la investigadora con base en la revisión documental.....	62
Gráfico 3. Posiciones ocupadas por los médicos generales en el SGSSS desde el capital económico. Resultado de la investigación realizada	110
Gráfico 4. Posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS desde el capital cultural. Resultado de la investigación realizada.....	111
Gráfico 5. Posiciones ocupadas por los médicos de especialidad clínica en el SGSSS desde el capital económico. Resultado de la investigación realizada.....	112
Gráfico 6. Posiciones ocupadas por los médicos de especialidad clínica en el SGSSS desde el capital cultural. Resultado de la investigación realizada	113
Gráfico 7. Posiciones ocupadas por los médicos con especialización en otras áreas en el SGSSS desde el capital económico. Resultado de la investigación realizada	114
Gráfico 8. Posiciones ocupadas por los médicos con especialización en otras áreas en el SGSSS desde el capital cultural. Resultado de la investigación realizada	115
Gráfico 9. Estructura de clase social de los médicos en el campo médico en relación con el capital económico. Resultado de la investigación realizada.....	118
Gráfico 10. Estructura de la clase social de los médicos en el campo médico con relación al capital cultural. Resultado de la investigación realizada.	119
Gráfico 11. Estructura de clase social del campo médico en el actual sistema de salud colombiano. Resultado de la investigación realizada.	120

LISTA DE ILUSTRACIONES

- Ilustración 1.** Mapa de categorías de análisis objetivas y subjetivas para la articulación de los niveles macro y micro en la construcción relacional de la clase social del campo médico. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental..... 63
- Ilustración 2.** La clase social del campo médico desde un análisis relacional. Elaboración de la Investigadora con base en la propuesta de modelo de articulación relacional..... 107

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

- Fotografías 1.** Evento Académico Derecho a la Salud. Organizado por la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. Universidad de San Buenaventura. 25 de Mayo de 2013..... 157
- Fotografías 2.** Movilización "Martes por la Salud". Convoca Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. 28 de febrero de 2008..... 158
- Fotografías 3.** Murales Superiores Universidad San Buenaventura e Inferiores Universidad de Antioquia, alusivos a las políticas neoliberales y convocando al Derecho a la Salud. Tomadas por la Investigadora entre febrero y mayo de 2013 159
- Fotografías 4.** Marcha de médicos residentes en Medellín el 28 de octubre de 2013. Tomado de www.elcolombiano.com el 25 de noviembre de 2013..... 166

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz para el análisis de documentos primarios	189
Anexo 2. Matriz para el análisis de la norma	190
Anexo 3. Ficha bibliográfica para fuentes secundarias	191
Anexo 4. Encuesta para médicos	193
Anexo 5. Guía de entrevistas para médicos	195
Anexo 6. Consentimiento informado para médicos.....	198
Anexo 7. Compromiso de confidencialidad para auxiliares investigativos	199
Anexo 8. Caracterización de los médicos participantes.....	200
Anexo 9. Fotografías observación participante	203

LISTADO DE SIGLAS

ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

AID: Agenda Internacional para el Desarrollo

APS: Atención Primaria en Salud

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado

ASMEDAS: Asociación Médica Sindical Nacional

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

CST: Código Sustantivo de Trabajo

CTA: Cooperativas de Trabajo Asociado

ESE: Empresa Social del Estado

EPS: Empresa Promotora de Salud

EAT: Empresa de Trabajo Asociativo

FMI: Fondo Monetario Internacional

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

ICETEX: Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

ISS: Instituto de Seguros Sociales

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMC: Organización Mundial del Comercio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORHS: Observatorio de Recursos Humanos en Salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

SAS: Sociedad por Acciones Simplificada

SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

TLCN: Tratado de Libre Comercio de Norteamérica

UdeA: Universidad de Antioquia

UPC: Unidad de Pago por Capitación

RESUMEN

Esta investigación nace del interés por aportar al conocimiento del campo médico en el actual sistema de salud colombiano desde la clase social. Se trata de un análisis relacional que intentó aproximar el conjunto de posibilidades que ofrece el sistema de salud como espacio social a los médicos, y las estrategias y elecciones que ellos emplean para su inserción en la estructura de clase social que se conforma en el campo médico. Es por ello, que la pregunta general que direccionó la investigación fue sobre ¿Cuáles son los procesos estructurales y subjetivos que configuran la clase social del campo médico en el actual sistema de salud colombiano? lo que sitúa la investigación en la perspectiva del estructural constructivismo. El abordaje teórico-metodológico para la construcción de la clase social del campo médico, se realizó a través de una propuesta de modelo de articulación relacional basada en los aportes de dos reconocidos sociólogos –Olín Wright y Pierre Bourdieu– lo que permitió la articulación de los niveles macro y micro a través de la relación entre categorías de análisis objetivas y subjetivas. Las técnicas de investigación empleadas fueron la revisión documental, la encuesta, la entrevista a profundidad, la observación participante y la biografía comparada de las trayectorias sociales de 37 médicos – 16 médicos generales, 11 médicos con especialidad clínica y 10 médicos con especialización en otras áreas– de la ciudad de Medellín y el Municipio de Rionegro. Los hallazgos muestran en el nivel macro la existencia de un vínculo entre el capital económico y el capital cultural en el campo médico, el cual sitúa a los médicos, de acuerdo a sus posesiones, en posición diferencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–. A nivel micro fueron identificados, a partir de sus experiencias, tres factores diferenciadores de clase: la lógica de especialidad clínica en la universidad privada, las formas de trabajo del médico en el SGSSS, y la flexibilidad laboral –específicamente el caso de las Cooperativas de Trabajo Asociado–. La articulación y relación de estos hallazgos permitieron concluir que la clase social del campo médico corresponde a la clase social que vive del trabajo, cuya estructura está conformada por la clase proletaria, que corresponde a los médicos generales; la clase diferenciada, a los médicos de especialidad clínica; y la clase indeterminada a los médicos de especialización en otras áreas.

Palabras clave: médicos, campo médico, sistema de salud colombiano, clase social.

ABSTRACT

This research stems from self-interest to contribute to the knowledge of the medical field in the current Colombian health system from the social class. It is a relational analysis that tries to approximate the set of possibilities offered by the health system as doctor's social space, and the strategies they employ and choices for insertion in the social class structure that conforms to the medical field. Therefore, the overall research question was routed by about ¿Who are the structural and subjective process that shapes the social class of the medical field in the current Colombian health system? Which puts research in perspective of structural constructivism. The theoretical and methodological construction of the social class of the medical field, approach was performed through a proposed joint relational model based on input from two renowned sociologists –Olin Wright and Pierre Bourdieu–, which allowed the articulation of macro and micro levels across categories relationship between objective and subjective analysis. The research techniques used were document review, survey, in-depth interviews, participant observation and biography comparative social trajectories of 37 doctors –16 doctors general, 11 doctors with clinical specialty, and 10 doctors specialty clinic in other areas– of Medellín and the City of Rionegro. Findings show at the macro level the existence of a link between economic capital and cultural capital in the medical field, which places physicians, according to their possessions in differential position in the General System of Social Security in Health SGSSS. At the micro level were identified, based on their experiences three differentiators class: the logic of clinical specialty in the private university, forms of physician work in SGSSS and labor flexibility –specifically the case of Worker Cooperatives Associated–. The articulation and relationship of these findings led to the conclusion that the social class of the medical field is the social class living labor, the structure consists of the proletarian class, which corresponds to the general doctors, the differentiated class, doctors with clinical specialty, and the indeterminate class, doctors in other areas of specialization.

Keywords: medical, medical field, Colombian health system, social class.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de globalización capitalista que dieron origen en los años setenta-ochenta a las políticas de ajuste estructural de carácter neoliberal en América Latina, se hicieron visibles en Colombia en la década de los noventa a través de la implementación de una serie de políticas neoliberales a nivel social caracterizadas por la privatización, el aumento de cobertura y la introducción de la lógica del mercado en el sector educativo, de salud, y laboral. Los cambios más sustanciales están contenidos en la Ley 30 de 1992 por la cual se formuló la Educación Superior en Colombia; la Ley 100 de 1993 que estableció el Sistema de Seguridad Social, dentro de ella el SGSSS; y la Ley 50 de 1990 que introdujo cambios al Código Sustantivo de Trabajo.

Estas políticas incidieron en el mercado educativo, en el mercado de servicios de salud y en el mercado laboral del campo médico. En el mercado educativo se presentó un aumento de la cobertura en las instituciones de educación superior que significó un deterioro en la calidad de la formación y sobreoferta de médicos para el mercado laboral. En el mercado de servicios de salud, el aumento de la cobertura en salud a toda la población colombiana que requirió de un mayor número de médicos para atender la demanda de servicios en un contexto de reducción de costo y rentabilidad financiera con efectos en el tipo de contratación y salario ofrecido a los médicos. En el mercado laboral la contratación de mano de obra a través de cooperativas o empresas temporales con el propósito de reducir la carga prestacional. Estas situaciones trajeron como consecuencia el

deterioro de las condiciones laborales de los médicos y por ende el descenso socioeconómico que presentan en la actualidad, una problemática que afecta a la mayoría de las regiones y países del mundo (Molina, Muñoz, & Ramírez, 2011; PST-Colombia, 2011; Ruiz et al., 2009).

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud –OMS–, el Observatorio de Recursos Humanos en Salud –ORHS–, la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, y organismos nacionales como el Ministerio de Protección Social –MPS–, entre otros; han promovido la realización de estudios que den cuenta de las transformaciones dadas en el mundo del trabajo y sus repercusiones sobre los recursos humanos del sector salud, con el fin de obtener información que les permita apoyar el diseño de políticas tendientes a impactar positivamente, entre otros aspectos, en las condiciones laborales de este personal (Muñoz, Higueta, Sarasti, & Londoño, 2011; Salud-PARS, 2007; Social & PARS, 2007).

En Colombia fue creado el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud –PARS– para apoyar la implementación de la Ley 100 de 1993, el cual dio prioridad a los estudios referentes a los recursos humanos en salud enfocándose en cuatro investigaciones que cubrieron aspectos tanto cuantitativos de mercado laboral, como cualitativos en lo que refiere a las características de la formación, las competencias y el desempeño laboral. Estas investigaciones generaron impacto a nivel de políticas públicas, puesto que a partir de ellas se formuló un plan de largo plazo y se abordó una reforma extensiva que condujo a la creación e implementación de la Ley 1164 de 2007 –Ley del Talento Humano en Salud– por parte del Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional y el Congreso de la República, y otras instancias como gremios, asociaciones profesionales y universidades (MinSalud, 2013; Ruiz et al., 2009; Salud-PARS, 2007).

En Medellín, el grupo de investigación en Gestión y Políticas de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia ha desarrollado varias investigaciones centradas en aspectos de la política de salud, la gestión del sistema y las instituciones de salud, el acceso y la calidad de los servicios, el derecho a la salud, las condiciones laborales de los profesionales de la salud, entre otros. Investigaciones que fueron compiladas en el libro sobre “Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia” (Molina, Muñoz, y Ramírez, 2011), en el cual se destaca la importancia que revisten estos temas para la comprensión de las fuerzas que dominan el panorama de la salud en Colombia y los dilemas a los cuales se ven enfrentados los profesionales de la salud.

Son por lo tanto numerosas las investigaciones que se han realizado con respecto al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– y los profesionales de la salud, las cuales promueven escenarios de discusión y análisis en aras de la generación de nuevas investigaciones e iniciativas estratégicas para mejorar el sistema de salud colombiano y las condiciones de calidad de la prestación del servicio de salud. Sin embargo, en la mayoría de las investigaciones se observa un abordaje a la problemática desde lo laboral sin precisar las diferencias de clase social que se han generado en los médicos a causa del descenso socioeconómico que acarrea el detrimento de sus condiciones laborales, y las implicaciones que las políticas neoliberales provenientes de un contexto de globalización capitalista tienen sobre la desigualdad económica y social de los profesionales de la salud, entre ellos los médicos, lo que muestra la pertinencia teórica y empírica del análisis de la clase social realizada en esta investigación.

Además, los estudios se han enfocado desde una perspectiva macro de las grandes estructuras o micro de los relatos y testimonios, no es fácil encontrar investigaciones que hayan realizado una comparación sistemática entre las estructuras socioeconómicas y las acciones de los agentes para abordar la problemática, lo cual motivó aún más la realización de esta investigación inscrita en la perspectiva del estructural constructivismo que permitió articular la estructura del SGSSS con las experiencias vividas por 37 médicos en sus trayectorias sociales –educativa y laboral–. La relación entre las posibilidades que ofrece el SGSSS a los médicos y las elecciones y estrategias empleadas por ellos, permitieron definir la clase social de los médicos de manera particular y del campo médico de manera general.

El reto lo constituye el avanzar en el desarrollo de un concepto alternativo de clase social en el campo médico desde una perspectiva relacional, a partir del análisis simultáneo de las posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS y los factores diferenciadores inscritos en sus mecanismos de inserción laboral que hacen que asuman una posición de clase determinada. Por lo tanto, esta investigación tuvo como objetivo general analizar la clase social de los médicos en el actual sistema de salud colombiano, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas del campo médico proporcionadas por las reformas establecidas a comienzos de la década del 90 en el mercado educativo, laboral y de servicios de salud; en relación con las elecciones y estrategias que algunos de ellos emplean para su inserción laboral.

Se trata de un análisis relacional de clase social apoyado en la propuesta de modelo de articulación relacional construida por la investigadora para el abordaje del objeto de estudio: la clase social del campo médico. Esta propuesta permitió la articulación del nivel macrosocial y microsocioal de la problemática a partir de la relación de 11 categorías analizadas en los médicos.

Con los hallazgos de las categorías objetivas se graficó la estructura de clase social que se configura en el campo médico lo que facilitó el análisis de las diferencias significativas que se hallaron entre los médicos en correspondencia con los hallazgos subjetivos.

El modelo de articulación relacional se construyó sobre la base de un concepto de clase social que refiere a un conjunto de individuos –médicos– que comparten ciertas características estructurales iguales –el SGSSS–, en ciertos aspectos relevantes –políticas neoliberales–. No son simples posiciones o roles anclados en una estructura ocupacional –médicos generales, médicos de especialidad clínica, médicos con especialización en otras áreas–, sino que se definen por su posición cualitativa dentro de una relación social –SGSSS y médicos–. La clase social es un objeto construido relacionamente con base en las diferencias halladas sobre elementos de tipo cualitativo que incluyen: los recursos materiales, como el capital económico; los títulos de formación profesional, como el capital cultural, la pertenencia a redes sociales de apoyo como el capital social y las trayectorias sociales, como la educativa y laboral.

Los médicos participantes fueron seleccionados bajo criterios previamente establecidos con base en la revisión documental que permitió abarcar las características de grupo necesarias para el análisis general del campo médico en la investigación. El grupo estuvo conformado por 37 médicos de la ciudad de Medellín y el municipio de Rionegro, divididos en tres grupos: médicos generales, médicos de especialidad clínica y médicos con especialización en otras áreas. Los estratos socioeconómicos a los cuales pertenecen son muy variables oscilan entre el estrato 3 y el estrato 6, las edades se encuentran entre 25 y 68 años, son tanto médicos como médicas. Un gran número de ellos realizó el pregrado en una universidad pública, puesto que es la de mayor demanda para el programa de medicina en Medellín. Sin embargo, los médicos egresados de la universidad

privada, tanto en pregrado como posgrado, permitieron la saturación de las categorías de análisis correspondientes al área de formación.

En el área laboral se encuentran ubicados en instituciones tanto públicas como privadas, algunos en medicina prepagada o consultorio particular, en instituciones universitarias y centros investigativos; en cargos asistenciales, administrativos, gerenciales o como médicos especialistas en dermatología, deportología, neumología, pediatría, cirugía plástica, anestesiología, entre otros. En el grupo se encuentran jubilados, recién egresados, dedicados a otras actividades relacionadas con el gremio médico como las asociaciones sindicales, o alternando en diferentes instituciones con diferentes cargos. Sus condiciones de contratación, salarios y estabilidad varían significativamente de acuerdo al tipo de institución y el posgrado realizado.

Con los hallazgos objetivos y subjetivos de este grupo de médicos se intentó construir la clase social del campo médico de manera general y de cada grupo –médicos generales, médicos de especialidad clínica y médicos con especialización en otras áreas– de manera particular, lo que resultó una tarea compleja, como la realidad misma, dada la diversidad de elementos que entran en juego para el análisis, y las limitantes de tiempo establecidas en la formación doctoral. Esta construcción de la clase social, de la mano de la propuesta de modelo de articulación relacional para el análisis del campo médico sustentó la tesis desarrollada en la investigación: “La clase social de los médicos en el actual sistema de salud colombiano puede analizarse desde una perspectiva relacional”.

El primer capítulo de la tesis “Modelo de articulación relacional para el análisis de la clase social del campo médico” representa el sustento teórico-metodológico de la tesis, puesto que

permitió analizar la clase social desde una perspectiva relacional. Esta propuesta representa un aporte significativo a la investigación social, específicamente en la clase social, soportada en la relevancia de las categorías de análisis en el campo médico y la contribución que se ha hecho a partir de los hallazgos sustentados en la investigación. En primera instancia se presenta la trayectoria de la categoría de clase social en el pensamiento sociológico hasta llegar a los aportes, que desde la perspectiva relacional neomarxista, brindó a la propuesta el trabajo de Olín Wright sobre el análisis micro de la estructura de clase social y el concepto de clase contradictoria o clase media (Wright, 1978, 1992, 1995). Posteriormente, se realiza un breve recorrido sobre la integración micro/macro y acción/estructura en la sociología contemporánea que permite llegar a la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, en la cual se encuentra inscrita su teoría sobre la clase social (Bourdieu, 1987, 1990, 1991, 1997, 1998; Bourdieu & Wacquant, 1995). Finalmente, se considera la aplicación del modelo de articulación relacional en la tesis a partir de la integración de los elementos propuestos en el análisis de campo de Bourdieu y el análisis de los efectos de las grandes estructuras capitalistas sobre la vida de los individuos de Wright. De estos elementos, se derivaron las categorías de análisis objetivas y subjetivas con las cuales se construyeron de manera particular las clases sociales de los médicos por grupos y de manera general en el campo médico.

El segundo capítulo titulado “El impacto de las políticas de ajuste estructural en el campo médico del sistema de salud colombiano” se introdujo en la tesis como un eje articulador para el análisis de la clase del campo médico, puesto que las políticas neoliberales implementadas en los años noventa en Colombia conformaron una estructura de relaciones de fuerza que incidieron, y aún inciden, en el campo médico, determinando factores diferenciadores de clase social que establecen las posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS. El objetivo de este capítulo es, no solo determinar los efectos de estas políticas en el campo médico, sino exponer sus orígenes

arraigados en los procesos de globalización capitalista que en los años setenta-ochenta dieron lugar a una serie de políticas de ajuste estructural que fueron implementadas en la mayoría de los países de América Latina y visibles en Colombia en la década del noventa.

El tercer capítulo “Estructura de la clase social del campo médico en el SGSSS” es un capítulo de vital importancia, no solo porque técnicamente confronta los hallazgos con la literatura existente en el tema, sino porque en ella confluye el modelo de articulación relacional que permitió establecer los efectos de las relaciones de fuerza sobre el campo médico provenientes del campo de poder –políticas de ajuste estructural–, las posiciones de los médicos en el SGSSS con respecto a los capitales –económico y cultural– que están en juego, y la estructura de clase social que se conforma en el campo médico a partir de estos hallazgos los cuales fueron graficados mediante el paquete estadístico R.

El cuarto capítulo denominado “El médico como agente social del campo médico” expone el nivel de análisis micro social, correspondiente a las disposiciones de los médicos para su inserción en cada una de las clases sociales del campo médico, las cuales dependen de los *habitus* que han introyectado a través de las experiencias vividas en sus trayectorias sociales, incluyendo las relaciones sociales de producción que sustentan estas clases sociales y las relaciones que se establecen entre ellas en la estructura ocupacional. Estos *habitus* les permiten hacer una evaluación de su propia situación y los lleva a emplear estrategias de inversión para asumir, como agentes sociales, una posición determinada en la estructura de clase social. Esto implica acción, por lo que el médico es considerado como agente generador de prácticas en el campo médico. Inicialmente se presenta el médico general como agente proletario, luego el médico de especialidad clínica

como agente diferenciado, y por último el médico con especialización como agente en posición contradictoria.

El quinto capítulo “Conclusiones”, presenta los principales aportes de la investigación al conocimiento de la clase social del campo médico, la estructura social que lo conforma y las características individuales de cada clase social definida. De igual manera, se exponen las contribuciones a la investigación social desde la aplicabilidad del modelo de articulación relacional para el análisis de clase social. De acuerdo con los hallazgos se propone una clasificación para cada grupo y se establecen los factores diferenciadores que la determinan dentro del SGSSS. Finalmente, se realiza un análisis crítico del trabajo realizado en el cual se precisan las fortalezas y limitaciones encontradas en el proceso de realización de la investigación y algunas recomendaciones para futuras intervenciones en la clase social del campo médico y en investigaciones de clase social desde una perspectiva relacional.

1. MODELO DE ARTICULACIÓN RELACIONAL PARA EL ANÁLISIS DE LA CLASE SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO



El concepto de clase social ha sido ampliamente utilizado por la teoría sociológica en el análisis de las desigualdades sociales desde diferentes tradiciones teóricas que proporcionan formas de abordaje teórico-metodológicos específicos. La indagación alrededor de la clase social y sus procesos de configuración llevan a un debate central en las ciencias sociales, la relación existente entre estructura/acción social; en esta tensión, las perspectivas teóricas para explicar la clase social han transitado en un amplio espectro conceptual cuyos orígenes provienen de dos corrientes clásicas: la teoría marxista y la teoría weberiana.

La teoría marxista define el concepto de clase social desde una concepción estructuralista de la división social del trabajo como consecuencia de la posición que ocupan los individuos respecto a los medios de producción (Marx, 1971; Ritzer, 1996; Wright, 1995). Por su parte, la teoría weberiana, proveniente de la corriente funcionalista, define el concepto de estrato social el

cual hace énfasis en qué cosas –materiales– tienen las personas, en qué gastan sus ingresos y cómo los consumen en términos de hábitos, configurándose así una diversidad de estilos de vida (Weber, 1964). A partir de estas dos corrientes teóricas se encuentran una variedad de enfoques sobre las clases sociales en la teoría sociológica contemporánea, que a pesar de los avances teóricos y metodológicos logrados desde la integración y síntesis teórica de los años ochenta, aún no supera completamente la dicotomía entre la estructura y el sujeto (Ritzer, 1996).

Desde los años noventa, algunos teóricos intentaron superar esta antinomia clásica mediante propuestas teóricas integradoras de continuidad entre el actor y la estructura, articulando la dimensión analítica de los actores sociales con su dimensión histórica y estructural (Ritzer, 1996). Entre estas propuestas se destacan, para la teoría de las clases sociales, dos autores contemporáneos, uno de ellos es Eric Olin Wright, norteamericano, que siguiendo un enfoque relacional neomarxista de la clase social, “intenta relacionar las estructuras macro capitalistas con el impacto que ellas producen a un nivel más concreto y micro posibilitando la comprensión de las variaciones históricas entre sociedades y el impacto de la clase sobre la vida de sus miembros” (Sémblér, 2007, p.33).

El otro autor es Pierre Bourdieu, francés, que desde un enfoque estructural constructivista de la teoría de clase social trata de “revelar las estructuras profundas de los mundos sociales y los mecanismos que tienden a su reproducción o transformación”, develando “los esquemas perceptuales y evaluativos que los agentes introducen en su vida cotidiana” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.20). Bourdieu centra el análisis en la estructura de las relaciones objetivas que determina las formas que pueden tomar las interacciones y representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas

Sería demasiado ambicioso haber pretendido a través de esta investigación superar la antinomia clásica entre lo micro/macro o la acción/estructura, por lo que lejos de presentar una exhaustiva revisión teórica de los debates existentes en cada corriente, la intención es exponer de una manera sistemática y ordenada los elementos que desde los aportes de Wright y Bourdieu se articularon para construir esta propuesta de modelo teórico-metodológico que permitió el análisis relacional de la clase social del campo médico en el SGSSS desde la articulación de los dos niveles de análisis micro/macro o acción/estructura. La pregunta sobre ¿Cuáles son los procesos estructurales y subjetivos que configuran la clase social de los médicos en el actual sistema de salud colombiano? que trazó el rumbo hacia el cumplimiento de los objetivos, motivó el riesgo de construir esta propuesta, muy seguramente compleja, pero cuya articulación posibilitó una mirada relacional en el análisis de la clase social. Es importante hacer la salvedad, que la propuesta aún continúa en construcción.

A continuación se presentan cada uno de los aportes que sustentan la propuesta, no sin antes exponer la trayectoria que ha tenido la categoría de clase social en el pensamiento sociológico de donde derivan los análisis de clase social en la actualidad, en seguida se expone el concepto de clase social desde un enfoque relacional neomarxista, donde surge el trabajo de Olín Wright sobre el análisis micro de la estructura social y el concepto de clase contradictoria. Luego, un breve recorrido sobre la integración micro/macro y acción/estructura en la sociología contemporánea que permite llegar a la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, en la cual se encuentra inscrita su teoría sobre la clase social. Finalmente, se considera la propuesta de modelo de articulación relacional para el análisis de clase social que se empleó en la investigación.

1.1 Trayectoria de la categoría de clase social en el pensamiento sociológico

La categoría de clase social surge con el pensamiento social y económico de los primeros sociólogos que emergieron en el contexto de una sociedad capitalista, la Europa del siglo XIX. Por ello el análisis de la clase social se apoya en la economía y la sociología, disciplinas que forman parte de las denominadas ciencias sociales, las cuales a su vez se inscribieron en el pensamiento intelectual y en el contexto social característico de la época, lo cual influyó abiertamente en el surgimiento y desarrollo de la teoría sociológica y en el análisis de la división social en clases. Como lo expresa Giddens: “la coincidencia del clima político de la Revolución francesa y de los cambios económicos forjados por la Revolución industrial, ofreció el contexto a partir del cual surgió la sociología” (Giddens, 1998, p.16)

Las revoluciones políticas que se produjeron a lo largo del siglo XIX desencadenaron el interés de la teoría sociológica por el orden social en respuesta a la preocupación de algunos teóricos clásicos como Comte y Durkheim por el caos y el desorden social resultante sobre todo en Francia. Así mismo, el capitalismo naciente a partir de los cambios acaecidos por la revolución industrial, produjeron en teóricos clásicos alemanes como Marx y Weber el interés por el análisis de la división social en clases o estratos, respectivamente. Tanto Marx como Weber fueron críticos severos de la sociedad moderna capitalista, aunque influenciados por pensamientos políticos diferentes que marcaron la división de la sociología en dos corrientes clásicas, la sociología académica y la sociología marxista (Giddens, 1998).

El antagonismo de estas dos perspectivas teóricas en el contexto de la Europa del siglo XIX expresa una polémica general en las ciencias sociales, específicamente en la ciencia política y en la sociología, de la cual se derivó el pensamiento propio de cada corriente. En la sociología académica predominó el pensamiento liberal, en el cual se concibe la preservación de los derechos individuales frente a las normas impuestas por las colectividades, normas consideradas como limitantes frente a dichos derechos. El orden social, preocupación principal de algunos teóricos conservadores de la época como Weber, se supone, es proporcionado por la distribución desigual de los talentos, habilidades e inteligencias que poseen los individuos, este orden solo puede ser preservado por medio de una estructura social que permita la libre competencia y la retribución diferencial de acuerdo a los atributos de cada individuo, puesto que la supresión de las desigualdades sociales iría en contra del logro de un mayor nivel de desarrollo social e individual. Es por ello que las desigualdades, “en tanto expresión de un orden natural preexistente” son consideradas como un elemento inevitable en el desarrollo social a través del tiempo (Giddens, 1998, p.22).

En la sociología marxista el principio de igualdad, propio de esta corriente, hace que se rechace el derecho a la propiedad privada y se abogue por el sometimiento del interés individual al colectivo. El orden social está considerado por la organización del sistema productivo hacia un nuevo sistema, el socialismo, donde cada cual recibe según su trabajo superando las condiciones de desigualdad ocasionadas por el sistema capitalista como producto del surgimiento de la propiedad privada, su enfoque económico dista del carácter ontológico dado por el pensamiento liberal. El origen de las desigualdades sociales es atribuido a decisiones sociopolíticas relacionadas con la apropiación y distribución del producto social entre grupos de individuos, dando origen a

las clases sociales de acuerdo a la posición que ocupan en el sistema productivo y la relación que guardan con respecto a los medios de producción, a diferencia de la sociología académica en la cual la división social está dada por las oportunidades o a los talentos como se mencionó anteriormente. Así mismo, la corriente marxista considera que el sistema capitalista conduce necesariamente a inequidades entre las clases sociales, debido a las relaciones de explotación y dominación que alberga en sí mismo (Feito, 1995; Wright, 1992).

La corriente marxista considera la división de la sociedad en clases desde la base económica, en las relaciones de propiedad y no propiedad de los individuos con los medios de producción y en las relaciones de explotación con los productores; en tanto la sociología académica, la supone desde las relaciones de poder que se generan en la lucha que se da por el control de las probabilidades de vida y supervivencia entre los individuos implicados, por lo que paralelo a la división en clases se da “la división en estamentos y partidos, según se trate de la distribución del poder económico, social o político” (Duek y Inda, 2006, p. 5). Es por ello que el análisis de la clase social, como forma de abordar la división de la sociedad en clases, se identifica frecuentemente con el marxismo.

Si bien muchos de los principales elementos del concepto marxista sobre las clases y conflicto entre las mismas se deben al socialista francés Saint-Simón (1760-1825), la teoría general desarrollada por Marx la superó en creces toda vez que la complementó con los aportes de otras tradiciones teóricas que influyeron de manera decisiva en su pensamiento como fue la filosofía alemana clásica y la economía política de Adam Smith y David Ricardo (Ríos, 1998). Es característico su enfoque del concepto de clase hacia el funcionamiento de la sociedad, así lo

expresa el científico social brasileño Theotonio Dos Santos (1976): “Lo que va hacer Karl Marx es exactamente dar al concepto de clase no sólo una dimensión científica sino también atribuirle el papel de base de explicación de la sociedad y de su historia” (p. 12). Sin embargo, a pesar de la importancia que para Marx tenía el concepto de clase, murió justo antes de poder terminar el capítulo de *El Capital* dedicado a la conceptualización del mismo. Por consiguiente, las características formales del concepto de clase en Marx tienen que deducirse de una variedad de sus escritos en los que analiza las relaciones de clase en contextos específicos, esto ha conducido a que diferentes autores marxistas posteriores hayan realizado interpretaciones diferentes sobre las clases sociales en la sociedad capitalista, lo que explica la correspondiente controversia alrededor del tema (García, 2011); (Giddens, 1998); (Ritzer, 1996).

Según Marx, la sociedad de clases es el producto de una determinada secuencia de cambios históricos que van desde las sociedades primitivas no clasistas, pasando por formas de división del trabajo reducida y propiedad colectiva hasta llegar propiamente al surgimiento de la sociedad de clases, cuando la expansión de la división del trabajo permite la creación de una producción excedente la cual queda en manos de unos pocos no productores, dueños de los medios de producción, estableciendo una relación de explotación con los productores carentes de dichos medios (Marx, 1997). De acuerdo con Anthony Giddens, sociólogo inglés, existen dos construcciones conceptuales de la noción de clase que pueden deducirse de los escritos de Marx: “un modelo abstracto o “puro” de dominación de clase que se aplica a todos los sistemas clasistas; y unas descripciones más concretas de las características específicas de las clases en determinadas sociedades” (Giddens, 1973, p.29).

El modelo abstracto de Marx, corresponde a un modelo dicotómico que se basa en el argumento sobre la definición de clases por la relación entre los diferentes grupos de individuos con los medios de producción a condición de una división del trabajo relativamente desarrollada que permita la producción de excedente, dando como resultado dos clases fundamentales en función a las relaciones de propiedad: una minoría de no productores que controla los medios de producción y puede obtener excedente de los productores que son la mayoría. Estas relaciones de propiedad y no propiedad de los agentes con los medios de producción y de explotación con los productores, va definiendo una serie de posiciones que determinan relaciones antagónicas conformando las clases como espacios de relaciones constituidas en oposición unas de otras. Para el marxismo, “las clases no existen por sí mismas sino que se definen por las relaciones que se establecen entre ellas” (Duek y Inda, 2009, p.39).

Las clases para Marx se basan en relaciones de mutua dependencia y conflicto, se encuentran en una relación de reciprocidad para mantener su identidad de clase diferenciada, y en conflicto por la oposición de intereses derivada de la relación de explotación inherente a la relación de desigualdad, considerada por Marx como una situación injusta y no como una simple diferencia de oportunidades en la vida como lo considera la sociología académica. Según Marx, esta relación de conflicto que se establece entre las clases puede conducir a la transformación de las estructuras sociales, para ello los individuos que conforman una clase deben tomar conciencia de sus intereses comunes, tanto económicos como políticos. Marx destaca el hecho de que “la clase solo se convierte en un agente social importante cuando asume un carácter directamente político, cuando es foco de una acción colectiva. Únicamente bajo ciertas condiciones una clase “en si” se convierte

en una clase “para sí” (Giddens, 1973, p.32). Es en la lucha, cuando una clase se constituye en sí misma, y los intereses que defienden se convierten en intereses de clase (Marx, 1971).

El determinismo económico de Marx con respecto a las clases sociales, al igual que su pensamiento dialéctico, lo distanciaron de los sociólogos de la corriente académica, que se hallaban influenciados por el pensamiento lineal en términos de causa-efecto heredado de Kant (Wilhelm y Hegel, 1994). Marx, por su parte, heredó la dialéctica de Hegel su maestro en Berlín, pero acogió la crítica materialista que Feuerbach le hizo a Hegel y enfocó la dialéctica desde una base material, hacia la relación entre el agente en el nivel micro (el proletario individual) y la estructura macro de la sociedad capitalista (Ritzer, 1996). Marx, manifestó que la raíz de los problemas de la vida moderna podía encontrarse en fuentes materiales como las estructuras del capitalismo y su solución solo podría hallarse en la destrucción de esas estructuras por medio de la acción colectiva de un gran número de personas (Marx y Engels, 1967), esto hizo que fuera considerado por los sociólogos conservadores como un revolucionario.

Dentro de la sociología académica, Weber consideró a diferencia del determinismo económico de Marx, que la base de la estructura social estaba determinada por el poder como elemento constitutivo de las jerarquías en tres dimensiones: económica, social y política. Por lo que consideró la división en clases de acuerdo a la distribución del poder económico, adicionalmente la división en estamentos y partidos, según se trate del poder social o político respectivamente (Duek y Inda, 2006). Este poder fue considerado por Weber como “la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad” (Weber, 1964, p. 43),

definición expresada en términos individuales, sin considerar los procesos de producción ni las posiciones que pueden ocupar los grupos en dicho proceso, ya que son las cualidades individuales las que según Weber, condicionan las probabilidades de adquirir poder en las diferentes dimensiones en las cuales se esté compitiendo (Duek y Inda, 2006).

Weber considera que los medios de producción están en el mismo nivel que los dos elementos subjetivos que el incorporó en el análisis de la estratificación social: el estatus, asociado a un determinado grupo social en función de su profesión; y el partido entendido como un grupo de personas que tienen objetivos comunes y trabajan juntas por esos objetivos comunes. Al igual que Marx, supone la necesidad de diferenciar entre clase “en sí” y clase “para sí”, y establece que la relación entre la existencia de intereses de clase similares y el surgimiento de conflicto de clases está históricamente determinado. A diferencia de la teoría marxista de las clases, Weber con su propuesta tridimensional de la estratificación social, acepta la presencia de grupos sociales paralelos y externos a las clases, es por ello que algunos “teóricos de la estratificación social aceptan la existencia de clases sociales como una subdivisión parcial de una estratificación más integral” (Duek y Inda, 2006) p. 24.

A diferencia del enfoque de Marx en los factores económicos y sus efectos sobre las ideas, Weber dedicó su atención a las ideas y sus efectos sobre la economía; mientras Marx produjo básicamente una teoría del capitalismo, la obra de Weber constituía una teoría del proceso de racionalización (Brubaker, 1984);(Kalberg, 1990);(Kalberg, 2005) que resultó más atractiva para los teóricos posteriores de la sociología que la teoría marxista, esto se debió en gran parte al carácter polémico de Marx que lo llevó a ser considerado como alguien que atacaba su propia

sociedad, además, su preocupación centrada exclusivamente en los asuntos referentes a la economía, permitió que la propuesta tridimensional de la estratificación social de Weber fuera percibida como más completa. Adicionalmente, la influencia marcada del pensamiento de Kant sobre Weber equivalía a pensar en términos de causa-efecto, lo que era más aceptable para los sociólogos posteriores que no estaban familiarizados con la lógica dialéctica que impulsaba la obra de Marx. Fue así como Weber se convirtió en el sociólogo más importante de su época en Alemania, a diferencia de Marx cuyas ideas solo adquirieron relevancia a finales de los años sesenta (Ritzer, 1996).

Después de la muerte de Marx en 1883, su colaborador y amigo Engels fue el primer representante de lo que el sociólogo estadounidense Immanuel Wallerstein denominó la época del “marxismo ortodoxo” (Wallerstein, 1986), caracterizado por un determinismo económico y científico que no tuvo en cuenta la relación dialéctica entre los individuos y las grandes estructuras sociales, consideraban que la teoría científica de Marx “revelaba las leyes económicas que regían el mundo capitalista, estas leyes apuntaban hacia el colapso inevitable del sistema capitalista”(Ritzer, 1996, p.51). Este planteamiento parecía no necesitar de la acción, en especial de los trabajadores, excluyendo la acción política eje fundamental de la postura de Marx, esto suscitó la reacción entre los teóricos marxistas que asumían la importancia del individuo, la conciencia, y la relación entre el pensamiento y la acción.

Es así como surge el marxismo hegeliano que señala la importancia práctica de la acción individual, para inducir la revolución social en aras de acabar con las desigualdades sociales que generan la división en clases producto del sistema capitalista (Ritzer, 1996, p.5). El principal

exponente de este punto de vista fue George Lukács considerado “el padre fundador del marxismo occidental” (Fischer, 1984). Su integración del marxismo y la sociología, fue ampliamente desarrollada en los años veinte y treinta con el surgimiento de la teoría crítica como producto de un grupo de neomarxistas alemanes entre los que se destacan Max Horkheimer, Theodor Adorno, Erich Fromm, Herbert Marcuse y, más recientemente Jürgen Habermas (Ritzer, 1996); quienes se inspiraron en el marxismo hegeliano insatisfechos con la tendencia hacia el determinismo económico al que había llegado la teoría marxista.

En 1923 los teóricos críticos fundaron la escuela crítica de Frankfurt (Jay, 1984), sus estudios se enfocaron en el análisis del sistema cultural basado en la obra de Weber (Greisman, Rietzer, y Weber, 1981) empleando rigurosas técnicas científico sociales desarrolladas por los sociólogos americanos, además, integraron la teoría freudiana centrada en el individuo con los principios sociales y culturales de Marx y Weber, esto les permitió algunas orientaciones distintivas y les dio legitimidad (Ritzer, 1996). El Instituto funcionó en Alemania hasta 1934, luego tuvieron que marcharse a la Universidad de Columbia en New York debido al hostigamiento del régimen nazi a algunos de sus integrantes por su origen judío.

Una vez finalizó la guerra, tras las presiones para su regreso a Alemania, Horkheimer el director del Instituto regresó en 1949, en ese entonces predominaba el marxismo estructural que consideraba el determinismo económico como punto de partida para el análisis de estructuras como el estado y la ideología con autonomía relativa frente a la economía, destacándose como principales exponentes Althusser y Poulantzas. Muchos de los integrantes de la corriente crítica permanecieron en los Estados Unidos, aunque esta corriente solo fue relevante a finales de los años

sesenta ya que en esa época la teoría sociológica estadounidense se caracterizó por la influencia del pensamiento liberal. Un estudio realizado sobre la orientación política de la primera teoría sociológica estadounidense (Schwendinger & Schwendinger, 1974), constata que los primeros sociólogos en Estados Unidos fueron políticamente liberales y no conservadores como la mayoría de los primeros sociólogos europeos y además, había una escasa crítica del sistema en su conjunto lo que significa que apenas se cuestionaba el capitalismo.

A finales de los años sesenta comenzó a surgir significativamente la teoría marxista en la teoría sociológica estadounidense, cuando a las numerosas críticas realizadas al funcionalismo estructural, teoría sociológica dominante de la época, se sumaron los esfuerzos realizados por la sociología de Charles Wright Mills y la teoría del conflicto, que aunque no representaron una teoría marxista elaborada, sentaron las bases para el desarrollo de una teoría estadounidense arraigada en la tradición marxista. Además, las numerosas protestas que se dieron en los años sesenta como la protesta negra, el renacimiento del movimiento feminista, el movimiento estudiantil, y la protesta contra la guerra de Vietnam, generaron en los sociólogos jóvenes atracción por las ideas radicales del pensamiento crítico (Ritzer, 1996). Es así como comenzó a desarrollarse la sociología marxista en Estados Unidos a partir de numerosas obras como “La sociología de Marx” de Henri Lefebvre en 1968, cuyo argumento principal: “aunque Marx no era un sociólogo, había mucha sociología en su teoría” (Ritzer, 1996, p. 89), influyó no solo en el trabajo orientado hacia el marxismo de muchos sociólogos estadounidenses, sino en el apoyo institucional a través de revistas como *Theory and Society*, *Telos* y *Marxist Studies*.

Los cambios sociales que llevaron a los marxistas a reconsiderar y reconstruir sus teorías tiene que ver con el fracaso del comunismo a escala mundial (Burawoy, 1989), los cambios mundiales en consonancia con las nuevas corrientes teóricas como el posestructuralismo y el posmodernismo que comparten el interés por la totalidad social, el descentramiento del sujeto, el estudio de las diferencias más que la búsqueda de la unidad; influyeron profundamente en la teoría neomarxista. A esto se suma el surgimiento de un movimiento conocido como marxismo analítico, que se basó en “la necesidad de que las teorías marxistas emplearan los mismos métodos que utilizaba toda empresa científica. Esto condujo a una reinterpretación de Marx en términos intelectuales más convencionales” (Ritzer, 1996, p. 571), que traza un nuevo horizonte de tendencias para el análisis marxista de la clase social en la sociedad contemporánea, una sociedad capitalista en la cual sigue existiendo aun las relaciones de explotación económica y dominación político ideológica, condiciones de desigualdad que hacen necesario el análisis en términos de clases sociales, un concepto que no ha sido superado en el campo de la teoría social (Duek y Inda, 2009), razón por la cual el análisis en términos de clases sociales conserva plena vigencia.

Las tendencias para el análisis de las clases sociales en la actualidad se circunscriben en las tres grandes corrientes sociológicas: 1) El estructuralismo marxista, enfocado en el análisis de clase desde las grandes estructuras de la sociedad –económica, política e ideológica– a partir de Nicolas Poulantzas; 2) El humanismo teórico que otorga primacía a la conciencia en su definición de las clases, destacándose el concepto de conciencia de clase expuesto por Georg Lukács; y por último, 3) El marxismo analítico, corriente crítica que tiene especial interés en la reformulación de las categorías marxistas a partir de los datos obtenidos por la investigación empírica, sus principales exponente son Gerald Cohen, John Roemer, Jon Elster, Erik Olin Wright, entre otros,

siendo Wright quien ha relacionado en sus trabajos la categoría de clase social con el problema de la desigualdad económica (Wright, 2010) y además ha intentado construir dentro de una perspectiva relacional neomarxista de clase social, un concepto de estructura de clases susceptible de ser usado en el análisis micro a un nivel relativamente bajo de abstracción, el cual fue tenido en cuenta en la elaboración de la propuesta de modelo de articulación relacional que se aplicó en la investigación (Wright, 1992).

1.2 La perspectiva relacional neomarxista de clase social y los aportes de Olín Wright

La perspectiva relacional es una de las formas de abordar el análisis de clase social en una realidad dada, aunque también se puede hacer en términos gradacionales (Wright, 1978). La decisión de tomar una u otra opción depende de las intenciones que se tengan frente al objeto de estudio, puesto que cada enfoque tiene implicaciones teóricas y metodológicas propias (Rivas, 2008). En términos gradacionales, la división social se da en función del grado en que los grupos sociales poseen la característica que constituye el criterio de división y que ubican las clases jerárquicamente. Este criterio puede ser el nivel de ingresos, en el cual la gente pobre constituye la clase baja, la gente con nivel de ingresos medio la clase media y la gente de altos ingresos la clase alta; otro criterio puede ser el estatus, basado en la ocupación, donde las posiciones jerárquicas más altas, corresponden a las profesiones de corte intelectual y las más bajas de corte manual.

Desde esta perspectiva, “la estructura de clase corresponde a una taxonomía estática, que permite etiquetar descriptivamente a la gente, pero es incapaz de explicar las fuerzas sociales dinámicas que determinan las clases” (Feito, 1995, p.35); lo que limita su utilización en la presente

investigación, dado que dejaría por fuera asuntos necesarios para el análisis de la clase social del campo médico en el SGSSS como los efectos que las políticas neoliberales han ejercido sobre las trayectorias educativas y laborales de los médicos en Colombia.

En contraste con lo anterior, cuando el análisis se da en términos relacionales, las clases sociales son definidas por su relación social estructurada con otras clases, las diferencias se dan sobre elementos de tipo cualitativo y los nombres dados son por lo general clase capitalista, clase obrera, señores, siervos, clase dominante, clase subordinada. En la perspectiva relacional neomarxista se destacan los aportes de Olín Wright, quien considera que las clases se definen por su posición cualitativa dentro de una relación social y que definen de modo simultáneo a la otra clase (Wright, 2002). En el caso de la clase obrera, por ejemplo, no se trata de que “los obreros posean menos que los capitalistas, sino que más bien se trata de que ocupan una posición dentro de una relación social que define tanto al capitalista como al trabajador: la relación social de intercambio en el mercado de trabajo” (Feito, 1995, p. 31).

Desde esta perspectiva relacional, las estructuras básicas de la desigualdad en una sociedad son también estructuras de intereses y constituyen la base para la acción colectiva (Feito, 1995), aspecto teórico fundamental en el momento de analizar la dinámica subyacente a las condiciones socioeconómicas que proporciona el sistema de salud colombiano al campo médico a partir de las reformas establecidas a comienzos de la década del noventa en Colombia, específicamente los efectos que han tenido sobre las condiciones de existencia de los médicos. Es importante señalar que desde la perspectiva relacional las desigualdades socioeconómicas observadas en un análisis específico suelen ser el resultado empírico de múltiples y complejas interacciones entre los grupos

circunscritos en un espacio social determinado, tomando como base la disponibilidad de recursos en relación con posibles conflictos de interés (Wright, 2002).

En tal contexto, los recursos no solo pueden concebirse en términos materiales como es el caso del capital económico (Muntaner et al., 2012); también deben incluirse elementos como el conocimiento “capital cultural”, el apoyo social y la pertenencia a un grupo “capital social” a los cuales se refiere Bourdieu, las “formas de capital socialmente valiosas” (Bourdieu, 1986). Este aspecto teórico, punto de encuentro entre los aportes de Wright y Bourdieu –como se verá más adelante–, haya justificación en la propuesta de articulación relacional para indagar por las acciones que los médicos ejercen para su inserción en el campo médico, visibles en sus trayectorias sociales.

La perspectiva relacional, y dentro de ella los aportes de Wright, permiten considerar las clases no como simples posiciones o roles anclados en la estructura ocupacional, sino que se definen y conforman como tales a partir de las relaciones que se establecen entre sí, en la formación de colectividades, desde la vinculación que desarrollan en el marco de las relaciones sociales de producción. Es por ello, que la estructura de clases no remite a una jerarquía ocupacional o a un esquema gradacional, sino que debe entenderse como un conjunto de posiciones que se definen relacionamente, representando cada una de ellas un empleo, tratándose, en suma, de “un mapa relacional de la estructura de empleos” (Wright, 1992), el cual es afectado por las grandes estructuras capitalistas que producen efectos sobre las personas que conforman clases sociales contrapuestas por la relación y el poder sobre los medios de producción. Estos efectos son susceptibles de ser analizados bajo el concepto de estructura de clases a nivel micro propuesto por Wright, el cual intenta construir dentro de un marco teórico marxista un concepto de estructura de

clases a un nivel relativamente bajo de abstracción (Wright, 1992), que permita el análisis del impacto que las grandes estructuras capitalistas producen sobre la vida de los individuos.

Para la construcción del concepto estructural de clase a nivel micro, Wright considera necesario explicitar los mecanismos productores de efectos en un plano concreto, que desde la tradición marxista corresponden a los intereses materiales, la experiencia vivida y la capacidad para la acción colectiva (Wright, 1998a). Los intereses materiales tienen que ver tanto con el bienestar económico como con el poder económico, y si bien tanto la clase capitalista como la proletaria tienen el mismo interés por mejorar su bienestar económico, difieren con respecto a los medios para alcanzarlo; esto se debe a la explotación como concepto base de la apropiación del excedente por parte de los capitalistas que les permite alcanzar un mayor grado de bienestar económico y gozar de niveles mucho más altos de poder económico que a los proletarios, quienes al ser excluidos del control del excedente –explotados–, su bienestar económico se resiente, y su poder económico se recorta considerablemente.

La experiencia vivida hace referencia a las experiencias comunes que comparten un grupo de clase con intereses materiales comunes, como la clase obrera, en la que se presentan tres tipos de experiencias: la experiencia de verse obligado a vender la fuerza de trabajo para sobrevivir; la experiencia de ser dominado y controlado en el trabajo; y la incapacidad para controlar la asignación del excedente social que genera sensación de impotencia frente a las fuerzas sociales. La pérdida del control sobre el propio trabajo y sobre el producto de este es lo que Marx considera como alienación, que al igual que la explotación, “nace de las mismas propiedades relacionales de la producción, pero la explotación se centra principalmente en los intereses materiales y la alienación en las experiencias vitales generadas por aquellas prácticas” (Wright, 1998a, p.45).

En cuanto a las capacidades para la acción colectiva, Wright se refiere a la capacidad de la clase obrera para la lucha colectiva transformadora, que de acuerdo con Marx, se puede dar por dos razones fundamentales: los trabajadores son los productores directos de la riqueza social y poseen colectivamente el conocimiento necesario para organizar la producción social y, la concentración y centralización del capital generada por el capitalismo permite el contacto y la interdependencia de la masa de trabajadores lo que facilita el contacto para la acción (Wright, 1998a). Para el caso de los médicos se aprecia la primera posibilidad, puesto que la dinámica de las políticas neoliberales causa un efecto contrario en cuanto al contacto y la interdependencia de los médicos en el ámbito laboral, el tipo de contratos y la distribución en la prestación del servicio por parte del SGSS hace que los médicos se encuentren cada vez más aislados, lo que no facilita el contacto para la acción colectiva y promueve el individualismo.

Es así como Wright intenta presentar un campo de análisis de la estructura de clase a un nivel micro desde los efectos producidos por las grandes estructuras capitalistas a un nivel macro, los cuales son susceptibles de ser observados empíricamente en las experiencias de vida y las trayectorias sociales de los médicos. Propone organizar la estructura de clases en relaciones de poder y autoridad que dan lugar a dos clases básicas de propietarios y empleados, una versión contemporánea de la oposición capitalistas-proletarios y algunas subclases de acuerdo al nivel de autoridad y la presencia o ausencia de empleados a su cargo (Wright, 1995). En esta estructura surgen las llamadas posiciones contradictorias –clases medias– en las relaciones de clase, una de las principales contribuciones de Wright para el análisis profundo de las clases sociales (Wright, 1985, 2010); en ella una determinada posición no necesariamente debe estar en una determinada clase social, puede estar simultáneamente en más de una clase.

Para resolver la situación contradictoria de clase o el problema de las clases medias, “Wright incorporó dos dimensiones clasificatorias: autoridad –posición jerárquica– y educación –credenciales educativas–, que permiten un abanico de posibilidades para el estudio de las sociedades contemporáneas”. Así, intenta resolver situaciones como el problema empírico de donde situar a un gerente que no posee los medios de producción pero que no tiene la misma situación laboral del proletariado de una fábrica; o el problema de un microempresario que es dueño de los medios de producción pero que no tiene la misma situación que un gran empresario (Rivadulla y Garavito, 2010, p.40); o el caso del médico administrador de una IPS, que no es dueño de la Empresa pero no tiene la misma situación que el médico general que labora allí.

Los conceptos de explotación, alienación, capacidad para la acción colectiva, credenciales educativas, clases medias; en relación con las experiencias vividas en una sociedad capitalista como la actual, permiten el análisis de clase social en relación con el modo de producción capitalista, que en este caso se asocia con la implementación de las políticas neoliberales que afectan de manera directa el SGSSS. Además, se articulan con los conceptos propuestos por Bourdieu para el análisis de clase social desde la estructura ocupacional.

1.3 De la teoría sociológica contemporánea a la teoría de los campos de Pierre Bourdieu

Las literaturas micro/macro de la teoría sociológica de Estados Unidos y la acción/estructura de la teoría sociológica en Europa se han caracterizado por ser, en sí mismas, desarrollos sintéticos y precursoras del interés más general por las síntesis teóricas de cualquier

tipo. Si bien ambas se desarrollan paralelamente en lugares diferentes, reside en ellas la necesidad de integración y síntesis, al igual que el rechazo por los excesos de las teorías extremas dominantes, existentes en la segunda mitad del siglo XX (Ritzer, 1996).

En la sociología estadounidense, se destacan los modelos integradores micro/macro de George Ritzer, Jeffrey Alexander y Norbert Wiley (Ritzer, 1996). Por su parte, en la sociología europea están los modelos que vinculan la acción y la estructura de Anthony Giddens, Margaret Archer, Jurgen Habermas y Pierre Bourdieu (Giddens, 1997). Si bien estos no han sido los únicos teóricos que se ocuparon por la vinculación micro/macro y acción/estructura durante los años noventa, sus trabajos continúan teniendo relevancia por su carácter integrador de los niveles de análisis de la realidad social: macro-subjetivo, macro-objetivo, micro-subjetivo y micro-objetivo (Ritzer, 1996).

Estos niveles de análisis los tuvieron en cuenta los teóricos estadounidenses, aunque desde diferentes enfoques. Es el caso de Ritzer, que se enfocó en la relación dialéctica dentro de los niveles de análisis y entre ellos; asimismo, Alexander, en las normas en la vida social; y Wiley, en el punto de partida puramente subjetivo para el análisis de la realidad social (Ritzer, 1996). Aunque existen en la literatura otros modelos micro/macro, han sido duramente criticados porque no incluyen la relación dialéctica como sustento teórico (Ritzer, 1996). Es por ello que se destacan las limitaciones de modelos como el de Coleman, porque se centra en el vínculo de lo micro a lo macro, y se considera que descuida el análisis de lo macro a lo micro y la relación dialéctica con el mundo social; de igual manera, el modelo de Collins puesto que reduce los fenómenos macro a fenómenos micro; y el de Berger porque se centra únicamente en los actores y sus interrelaciones (Ritzer, 1996).

Dentro de la corriente europea, se considera la relación dialéctica entre la acción y la estructura, con renuencia a separarlas para su análisis, aspecto que es el que permite diferenciar los trabajos de los europeos con respecto a los de los estadounidenses. Entre los teóricos más destacados se encuentran: Giddens, cuya preocupación central es el proceso dialéctico mediante el cual se producen la práctica, la estructura y la conciencia (Giddens, 2003); Margaret Archer porque se centra en el vínculo entre la cultura y la acción, en relación con la estructura (Archer, 1997); Habermas por su preocupación en la forma en la cual en el mundo moderno se da la colonización del mundo de la vida por parte del sistema, ejerciendo poder y control, por lo que considera necesario que se dé la formación de consenso en el lenguaje para lograr la integración social mediante la acción comunicativa (Habermas, 1987).

Se llega así dentro de esta corriente europea a la integración acción/estructura planteada por la teoría de Pierre Bourdieu. Su obra sociológica se considera como una de las más relevantes de la segunda mitad del siglo XX, por su aporte a la teoría social y a la sociología empírica. Su trabajo intenta superar la oposición entre objetivismo y subjetivismo mediante la relación dialéctica entre las estructuras objetivas y los fenómenos subjetivos, pero sin desconocer los logros de cada uno (Bourdieu, 1991). Bourdieu afirma que las estructuras, además de existir en el lenguaje y la cultura, también existen en el mundo social, y considera que son independientes de la conciencia y la voluntad de los que él llama agentes, capaces de guiar e imponer sus prácticas o representaciones (Bourdieu, 1991).

La perspectiva constructivista de Bourdieu, permite analizar la génesis de los esquemas de percepción, pensamiento y acción, así como de las estructuras sociales. Reconoce que las

posiciones de los agentes o instituciones en el espacio social responden a relaciones de poder, determinadas tanto por una base económica como por un sistema simbólico. Así, el mundo social está condicionado por estructuras objetivas independientes de la conciencia y voluntad de los agentes, que son incorporadas con base en la posición que ocupan en el espacio social y son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones (Bourdieu, 1991).

Para delimitar los escenarios de las prácticas culturales y establecer esquemas ordenadores de las relaciones entre lo económico, lo simbólico y el poder, el autor propone algunos conceptos como campo, *habitus*, capital y poder simbólico; dentro de un modelo de análisis conocido como la teoría de los campos, en la cual la sociedad es observada como un conjunto de campos relacionados entre sí y a la vez relativamente autónomos. Esta teoría se fundamenta en la idea de que existen leyes generales de funcionamiento de la sociedad que pueden analizarse independientemente de las características particulares de los individuos (Vizcarra, 2002). El enfoque teórico-metodológico que ofrece Bourdieu a través de la teoría de los campos, permite abordar realidades sociales específicas como el caso de la clase social de los médicos en el sistema de salud colombiano que demanda el análisis de los aspectos económicos, los asuntos simbólicos y las relaciones de poder que cobran vigencia y se actualizan a través de los conceptos que componen esta teoría.

De acuerdo con Bourdieu, un espacio social es considerado como una estructura de posiciones diferenciadas, definidas por la distribución de una especie particular de capital, ya sea económico o cultural. Esta distribución es lo que determina la posición en el espacio social y está dada por tres dimensiones: el volumen global del capital que poseen los agentes bajo sus diferentes especies; la estructura de su capital, es decir, según el peso relativo en el volumen total; y la

evolución en el tiempo del volumen y la estructura de su capital (Bourdieu, 1997). Estas posiciones sociales ocupadas por los agentes o grupos están en correspondencia con la toma de posición que ellos asumen a través del análisis que hacen de su propia situación y de las estrategias de inversión que emplean en su lucha por conservar o transformar sus condiciones.

A cada clase de posición le corresponde una clase de *habitus* –o de aficiones– producidos por los condicionamientos sociales (Bourdieu, 1997). Es decir, que la posición depende del tipo, volumen, y legitimidad del capital, del *habitus* que adquieren los sujetos a lo largo de su trayectoria, y de la forma como estos varían con el tiempo. De ahí que campo, capital y *habitus* sean conceptos ligados (R. Sánchez, 2007). El concepto de *habitus* en la teoría de los campos se refiere a estructuras mentales o cognitivas, fruto de la incorporación de estructuras objetivas del mundo social a través de la historia, que se adquieren como resultado de la ocupación duradera de una posición dentro del mundo, y que produce prácticas individuales y colectivas, por lo tanto produce historia (Bourdieu, 1991).

El campo, a su vez, se considera como una esfera de la vida social que ha ido adquiriendo autonomía paulatinamente a través de la historia, en razón a diversos tipos de relaciones, intereses y recursos propios diferentes a los de otros campos (Giménez, 1997). En la actualidad, las sociedades modernas se caracterizan por su alto grado de diferenciación y complejidad, lo que hace que el espacio social se torne multidimensional y se presente como un conjunto de campos relativamente autónomos aunque articulados entre sí. En este sentido, el campo es concebido por Bourdieu como una red de relaciones objetivas entre las posiciones que ocupan los agentes en el campo y que determinan las formas que pueden tomar sus interacciones y las representaciones que

ellos puedan tener de la estructura y de su posición en esta, de sus posibilidades y de sus prácticas (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Para que el campo funcione, es indispensable que haya algo en juego, como lo es el capital específico del campo, y gente dispuesta a jugar, como son los agentes dotados de un *habitus* que les proporcione el conocimiento y reconocimiento de las leyes inherentes al juego (Bourdieu, 1990a). Por lo tanto, en el campo existe una disputa de intereses específicos únicos que hace que los jugadores acepten el juego y que consideren que vale la pena jugarlo. En el campo médico, por ejemplo, no sería posible atraer a un músico con los intereses económicos y culturales que están en juego en este campo (González, 2012).

Los intereses que están en juego en el campo, no serán percibidos por alguien que no esté capacitado para entrar en él, esto es lo que Bourdieu denomina *illusio*: el interés que los agentes sociales tienen por participar en el juego y aceptar que lo que pasa en él tiene sentido, y que sus apuestas son importantes y dignas de ser emprendidas. Este interés asociado a la participación en el juego es diferente según la posición ocupada en él y según la trayectoria que haya debido seguir cada agente social para alcanzar la posición en que se encuentra (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Esta posición ocupada por el agente en el campo específico depende, como ya se mencionó, del capital¹ que está en juego en el campo, el cual puede ser: capital económico, como recursos

¹ El capital es un concepto que a pesar de ser central en su obra, su definición es borrosa como él mismo afirma (Bourdieu, 1986). Pierre Bourdieu habla de capital para referirse a todo aquello que pueda entrar en las "apuestas" de los actores sociales, es un "instrumento de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos" (Bourdieu, 1991, p. 109); o toda "energía social" susceptible de producir efectos en la competencia social (Ansart, 1990; Bourdieu, 1991); una forma de poder, siempre usada para realizar los intereses de unos actores concretos, en tanto que capacidad para ejercer control (Bourdieu, Calhoun, LiPuma, & Postone, 1993); o como "relación social que define la apropiación desigual de recursos" (Martín, 1993).

monetarios y financieros; capital social, recursos que pueden ser movilizados por la pertenencia a redes sociales y organizaciones; y capital cultural, disposiciones y hábitos adquiridos en el proceso de socialización (Amparan, 1998). El capital cultural existe en tres formas: incorporado, se adquiere en el seno de la familia o de una institución; objetivado, es visible en la acumulación de objetos extraordinarios que muestran el gusto distinguido del agente, como los libros o las obras de arte; y el institucionalizado, cuya forma más evidente la constituyen los títulos académicos y diplomas. Adicionalmente, se encuentra el capital simbólico, como modalidad adoptada por una u otra forma de capital, que se relaciona con el prestigio, el estatus, el reconocimiento, la legitimidad, la estima social y la autoridad que se les asigna tanto al origen como a la posesión de otros capitales (Bourdieu, 1998b).

Es importante considerar que el agente social, a través de las experiencias duraderas en determinadas posiciones del espacio social y el acceso desigual a ciertos tipos de capitales produce categorías de la realidad, clasifica su entorno y se clasifica a sí mismo, estableciendo relaciones identitarias con los miembros de un grupo de pertenencia con el cual se identifica y que lo distingue de otros grupos sociales. Como lo expresa Vizcarra (2002), “la confluencia entre un *habitus* y la oferta de un campo concreto, puede ser la base para la conformación de un público y, simultáneamente, para la constitución de identidades diferenciadas, de acuerdo con determinadas formas de consumo o usos sociales” (p.65).

Es precisamente a través de la relación dialéctica entre las posibilidades que ofrece un campo específico y el *habitus* en forma de estructuras objetivas internalizadas, como Bourdieu logra superar la antinomia entre la acción y la estructura. Es la dialéctica, y dentro de esta la categoría de totalidad, la que permite explicar la diversidad multifacética del mundo social,

entendiendo por totalidad la realidad como un todo dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho (Kosik, 1979), sin excluir a los individuos y sus relaciones, las cuales, de acuerdo con lo expuesto, se van configurando en el medio social de cada individuo como estructura, o de cada grupo como interacciones, o asimismo en el ámbito del espacio social como momentos e historia. Cabe señalar que lo social no es un continuum, sino una totalidad en proceso; en ella los individuos viven en una red de relaciones objetivas donde producen, como agentes, formas materiales y configuraciones mentales con las cuales construyen su propia identidad como individuo, como grupo (González, 2012).

Para Pierre Bourdieu, la clase social –en sí– corresponde a una clase de individuos biológicos dotados del mismo *habitus* (...) todos los miembros de una misma clase tienen mayor número de probabilidades que cualquier miembro de otra de enfrentarse a situaciones similares más frecuentes (Bourdieu, 1991) por lo que, los que ocupan la misma posición tienen la misma probabilidad de tener el mismo *habitus* (Bourdieu, 1987a). Los individuos llevan incorporados *habitus* en función de su posición social, y las clases están formadas por individuos con el mismo *habitus*, o con alta probabilidad de que así sea. Esto hace que el *habitus* sea el eslabón entre las prácticas –que genera– y la estructura social –que lo genera– (José Martínez, s/f).

Este reconocimiento de la clase como objeto construido, fundado en la realidad, permite superar la dicotomía entre teorías que hablan de las clases sociales frente a las que se refieren a una estratificación de variables (Bourdieu, 1998b). Por un lado, las teorías que se refieren a clases sociales desde una perspectiva relacional supone la clase no como un artefacto teórico, sino como un conjunto de individuos que comparten ciertas características estructurales iguales en ciertos aspectos relevantes, este sería el lado objetivista del concepto de clase social de Bourdieu. Por otro

lado, las teorías de estratificación de variables consideran los datos en vez de relaciones, las diferencias son definidas sobre distribuciones de probabilidad continuas (José Martínez, s/f).

Para Bourdieu la clase social no es una realidad de la sociedad, sino una categoría de la sociología. Sobre el espacio social definido por el capital (su volumen, historia y trayectoria), el sociólogo, en función de los objetivos de su investigación, puede agrupar a los individuos que estén próximos y sean iguales en las características pertinentes de lo que esté estudiando (Bourdieu, 1987a). En cuanto a la noción de estructura de clase se basa totalmente en la división ocupacional del trabajo y su abordaje se da a través de tres ejes fundamentales: el primero y más importante, diferencia las localizaciones en el sistema ocupacional de acuerdo con el volumen económico y cultural poseído por los agentes; el segundo diferencia las posiciones dentro de la localización de clase con base en el tipo de capital económico o cultural, esto define las fracciones de clase y; el tercer eje diferencia las posiciones de acuerdo con las trayectorias seguidas por los agentes en relación con la estabilidad o no del capital movilizado (Sautu, 2011).

La teoría de las clases de Pierre Bourdieu, si bien brinda elementos necesarios para el abordaje y articulación de las preguntas de investigación, deja por fuera elementos necesarios para el análisis de la clase social de los médicos, como los propuestos por Wright que están relacionados con los efectos de la imposición de los criterios capitalistas de libre mercado sobre el SGSSS que generan relaciones de dependencia sobre las cuales descansa el proceso de acumulación y la dinámica de la dominación capitalista en la actualidad, como se expone en el capítulo 2 sobre “El impacto de las políticas de ajuste estructural en el campo médico del sistema de salud colombiano”, y que hace pertinente y vigente la inclusión de elementos de la teoría de clases sociales desde un

enfoque marxista para el análisis de las clases sociales en la actual sociedad capitalista (J. Estrada, 1999; J. H. Estrada, 2009a; Moncayo, 1999; Vilas, 1998).

Por lo tanto, la propuesta de “modelo de articulación relacional” para el abordaje de la clase social de los médicos en el SGSSS se sustenta en los aportes de los elementos expuestos: la perspectiva relacional neomarxista de clase social, específicamente el análisis micro del efecto de las grandes estructuras capitalistas sobre las trayectorias de vida de los individuos, propuesta por Wright, basada en la relación capital trabajo –lugar en la producción–. Y la teoría de los campos de Bourdieu, que permite establecer la estructura de clase basada en la división ocupacional del trabajo a partir del capital económico, cultural y social que se encuentra en juego en un campo determinado, en consonancia con las disposiciones de los agentes, adquiridas durante sus trayectorias sociales, para su inserción en la estructura de clase social.

El sitio de anclaje de ambos aportes lo constituye la concepción relacional de lo social, entendiendo lo relacional como “centrar el análisis en la estructura de las relaciones objetivas –lo que implica un espacio y un momento determinado– que establece las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas” (Gutierrez, 2003, p.466). Esta concepción relacional de lo social forma un continuum entre la articulación de los niveles de análisis macro y micro y las relaciones entre las categorías de análisis objetivas y subjetivas como se contempla en la propuesta de modelo de articulación relacional.

1.4 El modelo de articulación relacional y su aplicación en el análisis de la clase social del campo médico

La propuesta de modelo de articulación relacional para el análisis de clase social surgió de la necesidad de abordar el objeto de estudio de la investigación –la clase social del campo médico– de manera relacional. El modelo consta de tres momentos, paralelos durante todo el proceso de investigación, su división obedece a la necesidad de facilitar la información de manera ordenada para su comprensión en el momento de análisis y escritura. En el primer momento se dio la delimitación del objeto de estudio bajo los conceptos relacionales propuestos por Wright y Bourdieu. En un segundo momento se determinaron las posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS y las categorías objetivas que permitieron la articulación del nivel macro de análisis. En el tercer momento, se identificaron las estrategias y elecciones de los médicos para su inserción en el campo médico desde sus trayectorias educativas y laborales, y las categorías subjetivas para la articulación del nivel micro de análisis. (Tabla 1)

Desarrollo modelo de articulación relacional para el análisis de la clase social del campo médico	
Primer momento	Delimitación objeto de estudio bajo conceptos relacionales
Segundo momento	Determinación de las posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS y las categorías objetivas
Tercer momento	Identificación de las disposiciones de los médicos y las categorías subjetivas

Tabla 1. Momentos del desarrollo del modelo de articulación relacional para el análisis de la clase social del campo médico

1.4.1 Delimitación del objeto de estudio bajo conceptos relacionales

Para la delimitación de la clase social del campo médico bajo conceptos relacionales, se hizo necesario definir el concepto de clase social que sustentó el modelo de articulación relacional. Se trata de un conjunto de individuos –médicos– que comparten ciertas características estructurales iguales –el SGSSS–, en ciertos aspectos relevantes –políticas neoliberales–. No son simples posiciones o roles anclados en una estructura ocupacional –médicos generales, médicos de especialidad clínica, médicos con especialización en otras áreas–, sino que se definen por su posición cualitativa dentro de una relación social –SGSSS y médicos–. La clase social es un objeto construido relacionamente con base en las diferencias halladas sobre elementos de tipo cualitativo que incluyen los recursos materiales como el capital económico, los títulos de formación profesional como capital cultural, la pertenencia a redes sociales de apoyo como capital social y las trayectorias sociales, como la educativa y laboral.

El campo médico fue concebido como una red de relaciones objetivas entre las posiciones que ocupan los médicos en el SGSSS y que determinan las formas que pueden tomar sus representaciones frente a las posibilidades de inserción en la estructura de clase social que se conforma. Estas representaciones son los *habitus* en los términos de Bourdieu, que dentro de la teoría de los campos, se refiere a estructuras mentales o cognitivas fruto de la incorporación de estructuras objetivas del mundo social a través de las trayectorias sociales. El SGSSS corresponde al espacio social del campo médico, se encuentra permeado por los efectos que las políticas estructurales, implementadas en la década de los noventa en Colombia, han tenido sobre el mercado educativo, el mercado de servicios y el mercado laboral del campo médico –tema que se

amplía en el segundo capítulo que desarrolla el impacto de las políticas de ajuste estructural en el campo médico del sistema de salud colombiano–.

Estos mercados son considerados como un campo de poder en el SGSSS, puesto que las políticas neoliberales generan en ellos una serie de relaciones de fuerza que impactan el campo médico y determinan factores de diferenciación de clase social, los cuales son incorporados por los médicos en forma de *habitus* a través de sus trayectorias sociales en el SGSSS y determinan las elecciones y estrategias que ellos emplean para su inserción en el campo médico –tema ampliado en el tercer capítulo denominado “Las trayectorias sociales de los médicos en el sistema de salud colombiano”–. (Gráfico 1).

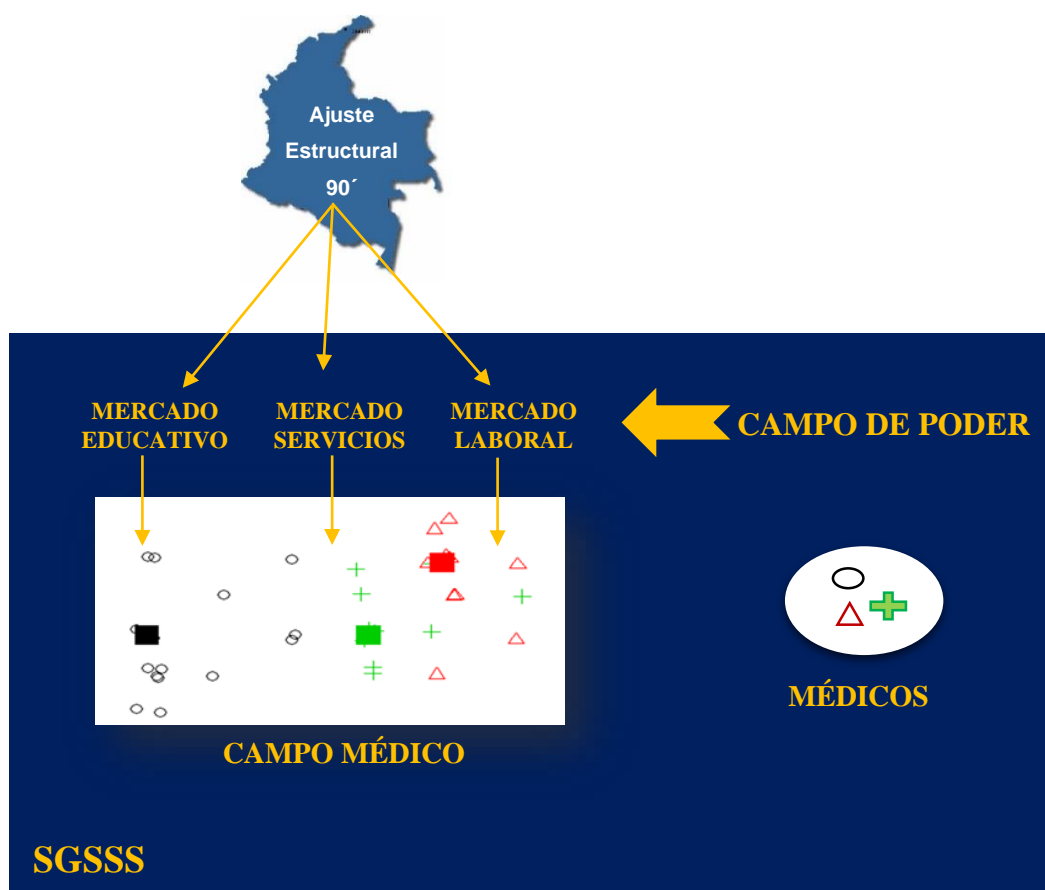


Gráfico 1. Delimitación del objeto de estudio bajo conceptos relacionales. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental

1.4.2 Posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS

Las posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS están determinadas por los capitales que están en juego. Por ello, se establecieron como categorías de análisis objetivas el capital económico, el capital cultural y el capital social. La información se obtuvo a través de una encuesta que permitió hacer equivalentes las categorías, con el propósito de facilitar los análisis

comparativos (Sandoval, 1997). Los aspectos tenidos en cuenta en cada categoría se presentan a continuación. (Tabla No 2)

Nivel Macrosocial		Categorías objetivas	Aspectos tenidos en cuenta
EL SGSSS COMO ESPACIO SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO	Posiciones diferenciadas de los médicos en el SGSSS	Capital económico Bienestar económico	Situación laboral: cargo, tipo de institución, tipo de contrato, salario, ingresos adicionales. Propiedades: casa, apartamento, finca, negocio –cantidad y estrato–; vehículo –cantidad y gama–, otros. Tiempo libre: periodicidad, actividades realizadas, aficiones.
		Capital cultural Credenciales educativas	Posgrado, maestría, doctorado, especialidad clínica, subespecialidad, otros; familiares médicos, cuales.
		Capital social Redes sociales de apoyo	Agremiaciones, cooperativas, clubes, familiares o amigos médicos influyentes, familiares o amigos políticos influyentes.

Tabla 2. Categorías de análisis objetivas para determinar las posiciones de los médicos en el SGSSS. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental

Los resultados obtenidos de la encuesta fueron tabulados para realizar, mediante el Paquete Estadístico R –R Core 2013–, las gráficas de dispersión de cada uno de los grupos de médicos –médicos generales, médicos de especialidad clínica y médicos con especialización en otras áreas– en relación con los capitales económico y cultural. El capital social no se graficó puesto que los resultados fueron homogéneos y no representaron un factor diferenciador de clase social en el campo médico. El Paquete Estadístico R, es ampliamente utilizado en investigación por la

comunidad estadística, siendo además muy popular en el campo de la investigación biomédica, la bioinformática y las matemáticas financieras (Ihaka y Gentleman, 2013). Su valor como herramienta en esta investigación social, de corte cualitativo, radica en la posibilidad de graficar la dispersión de los grupos de médicos en el SGSSS lo que permitió visualizar la conformación de clases sociales diferenciadas en el campo médico.

1.4.3 Disposiciones de los médicos a partir de los *habitus*

Las disposiciones de los médicos para su inserción en el campo médico dependen de sus *habitus*, los cuales se han ido configurando a través de las experiencias vividas en sus trayectorias sociales. Estas trayectorias les proporcionan el conocimiento y reconocimiento de las leyes inherentes que están en juego, les permite hacer una evaluación de su propia situación, y los lleva a emplear estrategias de inversión para asumir, como agentes sociales, una posición determinada en la estructura de clase social que se conforma en el campo médico. En la investigación los médicos fueron considerados como agentes sociales que participan activamente en el campo médico a través de sus disposiciones para la acción (Bourdieu, 1997). Los instrumentos empleados para obtener información fueron la entrevista a profundidad, previa firma del consentimiento informado, y la observación participante. En este nivel de análisis se tuvieron en cuenta los efectos que las estructuras capitalistas –las políticas de ajuste estructural– tienen sobre la vida de los médicos, por lo que fueron también consideradas en las categorías subjetivas de análisis. (Tabla 3).

Nivel Microsocial	Categorías subjetivas	Aspectos tenidos en cuenta
<p align="center">LOS MÉDICOS COMO AGENTES EN EL CAMPO MÉDICO</p>	<p align="center">Disposiciones de los médicos a partir de los <i>habitus</i></p>	<p align="center">Trayectoria educativa</p> <p>Elección de la universidad, pública o privada, experiencias durante la etapa de pregrado, experiencias en el rural, experiencias en el posgrado, percepción de la calidad de la formación en universidad pública y privada. Contenidos curriculares.</p>
		<p align="center">Trayectoria laboral</p> <p>Comienzo en la vida laboral, consecución de empleo, redes de apoyo, condiciones laborales, estabilidad, tipo de contrato, cargos ocupados, personal a cargo.</p>
		<p align="center">Evaluación de su propia situación</p> <p>Cómo percibe las condiciones laborales de los médicos en el SGSSS, donde se ubica como médico dentro de esa realidad.</p>
		<p align="center">Estrategias de inversión</p> <p>Qué mecanismos emplea para mejorar su posición como médico en el SGSSS</p>
		<p align="center">Capital médico</p> <p>Cuales características consideran debe tener el médico de hoy</p>
		<p align="center">Explotación</p> <p>Cuál es la opinión frente a las Cooperativas de Trabajo Asociado, relación entre tiempo laborado y remuneración, tiempo libre.</p>
		<p align="center">Alienación</p> <p>Situaciones de impotencia frente al SGSSS, Autonomía limitada por la contención del gasto y la rentabilidad financiera. Situaciones de abuso laboral</p>
		<p align="center">Acción colectiva</p> <p>Significado que le dan a la participación gremial. Participación en grupos políticos, gremiales, sindicatos, asociaciones, clubes.</p>

Tabla 3. Categorías de análisis subjetivas para analizar las disposiciones de los médicos en el campo médico. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental

El contraste comparativo entre el nivel macrosocial y el nivel microsocia a través de la articulación entre las categorías objetivas y subjetivas, y el análisis relacional de ellas con respecto al campo de poder que se establece en el SGSSS, permitieron la construcción de la clase social de los médicos en el SGSSS desde una perspectiva relacional, teniendo en cuenta las relaciones de producción y las relaciones laborales por medio de la complementación de los aportes sociológicos de Olin Wright y Pierre Bourdieu expuestos anteriormente. (Gráfico 2) (Ilustración 1)

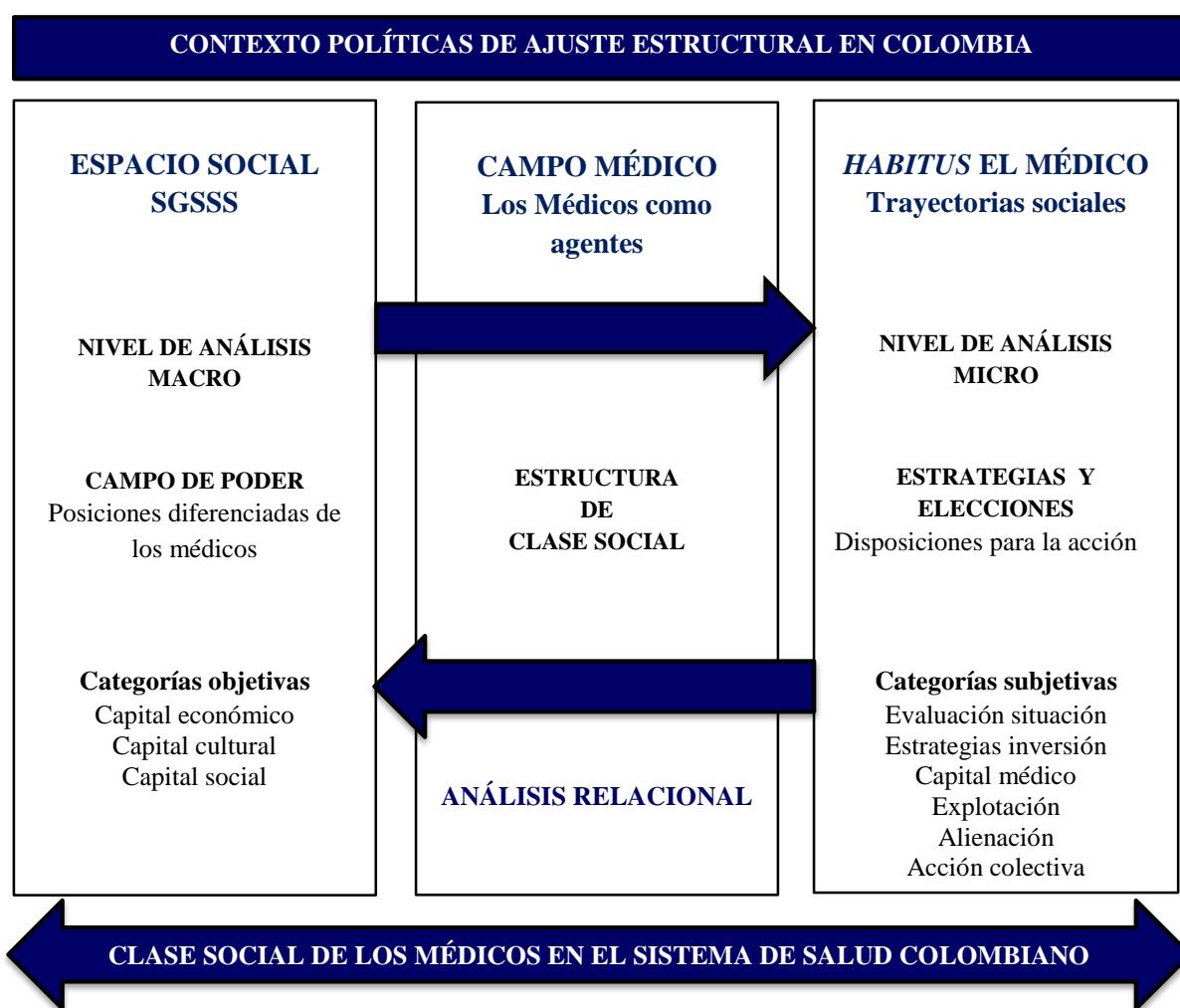


Gráfico 2. Modelo de articulación relacional para el análisis del campo médico. Elaboración de la investigadora con base en la revisión documental.

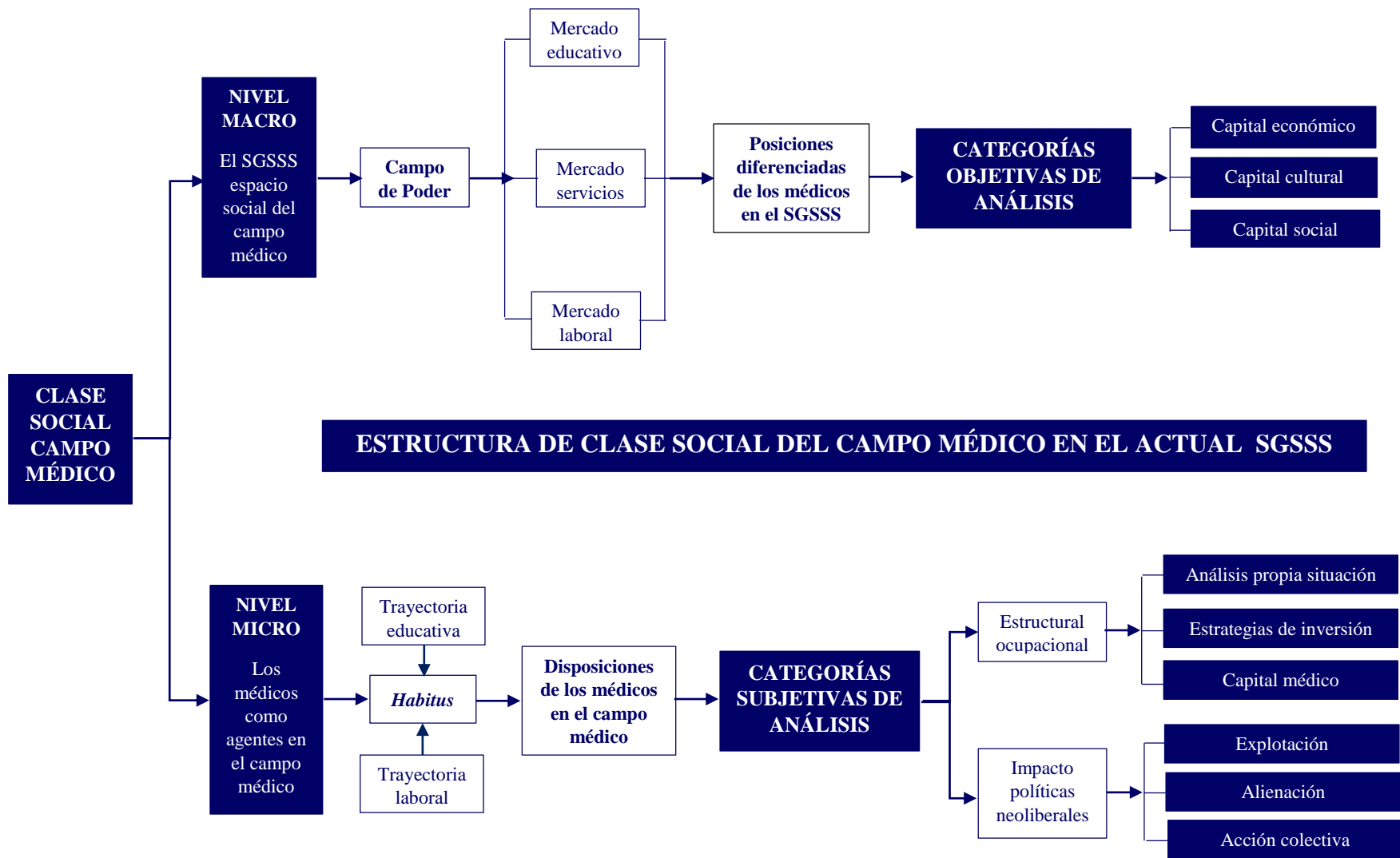


Ilustración 1. Mapa de categorías de análisis objetivas y subjetivas para la articulación de los niveles macro y micro en la construcción relacional de la clase social del campo médico. Elaboración de la Investigadora con base en la revisión documental.

2. EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE AJUSTE ESTRUCTURAL EN EL CAMPO MÉDICO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO



Hasta hace unas décadas, los médicos en Colombia al igual que en la mayoría de las regiones del mundo gozaban de una situación privilegiada y se movían en las altas esferas sociales del poder, no eran burgueses propiamente, pero esa era la clase con la cual se identificaban en su diario vivir, puesto que eran los burgueses quienes tenían capacidad de pago para obtener sus servicios. La posición que les daba su nivel de conocimientos por el papel que este desempeña en la salud de los pacientes y de la comunidad en general, los llevó a contar con un alto reconocimiento social a lo largo de la historia; los honorarios fueron por muchos años a discreción del médico, no existían tarifas, era una profesión liberal. Situaciones estas que impidieron que se reconocieran a sí mismos como trabajadores (PST-Colombia, 2011).

La nueva realidad que les ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS– a los médicos, los vincula laboralmente a una serie de instituciones de salud que compiten

por el lucro de las ganancias en una lógica de rentabilidad financiera y de contención del gasto propia del mercado, bajo una débil intervención del Estado (Molina, et al., 2011) y poca capacidad regulatoria de las agremiaciones y asociaciones profesionales (OMS, 2006; Ruiz et al., 2009; Salud-PARS, 2007), condiciones que han generado su descenso socioeconómico. Esta nueva realidad obedece a la implementación de las políticas de ajuste estructural en Colombia en la década del noventa, las cuales afectaron el mercado educativo, el mercado de servicios, y el mercado laboral del campo médico.

El objetivo de este capítulo es determinar el impacto de estas políticas sobre el campo médico del SGSSS, para lo cual es necesario referirse a los procesos de globalización capitalista de los años setenta-ochenta que generaron la imposición de políticas de ajuste estructural en la mayoría de los países de América Latina, visibles en Colombia en la década del noventa. Inicialmente se presenta el contexto global de las políticas neoliberales, luego el proceso de ajuste estructural en América latina, específicamente en Colombia y por último las implicaciones sobre el campo médico.

2.1 El contexto global de las políticas neoliberales

Desde el punto de vista socioeconómico se puede decir que el mundo en la actualidad se encuentra dividido en dos grandes grupos. Por un lado están los países que gozan de una gran estructura industrial, capacidad tecnológica, numerosos servicios y un alto nivel de consumo como Estados Unidos y la Unión Europea –llamados países del Norte o del Centro– considerados por algunos autores como centro de poder de la economía mundial que domina y explota a las demás

naciones (Harvey, 2007; Hobsbawm, 1998; Sarmiento, 2004). Por otro lado, están los países de América Latina –llamados países del Sur o Periféricos–, con una estructura industrial débil, servicios públicos deficientes y niveles altos de población que vive en condiciones de extrema pobreza. Ambos, conforman un sistema global de naturaleza polarizadora (Sarmiento, 2004; Wallerstein, 1995) que como sistema ha incrementado aún más las condiciones de desigualdad a nivel mundial, situación que se ha visto agravada por la globalización capitalista y las políticas neoliberales que tienden a generar la acumulación del empobrecimiento en un polo y grandes riquezas en el otro (Sarmiento, 2004; Vega, 1998), con implicaciones políticas y sociales en América Latina y por supuesto en Colombia.

El proceso de globalización capitalista ha tenido una amplia trayectoria histórica que comienza desde el surgimiento de las ciudades comerciales italianas en el siglo XII y XIII y la invasión de América en los siglos XV y XVI, hasta la revolución industrial de los siglos XVIII y XIX; etapa en la cual el proceso de globalización fue específicamente de carácter comercial, expresado en la circulación internacional de metales preciosos, bienes de consumo suntuario y determinados productos de primera necesidad. Luego, con la consolidación de los Estados nacionales y el desarrollo de la revolución industrial en Inglaterra y posteriormente en toda Europa Occidental, el contenido del proceso de globalización fue esencialmente financiero. Con el advenimiento de la revolución científico–tecnológica y los cambios que se generaron en la organización de la producción y el trabajo, surgió un sistema global transnacional que fundó la idea de un Estado global y un mercado mundial para su funcionamiento (Sarmiento, 2004).

El Estado global, se encuentra dirigido por los intereses económicos y políticos de los países del Centro –Estados Unidos, la Unión Europea, Japón, Canadá y Australia–, los cuales

ejercen control en la producción, las finanzas, y la política macroeconómica de los países Periféricos a través de fuerzas económicas como la deuda, el control de los recursos y la fuerza de trabajo, y la penetración comercial. Este control ejercido por el Estado global deja a estos países sin proyecto económico, político y social propio trayendo grandes consecuencias sociales a la población en general (Sarmiento, 2004; Petras y Veltmeyer, 2006). Por su parte el mercado mundial se caracteriza, por el libre comercio y la libre circulación de capitales, es considerado por los países del Centro como la única manera posible de regular la sociedad, por lo que ha forzado a los países de la Periferia a incrementar su integración dentro de la economía internacional de mercado y su dependencia a ella (Sarmiento, 2004).

La conformación del sistema global capitalista demandó la creación de instituciones que se han ido desarrollando y conformando bajo el dominio y control de los países del Centro, es el caso de la Organización de las Naciones Unidas –ONU– creada en 1945, en la ciudad de San Francisco –Estados Unidos–. Desde entonces, es una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el derecho internacional, la paz y la seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos. En lo económico y financiero el Estado global opera principalmente a través del Banco Mundial –BM, el Fondo Monetario Internacional –FMI– y la Organización Mundial del Comercio –OMC–; con el fin de monitorear y regular la economía mundial y promover la acumulación de capital a escala global (Sarmiento 2004).

Estos organismos fueron creados en la Conferencia de Bretton Woods en 1944, desde entonces cuando los países tienen déficits en su balanza de pagos deben financiarlos a través de las reservas internacionales o mediante el otorgamiento de préstamos que concede el FMI previo

acuerdo de políticas económicas (García y Gatell, 1998). El FMI fue creado para restaurar la estabilidad monetaria del mundo mediante la supervisión de la paridad entre las monedas y la concesión de préstamos a los países miembros endeudados con el exterior. Para solicitar estos préstamos, el país debe demostrar cómo pretende resolver sus problemas de pagos y debe aceptar las condiciones establecidas por el FMI para reestructurar y ajustar su economía; estos planes de ajustes incluyen únicamente criterios contables sin tener en cuenta los graves daños sociales que pueden acarrear a la población.

Sumado a esto, las decisiones que se toman al interior del FMI son proporcionales a las cuotas aportadas por la mayoría de las naciones que lo conforman, de las cuales el 41% corresponde a las cinco naciones más industrializadas del mundo –Estados Unidos, Japón, Alemania, Inglaterra y Francia–, lo que hace evidente la monopolización de las decisiones bajo el poder hegemónico de estas potencias. El BM por su parte debe coordinar préstamos e inversiones privadas para derivarlos hacia proyectos útiles, su misión es financiar el crecimiento productivo mundial aunque en la actualidad y después de haber financiado la reconstrucción de Europa tras la Segunda Guerra Mundial, actúa casi exclusivamente en los países periféricos (Sarmiento, 2004).

Con la creación del FMI y el BM se pretendió resolver el problema de los pagos internacionales y de la financiación del crecimiento productivo. Sin embargo, hacía falta generar una nueva actitud comercial por parte de las naciones puesto que la mayoría de los gobiernos de los diferentes países limitaban la entrada de mercancías extranjeras con el fin de preservar la producción de las propias empresas nacionales. Surge entonces la OMC como una organización internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países y ayuda a los productores de bienes y servicios, a los exportadores, y a los importadores a llevar adelante sus

actividades; propone unificar las reglas referidas a la gestión de los mercados internos y las correspondientes al mercado mundial suprimiendo toda diferencia que pueda existir entre ellas bajo un concepto extremo de libre comercio. Estas normas establecidas por la OMC impiden a los Estados de la periferia ser competitivos, puesto que les prohíbe el derecho a legislar y regular las actividades del capital de los países del Centro que opera en ellas (Sarmiento, 1993).

El FMI, el BM y la OMC a través de los programas de ajuste estructural, las condiciones de préstamos, y los acuerdos comerciales exigidos por los países del Centro, introducen en los países Periféricos un listado de políticas económicas de índole neoliberal conocidas como el Consenso de Washington, considerado por los países del Centro como el mejor programa económico que los países latinoamericanos debían aplicar para impulsar el crecimiento. Así, la hegemonía neoliberal que se había consolidado en los años ochenta en el centro –Europa y Norteamérica– (Harvey, 2007; Perry, 2005; Sader et al., 2003), se impuso a través del sistema de globalización capitalista a los países de la Periferia. A finales de la década de 1980, más del 70% de estos países estaban bajo la disciplina de las políticas neoliberales basadas en la hegemonía del capital transnacional y financiero, el desmonte de barreras arancelarias, la desaparición de los derechos laborales y sociales, libre circulación de mercancías y capitales, represión violenta del descontento social, entre otros (Sarmiento, 2004).

Las políticas neoliberales en el contexto global se fueron instaurando mediante enfrentamientos económicos y militares por el control de los mercados y los recursos naturales a favor de las empresas transnacionales y el capital financiero, lo que generó un aumento en la concentración de la riqueza y el ingreso en los países del Centro. Esta situación generó consecuencias inmediatas en los países Periféricos que se hicieron visibles en la exclusión de las

mayorías populares, el aumento en la explotación del trabajo y en los índices de desempleo y empleo precario, la agudización y complejización de las diversas violencias sociales y políticas, la expoliación de las economías y de los recursos naturales de los países periféricos (Sarmiento, 2001). Esta realidad no es oculta para las instituciones –BM, FMI, OMC– quienes construyen hoy políticas sociales que tienen por finalidad mitigar los efectos de sus propias recomendaciones e intentar hacer funcionales estas economías a la expansión y transformación de la globalización capitalista (Garay y Rodríguez, 2005; Navarro, 1999; Sarmiento, 2004).

Uno de los trabajos realizados por estas instituciones con el objetivo de mitigar los estragos que la aplicación de las políticas neoliberales deja en los países periféricos es publicado anualmente en lo que se conoce como los “Informes sobre el Desarrollo Mundial”, en ellos se develan los intereses en juego (Mundial, s/f). Cabe destacar el informe de 1995 sobre “El mundo del trabajo en una economía integrada”, allí se exponen las condiciones de desigualdad en las cuales se encuentran los trabajadores y las evidentes diferencias internacionales en materia de ingresos, comenta además que esta “situación viene en aumento y que no desaparecerá a corto plazo, ni siquiera según la hipótesis más optimista” (Mundial, 1995, p.15).

Esta información es reforzada por el informe mundial sobre salarios que presentó la Organización Internacional del Trabajo –OIT– ante el Banco Mundial (OIT, 2010), el cual expone que la crisis económica mundial ha tenido devastadoras consecuencias sobre los mercados laborales, entre las que se encuentra el incremento de 210 millones de personas desempleadas –el nivel más alto jamás registrado–, y la reducción de los salarios a escala mundial en el 2008 y el 2009 perjudicando seriamente el poder adquisitivo y el bienestar de quienes lograron conservar sus empleos, entre ellos los profesionales, y por supuesto los médicos.

El neoliberalismo pudo establecerse en los países Periféricos debido a la dinámica de la globalización capitalista que como sistema articula funcionalmente a los países del Centro con los Estados nación a través de los flujos de bienes y servicios, la fuerza de trabajo, la moneda y los recursos financieros. Los países del Centro ejerce relaciones de explotación sobre los países Periféricos a través de los monopolios y la extracción de parte de la riqueza que se genera en los espacios nacionales por concepto de remesas de utilidades de las empresas multinacionales, rentas y ganancias del capital financiero, regalías por franquicias y uso de marcas y patentes, intercambio desigual en el comercio de bienes y servicios, entre otros (Sarmiento, 2004). A través de los monopolios, se establecen los flujos de penetración a los Estados periféricos quienes cumplen la función de concretar en los espacios locales las directrices establecidas por el Estado global como ocurre con las políticas de ajuste estructural implementadas a través de programas en la mayoría de los países de América Latina en general y por supuesto en Colombia.

2.2 Ajuste Estructural en América Latina y en Colombia

Los programas de ajuste estructural dispuestos por el BM y el FMI a los países Periféricos fueron adoptados por la mayoría de los países latinoamericanos a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa. Estos programas están basados en el paquete de reformas económicas y políticas que caracterizan el modelo neoliberal: apertura completa de las economías a los mercados y al capital internacional, recorte del gasto público y eliminación de los subsidios estatales, privatización de las empresas públicas y de los servicios sociales, y en general, el establecimiento del clima más propicio para la inversión extranjera (Ahumada, 1998). Cabe

destacar que uno de los problemas fundamentales de la implementación de estos programas radica en no haber tenido en cuenta “los ritmos y las secuencias de cada país” (Stiglitz, 2002, p.82).

Entre los factores que generaron la implementación de las reformas establecidas por las políticas de ajuste estructural se encuentra, como se mencionó anteriormente, el establecimiento del nuevo orden mundial que significó una mayor sujeción de los países de América Latina a los mandatos de Estados Unidos como potencia económica, siendo forzados a abrir sus economías al comercio mundial y a conformar una zona de libre comercio en todo el continente. En el plano regional, el factor decisivo para la adopción de estas políticas neoliberales fue la severa crisis económica de los países latinoamericanos agravada por la deuda externa a comienzos de los ochenta. Según el diario El Tiempo “en 1996 la deuda total de la región superaba los 600.000 millones de dólares, siendo los países más endeudados Argentina con cerca de 100.000 millones, Brasil con más de 130.000 millones y México con 93.000 millones de dólares (Guevara, 1997). En Colombia en ese año la deuda externa correspondía a 31.114 millones de dólares (B. Republica, s/f).

La deuda externa se constituyó en la pieza clave para la introducción de las políticas neoliberales, el endeudamiento contraído desde los años setenta exigió el refinanciamiento permanente y por consiguiente el carácter subordinado de dichos países periféricos en la globalización capitalista. El progresivo crecimiento de la deuda precipitó a los Estados nación de la periferia a solicitar crédito internacional cuya condición para otorgarlos fue el sometimiento a reformas estructurales y ajustes del sector público que limitaron sus posibilidades en la política económica interna. Las instancias supranacionales para satisfacer el pago de la deuda comprometieron a los Ejecutivos de los países endeudados a aplicar políticas para cuya viabilidad

requerían la concurrencia de otros poderes, como el Legislativo. “Esto hizo que, mientras el núcleo principal de la política se decidía en los organismos, los Ejecutivos se convertían en correas de transmisión, encargados de procurar la aprobación parlamentaria” (Thwaites, 2010, p.26).

Es así como la deuda externa no solo fortaleció la influencia y control ejercidos por las instituciones financieras internacionales sobre los procesos políticos y económicos de América Latina y por ende de Colombia, sino que comprometió su autonomía en extremo. Al respecto Consuelo Ahumada, comenta que “La renegociación de la deuda externa sirvió de puntal para la aplicación de las medidas neoliberales en toda la región y selló la pérdida de todo resquicio de autonomía en cuanto a la formulación de políticas de desarrollo por parte de los países deudores” (Ahumada, 1998, p.11). Esto se prestó para que mediante las condiciones impuestas en la obtención de préstamos y refinanciación de la deuda, los países del Centro integraran a los países de la Periferia mediante nuevas formas de explotación.

En este escenario de deuda externa, América Latina pierde su capacidad de competencia con respecto a la economía y al comercio mundial. En 1990 sus exportaciones sumaron menos de 130.000 millones de dólares, cifra inferior a la exportaciones de Holanda –más de 131.000 millones de dólares–, una nación con solo 15 millones de habitantes (Vilas, 1995, p.10). La mayor o menor resistencia a las políticas de ajuste estructural dependió de la configuración económica de cada Estado nación y de las relaciones de fuerzas internas entre las clase antagónicas –dominante y subalternas– en cada nación (Thwaites, 2010).

Es en este contexto internacional de dominación y de deuda externa, de sujeción frente a la economía y comercio mundial donde surge el Consenso de Washington, el cual identifica diez

aspectos que deben ser considerados en torno a las reformas de política económica que los países deudores deben tener como objetivo, estos son: disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria, liberación financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera, privatización de las empresas estatales, desregulación y protección a los derechos de propiedad. “Estas políticas se pueden resumir en la creencia fiel de que el libre mercado es la clave del desarrollo económico” (Krugman, 1995, p.29).

Con base en esta creencia, en junio de 1990 el presidente Bush propone a través del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica –TLCN– el establecimiento de una zona unificada de libre comercio, desde Alaska hasta la Patagonia, con ello pretendía la integración económica de todo el continente bajo el dominio de Washington y la consolidación de las reformas estructurales en los países latinoamericanos cuya lógica neoliberal había propiciado el crecimiento de las exportaciones y el restablecimiento de mercados vitales para los productores norteamericanos. Igualmente, estas políticas acrecentaron enormemente las ganancias del capital financiero internacional y nacional a costa de la crisis de los sectores productivos de estos países periféricos y de la reducción notoria de la inversión social característica de las reformas generadas en el Consenso de Washington. La reducción de la función económica y social del Estado en beneficio del sector privado y el recorte del gasto público es lo que ha tenido un mayor impacto social y ha incidido de manera significativa en el deterioro de las condiciones de vida de los habitantes en América Latina, aumentando considerablemente el nivel de pobreza y por ende la desigualdad social (Ahumada, 1998).

El incremento en las desigualdades sociales a partir de las políticas de ajuste estructural en América Latina se puede observar en los datos estadísticos los cuales registran un aumento

considerable de la pobreza. En 1990 el número de pobres en la región era de 48 millones y para el año 2002 esta cifra aumento a 57 millones (Report, 2003). En el caso colombiano, entre 1997 y 2003 la pobreza tuvo un aumento notable, la proporción de las personas por debajo de la línea de pobreza subió de 55 a 66 % en tan solo seis años (C. G. d. I. Republica, 2004, p.5). Ante esta situación se comenzó a incluir desde las agendas del BM, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID– y la Agenda Internacional para el Desarrollo –AID– el tema de lo social y a invertir en algunos recursos para proyectos específicos en programas sociales tendentes a mitigar la pobreza. Surgen así las políticas de protección social de carácter asistencial con intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades como paliativo a la situación de pobreza (Guzman, 2010).

La introducción de las políticas de ajuste estructural dentro de la lógica del neoliberalismo en los países de América Latina no solo se debe al condicionamiento de los préstamos y la ayuda financiera que impone políticas económicas y sociales, cuenta además con el apoyo de la élite de dirigentes y la clase económicamente dominante que apoyan los fundamentos del neoliberalismo y se encargan de favorecer su introducción. Esta élite tiene estrechos vínculos con el capital y las instituciones financieras internacionales y por ende está comprometida con el cumplimiento de las exigencias impuestas por ellas.

En el caso colombiano se trata de grupos de poder conformados por las grandes empresas hegemónicas, por funcionarios de alto nivel en empresas multinacionales (Ahumada, 1996), por dirigentes políticos en su la mayoría formados en universidades estadounidenses bajo la influencia del pensamiento neoliberal (Guzman, 2010), como el caso del número considerable de neoliberales jóvenes que ocuparon los cargos públicos de alto rango en el gobierno de César Gaviria, conocidos

como el “kínder de Gaviria” (J. Estrada, 2006). Desde entonces se constata en los mandatarios y empresarios colombianos la marcada estirpe neoliberal. Sin embargo, en algunos países de América Latina el descontento frente al neoliberalismo fue evidente y “comenzó a cuestionarse la bondad del mercado como único asignador de recursos” (Thwaites, 2010, p. 30).

El ascenso al poder de Hugo Chávez en Venezuela (1999) abre un nuevo ciclo de gobiernos pos-neoliberales en la región: Brasil (2003), Argentina (2003), Uruguay (2004), Bolivia (2006), Ecuador (2007), Nicaragua (2007), Paraguay (2008) y el Salvador (2009); varios de ellos surgieron como expresión de la emergencia de movimientos y partidos cuyo objetivo principal era disputar el poder del Estado. Desde entonces se ha dado un cambio a nivel regional, algunos países han recuperado una cierta autonomía para definir cursos de acción que se pueden imponer a los grupos y sectores dominantes locales e internacionales, como el caso de la experiencia de Venezuela con el replanteamiento del papel del Estado enfocado en asuntos internos como la reforma agraria, la recuperación de los recursos naturales, la redistribución de la renta petrolera, entre otros (Thwaites, 2010).

En Colombia el neoliberalismo, si bien se instaura en la administración de César Gaviria, hubo un preámbulo durante el gobierno de Virgilio Barco (1986–1990), en el cual se suscribió un programa de monitoria con el FMI y se dio la reforma tributaria en 1986, inspirada en la política económica de Ronald Reagan en los Estados Unidos (Redondo y Guzman, 1999). Sin embargo, el proceso de ajuste estructural propiamente dicho se vino a profundizar en el gobierno de César Gaviria (1990–1994) mediante las reformas establecidas a comienzos de la década de los noventa, las cuales fijaron los principales lineamientos para la apertura económica y la modernización del Estado. Estas reformas neoliberales abarcaron los diferentes mercados en los cuales se organiza la

economía: mercado laboral, mercado de bienes y servicios, y mercado de capitales (J. Estrada, 2006). Dentro de estos mercados se encuentra el mercado educativo y el de servicios de salud, que junto con el mercado laboral configuran las condiciones en las cuales se encuentra el campo médico.

Las reformas en cada mercado se reglamentaron de la siguiente manera: en el mercado educativo, la Ley 30 de 1992 formuló la Educación Superior en Colombia; en el mercado de servicios de salud, la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema de Seguridad Social en Colombia, dentro del cual se encuentra el SGSSS; y en el mercado laboral, la Ley 50 de 1990 introdujo cambios al Código Sustantivo de Trabajo. La interconexión de estos tres mercados permite el análisis de los asuntos relacionados con las condiciones socioeconómicas de los médicos (Ruiz, et al., 2009).

En los gobiernos posteriores al de César Gaviria se dio continuidad a la implantación del modelo neoliberal en Colombia y comenzaron a ser evidentes las consecuencias económicas y sociales. Con la administración Samper (1994–1998) se presentó una desaceleración del crecimiento económico que posteriormente desembocó en una aguda recesión económica durante el gobierno de Andrés Pastrana (1998–2002) a causa de la crisis del sector financiero. En este gobierno los problemas de las finanzas del Estado se agravaron hasta tal punto que se presentó un déficit fiscal en ascenso, al igual que un aumento de la desocupación y de la pobreza (J. Estrada, 2006).

En la administración de Pastrana se impuso un severo ajuste territorial mediante la Ley 617 de 2000 el cual afectó el empleo público de departamentos y municipios, y definió centralmente

parámetros de gasto local que incidieron, tanto en el mercado laboral de los médicos como en el mercado de servicios (R. Colombia, 2000). De igual manera, se aprobó una reforma constitucional que redujo los recursos a transferir por parte del gobierno central a los entes territoriales e incorporó en el ordenamiento constitucional criterios de asignación de recursos basados en la demanda, con los cuales se estimuló la organización mercantil y la privatización de actividades sociales financiadas con tales recursos como la educación, la salud, entre otros (J. Estrada, 2006).

En el gobierno de Álvaro Uribe Vélez (2002–2010), hubo un aumento en la cobertura de la educación superior a expensas del Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA–. Este aumento, según Ospina y Suárez, obedeció a los planes del gobierno de tecnificar la educación, una educación para el trabajo, lo que significa mano de obra barata y calificada acorde a los requerimientos de los empresarios tanto nacionales como internacionales (Ospina & Suárez, 2010). Además, en este gobierno se reformó el ICETEX permitiendo el aumento del número de usuarios y el trámite de las solicitudes de crédito por internet, a través de las universidades y sin necesidad de recomendación política (Prensa, s/f).

Durante la administración de Uribe se aprobó la Ley de Talento Humano en Salud –Ley 1164 de 2007– la cual contempla aspectos relacionados con condiciones de calidad de programas de formación y centros de práctica del talento humano, estímulos e incentivos al personal de salud, servicio social obligatorio y becas crédito, entre otros (O. Muñoz, 2008). Esta Ley surge como respuesta a la necesidad sentida por el gobierno y algunos actores del sistema de salud, de otra forma de práctica médica puesto que el perfil del recurso humano era un obstáculo para profundizar el desarrollo a la reforma a la salud promulgada por la Ley 100 de 1993 y era necesario armonizarlas. “La realidad mostraba que profesionales y estudiantes de áreas de la salud eran muy

buenos en la parte científica, pero en la parte administrativa no tenían la capacidad de asimilar la cantidad de encrucijadas administrativas que conllevaba la reforma, y terminaban perdidos –aún hoy– en los laberintos del sistema, por lo que eran un obstáculo a la normatividad” (Arboleda, 2008). Es por ello, que algunos médicos comienzan a realizar especializaciones en otras áreas diferentes a la especialidad clínica.

En el mercado de servicios de salud se realizaron ajustes al SGSSS mediante la Ley 1122 de 2007, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de servicios de salud a los usuarios. Con este fin se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública; y de las funciones de inspección, vigilancia y control, y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (C. d. Colombia, 2007). No se tuvieron en cuenta las condiciones laborales de los profesionales de la salud, entre ellos los médicos.

Adicionalmente, se dieron las reformas laboral y de régimen de pensiones conocidas como reformas de segunda generación las cuales dan continuidad al proceso de flexibilización del mercado de trabajo y pretenden “reducir los costos laborales mediante la prolongación de la jornada de trabajo y la reducción de los costos por concepto de pago de horas extras e indemnizaciones por despido” (Internacional, Crédito, y Público, 2002, p14). En un intento por frenar la dramática situación de desempleo, lo que no se ha logrado hasta el momento y que por el contrario agravó aún más las condiciones laborales de los trabajadores.

En el gobierno de Juan Manuel Santos (2010–2014) se proclama que las reformas a la salud, las pensiones y la infraestructura, así como a la ley estatutaria al fuero militar, son prioridad en su periodo legislativo y considera que contienen un “altísimo” carácter social (Radio, 2013). El objetivo que se traza en el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 es dar un gran salto al desarrollo que se traduzca en la consolidación de la paz, la generación de empleo de calidad y la disminución de la pobreza. Sin embargo, estos propósitos no se han cumplido puesto que a seis meses de terminar su período los procesos de paz que adelanta el gobierno en la Habana no han dado los frutos esperados, la generación de empleo con calidad se cuestiona puesto que el sector de la economía que está generando mayor empleo es el de la economía informal, por lo general sin protección social y vulnerabilidad de los derechos de los trabajadores. Los niveles de pobreza si bien han presentado una leve disminución, son demasiado altos si se tiene en cuenta el grado de desarrollo y crecimiento económico que ha alcanzado Colombia en los últimos años. Lo mismo ocurre con la desigualdad, cuyo coeficiente Gini arrojó un valor de 0,56 que ubica al país entre las naciones más desiguales del continente y del mundo (Semana, 2011).

En el mercado educativo el presidente Juan Manuel Santos presentó una propuesta de reforma de la Ley 30 de 1992, mediante el Proyecto de Ley 112 de 2011. Este proyecto fue radicado el 3 de octubre de 2011 y retirado tras un paro nacional universitario el 11 de noviembre de 2011. El eje de la propuesta consiste en ampliar la participación del mercado como estrategia principal para aumentar la cobertura en detrimento de la calidad de la educación superior, lo que obliga a las instituciones públicas a actuar como agentes del mercado a las que se les brinda autonomía pero a la vez se les realiza grandes exigencias de cobertura sin generarles un aumento presupuestal considerable. Otro aspecto es el incentivo al crédito educativo a través del ICETEX

generando deudas altas a los estudiantes, las cuales deben pagar una vez egresen independiente de la realidad de desempleo al cual se deben enfrentar.

En el mercado de servicios de salud, se han dado dos modificaciones a la Ley 100 de 1993: la Ley 1438 de 2011 que tiene como objeto “el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud –APS– permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable”; no incluye asuntos relacionados con las condiciones laborales del personal de la salud (C. d. Colombia, 2011). La Ley 1562 de 2012, por medio de la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional (C. d. Colombia, 2012).

En lo que respecta a la reforma de la salud, en octubre de 2013 el Senado de la República aprobó la totalidad de los artículos del proyecto de ley 210 de 2013, lo que ha generado la movilización de las asociaciones médicas insatisfechas por considerar que la reforma no elimina el problema principal que corresponde a la intermediación que ejercen las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud –EPS–, ni tienen en cuenta la salud como derecho humano fundamental. La nueva reforma a la salud apenas intenta un cambio de forma y no de fondo, en una especie de “maquillaje gramatical: Gestoras de Servicios de Salud en vez de EPS, de Mi Plan en vez de POS, Salud Mía en vez de Fosyga, valor per cápita ajustado por riesgo en vez de UPC, prestadores de servicios de salud en vez de instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS– y órgano colegiado de gestores de servicios de salud en vez de Acemi –Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral–. En los hechos mantienen los dos regímenes de aseguramiento sin enfrentar

las inequidades características entre los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado” (Torres, 2013).

En este escenario en el cual el mercado educativo se encuentra bajo grandes exigencias de aumento de cobertura sin generar aumento presupuestal considerable, el mercado de servicios de salud con una reforma al SGSSS que no consideró las condiciones laborales en las cuales se encuentran los médicos, y un mercado laboral sometido a la tercerización; hacen suponer la continuidad de las difíciles condiciones laborales en el campo médico

2.3 Implicaciones de las políticas de ajuste estructural en el campo médico

De acuerdo con el economista estadounidense William Hsiao (1994), las interrelaciones dinámicas de los recursos humanos en salud se pueden analizar a partir de un modelo de mercados interconectados. Teniendo en cuenta esto, las relaciones que establecen los médicos en el campo médico se pueden analizar a partir de la interconexión del mercado educativo, el mercado de servicios y el mercado laboral los cuales han sido regulados por las políticas de ajuste estructural y conforman un campo de poder cuyos efectos han impactado de manera directa en el campo médico. El mercado educativo, se encuentra regulado por la Ley 30 de 1992, el de servicios de salud por la Ley 100 de 1993, el laboral por la Ley 50 de 1990 y por un conjunto amplio de normativas que van desde aquellas aplicables al ámbito general de las relaciones laborales hasta las específicas orientadas al ejercicio de cada profesión (Eslava, Orozco, y Ruiz, 2001); la interconexión de los tres mercados determina la dinámica laboral (Ruiz, et al., 2009) y las posibilidades y estrategias de inserción de los médicos en el SGSSS.

En cuanto al mercado educativo, la Ley 30 de 1992 establece un nuevo esquema de autonomía de las instituciones de educación superior –IES-, de acreditación voluntaria, y de autorregulación en cuanto a contenidos curriculares y estrategias educativas (Nacional, 1992). Esto condujo a una rápida proliferación en el número de IES y de programas de formación profesional que generó un aumento en el número de trabajadores de la salud que demandan puestos de trabajo y la disminución de la calidad de la educación superior puesto que no se tuvo en cuenta la capacidad instalada en áreas de formación que requieren de tecnología e infraestructura adecuadas que permitan garantizar el desarrollo de competencias formativas y tecnológicas de los profesionales, y por ende la calidad en la prestación de los servicios de salud (Salud-PARS, 2007).

El aumento en el número de profesionales de la salud, en este caso de los médicos, se dio en las áreas urbanas debido entre otros: a la ubicación de las universidades y programas del área de la salud en estas zonas, a la escasez de incentivos para los profesionales y especialistas en regiones de la periferia, los problemas de orden público, y la escasa regulación por parte del Estado (Molina, et al., 2011). Esta situación afecta de manera directa la capacidad de las instituciones del sector salud para brindar empleo, lo que ocasiona índices crecientes de desempleo, disminución de los salarios, y el surgimiento de contratos abusivos (I. Muñoz, Higueta, Sarasti, y Londoño, 2011), que se hacen visibles en el mercado laboral.

Por su parte el mercado de servicios, universo organizacional en el que transitan los médicos, se ve afectado por la ampliación de la cobertura en salud a toda la población colombiana contemplada en la Ley 100 de 1993, que conlleva a un aumento en el aseguramiento social en salud y el requerimiento de recurso humano para atender la demanda de servicios en un contexto

de reducción de costo y rentabilidad financiera característico de la lógica del mercado de servicios en salud, lo cual afecta de manera directa la prestación del servicio y las condiciones laborales de los médicos. En el mercado de servicios, los actores predominantes son las instituciones de salud, públicas o privadas, regidas por condiciones de contratación y normatividad laboral diferentes (Eslava, Orozco, et al., 2001). “La oferta está dada por la capacidad instalada y los procesos que contribuyen a brindar un servicio por parte de las organizaciones y profesionales de la salud, la demanda, por el conjunto de requerimientos que los usuarios de los servicios hacen a estos prestadores” (Eslava et al., 2001, p.25).

La modulación del mercado de servicios se da por la libre competencia que propicia la Ley 100 de 1993 entre instituciones públicas y privadas, las cuales deben generar un aumento en la eficiencia a través de acciones competitivas para atraer los usuarios, por lo tanto los proveedores “se ven presionados a vender servicios de alta calidad a bajos precios para adquirir contratos con los aseguradores, mecanismos que a su vez afectan de manera directa las condiciones laborales de los médicos” (Salud-PARS, 2007, p.282). La prestación del servicio se da a través de una gran variedad de IPS, entre ellas están las que cuentan con mayor poder resolutivo y alta tecnología, por lo general son privadas y se ubican en las regiones de mayor desarrollo; otras son de bajo poder resolutivo, en su mayoría públicas, y se encuentran en las regiones de escaso desarrollo socioeconómico; algunas de mediana capacidad resolutiva, tanto privadas como públicas, que se encuentran por lo general en las ciudades intermedias (Salud-PARS, 2007).

Es importante señalar que en la actualidad, el sector público no registra tendencia hacia el aumento de las IPS, lo que significa poca posibilidad de incremento en la demanda de médicos en el ámbito hospitalario y por ende aumento en las posibilidades de empleo. Sin embargo, existen

nuevas posibilidades de desempeño de los médicos en las direcciones territoriales y aseguradoras lo que implica recapacitación de los médicos disponibles y la actualización de los currículos de formación para garantizar la competencia de los futuros egresados (Salud-PARS, 2007).

En el mercado laboral, como tercer mercado, se dieron profundos cambios con la implementación de la Ley 100 de 1993. La progresiva disminución del ejercicio profesional independiente de los médicos hacia el trabajo institucional y la práctica en grupos profesionales, se han constituido en las formas predominantes de vinculación al mercado laboral (Antioquia y Salud, 2003; I. Muñoz, et al., 2011; Salud-PARS, 2007). Del mismo modo, con la política de descentralización planteada por la Ley 10 de 1990, se abre la posibilidad de participación de nuevos tipos de organizaciones y agencias, que sumado al desarrollo de nuevos y tradicionales segmentos de aseguramiento –Ley 100 de 1993–, genera un aumento considerable de nuevas entidades empleadoras en el sector salud que demandan recursos humanos en términos de cantidad y cualificación (Ruíz, 2001). La oferta en este mercado comprende los profesionales egresados de las instituciones educativas (M. d. Salud, 2001).

En el mercado laboral existe una tendencia hacia la flexibilización en la vinculación laboral de los médicos apoyada en la Ley 50 de 1990, mediante la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo –CST– (R. d. Colombia, 1990) y cuya estrategia de contención de gastos, hace que se empleen mecanismos de contratación por cooperativas o por contratos temporales menores a un año que afectan la estabilidad laboral (Antioquia y Salud, 2003; Arroyo, 2013; J. G. López, 2004; Ríos, 2006). En la actualidad los médicos en Colombia dedican su mayor tiempo laboral al trabajo asistencial, el 96% de ellos trabaja en atención directa con pacientes en EPS, IPS, empresas de medicina prepagada o en su consultorio privado (D. P. Colombia, 2007).

De estos médicos, algunos alternan su trabajo con labores administrativas –13,7%–, docencia universitaria –11%– y consulta particular –39,8%– en un intento por mejorar sus ingresos salariales, que para el año 2007 según la Defensoría del Pueblo correspondía en promedio a 3.449.938 pesos en un rango comprendido entre 500.000 y 20.000.000 de pesos, teniendo en cuenta que más del 50% de los médicos gana menos de 2.900.000 pesos y solamente el 10% ganan más de 6.000.000 de pesos (D. P. Colombia, 2007). Esto los ha obligado a aumentar sus jornadas laborales con su consecuente riesgo de error por el cansancio, la disminución del tiempo para el esparcimiento y recreación, y la dificultad de acceder a la formación continua (Molina, et al., 2011).

Pero no sólo el salario ha disminuido y aumentado el tiempo de trabajo, la carga laboral se hace evidente en aspectos como el tiempo record de 15 minutos para la atención del paciente en consulta, en la cual el médico debe diligenciar extensos formatos administrativos, llenar la historia clínica, examinar el paciente, tramitar las ordenes de exámenes y medicamentos; asuntos que limitan el tiempo para una relación médico-paciente satisfactoria. Sumado a esto, las órdenes de laboratorio y medicamentos que se derivan de la revisión de los pacientes son restringidas por directrices administrativas minando la seguridad del médico, puesto que si se presenta alguna situación adversa es él quien debe responder penal, civil y administrativamente. Es por ello, que los médicos hoy en día se ven en la necesidad de asumir un seguro de responsabilidad civil de alto costo para poder trabajar, su valor aproximado en el 2011 correspondía a 1 millón de pesos anuales para un médico general y unos 2,5 millones aproximadamente para un médico especialista (PST-Colombia, 2011).

A estas situaciones de desventaja laboral frente a las inmensas ganancias económicas de unos terceros, se suma la extracción del excedente del valor del trabajo médico por parte de las instituciones contratantes, que como intermediarias, reciben de aportes muchísimo más de lo que le pagan a los médicos por la prestación del servicio, ya sea por consulta o procedimientos. Esta explotación laboral es más evidente en los médicos generales que en los especialistas cuando se trata de consulta externa, pero en procedimientos el especialista produce muchísimo más de lo que gana (PST-Colombia, 2011).

Un médico general en consulta externa gana por hora cerca de 15 mil pesos y debe atender 4 pacientes, por lo tanto cada consulta se la pagan a 3.500 pesos, el 15% de lo que vale, y la empresa contratante se queda con el 85% restante. A un especialista le pagan aproximadamente 50 mil pesos la hora sin importar si hace consulta o procedimientos, en consulta le pagarían más del 50% de lo que trabaja, pero si un especialista de planta o contratado por horas debe realizar una cirugía que dura una hora o dos y ésta es pagada a la empresa a 4'285.100 de pesos, el especialista recibirá los mismos 50 mil pesos por hora, entre el 1 y el 2% del total de lo que recibió la empresa (PST-Colombia, 2011).

Ante este panorama, algunos médicos han ido tomando conciencia de su situación socioeconómica en el SGSSS, actuando como gremio contra los atropellos de la Ley 100, el cierre masivo de hospitales, la desregulación laboral, la reforma a la Ley 100, la Ley de Talento Humano, la pelea por el ISS, la derrota de los decretos de emergencia social. Estos son claros ejemplos de cómo los médicos se han organizado para conformar una fuerza capaz de enfrentar un sistema que privilegia las ganancias particulares sobre los trabajadores y la salud de la gente (P. Colombia, 2011).

Como parte de esas iniciativas nace el Colegio Nacional de Médicos Generales de Colombia, organización que pretende agrupar a los médicos con el fin de recuperar las condiciones socioeconómicas del gremio bajo condiciones más justas; “ésta organización tiene una fortaleza desde su concepción y es que parte de la conciencia de clase de los médicos, y no acepta en su seno la participación del Estado, ni de las EPS porque tiene claro que los intereses empresariales estarán siempre opuestos a los de los médicos como trabajadores” (PST-Colombia, 2011). Sin embargo, esta organización al igual que otras como la Academia Nacional de Medicina, Sociedades Científicas, Federación Médica Colombiana y ASMEDAS, requieren de mayor fuerza para convocar a la movilización y sacar adelante sus propuestas.

Finalmente, es necesario resaltar que otra faceta importante de esta problemática corresponde a las consecuencias directas de este contexto laboral sobre las experiencias de vida del médico en particular. De acuerdo a la investigación realizada sobre las condiciones laborales del personal de la salud (D. P. Colombia, 2007; I. Muñoz, et al., 2011; Ramírez y Acosta, 2011), como consecuencias de estas situaciones sobresalen, entre otros: la pérdida de autonomía para el ejercicio de su profesión, conflictos familiares, dificultades socioeconómicas y limitaciones para la construcción de proyectos de vida a mediano o largo plazo, por lo que se considera la importancia de la realización de investigaciones en esta área, considerada como un asunto emergente en la investigación social (Molina, et al., 2011; Ruiz, et al., 2009; Salud-PARS, 2007).

3. ESTRUCTURA DE LA CLASE SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO EN EL SGSSS



La estructura de clase social que se conforma en el campo médico del SGSSS obedece a un contexto de reformas estructurales de carácter neoliberal establecidas en Colombia en la década del noventa y que han conformado un conjunto de relaciones de fuerza –campo de poder– que impactan el campo médico generando factores diferenciadores de clase, los cuales ubican a los médicos en posiciones diferenciadas en el SGSSS de acuerdo al capital económico y cultural adquirido durante su trayectoria social, y hacen que introyecten *habitus* generadores de disposiciones para la acción como agentes sociales del campo médico.

El capítulo se encuentra dividido en tres apartados: inicialmente se presenta el campo de poder como un conjunto de relaciones de fuerza que impactan el campo médico, en el cual se articulan los principales hallazgos de la investigación con respecto a las coacciones cruzadas que interfieren de manera decisiva en las condiciones socioeconómicas del campo médico. Luego, se construye la estructura de clase social a partir del capital económico y cultural adquirido por los médicos

participantes durante sus trayectorias sociales. Por último, se establecen las clases sociales de los médicos a partir de la estructura social conformada en el campo médico.

3.1 El campo de poder: relaciones de fuerza que impactan el campo médico

La difícil situación que actualmente experimentan los médicos en el sistema de salud colombiano obedece a las condiciones políticas, socioeconómicas y culturales en las cuales se encuentra el campo médico y que influyen notoriamente en sus condiciones de vida, específicamente las relacionadas con el área laboral. Condiciones que de acuerdo a los hallazgos obtenidos en la investigación, los han ubicado en diferentes posiciones dentro de la estructura social evidenciándose una clara diferencia de clase entre los médicos generales, los médicos de especialidad clínica y los médicos con especialización en otras áreas. De igual manera, dentro de cada clase conformada se encuentran una serie de subclases que hacen evidente “la existencia de diferencias y principios de diferenciación” (Bourdieu, 1997, p. 24).

El campo médico es un espacio de luchas en donde existe la diversidad, el conflicto, la diferencia; un espacio en el cual la posición ocupada por cada uno de los médicos, está determinada por la estructura de distribución de los capitales que están en juego, el capital económico y el capital cultural, considerados como mecanismos de localización en la estructura de clase social, como “armas” en el sentido de Bourdieu, que ordenan las representaciones que los médicos tienen sobre el SGSSS; y las tomas de posición –elecciones– que ellos adoptan a través del análisis de su propia situación y las estrategias de inversión empleadas en su “lucha” por conservar o transformar

sus condiciones. Lo que existe es un espacio de diferencias, en el cual las clases están, no como algo dado, sino como algo que se trata de construir (Bourdieu, 1998a).

En esta construcción de la clase social juega un papel fundamental el impacto que las grandes estructuras capitalistas producen sobre la vida de los médicos, las cuales constriñen sus procesos individuales y colectivos e influyen de manera decisiva en las elecciones y estrategias que emplean, afectando a su vez la composición de la estructura de clase social del campo médico (Wright, 1992). En el caso específico de esta investigación, las grandes estructuras capitalistas corresponden a la adopción y consolidación del modelo neoliberal en Colombia expresado en diferentes reformas las cuales generaron una serie de cambios que impactaron notoriamente el ejercicio profesional de los médicos, conformando un “campo de poder” en el cual se desarrollan las realidades vividas por ellos y que los ubican en posiciones diferenciadas de acuerdo a la relación que se establece entre los *habitus* de cada médico de manera particular y las fuerzas del campo de poder.

Las reformas que trajeron consigo las políticas de ajuste estructural en Colombia en la década de los noventa engendraron una red de coacciones cruzadas que se introducen en el campo médico, generando efectos estructurales que impactan de manera decisiva las condiciones y posibilidades que los médicos tienen para adquirir tanto el capital económico como el capital cultural. Capitales en estrecha relación, como lo observado en los resultados de la investigación, en donde los médicos que presentaron altos niveles de capital cultural, tendían a presentar también altos niveles de capital económico –y médicos con bajos niveles de capital cultural, tendían a presentar bajos niveles de capital económico–, conformando una estructura social coaccionada por las relaciones de fuerza que se objetivan en las trayectorias educativas y laborales de los médicos.

Las principales reformas que afectaron el campo médico en la década del noventa fueron: La reforma educativa –Ley 30 de 1992– que reorganizó el sistema de educación superior buscando estimular la competencia y la autonomía de las instituciones de educación. La reforma al sistema de seguridad social en salud –Ley 100 de 1993– la cual dio origen a nuevos actores, nuevas reglas de juego, modificaciones en las funciones y estructura del sistema de salud, y diferentes modalidades de organización y gestión de los servicios de salud. La reforma laboral –Ley 50 de 1990–, cuya implementación abrió el paso a formas más flexibles en los contratos de trabajo y a nuevos modelos de vinculación laboral. Adicionalmente, se encuentra la Ley 60 de 1993 que consolidó el proceso de descentralización en salud que había comenzado con la Ley 10 de 1990, lo que implicó cambios en la organización del trabajo de los médicos.

En la actualidad son visibles las consecuencias que estas políticas de ajuste estructural han generado en el mercado educativo, de servicios de salud, y laboral, constituyéndose en un campo de fuerzas que impactan sobre las condiciones que el SGSSS ofrece a los médicos. De acuerdo con los médicos participantes en la investigación, estas fuerzas que impactan el campo médico y que se hacen visibles en las desigualdades socioeconómicas y culturales de los médicos son: en el campo educativo, la lógica de especialidad clínica en la universidad privadas; en el campo de servicios de salud, las diferentes formas de trabajo que proporciona el SGSSS a los médicos en la actualidad; y en el mercado laboral, la flexibilización laboral a expensas de las CTA, como se presenta a continuación.

3.1.1 La lógica de especialidad clínica en la universidad privada

La lógica de especialidad clínica en la universidad privada de acuerdo a lo encontrado en la investigación, es una de las relaciones de fuerza de mayor impacto en el campo médico puesto que genera un factor de diferenciación de clase. De acuerdo a los médicos participantes, la universidad privada “forma médicos generales con mentalidad de especialistas clínicos” desde los primeros semestres, en los cuales se les inculca a los estudiantes “la necesidad de ir definiendo” a partir de las áreas de interés la especialidad clínica que desean realizar inmediatamente después de terminar el pregrado. Las prácticas formativas en algunas universidades privadas –aun teniendo un perfil del egresado orientado a la salud familiar, comunitaria y a la atención primaria–, se realizan, en su mayoría, en escenarios de alta complejidad por lo que lejos de cumplir con las competencias requeridas para la formación de los médicos generales lo que hace es que el estudiante replique el modelo del médico especialista (Rozo y Escobar, 2011).

Las prácticas formativas del médico general en hospitales de tercer nivel, cuando la realidad del desempeño laboral que le ofrece el SGSSS es en el primer nivel de atención, hace que los estudiantes se entrenen en escenarios diferentes a los que encontrarán en su ejercicio profesional, se convierten, como lo expresaba uno de los participantes “en intérpretes de resultados arrojados por los equipos de alta tecnología” prescindiendo de la capacitación semiológica (Manrique, Fred, Ospina, y Martínez, 2012). En el momento de enfrentarse a la práctica clínica en una IPS de primer nivel, sin tecnología de avanzada, aflora en ellos la crisis de desempeño traducida en errores y mayores costos de atención al tener que remitir por falta de resolución (Manrique, et al., 2012). Los médicos participantes de ambas universidades coinciden en las

diferencias notorias entre los médicos generales de las universidades públicas y privadas, expresan que “la universidad pública tiene muy claro que el médico general es para el primer nivel de atención, a la universidad privada no le interesa formar médicos generales” (MC28G).

El propósito de formar médicos generales con proyectos inmediatos hacia la especialidad clínica, es un asunto que las universidades privadas pueden hacer respaldadas en la autonomía que les concede a las instituciones de educación superior la Ley 30 de 1992, por lo que gran parte de ellas manifiestan explícitamente su intencionalidad. Este interés se debe a la realidad económica y social por la cual atraviesan los médicos generales en el actual sistema de salud colombiano, que desde su lógica de rentabilidad financiera establece diferencias entre la prestación del servicio de los médicos generales y los de especialidad clínica, lo cual se traduce en condiciones económicas y sociales diferentes. El médico general, ejecuta las tareas rutinarias de control y referencia (Wilson, 1999), anclados y limitados a los recursos y las funciones establecidas para la atención primaria en salud, limitando su autonomía puesto que deben remitir al médico especialista los casos que no sean competentes a su nivel de atención, así conozcan la conducta a seguir (C. R. Colombia, 1993); con bajos salarios y deficientes condiciones laborales.

La difícil situación económica y social por la cual atraviesa el médico general en el SGSSS hace contemplar la especialidad clínica como una posibilidad de diferenciación, posibilidad que favorece a la mayoría, no a todos, los estudiantes de medicina de las universidades privadas puesto que provienen, en términos generales, de estratos socioeconómicos medios y altos y cuentan con el apoyo económico de sus familiares para continuar sus estudios. Realidad que dista del estudiante de la universidad pública, por lo general de estratos medios y bajos cuya necesidad inmediata es

comenzar en la vida laboral para poder pagar los préstamos de estudio y asumir las obligaciones económicas familiares.

Otro asunto que marca la diferencia de clase en el campo médico con respecto a la especialidad clínica, corresponde al límite de cupos de posgrado en áreas clínicas que ofrecen las universidades, como estrategia de algunos gremios médicos para mantener su capacidad competitiva en el mercado y asegurar los ingresos pactados. Los altos costos de las matrículas, la exigencia de tiempo completo, y los requisitos de ingreso son mecanismos de regulación que hacen de los médicos con especialidad clínica un grupo diferenciado dentro del campo médico, con condiciones socioeconómicas muchos más favorables que las de los otros médicos generales o aquellos que realizaron una especialización en otras áreas diferentes a la clínica.

Esta lógica de la especialidad clínica de las universidades privadas va delimitando desde el capital cultural –credenciales educativas–, las diferencias de clase en el campo médico entre los médicos generales de las universidades públicas y privadas, y entre los médicos generales de especialidad clínica y especialistas en otras áreas; puesto que las especialidades clínicas van siendo cada vez más exclusivas para un grupo diferenciado de médicos. Es importante anotar que dentro de estas especialidades existe una subclase de médicos independientes que corresponde a los médicos cirujanos plásticos cuyo capital cultural asociado con el capital económico, ha permitido formar un subgrupo de médicos considerados en la investigación como independientes porque en su mayoría no dependen de un contrato laboral ni se hayan vinculados al SGSSS, trabajan de manera independiente –valga la redundancia– en su consultorio particular.

3.1.2 Formas de trabajo médico en el SGSSS

La segunda relación de fuerza hallada en la investigación como factor diferenciador de clase en el campo médico, corresponde a las diferentes formas de trabajo que ha adoptado la profesión médica después de la implementación de la Ley 100 de 1993 debido a asuntos como: la nueva organización estructural del sistema de salud colombiano –Entes gubernamentales, EPS, IPS, usuarios– que brinda nuevas posibilidades al ejercicio profesional del médico; la división del sistema de salud en niveles de atención en los cuales ejercen actividades los médicos de acuerdo a su capital cultural; la ampliación de la cobertura en salud de la población con un aumento del requerimiento de médicos generales en el primer nivel de atención; la división del gremio médico por intereses sectoriales, entre otros (I. Muñoz, et al., 2011; Ruíz, 2001).

No solo la Ley 100 de 1993 ha ejercido presión sobre las diferentes formas de trabajo de los médicos, también lo ha hecho el proceso de descentralización consolidado por la Ley 60 de 1993, la cual le otorgó a los municipios la competencia de dirigir el sistema local de salud, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación en el primer nivel de atención –aunque también podían prestar servicio de segundo y tercer nivel–; lo que implicó profundas transformaciones laborales en la profesión médica, tanto en el tipo de contratación, como en la cantidad de cargos y en las formas de trabajo. Los médicos comenzaron a asumir actividades administrativas, de salud pública y auditoria que generaron la necesidad de capacitación en esas áreas, diferenciándose en el campo médico una nueva clase de médicos con especialización en otras áreas.

El ejercicio de la profesión del médico en el SGSSS, se ubica dentro de esta realidad estructural en niveles de responsabilidad establecidos mediante la Resolución 5261 de 1994 (M. Salud, 1994), que corresponden a: Nivel I, consulta médica general, servicio de urgencias y programas de promoción y prevención. Nivel II, médico especialista clínico, atención de interconsulta remitido por el médico general. Nivel III y IV, médico especialista y subespecialista clínico, se realizan procedimientos, intervenciones, y diagnósticos de diferente grado de complejidad y de tecnología. Cabe aclarar que la definición de estos niveles se refiere a las actividades, intervenciones y procedimientos de los médicos y no a los niveles de atención de las instituciones de salud que incluye la capacidad instalada (C. R. Colombia, 1993).

Antes de la Ley 100 de 1993, los médicos prestaban sus servicios bajo dos modalidades: los médicos asalariados y los médicos independientes. La gran mayoría de los médicos asalariados laboraban en hospitales públicos, especialmente los médicos generales, el resto de médicos trabajaban en hospitales privados. Los salarios eran relativamente bajos, pero los ingresos fijos y contaban con afiliación a las prestaciones sociales, sus contratos por tiempos parciales lo que les facilitaba, sobre todo a los médicos de especialidad clínica, alternar con el ejercicio particular que les significaba ingresos potencialmente más altos aunque menos fijos (L. López, Ochoa, Orozco, y Valencia, 1998).

Los médicos independientes eran aquellos que trabajaban con pago por actividad, ya fuera por pago directo del paciente o por el pago de un tercero que podía ser una aseguradora o una medicina prepagada. Cuando el pago era directo del paciente, la demanda estaba conformada por varios subsectores con diferente capacidad de pago entre los que se encontraban: la población no afiliada al seguro social, el asegurador privado o la medicina prepagada, la población afiliada al

seguro social pero con dificultades al acceso del mismo, así como por la población con alta capacidad de pago y poca probabilidad de riesgo.

Existía una franja del mercado con alto poder de pago atendida por un grupo reducido de especialistas quienes obtenían grandes ingresos y otra franja del mercado con bajo poder adquisitivo, atendida a muy bajas tarifas por un sector amplio del gremio médico que obtenían relativamente bajos ingresos. Aquellos médicos independientes que trabajaban como médicos adscritos a terceros, negociaban tarifas sobre la base de obtener exclusividad con el pagador, lo que provocó serios distanciamientos entre colegas de especialidades afines (L. López, et al., 1998).

Con el surgimiento de la Ley 100 de 1993 el esquema de prestación de servicios cambió sustancialmente, en las actividades de primer nivel las EPS deben tener el control de la puerta de entrada al sistema por parte del usuario, lo que ha demandado la mayor contratación de médicos generales a menor costo. En el caso de las actividades de segundo y de tercer nivel especialmente las no básicas, no se observa un aumento en la demanda debido a las políticas de las EPS de rentabilidad financiera y contención del gasto que impiden que los usuarios lleguen a estos niveles de atención en salud, que son más costosos, sin pasar primero por el filtro del médico general en el primer nivel de atención (Molina, et al., 2011; Ruiz, et al., 2009).

En cuanto a los médicos independientes, la atención de pacientes por pago directo ha disminuido drásticamente puesto que bajo el principio de la universalidad, el sistema de salud colombiano ha asumido la atención de un porcentaje cada vez mayor de aquellos que antes de la Ley se encontraban desprotegidos o con difícil accesibilidad a los servicios de salud. Es evidente que el mercado privado se ha contraído y que solo subsiste en forma importante en aquellos

segmentos con alta capacidad de pago. En el caso de la atención pagada por terceros, los médicos adscritos se encuentran ahora frente a un mercado en expansión gracias a la ampliación de la cobertura por parte de las EPS y las ARL–Administradoras de Riesgos Laborales–, pero con la obligación de ser precioaceptables de unas tarifas impuestas unilateralmente por estas entidades (Guzmán, 2010; L. López, et al., 1998; Molina, et al., 2011).

Las presiones ejercidas sobre el campo médico provenientes de la división del sistema de salud en niveles de atención, la descentralización, la lógica de mercado en salud en la cual se da la competencia entre los actores e instituciones que conforman la estructura del sistema de salud, el aumento de la cobertura con su consecuente necesidad de recurso médico, el énfasis que da la Ley 100 de 1993 al médico general en el primer nivel de atención, entre otros; ha cambiado las formas de trabajo de los médicos y por consiguiente sus condiciones económicas y sociales, constituyéndose en un factor diferenciador de clase al establecer claras diferencias entre el ejercicio profesional del médico general, el médico de especialidad clínica y el médico especialista en otras áreas.

3.1.3 Flexibilización laboral: el caso de las CTA

Los hallazgos en la investigación muestran que otra de las principales relaciones de fuerza que se establece en el campo médico tiene que ver con la flexibilización laboral que surge de la presión ejercida por las EPS, a quienes la Ley 100 de 1993 les otorgó una gran capacidad para establecer criterios de producción, eficiencia y desempeño de los prestadores de servicio tanto en el campo institucional –IPS–, como en la práctica profesional –los médicos–. Estos criterios son establecidos dentro de parámetros de eficiencia y rentabilidad financiera que les permiten obtener

ganancias dentro de un mercado competitivo, en el cual es indudable el poder de las EPS con respecto a las IPS. Estudios recientes ponen de manifiesto la concentración de las primeras por encima de las segundas, lo que genera un desequilibrio que pone en evidencia las causas de la difícil situación financiera de las IPS, con sus consecuencias manifiestas en la prestación del servicio de salud y por ende en el ejercicio profesional de los médicos (Gorbaneff, Torres, y Contreras, 2008).

Las EPS para lograr una buena tasa de ganancia recurren a varios factores, entre los cuales se encuentran: el número de afiliados que logren captar, puesto que de allí deriva sus ingresos junto con la venta de seguros complementarios o de medicina prepagada; la disminución de los costos correspondientes a la utilización que los usuarios hacen de los servicios, a través del pago de cuotas moderadoras cada vez que los usuarios utilizan los servicios, y de los copagos que deben realizar los beneficiarios; la implementación de programas de prevención y promoción, para lo cual se designó en la ley un fondo especial, aunque en la práctica se ha visto poco compromiso con estas funciones por parte de las EPS, por no ser rentables en el corto plazo; y el establecimiento de las tarifas y los criterios para contratar los servicios con las clínicas, hospitales y profesionales de la salud –IPS– (Guzman, 2010).

Este último factor, es en el cual las EPS han concentrado los mayores esfuerzos para la reducción de costos. De acuerdo con Gamboa, Vargas y Arellano (2004), históricamente el trabajo ha sido el factor más sensible a la reducción de costos, lo cual puede lograrse básicamente en dos formas: intensificación del trabajo, y deterioro del salario y otros beneficios laborales. Las EPS designan el precio de los servicios y las modalidades de cobro sometiendo a sus condiciones la prestación del servicio por parte de las IPS, limitando la autonomía administrativa, técnica y

financiera que la Ley les ha otorgado (Guzman, 2010). Las IPS para poder competir y lograr su sostenibilidad financiera se han convertido en verdaderas empresas, las cuales deben ser cada vez más eficientes y rentables en respuesta a las fuerzas de un mercado competitivo (Scavino, 2005)

Es en este punto en el cual se expresa la relación de fuerza procedente del campo de poder, la implementación de la Ley 50 de 1990 instaura la flexibilización de los contratos de trabajo en el campo médico en un ambiente propicio de reducción de costos laborales de contratación de servicios por parte de las EPS y la lógica de rentabilidad financiera y competitividad de las IPS. La flexibilización de los contratos de trabajo generó formas precarias de contratación mediante nuevas modalidades como: el contrato individual con salario integral, sin prestaciones sociales; el contrato de prestación de servicios, sin compromiso por parte del empleador y con limitación en la duración del contrato; los contratos de servicios con otras empresas; o bien con grupos de trabajadores organizados en cooperativas o microempresas, que desvirtúan la relación laboral convirtiéndola en un contrato entre instituciones, como las llamadas cooperativas de trabajo asociado –CTA– (Benavides, 2009; Gamboa, et al., 2004; Guzmán, 2010).

Las CTA generaron consecuencias laborales y sociales de gran impacto en el campo médico puesto que los médicos bajo esta modalidad de contratación son a la vez socios y dueños de la cooperativa, no los cobija el código del trabajo sino el acuerdo estatutario, por lo que no se encuentran sujetos a la legislación laboral. Así, el médico ya no recibe salario sino una compensación y pierde sus prestaciones sociales legales y extralegales, e incluso en muchos de los casos la seguridad social, a pesar de ser un derecho irrenunciable. Además, no puede haber sindicalización, negociación colectiva, ni huelga, se establece un férreo control laboral, social y político, y se entroniza el clientelismo (Benavides, 2009). Vale la pena destacar que en algunos

casos los contratos y su renovación están sujetos al cumplimiento de tareas político partidistas, a la influencia de funcionarios de elección popular o de cargos políticos, a familiares influyentes, compañeros de universidad, entre otros, que se constituyen en el capital social de los médicos.

El médico asociado a las CTA recibe compensaciones por la labor desempeñada, nunca salarios y menos prestaciones sociales. Los tipos de compensaciones tienen que ver con los “bonos de alimentación”, “beneficio anual del período de descanso”, “beneficio económico anual”, “beneficio económico trimestral”, a los cuales hacían referencia algunos de los médicos entrevistados con respecto a los pagos adicionales recibidos como resarcimiento de primas y vacaciones sin poder protestar por ello, puesto que además de perder el derecho a la sindicalización, el carácter comercial de las CTA hace que el asociado, en este caso el médico, se salga completamente del entorno del derecho del trabajo, hasta tal punto que la solución de conflictos se traslada a la jurisdicción civil ordinaria (Valderrama, s/f), dejándolos aún más desamparados laboralmente.

Las CTA comenzaron su auge en el 2002 y han sido la práctica de contratación preferida en la salud pública y privada (Colprensa, 2011). De 732 CTA que existían en el 2000, pasaron a 2.980 en el 2005, mostrando un desproporcionado crecimiento del 407%. En el 2006, mientras el empleo nacional disminuyó 6,3%, en las CTA aumentó 19.2% (Benavides, 2009). Para el 2007, el total de CTA inscritas en las diversas cámaras de comercio existentes en Colombia alcanzó las 12.058 (Supersolidaria, s/f). Las empresas empezaron a utilizar cada vez más la tercerización como una forma de recortar los costos laborales, por ello se hizo tan evidente su surgimiento en el sector salud cuando el Gobierno Nacional inició entre el 2002- 2003 todo un proceso de reestructuración de hospitales, buscando reducción de costos y mayor eficiencia en la prestación de servicios.

En la actualidad, uno de los compromisos adquiridos por el gobierno de Juan Manuel Santos con Estados Unidos para la aprobación del TLC, fue establecer un mecanismo que acabara con la intermediación laboral a través de las CTA por considerarla como una burla a los derechos fundamentales de los trabajadores (Vanguardia, 2011). Es por ello que mediante la Ley 1429 de 2010 o Ley del Primer Empleo, se estipulan nuevas reglas para las CTA con las que se pretende sanear este sistema. Sin embargo, aunque en algunas instituciones de salud, básicamente privadas, comenzaron a vincular los médicos después de la normatividad, lo que se ha visto a partir de los médicos es que hasta el momento las CTA han cambiado de personería jurídica pero continúan con el mismo esquema de contratación que permite abaratar costos de mano de obra, evadiendo responsabilidades sociales y prestacionales con el consecuente deterioro de las condiciones laborales de los médicos.

A nivel laboral, la contratación del médico depende del tipo de entidad con la cual esté vinculado. Si lo está con una institución del sector privado la norma aplicable para la jornada laboral, el pago del salario, y reconocimiento de sus respectivas prestaciones sociales es la estipulada en el Código Sustantivo del Trabajo, que establece como jornada ordinaria de trabajo para los médicos 8 horas diarias y 48 a la semana; una jornada diaria o semanal superior a la ordinaria, supone trabajo de horas extras. En el caso que se encuentre vinculado a una entidad pública, ejerciendo funciones como empleado público en el campo médico–asistencial en una IPS, su jornada máxima podrá ser de 12 horas diarias, sin que en la semana exceda de 66 horas. Además, se le reconoce el disfrute del día de descanso compensatorio o la retribución en dinero (SCARE, 2013). Sin embargo, uno de los principales hallazgos en la investigación es la generalización de la

contratación por CTA tanto en las instituciones públicas como privadas, cuya modalidad comercial dista completamente a la establecida por el CST.

En Colombia, según la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo, el 38% de los médicos trabaja exclusivamente en el sector público, el 46% en el sector privado y el 16% lo hacen tanto en el sector público como en el privado (D. P. Colombia, 2007). El tipo de vinculación que tienen los médicos que laboran en el sector público es de carácter legal y reglamentario en un 40,6%, por contrato de prestación de servicios en un 34,5%, y por cooperativa en un 24,3%². Esto significa que en el sector público, los cargos de carrera administrativa vienen siendo reemplazados por otro tipo de contrato, como son los de CTA. En el sector privado, prevalece la modalidad de contratación por servicios profesionales en un 40,8%, seguido por la de término indefinido en un 34,8% y por la de término fijo con un 15,4%³ (D. P. Colombia, 2007, p.58).

La principal forma de pago es el salario básico –56,7%–, mayor en el sector público que en el privado, seguida por el pago por horas – 15,5%–, cuando los médicos son contratados de acuerdo con la demanda en un momento dado. Luego, se encuentra el pago por honorarios – 11,2%–, que corresponde a una negociación entre los profesionales y las empresas que prestan los

² Se entiende por vinculación legal y reglamentaria el nombramiento mediante Decreto, Resolución, Ordenanza o Acuerdo; por contrato de prestación de servicios, cuando el vínculo que tiene con la institución pública es a través de un contrato cuyo objeto es la actividad asistencial, no implica la cancelación de erogaciones distintas a honorarios; y por cooperativas, cuando la vinculación se tiene a través de una cooperativa que, a su vez tiene un contrato con la entidad pública. En esta modalidad puede estar contratado también por Servicios Profesionales, donde no le pagan sino lo correspondiente a los honorarios, sin que haya lugar a prestaciones (D. P. Colombia, 2007).

³ Se entiende por contrato por servicios profesionales aquel en que el vínculo que se tiene con la institución de salud se hace a través de un contrato cuyo objeto es la actividad asistencial, el pago se realiza por honorarios y no implica la cancelación de prestaciones de ninguna índole; por contrato a término indefinido, la vinculación laboral que corresponde a la realización de una actividad durante un tiempo indefinido, con relación de subordinación con la entidad a la que se presta la actividad y el pago de una remuneración con prestaciones sociales; y por contrato a término fijo, la vinculación laboral que corresponde a la realización de una actividad por un tiempo definido (3 meses, 6 meses, 1 año), con relación de subordinación con la entidad a la que se presta la actividad y el pago de una remuneración con prestaciones sociales (D. P. Colombia, 2007).

servicios de salud. Se aplica sobre todo en la consulta especializada y en servicios de diagnóstico. Por último, se encuentra el pago por paciente $-6,3\%$, que consiste en el pago total de un tratamiento en un mismo paciente sin importar el número de consultas requeridas (D. P. Colombia, 2007), p. 60-61. En promedio, los médicos declaran ganar mensualmente \$3.449.938 en un rango comprendido entre \$500.000 y \$20.000.000. No obstante, más del 50% de los médicos gana menos de \$2.900.000 y solamente el 10% ganan más de \$6.000.000. La región de menores ingresos es la norte, mientras que los de mayores ingresos se obtienen en Bogotá, seguido por Medellín (D. P. Colombia, 2007, p.69).

Estos datos son evidentes en los médicos que participaron en la investigación. La mayoría de los médicos generales y algunos de especialización en otras áreas, están contratados por CTA, sus salarios son bajos por lo que ha disminuido su poder adquisitivo, las jornadas extenuantes y escaso tiempo libre, sin poder proyectar su vida familiar, académica o social porque no cuentan con estabilidad en contratos, horarios e ingresos. Los médicos de especialidad clínica, sobre todo aquellas que tienen mayor prestigio logran obtener los salarios máximos, y decidir la forma en la cual prestarán sus servicios, por lo que la mayoría de las veces prefieren no estar vinculados laboralmente con la institución, ya sea pública o privada, porque de manera independiente reciben mayores ingresos, pueden alternar con el ejercicio médico particular y planear su tiempo libre. Es por ello que las formas de trabajo de los médicos se constituyen en otra fuerza que impacta el campo médico puesto que se convierte en un factor diferenciador de clase.

La lógica de especialidad clínica de las universidades privadas, las diferentes formas de trabajo de los médicos en el SGSSS y la flexibilización laboral de los médicos, se constituyen en las principales relaciones de fuerza sobre el campo médico. Estas conforman todo un sistema de

coordinadas incorporadas en los médicos, en sus formas de razonamiento –lo que no significa en la conciencia– para participar en el SGSSS como espacio de posibilidades que tiende a orientar su búsqueda, definiendo el universo de los problemas, de las referencias, de los referentes; un espacio de posibilidades que hace que los médicos estén a la vez “situados y fechados” y sean relativamente autónomos en relación con las determinaciones directas del entorno económico y social (Bourdieu, 1997). (Ilustración 2)

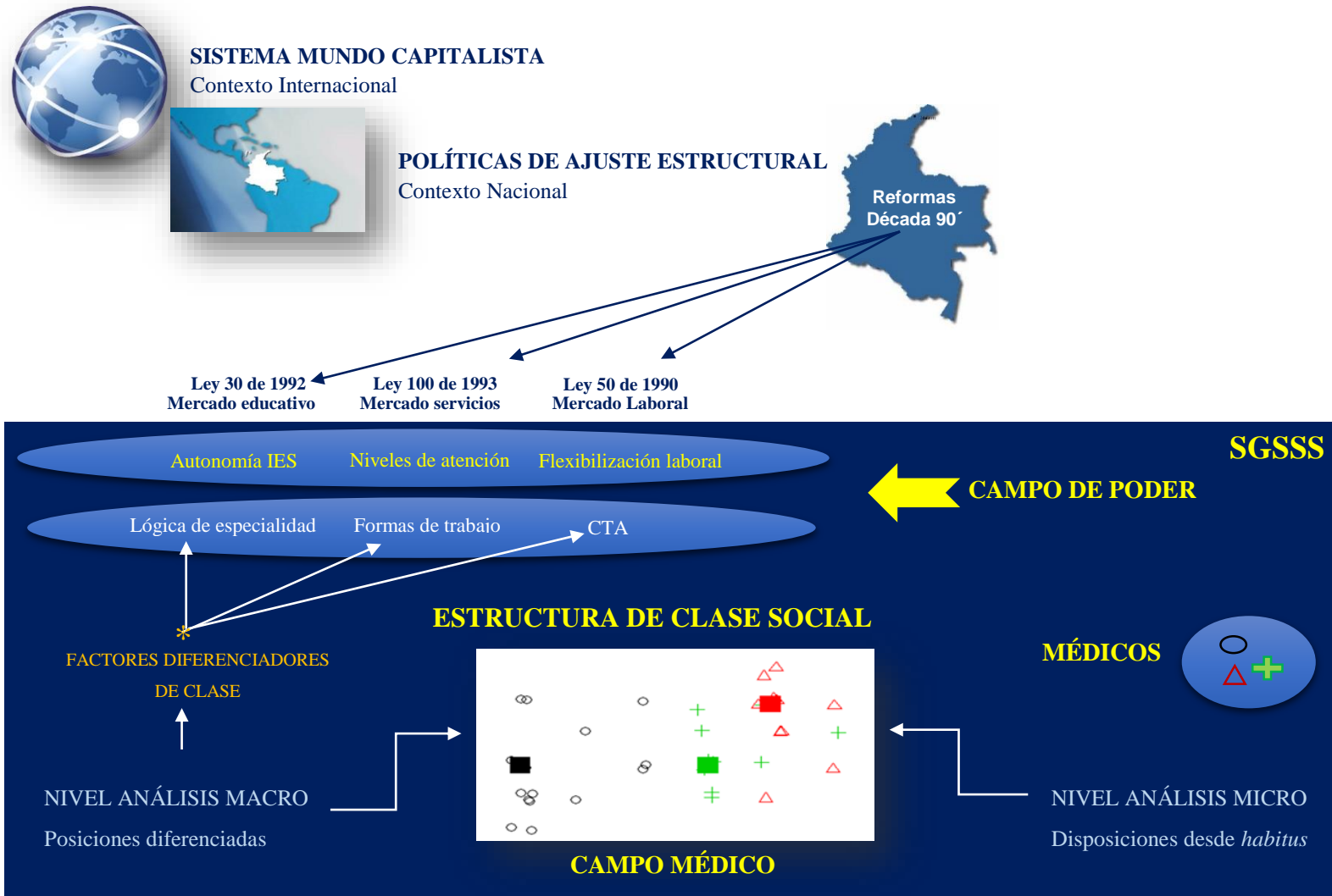


Ilustración 2. La clase social del campo médico desde un análisis relacional. Elaboración de la Investigadora con base en la propuesta de modelo de articulación relacional. Círculos negros: médicos generales. Triángulos rojos: médicos con especialidad clínica. Cruces verdes: médicos con especialización en otras áreas.

3.2 La estructura de la clase social del campo médico en el SGSSS

Para establecer la estructura de clase social que se conforma en el campo médico fue necesario tener en cuenta el capital económico y el capital cultural que los médicos participantes en la investigación adquirieron durante sus trayectorias sociales. Se trató de un análisis objetivo sobre qué posesiones económicas y educativas –capital económico y cultural– habían adquirido los médicos. El cómo corresponde al análisis subjetivo a partir de sus *habitus*, tema que se expone en el próximo capítulo sobre las trayectorias sociales de los médicos en el sistema de salud colombiano.

En cuanto al capital económico, se realizó una clasificación general de todas las posesiones incluyendo casa y/o apartamento, centro médico, droguería, IPS, estrato de la propiedad, vehículo, gama del vehículo, entre otros. Los criterios de clasificación fueron enumerados del 1 al 6 con el fin de poder graficar en un plano general. Las correspondencias son: Criterio 1: carencia de propiedades económicas. Criterio 2: casa o apartamento estrato tres más carro. Criterio 3: casa o apartamento estrato cuatro más carro o el equivalente a droguería y consultorio estrato 3. Criterio 4: casa o apartamento estrato cinco más carro o el equivalente a una IPS de tres pisos en el oriente antioqueño. Criterio 5: casa o apartamento estrato seis más carro. Criterio 6: casa o apartamento estrato cinco más carro y finca.

En cuanto al capital cultural se tuvieron en cuenta los criterios determinados por el régimen salarial y prestacional de los profesores universitarios (R. d. Colombia, 2002), en el cual las especialidades clínicas son equivalentes a las maestrías y las subespecialidades clínicas a un

doctorado. Adicionalmente, se incluyó la formación en medicina alternativa y la formación sindical avalada por el tiempo, la trayectoria y el reconocimiento social (Bourdieu, 1986, 1991). Los criterios de clasificación fueron enumerados del 1 al 6, las correspondencias son: Criterio 1: no tiene especialidad. Criterio 2: medicina alternativa. Criterio 3: formación sindical. Criterio 4: especialización en otras áreas. Criterio 5: especialidad clínica o maestría. Criterio 6: subespecialidad o doctorado.

Para lograr establecer diferencias de oposición dentro de los grupos de médicos, se clasificó, sin ninguna relación con la estratificación social correspondiente a los servicios públicos, los términos: 1: Bajo. 2: Medio bajo. 3: Medio. 4: Medio alto. 5: Alto. 6: Alto alto. Es importante aclarar que esta división solo tiene validez en el contexto de análisis propuesto para la graficación de las posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS y con base en ella se debe establecer la diferenciación y oposición entre los médicos.

Cada grupo de médicos –médicos generales, médicos de especialidad clínica, médicos especialización en otras áreas– se graficó de manera independiente de acuerdo a la posición ocupada en el SGSSS desde el capital económico y desde el capital cultural, luego se graficaron de manera conjunta para establecer la estructura de clase social del campo médico. La categoría de capital social incluida como categoría de análisis no se graficó por no encontrarse diferencias significativas entre los médicos participantes que ameritara considerarla como un mecanismo de localización dentro de la estructura de clase social.

3.2.1 Posiciones de los médicos generales

Los médicos generales son los de menor poder adquisitivo. Sus condiciones laborales, obligaciones económicas familiares, y créditos adquiridos previamente para educación limitan su poder adquisitivo y formación continua. En cuanto al capital económico son un grupo heterogéneo, los más jóvenes no tienen ninguna propiedad, otros han logrado adquirir casa, apartamento, consultorio o droguería a través de préstamos que aún están pagando. La mayor parte del grupo se ubica en un nivel medio bajo y en un nivel medio medio de adquisición con respecto al grupo de médicos generales, pocos en un nivel medio alto, algunos en un nivel alto que coincide con aquellos médicos de mayor edad, y ninguno logra alcanzar niveles altos altos. A partir de los hallazgos y la clasificación realizada, se graficaron las posiciones ocupadas por los médicos generales desde su capital económico en el SGSSS. (Gráfico 3)

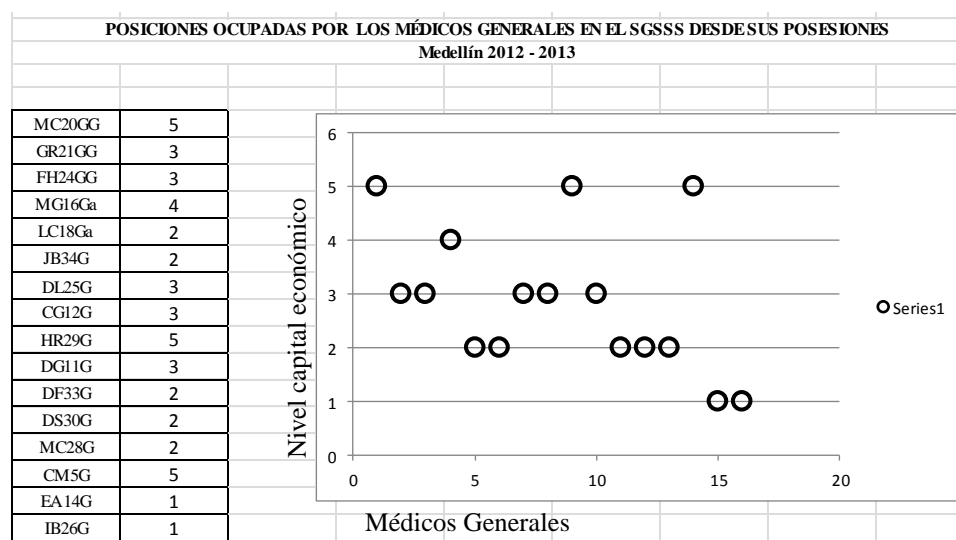


Gráfico 3. Posiciones ocupadas por los médicos generales en el SGSSS desde el capital económico. Resultado de la investigación realizada

En cuanto al capital cultural, de los 16 médicos generales entrevistados, dos realizaron un diplomado en medicina biológica general y actualmente la ejercen, y tres de ellos tienen una larga trayectoria política específicamente en trabajo sindical reconocida en el medio académico, y que los sitúa en una posición diferencial en cuanto al conocimiento del sistema de salud, sus leyes, conflictos, situación laboral, entre otros. Estos factores diferenciadores de clase, hacen que en este grupo se evidencien subgrupos debido a la relación directa que existe entre el capital económico y el capital cultural en el SGSSS (Gráfico 4)

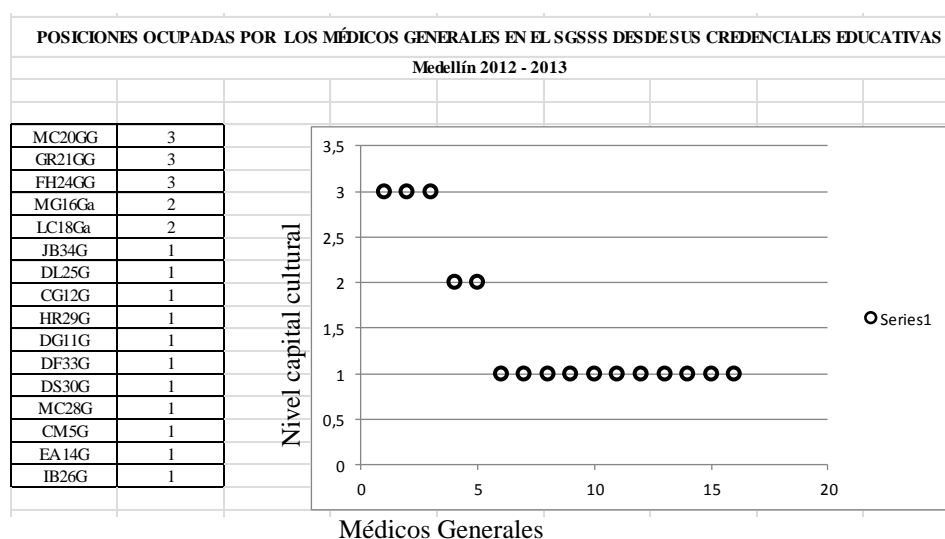


Gráfico 4. Posiciones ocupadas por los médicos en el SGSSS desde el capital cultural. Resultado de la investigación realizada

3.2.2 Posiciones de los médicos con especialidad clínica

En el grupo de médicos con especialidad clínica se destacan por su poder adquisitivo el médico cirujano plástico y el anestesiólogo, quienes afirman tener su capital no por la medicina general sino por su especialidad, esto los ubica en un nivel alto alto, no alcanzado por el grupo de

médicos generales. En este grupo, la mayoría de médicos se ubica en un nivel alto, algunos en niveles medios, uno en nivel medio bajo. Otros especialistas no tienen el poder adquisitivo que tiene el cirujano plástico y el anestesiólogo, pero si logran tener un capital económico sobresaliente. Los que se disponen en los niveles medios han obtenido su capital a través de préstamos y en el nivel medio bajo en asociación con familiares. De igual manera que con el grupo de los médicos generales, se categorizó con los parámetros establecidos para las posesiones económicas con el fin de formar grupos similares. (Gráfico 5)

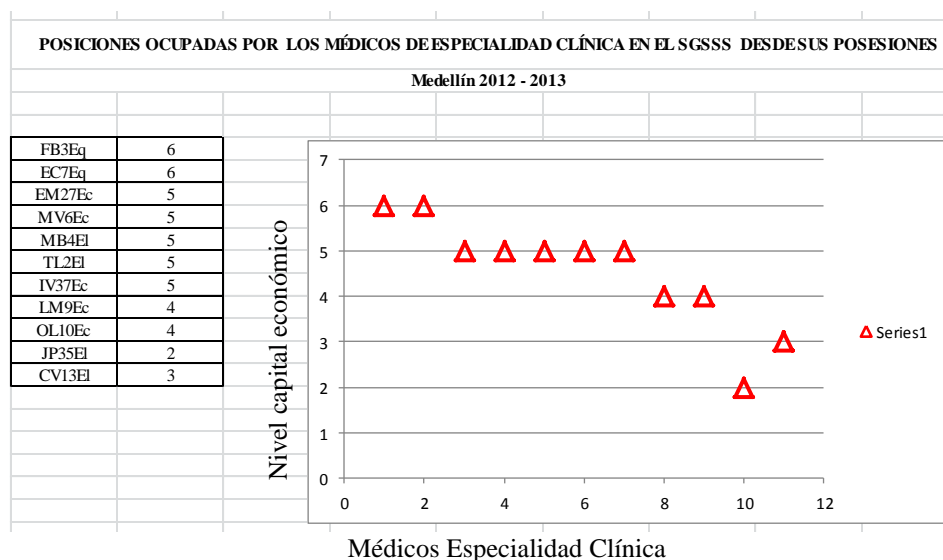


Gráfico 5. Posiciones ocupadas por los médicos de especialidad clínica en el SGSSS desde el capital económico. Resultado de la investigación realizada

En cuanto al capital cultural los médicos con especialidad clínica fueron clasificados de acuerdo a las equivalencias correspondientes en los criterios de clasificación: 5: maestría y especialidad. 6: doctorado y subespecialidad. (Gráfico 6)

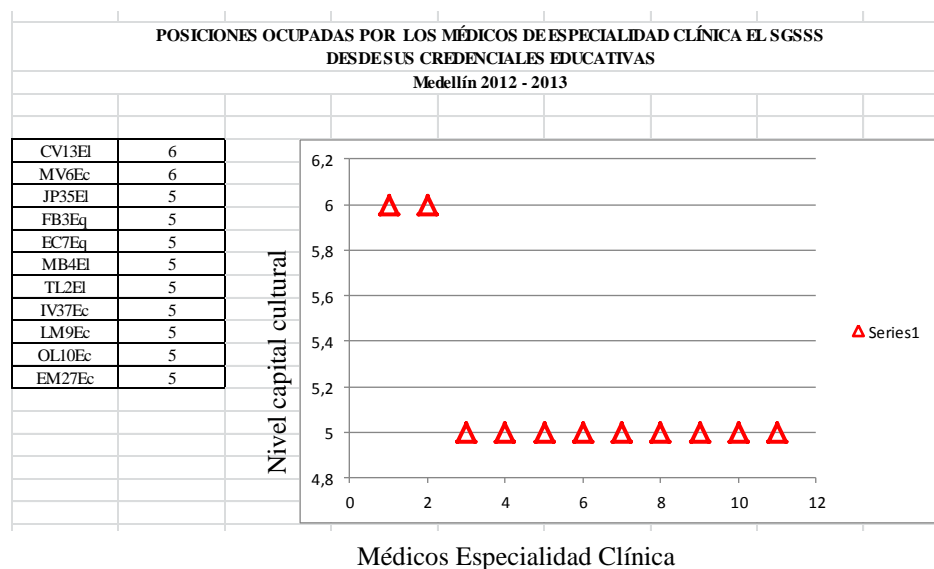


Gráfico 6. Posiciones ocupadas por los médicos de especialidad clínica en el SGSSS desde el capital cultural. Resultado de la investigación realizada

3.2.3 Posiciones de los médicos con especialización en otras áreas

El poder adquisitivo de los médicos con especialización en otras áreas es heterogéneo al igual que los médicos generales, la diferencia radica en que la mayoría de los médicos generales se ubican en los niveles medio y medio bajo y los médicos con especialización en otras áreas se disponen por lo general en el nivel medio. De igual manera que en los grupos anteriores –en mayor proporción en los médicos generales que en los médicos de especialidad clínica–, el capital económico es adquirido a través de préstamos. Así mismo que con los dos grupos de médicos anteriores, se realizó la clasificación de los capitales económicos y se graficó. (Gráfico 7)

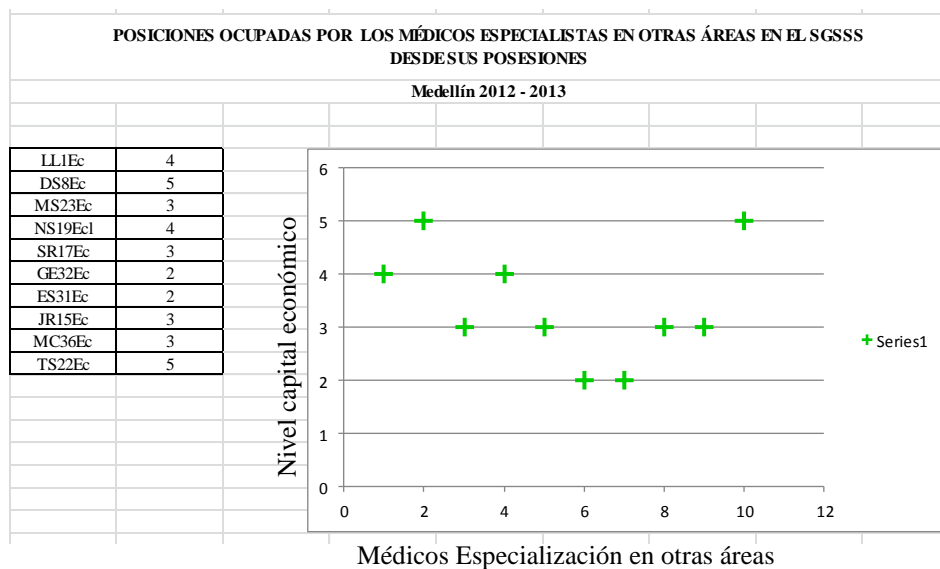


Gráfico 7. Posiciones ocupadas por los médicos con especialización en otras áreas en el SGSSS desde el capital económico. Resultado de la investigación realizada

De igual manera que los dos grupos de médicos anteriores, el capital cultural se clasificó de acuerdo a las equivalencias correspondientes a los criterios de clasificación: 5: maestría y especialidad. 6: doctorado y subespecialidad. (Gráfico 8)

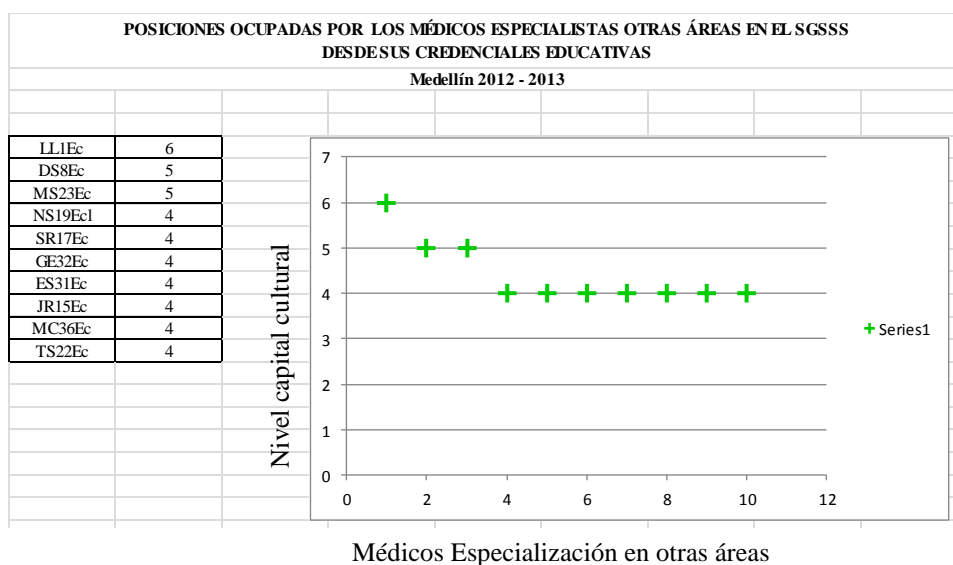


Gráfico 8. Posiciones ocupadas por los médicos con especialización en otras áreas en el SGSSS desde el capital cultural. Resultado de la investigación realizada

El capital social –redes de apoyo– como categoría de análisis objetiva se consideró desde los contactos sociales tanto institucionalizados, como de amigos o familiares. Esta categoría si bien puede ser considerada como uno de los mecanismos de localización en la estructura de clase social, los hallazgos obtenidos en la investigación no arrojaron motivos suficientes para incluirla como parámetro de graficación en la distribución de los médicos en el SGSSS a partir de esta categoría. Se encontró de manera generalizada que los médicos han contado con redes de apoyo en algún momento de sus trayectorias lo que les ha permitido obtener logros específicamente en la consecución del rural, ubicación laboral, ascensos, entre otros. Llama la atención que si bien las redes de apoyo generalmente son a través de los propios compañeros médicos que van ocupando cargos administrativos, por familiares médicos o amigos con influencia política, algunos médicos generales consiguen empleo a través de avisos clasificados. Las asociaciones tanto gremiales como

cooperativas o clubes no se vieron relacionadas con un aumento de las posibilidades de los médicos para obtener posiciones diferenciadas.

3.2.4 Estructura en el papel de la clase social en el campo médico

Los médicos participantes en la investigación fueron 37, de ellos 16 médicos generales, 11 médicos de especialidad clínica y 10 de especialización en otras áreas –el número total y de cada uno de los grupos obedeció a la saturación de las categorías de análisis. Los criterios de selección fueron establecidos de acuerdo a la revisión bibliográfica y el cumplimiento de los objetivos propuestos, por lo que se contó con un grupo de médicos que laboran en la ciudad de Medellín, tres de ellos trabajan en la actualidad en Rionegro, de edades entre los 25 y 68 años de edad, de estratos socioeconómicos 3, 4, 5, 6; egresados de universidades privadas y públicas, recién egresados, con determinada trayectoria laboral y jubilados pero activos en el SGSSS. Algunos trabajan en instituciones públicas y/o privadas, medicina prepagada, instituciones universitarias o centros investigativos.

En cuanto a la formación académica algunos de los médicos generales han realizado diplomado en medicina alternativa y tres de ellos cuentan con una larga trayectoria reconocida socialmente en trabajo sindical que les confieren un conocimiento diferenciador con el resto de médicos. Los médicos con especialidad clínica son especialistas y/o subespecialistas en áreas como psiquiatría, deportología, neumología pediátrica, psiquiatría, entre otros; los médicos con especialización en otras áreas son especialistas, magister y/o doctores en economía, administración, salud pública, economía, epidemiología, gerencia.

De acuerdo al capital económico y cultural de este grupo de médicos se realizó las gráficas correspondientes a las posiciones ocupadas por ellos en el SGSSS para lo que se utilizó un instrumento estadístico que consistió en describir el capital económico y el capital cultural mediante la mediana y los cuartiles 25% y 75%. La mediana es útil como medida de tendencia central para comparar grupos, y los cuartiles 25% y 75% son útiles para valorar el nivel de dispersión de los datos.

Se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos, mediante la prueba no-paramétrica de Kruskal-Wallis. Para valorar el nivel de correlación entre el capital económico y el cultural se empleó el coeficiente de correlación de Spearman. El nivel de significancia para todas las pruebas fue de 0.05. En este análisis el uso de los cuartiles, del coeficiente de Spearman, y de las pruebas estadísticas empleadas, es válido puesto que tanto el capital económico como el cultural corresponden a datos ordinales. Todos los análisis fueron realizados en el paquete estadístico R (R Core Team - 2013) (Ihaka & Gentleman, 2013).

Con respecto al capital económico, se encontró que los tres grupos de médicos difieren significativamente –valor-p Kruskal-Wallis = 0.01–, teniendo mayor capital el grupo de médicos con especialidad clínica –triángulos rojos–. Los médicos generales –círculos negros– y los médicos con especialización en otras áreas –cruces verdes– mostraron similar capital económico. (Gráfico 9)

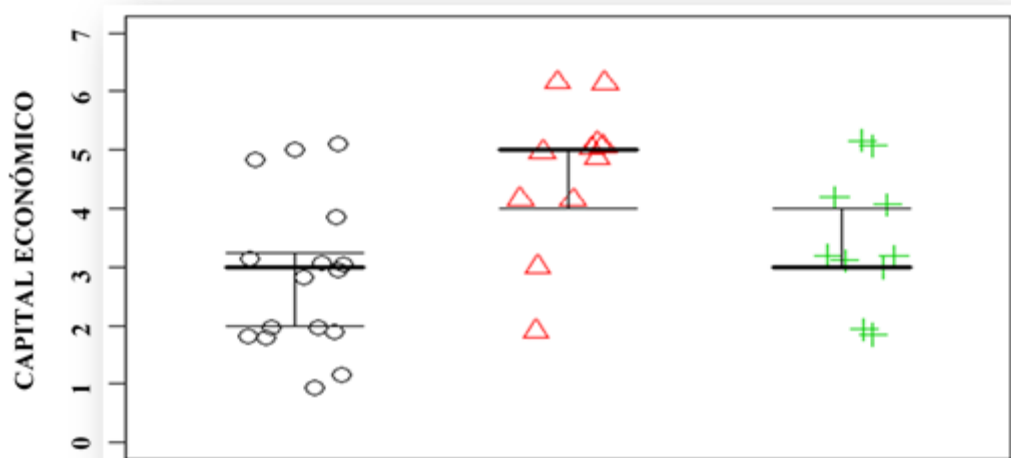


Gráfico 9. Estructura de clase social de los médicos en el campo médico en relación con el capital económico. Círculos negros: médicos generales. Triángulos rojos: médicos con especialidad clínica. Cruces verdes: médicos con especialización en otras áreas. Líneas horizontales representan los cuartiles 25% (inferior), 50% (mediana*) y 75% (superior). *Línea más oscura.

El capital cultural fue significativamente diferente entre los tres grupos de médicos –valor-p Kruskal-Wallis < 0.001 –, siendo menor en los médicos generales y mayor en los médicos con especialidad clínica o especialización en otras áreas. El capital cultural en los médicos con especialidad clínica o especialización en otras áreas fue similar. (Gráfico 10).



Gráfico 10. Estructura de la clase social de los médicos en el campo médico con relación al capital cultural. Círculos negros: médicos generales. Triángulos rojos: médicos con especialidad clínica. Cruces verdes: médicos con especializaciones en otras áreas. Líneas horizontales representan los cuartiles 25% (inferior), 50% (mediana*) y 75% (superior). *Línea más oscura.

Con la estructura de la clase social de los médicos en el campo médico con relación al capital económico y el capital cultural, se construyó la gráfica completa que corresponde a la estructura de clase social del campo médico en el actual sistema de salud colombiano desde el capital económico y cultural que se encuentran en juego. (Gráfica 11).

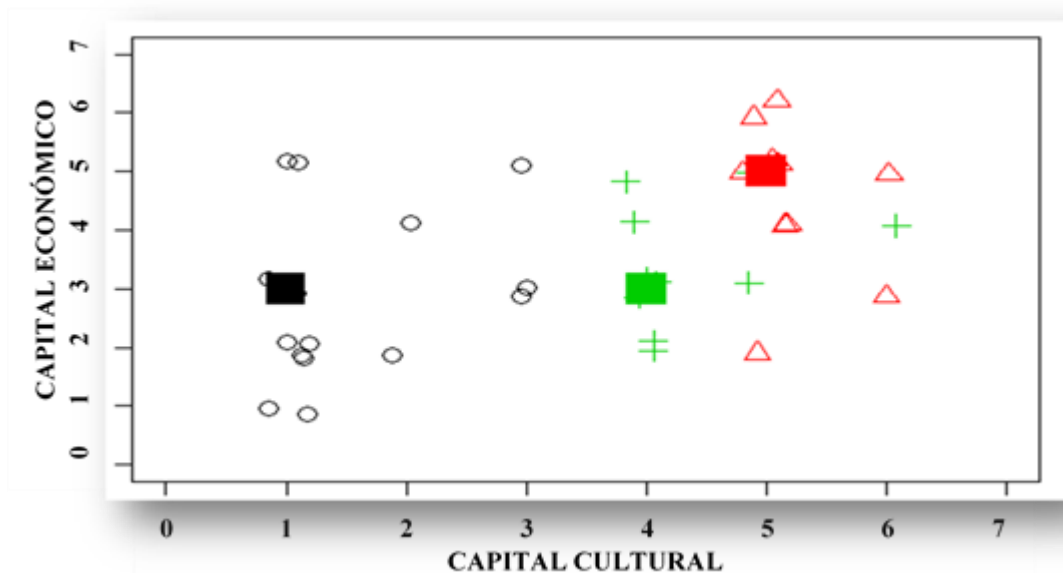


Gráfico 11. Estructura de clase social del campo médico en el actual sistema de salud colombiano. Distribución de los médicos según capital cultural (eje horizontal) y capital económico (eje vertical). Círculos negros: médicos generales. Triángulos rojos: médicos con especialidad clínica. Cruces verdes: médicos con especialización en otras áreas. Los recuadros representan el valor mediano del capital cultural y del capital económico según grupos de médicos.

En el gráfico 11 se distinguen claramente los tres grupos de médicos. El grupo de médicos generales se ubica cerca de la parte inferior izquierda del plano, correspondiendo al de menor capital económico y cultural, mientras que el grupo de médicos con especialidad clínica se ubica próximo a la parte superior derecha, correspondiendo al mayor capital económico y cultural. Los médicos con especialización en otras áreas se ubican cerca del centro del plano.

Se observa una correlación positiva entre el capital económico y el capital cultural, la cual es estadísticamente significativa –coeficiente de correlación de Spearman = 0.5, valor-p = 0.001. Esto significa que los médicos que presentaron altos niveles de capital cultural, tendían a presentar

también altos niveles de capital económico –y desde luego, médicos con bajos niveles de capital cultural, tendían a presentar bajos niveles de capital económico–.

Los médicos participantes en la investigación se distribuyen estadísticamente en el campo médico en función de su posición en el SGSSS con base a dos principios de diferenciación, el capital cultural y el capital económico en estrecha relación. Por lo que se concluye que los médicos tienen tantas más cosas en común cuanto más próximos están en ambas dimensiones y tantas menos cuanto más alejados.

Las distancias espaciales sobre el papel equivalen a distancias sociales (Bourdieu, 1990b, 1997, 1998b). Como expresa la gráfica, los médicos están distribuidos según el volumen global del capital que poseen bajo sus diferentes especies. Así, los médicos poseedores de un volumen de capital considerable, como los médicos de especialidad clínica se encuentran en oposición a los médicos generales, y entre ambos, los médicos de especialización en otras áreas.

3.3 Las clases sociales de los médicos en el SGSSS

Se concibe el campo médico, como una estructura de tomas de posición que solo puede ser comprendida racionalmente como un sistema de desviaciones diferenciales en el SGSSS. Dentro de esta lógica se puede decir que los médicos generales, los médicos de especialidad clínica y los médicos de otras especializaciones, existen en y por las diferencias que los separan. Las estrategias que emplean los médicos en las tomas de posición –elecciones–, dependen de la posición que ocupan en la estructura del campo médico, o sea de la distribución del capital económico y del capital cultural, que por mediación de las disposiciones constitutivas de sus *habitus* los impulsa ya

sea a transformar la distribución de esa estructura o a perpetuar las reglas del juego existentes en él.

Las posiciones y disposiciones diferenciadas de los médicos en la investigación están dadas a partir de la relación entre las fuerzas que impactan el campo médico – la lógica de especialidad clínica en la universidad privada, las diferentes formas del trabajo médico y la flexibilización laboral–, y sus *habitus*. Las posiciones de cada médico en particular y de cada grupo en general derivan de la diferenciación del capital económico y cultural que estas fuerzas permiten adquirir, y de las disposiciones, traducidas en estrategias y elecciones, que los médicos realizan a partir del análisis de su propia situación y el sentido de inversión en el campo médico. Cabe recordar lo señalado por Bourdieu sobre el *habitus* compartido entre un grupo de individuos de una misma clase, en este caso de médicos, puesto que sus trayectorias educativas y laborales conllevan condiciones estructurales similares.

De acuerdo con los hallazgos de la investigación las posiciones ocupadas por los médicos en el actual SGSSS, a partir de la distribución del capital económico y cultural, permite diferenciar tres clases sociales en el campo médico: los médicos generales, considerados en la investigación como la “clase proletaria del campo médico”, por sus condiciones de existencia y principios de oposición con respecto a las otras clases que conforma la estructura social del campo médico. Los médicos de especialidad clínica, como la “clase diferenciada del campo médico”, puesto que sus condiciones de existencia distan completamente de la clase a la cual pertenecen los médicos generales; dentro de esta clase existe una subclase la “clase independiente del campo médico, que pertenece a aquellos médicos con especialidad en cirugía plástica que por su capital cultural, considerado como capital simbólico, les permite trabajar de manera independiente sin ningún

vínculo laboral con el SGSSS. Por último la “clase contradictoria del campo médico” que corresponde a los médicos con especialización en otras áreas cuyos principios de diferenciación los alejan de la clase diferenciada de los médicos de especialidad clínica, al igual que de la clase proletaria de los médicos generales.

3.3.1 Los médicos generales: la clase proletaria del campo médico

Los médicos generales en el actual sistema de salud colombiano se encuentran, desde el capital económico y cultural, en franca diferenciación con el resto de las clases que componen la estructura del campo médico. Los efectos de las políticas neoliberales implementadas en Colombia en la década del noventa, se han hecho visibles en la actualidad sobre las condiciones socioeconómicas de este grupo de médicos, en su mayoría jóvenes, que nacieron a la vida profesional bajo este sistema de salud, por lo que sus *habitus* lejos de impulsarlos a transformarlo, tienden a perpetuar las reglas del juego existentes en él.

Se han considerado en la investigación los médicos generales como clase proletaria, tomando de Marx la idea de que el proletariado está esencialmente constituido por los productores de plusvalía, cuya fuerza de trabajo enriquece a unos pocos. En la actualidad los médicos asalariados y en especial el médico general dependen de la venta de su fuerza de trabajo para vivir, no posee medios de producción, ni viven de la plusvalía producida por otros. Su condición de médico asalariado contratado a través de terceros y sin posibilidad de cualificación los ha confrontado con la dura realidad de verse, al igual que la clase obrera, obligados a vender su fuerza de trabajo para lograr sostener un nivel de vida de clase media, cada vez en mayor descenso. El nivel de conocimientos que en otra época les proporcionaba una posición socioeconómica elevada, en la

actualidad parece ser insuficiente, puesto que para mejorar sus condiciones económicas necesariamente deben optar por realizar un posgrado o recurrir a otro tipo de formación que les permita tener un factor laboral diferenciador a través del capital cultural.

Su condición de médico asalariado lejos de permitirle ser el médico liberal de antaño, lo lleva a reconocer un “jefe” que en la mayoría de las veces corresponde a otro médico con especialización en otras áreas como las administrativas o de auditoría, cuya posición diferenciada en el SGSSS a través del capital cultural le da potestad para ejercer autoridad sobre el ejercicio profesional del médico general en cumplimiento de sus funciones administrativas, imponiendo la lógica mercantilista del sistema de salud y marcando las diferencias de clase entre los médicos. Diferencias que los confrontan al verse cuestionados en su ética, lesionados en su autonomía, marcados por la posición diferencial con respecto a un colega con el cual muchas veces está en contraposición por el ejercicio de sus funciones.

La clase proletaria del campo médico es la más numerosa, esto se debe principalmente a dos aspectos: el primero, a las condiciones propias de la prestación del servicio en el sistema de salud colombiano que estipula la función del médico general para el primer nivel de atención en salud, con el fin de controlar la prestación del servicio de medicina especializada que es de mayor costo; se trata de mano de obra barata, calificada obviamente, pero igualmente barata. El segundo, corresponde a la dificultad cada vez mayor que tienen los médicos generales de acceder a la formación de posgrado. Esto ha generado en el campo médico un desequilibrio en la distribución del capital económico y del capital cultural estableciendo diferencias de clase marcadas entre los médicos del SGSSS colombiano.

No solo su condición de médico de primer nivel lo diferencia de las demás clases de médicos que se conforman en el SGSSS. Sus condiciones laborales distan significativamente de los médicos de especialidad clínica, y en menor proporción, de los médicos de especialización en otras áreas. La intermediación laboral a través de las CTA⁴ como mayor forma de contratación laboral en la clase de los médicos generales, hace que su descenso socioeconómico sea notorio con respecto a las otras clases de médicos. Su poder adquisitivo está restringido a los préstamos que obtienen a través de las cooperativas en las cuales se encuentran afiliados, que sumado a su inestabilidad laboral y obligaciones económicas familiares, les impide arriesgarse a obtener capital por encima de sus necesidades básicas.

La adquisición del capital cultural, otro factor diferenciador de clase, al igual que el capital económico, ubica a los médicos generales en oposición con respecto a las demás clases de médicos. En este punto existe una diferencia clave con respecto a la universidad pública y la universidad privada en la formación de pregrado en medicina, los médicos generales formados en la universidad pública provienen en su mayoría de estratos socioeconómicos medios bajos y bajos, con dificultades económicas durante su trayectoria educativa, algunos realizan préstamos a largo plazo para el pago de su semestre y una vez egresan cuentan con responsabilidades económicas las cuales hacen latente la necesidad de laborar antes que continuar sus estudios. Además, como lo expresa uno de los médicos participantes, “las universidades públicas buscan formar médicos

⁴ El Plan Nacional de Desarrollo –Ley 1450 de 2011–, establece una serie de sanciones para aquellos empleadores que contraten a sus empleados a través de CTA. Sin embargo, en la actualidad las empresas están creando las SAS en reemplazo de sus CTA. La figura consiste en crear un servicio de intermediación laboral –permitido en el Código Sustantivo del Trabajo y en la Ley 50 de 1990 como Empresas de Servicio Temporales ETS– de esta manera el empleador se ahorra mucho en nómina al no tener que pagar parafiscales ni otras prestaciones sociales a sus empleados (J. Muñoz, 2011). Total la situación de los médicos no se ha visto mejorada con esta nueva figura, y la figura de las CTA continúa siendo utilizada.

generales con capacidad de atención en el primer nivel y sus prácticas son realizadas básicamente con este enfoque” (MC28G) .

Los médicos generales formados en la universidad privada provienen por lo general de estratos socioeconómicos medios altos y altos, cuentan con el apoyo económico de sus padres o familiares, son formados desde los primeros semestres con un enfoque hacia la realización de una especialidad clínica después del pregrado como forma de mejorar las difíciles condiciones de la profesión del médico general, sus prácticas médicas las realizan en su mayoría en clínicas privadas y niveles de atención especializada adquiriendo competencias propias de esos niveles de atención. Es así como la lógica de especialidad clínica en la cual se inscribe la universidad privada hace que este tipo de médicos se vayan diferenciando socialmente de los médicos generales y de otras especializaciones.

La relación directa que se establece entre el capital cultural y el capital económico se constituye en uno de los factores de oposición en el campo médico que posicionan a los médicos generales en un lugar diferenciado con respecto a los médicos de especialidad médica y los médicos de otras especialidades en el SGSSS. Los médicos generales comparten las características estructurales que les proporciona el SGSSS, al igual que sus *habitus* producto de la trayectoria educativa y laboral dentro de esas condiciones proporcionadas por el sistema. Es por ello que la clase proletaria del campo médico se puede considerar como una clase social diferenciada con respecto a los otros grupos de médicos que a su vez constituyen otras clases sociales (Bourdieu, 1990b, 1998b). Así mismo, dentro de esta clase de médicos generales se conforman subclases de acuerdo a una especie de capital cultural distintivo –como puede ser la medicina alternativa–, que como estrategia de inversión emplean algunos médicos generales en busca de mejorar sus ingresos

económicos. Aunque no alcanza la proporción del capital económico del médico especialista, los diferencia del resto de los médicos generales, lo que corrobora aún más la concordancia existente entre el capital cultural y el capital económico en el campo médico.

La capacidad para la acción colectiva, planteada por Wright como uno de los efectos de las grandes estructuras capitalistas sobre la vida de los individuos (Wright, 1994; Wright, 1992, 1995), como un intento de emancipación frente a las condiciones de explotación y alienación laboral que afecta el bienestar económico, social y cultural; es poca en la clase proletaria del campo médico, los esfuerzos están representados en uno de los subgrupos que constituyen esta clase social, se trata de médicos generales menos jóvenes, cuyas trayectorias educativas y laborales les permitieron incorporar *habitus* del sistema de salud anterior, la transición y posterior implementación del actual sistema de salud colombiano. Su constancia ha permitido generar conciencia de la necesidad de luchar como gremio por su situación laboral y como ciudadanos por el derecho a la salud. Algunos esfuerzos visibles lo representan las diferentes marchas y movilizaciones de los médicos en Medellín, Bogotá y en general en diferentes ciudades del país contra la reforma a la Ley 100 de 1993.

Los médicos generales más jóvenes, se sienten dominados, controlados y explotados en el ejercicio de su profesión, se sienten impotentes frente a esta situación; muy pocos luchan porque consideran que es imposible combatir las grandes estructuras que oprimen el campo médico. Se sienten solos, puesto que el mismo sistema hace que no tengan espacios de convivencia; no confían en las agremiaciones porque piensan que no existe unión entre los colegas; desconocen la fuerza potencial existente en los sindicatos, algunos por falta de formación política, otros por temor a ser señalados o despedidos. Se trata de una nueva generación cuyos *habitus* fueron adquiridos dentro

de un modelo económico neoliberal, cuya lógica es la fragmentación, los intereses individuales y no colectivos, un modelo que acabó con la relación laboral estable y bien remunerada, la protección al trabajo, la posibilidad de sindicalizarse.

3.3.2 Los médicos de especialidad clínica: la clase diferenciada del campo médico

Los médicos con especialidad clínica son en su mayoría médicos asalariados, por lo cual son considerados en esta investigación, al igual que las otras clases de médicos, como clase que vive del trabajo. Sin embargo, sus condiciones laborales y por consiguiente su capacidad de inversión es muy superior con respecto a los otros médicos, por ello es considerada en la tesis como la clase diferenciada del campo médico. Dentro de esta clase existen subgrupos diferenciados por el tipo de especialidad, la institución en la cual laboran, y si tienen o no consultorio particular. En estos subgrupos se destaca el médico cirujano plástico que no se puede considerar dentro de la estructura de clase social del campo médico como clase que vive del trabajo puesto que su forma de trabajo –en la mayoría– es independiente y no se encuentra laboralmente ligado a una institución, por lo que constituye la excepción de clase en el campo médico y son considerados como la clase independiente. En el caso de aquellos cirujanos plásticos que combinen su trabajo particular con algún tipo de contratación, si se podrían incluir dentro de la clasificación de la clase que vive del trabajo.

El capital cultural de esta clase de médicos es de difícil adquisición por parte de los médicos generales, solo “de cada 10 médicos generales, máximo dos tendrán acceso a un estudio posdoctoral” (V. Sánchez, 2013). Esto se debe a múltiples factores, algunos ya mencionados como

los altos costos en la matrícula y la exigencia de dedicación exclusiva, otros que se refieren a la asimetría existente entre la demanda de especialidades médicas y la oferta de instituciones y escenarios de práctica para su realización, además, los mecanismos de selección usados por las universidades son de alta exigencia académica y de complejo trámite. Sumado a esto, los médicos con especialidad médica se encuentran ubicados en los niveles III y IV de atención en salud, son pocos en cada especialidad, y sus condiciones laborales están en franca oposición con respecto al médico general. Es por ello que el capital cultural en los médicos de especialidad clínica, se puede considerar como un capital simbólico de reconocimiento social que permite ubicar estos médicos como clase diferenciada y algunos como clase independiente.

En esta clase de médicos con especialidad clínica se destacan por su poder adquisitivo el anesestesiólogo y el médico cirujano plástico, los cuales pueden acceder a niveles económicos que difícilmente están dados para otros médicos de las otras especialidades clínicas y no clínicas, y mucho menos para el médico general; lo que corrobora la estrecha relación que existe entre el capital cultural y el capital económico, relación que es potenciada cuando el capital cultural del médico corresponde al capital simbólico del campo médico. Una vez egresados consiguen con facilidad buenas ofertas laborales, algunos se vinculan con instituciones públicas o privadas, otros teniendo oportunidad de vinculación no lo hacen porque para ellos es más rentable trabajar por evento.

Los médicos con especialidad clínica pueden programar su tiempo libre con mayor facilidad que los médicos generales, la mayoría lo emplean en realizar viajes al exterior, su nivel adquisitivo les permite disfrutar de mayor bienestar económico. Al igual que los otros grupos de médicos, consideran que la profesión médica ha sido desvalorizada por el SGSSS y reconocen que los

médicos generales son los que están en condiciones de mayor desventaja laboral, no desconocen que algunas especialidades en la actualidad están mejor que otras, sobre todo aquellas que están por fuera de la ley 100 de 1993 –cirugía plástica– o las que se encuentran gremialmente organizadas –como los médicos ginecólogos y anesthesiólogos–.

Las agremiaciones de los médicos con especialidad clínica se caracterizan por luchar en pro de sus propios intereses, su capacidad colectiva por el gremio en general es poca. Sin embargo, en los últimos días se han visto participar en las marchas por el derecho a la salud y en contra de la reforma a la Ley 100 de 1993 porque temen que dicha reforma le ponga límites a sus salarios, y esto repercuta en las instituciones privadas, las cuales comenzarían a rebajar sus condiciones laborales al ver que las instituciones públicas tienen cuadros de remuneración de médico especialista muy por debajo de lo que pagan actualmente (Espectador, 2013). Otro motivo de movilización reciente fue la participación del paro en la salud a nivel nacional ocurrido el 29 de octubre de 2013, desatado a partir de una propuesta del Ministro Alejandro Gaviria que quedó en el Proyecto de Ley aprobado por el Senado, el cual permite que los hospitales formen a los especialistas, una formación que actualmente solo pueden hacer las universidades (Lewin, 2013).

Las diferentes agremiaciones de especialidades clínicas rechazan esta propuesta del gobierno puesto que consideran afectaría la calidad de la formación de los futuros médicos especialistas al delegar en las EPS los asuntos inherentes a las condiciones académicas requeridas para ello, como el acompañamiento docente, las horas académicas semanales y las horas de actividad laboral entre otros. La reforma, sostienen, va en detrimento de la calidad en la prestación del servicio afectando directamente los usuarios del sistema y los prestadores de los servicios. Esta propuesta de gobierno surgió por el déficit de especialistas que se considera tiene el país, el cual, según los médicos,

obedece a otras razones como el cierre de los servicios de medicina especializada en algunos hospitales, el caso de la pediatría que no resulta tan rentable en la lógica mercantil de las EPS (Elespectador.com, 2013). De igual manera sucede con la unificación del POS, con el cual las EPS controlaron el mercado de la salud mental pauperizando el pago y generando el cierre de servicios de salud mental en varios hospitales con graves consecuencias sociales en el manejo del consumo de sustancias psicoactivas y la violencia (El Espectador, 2013).

El déficit de especialistas obedece a un problema social mucho más complejo, no se trata de delegar funciones y mucho menos de formación a unas EPS que ya de entrada no tienen capacidad suficiente para sostener con dignidad la labor médica y prestar el servicio de salud con eficiencia y calidad. La escasez de médicos especialistas tiene que ver, de acuerdo a lo observado en la investigación, con asuntos como la falta de garantías laborales para los médicos generales, de ahí se derivan asuntos como la falta de capital económico para invertir en capital cultural, la ausencia de estímulo para la formación continua, la poca estabilidad que no permite proyección, y así sucesivamente. Es por ello, que esta clase diferenciada, en algunos casos independiente, seguirá siendo diferenciada y la proletaria más proletaria entre tanto la lucha no sea colectiva.

3.3.3 Los médicos con especialización en otras áreas: la clase contradictoria del campo médico

Los médicos con especializaciones en áreas como administración de servicios de salud, auditoría médica, gerencia, salud pública, auditoría y salud ocupacional; corresponden a un nivel medio entre los médicos generales y los médicos de especialidad clínica. Su capital cultural ligado

al capital económico, les permite diferenciarse de los médicos generales aunque no en la proporción que lo hacen los médicos con especialidad clínica, puesto que las especializaciones en áreas diferentes a las clínicas no tienen el mismo reconocimiento social dentro del campo médico. El SGSSS los considera como empleados en esas áreas y no como médicos especialistas, por lo que en el ámbito laboral las diferencias salariales con respecto a los médicos generales no son tan significativas como si son las de los médicos con especialidad clínica, pero aun así les permite mayores posibilidades adquisitivas y mayor bienestar económico.

El capital cultural de esta clase de médicos es de mayor accesibilidad puesto que no representa dedicación exclusiva, los costos no son tan elevados como las especialidades clínicas que requieren de prácticas hospitalarias con los costos académicos que ello representa. La mayoría de los médicos de esta clase contradictoria provienen de universidades públicas, algunos motivados por la necesidad de capacitarse en las áreas en las que se encuentran laborando –trabajo administrativo, comunitario, auditoria, la salud ocupacional–. Las funciones inherentes a su cargo, los confronta en algunas ocasiones con su propia formación de médico y les genera distanciamiento con sus compañeros médicos generales y de especialidad clínica puesto que deben velar por la contención del gasto y la rentabilidad financiera, asuntos que riñen con la autonomía médica y la ética profesional.

En la clase contradictoria del campo médico, se corrobora la relación existente entre el capital cultural y el capital económico para determinar la posición de clase diferenciada con respecto a las otras clases de médicos. El capital cultural de esta clase de médicos no tiene el reconocimiento social que tiene el capital cultural de la especialidad clínica, por lo que a pesar de ser un factor diferenciador de clase con respecto a los médicos generales, no alcanza los logros del capital

simbólico representado en la especialidad clínica. Sin embargo, es un factor diferenciador que se refleja en el capital económico, y esto a su vez en las actividades que realizan en el tiempo libre en correspondencia al nivel de clase media. Su capacidad para la acción colectiva es poca, puesto que conservan las características de individualismo antes descritas.

Se puede concluir que la estructura de clase social del campo médico en el SGSSS está conformada por un grupo heterogéneo de médicos –generales, de especialidad clínica y de otras especializaciones– que comparten factores diferenciadores de clase provenientes de las políticas de ajuste estructural de la década del noventa en Colombia y que impactan el campo médico, como son la lógica de la especialidad clínica de la universidad privada, las formas de trabajo en el SGSSS y los contratos por CTA. Se trata de una estructura de posiciones cualitativas dentro de una relación social entre las elecciones y estrategias de los médicos y las posibilidades que les ofrece el SGSSS para adquirir el capital económico y cultural que está en juego.

Las diferencias entre las posesiones de estos capitales y las disposiciones de los médicos como agentes en el campo médico, permiten establecer tres clases sociales completamente específicas: la clase proletaria, la clase diferenciada –dentro de ella la clase independiente–, y la clase contradictoria. Este grupo tiene en común que la mayoría son médicos asalariados por lo que se consideran como clase que vive del trabajo, término que es empleado por Ricardo Antunes (2005) para dar contemporaneidad y amplitud al ser social que trabaja, “la clave analítica para la definición de la clase trabajadora está dada por el carácter asalariado y por la venta de su propia fuerza de trabajo” (p. 93). La excepción lo constituye la subclase independiente de la clase diferenciada, los médicos cirujanos plásticos independientes, cuando su trabajo es realizado únicamente como médico particular.

4. EL MÉDICO COMO AGENTE SOCIAL DEL CAMPO MÉDICO



La crítica situación que actualmente experimentan los médicos en Colombia es el resultado de la interacción de múltiples factores que han impactado el campo médico desde la implementación de las políticas neoliberales en la década del noventa. Los efectos de estas políticas se hacen visibles en las profundas transformaciones de la práctica médica como respuesta a las relaciones establecidas entre las condiciones económicas y culturales ofrecidas por el SGSSS a los médicos y las disposiciones adquiridas por ellos para su inserción laboral. El actual sistema de salud colombiano bajo la lógica del mercado en la prestación de los servicios de salud, ha generado a través de las diferentes formas de trabajo de los médicos y la tercerización en la contratación laboral, desigualdades económicas y sociales en el campo médico pudiéndose establecer claramente una estructura de clase social conformada por: la clase proletaria –médicos generales–, la clase diferenciada –médicos de especialidad clínica– y la clase contradictoria –médicos con especialización en otras áreas–.

En el nivel macro social de análisis de la investigación, expuesto en el capítulo anterior, se logró construir esta estructura de clase social a partir de los capitales económicos y culturales que este grupo de médicos han adquirido a través de su trayectoria educativa y laboral de acuerdo a las posibilidades que les ha dado el SGSSS como espacio social. En este capítulo se expone el nivel de análisis micro social, correspondiente a las disposiciones de los médicos para su inserción en cada una de las clases sociales del campo médico, las cuales dependen de los *habitus* que han introyectado a través de las experiencias vividas en sus trayectorias sociales, incluyendo las relaciones sociales de producción que sustentan estas clases sociales y las relaciones que se establecen entre ellas en la estructura ocupacional. Estos *habitus* les permiten hacer una evaluación de su propia situación y los lleva a emplear estrategias de inversión para asumir, como agentes sociales, una posición determinada en la estructura de clase social. Esto implica acción, por lo que el médico es considerado como agente generador de prácticas en el campo médico.

En el nivel de análisis micro social se enfatizó en las estructuras cognitivas de los médicos inseparables de las condiciones socioeconómicas de cada grupo de médicos. De acuerdo con Bourdieu y Wacquant (1995): “se trata de escapar tanto de la filosofía del sujeto, pero sin sacrificar al agente, como de la filosofía de la estructura pero sin renunciar a tener en cuenta los efectos que ella ejerce sobre el agente y a través de él” (p. 83). Así, desde de los *habitus*, los médicos como agentes sociales no son considerados como autómatas que obedecen a reglas establecidas que escapan a su voluntad, ni son movidos por cálculos racionales en su acción. Se trata de relaciones objetivas que existen independientemente de las conciencias individuales y que establecen una relación entre las estructuras en el mundo social –posiciones ocupadas por los médicos– y las estructuras objetivas incorporadas –*habitus*– generadoras de las disposiciones de los médicos para la acción en el campo médico.

El *habitus* es un término comúnmente usado por los filósofos, quienes le dan el significado de hábito o costumbre. De acuerdo a Bourdieu (1997): “es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas” (p.19). El espacio de las posiciones sociales se retraduce en un espacio de tomas de posición a través del espacio de las disposiciones –o de los *habitus*– (Bourdieu, 2001). De acuerdo con esto, en la estructura de clase social que se conforma en el campo médico –clase proletaria, clase diferenciada y clase contradictoria–, confluyen las posiciones de los médicos diferenciadas por las condiciones económicas y sociales ofrecidas por el SGSSS y las disposiciones diferenciadas a partir de los *habitus* para la inserción en esas posiciones.

A cada clase social del campo médico le corresponde una clase de *habitus* producidos por los condicionamientos sociales asociados a las posibilidades particulares de cada posición en el SGSSS. El *habitus*, en el sentido de Bourdieu siempre es un producto social, adquirido socialmente en relación a la posición que ocupan los agentes en el sistema (Bourdieu, 1997), diferente del hábito particular que pueda desarrollar un individuo. Es la generación de disposiciones que hacen posible el desarrollo de prácticas de los agentes que conforman, en virtud de esas disposiciones, grupos sociales que comparten un conjunto de posibilidades estructurales sociales. “El *habitus* es matriz de la práctica pero no se puede hacer de ello el principio exclusivo de toda práctica” (Bourdieu, 2001, p. 27). De acuerdo a Bourdieu “los agentes caen de alguna manera en la práctica que es la suya, más que elegirla en un libre proyecto o verse obligados a ella por una coacción mecánica” (Bourdieu, 1987b, p.127).

El *habitus* se considera una dimensión fundamental de la clase social de los médicos, que según Bourdieu (1997, 2001), se trata de la clase incorporada, hecha cuerpo, diferente de la clase objetivada que corresponde a la posición ocupada en el SGSSS a partir de las relaciones del capital económico y cultural. Este *habitus* de clase es crucial en la reproducción social, puesto que al ser generado en determinadas condiciones sociales y manifestado de manera corporal, inconsciente, se da una constante reproducción y continua actualización de las condiciones en las cuales fueron creados. Es necesario aclarar que no se debe confundir la noción de *habitus* con el inconsciente estructuralista, aunque se adquiriera de manera inconsciente a través del hábito y la repetición, puesto que no todo lo inconsciente, espontáneo o al margen del cálculo racional es *habitus*, y además, en él no todo es espontaneidad o automatismo (Bourdieu 2001).

Existe, según Bourdieu, una relación de complicidad ontológica entre el *habitus* y el campo, puesto que entre los agentes y el mundo social se da una relación de complicidad infraconsciente, infralingüística que se reflejan en sus prácticas, en la construcción que hacen de la realidad a partir de esquemas prácticos de percepción y valoración que han incorporado a través de sus trayectorias sociales. “No son como sujetos frente a un objeto” constituido como tal por un acto intelectual de conocimiento (Bourdieu 1997). Son agentes singulares que se relacionan a través del *habitus* con las fuerzas del campo, relaciones que se objetivan en una trayectoria social, que a diferencia de las biografías, describe la serie de posiciones sucesivamente ocupadas por el agente en el campo, dando por supuesto que “solo en la estructura del campo, es decir una vez más relacionadamente, se define el sentido de esas posiciones sucesivas (...) la participación en tal o cual grupo (p. 72).

La trayectoria social para el análisis de las clases sociales, debe ser considerada por lo tanto como “la serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente –o un mismo grupo– en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1997, p. 82). El análisis de la trayectoria social, permite develar las relaciones existentes entre los agentes de una determinada clase social y las fuerzas del campo, lo que implica que solo se puede comprender una trayectoria de clase social cuando se ha elaborado previamente los estados sucesivos del campo en el que ésta se ha desarrollado. Por lo tanto, para una evaluación rigurosa de la clase social se requiere como condición previa “una descripción rigurosa del conjunto de las posiciones ocupadas simultáneamente en un momento concreto del tiempo por una individualidad biológica socialmente instituida actuando como soporte de un conjunto de atributos y de atribuciones adecuadas para permitirle intervenir como agente eficiente en el campo” p. 82

En la investigación, las trayectorias sociales de los médicos fueron empleadas para determinar las relaciones existentes entre los médicos del SGSSS –médicos generales, médicos de especialidad clínica y médicos con especialización en otras áreas– y las fuerzas que impactan el campo médico, provenientes de las políticas neoliberales implementadas en la década del noventa en Colombia y que afectaron el mercado educativo, el mercado de servicios y el mercado laboral de los médicos. La descripción rigurosa, a través del paquete estadístico R, del conjunto de las posiciones ocupadas simultáneamente en el SGSSS por el grupo de médicos participantes en el 2013, permitió identificar tres clase sociales en el campo médico: la clase proletaria, la clase diferenciada y la clase indeterminada. De igual manera se pudo establecer a partir de la comparación de las trayectorias sociales de los 37 médicos, tres factores diferenciadores de clase: la lógica de la especialidad clínica en la universidad privada, las formas de trabajo médico en el SGSSS y la tercerización laboral a partir de las CTA.

El análisis de la trayectoria social de los médicos fue considerado a partir de la trayectoria educativas –pregrado, rural, posgrado, universidad pública, universidad privada– y la trayectoria laboral –cargos, personal a cargo, condiciones laborales, estabilidad, autonomía, pertenencia a grupos sociales como sindicatos, cooperativas, entre otros). Este análisis permitió develar las relaciones existentes entre los médicos de cada clase social y las fuerzas del campo. Para ello fue necesario, a través de la propuesta de modelo de articulación relacional, considerar las categorías relacionadas con estados sucesivos del campo las cuales incluyeron el análisis desde el impacto de las políticas neoliberales –explotación, alienación, capacidad para la acción colectiva– y desde la estructura ocupacional –evaluación de la propia situación, estrategias de inversión y capital cultural–, definidas cada una en el capítulo uno que refiere a la propuesta del “Modelo de articulación relacional para el análisis de la clase social del campo médico”.

4.1 El médico general como agente proletario

La trayectoria educativa de la mayoría de los médicos generales se encuentra marcada por la difícil situación económica y social por la cual atraviesan las familias colombianas. El desempleo, empleo precario, abandono de los padres, el número de hermanos, fueron algunas de las razones por las cuales la universidad pública fue la de mayor elección para realizar el pregrado en medicina, cuya diferencia en costos con la universidad privada es muy significativa. Los médicos generales consideran que el ingreso de los individuos de estrato socioeconómico bajo al campo médico, necesariamente tiene que ser a través de la universidad pública. Al respecto algunos de los médicos proveniente de estrato dos y tres, comentan: “*Yo vengo de un estrato bajo, tenía claro que no podía buscar una universidad privada, la universidad pública era la mejor opción (...)*”. (JB34G). “(...)

mis hermanos eran los que llevaban la comida, yo tenía claro que no podía buscar una universidad privada". (JB24G)

Si bien este grupo de médicos considera que la opción económica para realizar un pregrado en medicina es la universidad pública, valoran en ella la calidad académica y el reconocimiento social que la ubica por encima de la universidad privada: “(...) *y siempre por tradición esta universidad pública ha tenido mucho reconocimiento, sobre todo en las ciencias de salud, ha tenido mucho prestigio*”. (CG12G). “*Además del reconocimiento que esta universidad pública tiene, por ser la más reconocida en Antioquia y en Colombia, era la más accesible para aquellos que como yo, no tenía quien me patrocinara para estudiar*”. (EA14G). Adicionalmente, el enfoque social de la universidad pública fue tenido en cuenta puesto que consideran necesaria la formación humanística, social y política en el quehacer médico: “*no quería en otra universidad que no fuera la universidad pública, en donde yo sabía que me iba a formar no solo como médico, también me iba a formar en lo social, en lo político*”. (MC28G). “*La universidad pública me enseñó realmente la ayuda al otro, (...) no me enseñó a cobrar al paciente, no me enseñó el valor del dinero, me enseñó el valor de la persona*”. (CM5G)

Las dificultades expresadas con la formación del pregrado en la universidad pública fueron con respecto a la admisión y el orden público representado en los paros. El aumento en la cobertura promulgado en la Ley 30 de 1992, se hace evidente en estos espacios de formación, considerado por la mayoría como la “*universidad del pueblo*”, “*la única opción de estudio para los estratos bajos*”, la universidad en la que “*El ingreso es difícil porque se presentan muchos bachilleres y pasan muy pocos*”. (MC20GG). Los paros en la universidad pública duraban meses, en muchas ocasiones años, la mayoría de las veces eran motivados por las consecuencias económicas de las

políticas neoliberales sobre la economía, la educación, la salud, la violencia; un inconformismo económico y social generalizado que formaba parte de la cotidianidad de los estudiantes de las universidades públicas: *“Empecé medicina en mayo del 85 me demore ocho años y dos meses por los paros, no perdí materias nunca”*. (DF33G). *“(...) fue la época violenta que matan a Héctor Abad Gómez, a Felipe Valencia, varios profesores de establecimientos públicos. La universidad estuvo cerrada por un año”*. (DG11G)

Ante estas dos situaciones –admisión y orden público–, aquellos médicos que contaron con la posibilidad de ingreso a la universidad privada, lo hicieron a través de préstamos del ICETEX o con el apoyo económico de sus padres y familiares, motivados por la realización del pregrado en tiempo real. Sin embargo, para aquellos estudiantes que no contaban con apoyo económico adicional y por el contrario tenían obligaciones económicas familiares, veían retardar su proceso de formación de una manera considerable. Para la mayoría se trató de una situación desmotivante, puesto que sus amigos de colegio se iban graduando cuando ellos no llegaban ni a la mitad del pregrado, algunos emplearon este tiempo para trabajar. Su difícil situación económica, la convicción de estar en la mejor universidad, y el deseo de ser médicos les dio la constancia para esperar el tiempo que fuera necesario y obtener su título de pregrado.

Las dificultades económicas fueron una constante para la mayor parte de médicos pertenecientes a este grupo de médicos generales: unos hicieron préstamos en el ICETEX, *“Cuando entre a la universidad tuve que solicitar préstamo del ICETEX también tuve que empezar a trabajar por dificultades económicas, mi papá se quedó sin trabajo”*. (DS30G); algunos contaron con apoyo familiar, *“un tío profesor universitario me apoyó económicamente para que pudiera estudiar”*. (GR21GG); también trabajaban de manera alterna, inclusive en la misma universidad,

“yo trabajaba en la biblioteca de la universidad, era auxiliar de biblioteca, y cuando la universidad entraba en paro o en vacaciones trabajaba haciendo encuestas para el centro nacional de consultorías”. (DS30G). La difícil situación económica para algunos, los llevó a pensar en la necesidad de retirarse: *“la familia entró en crisis económica, se perdió el ingreso que teníamos y yo estaba que me salía de estudiar. Me presente a un laboratorio farmacéutico a trabajar y el gerente de la empresa me dijo, no lo vamos a emplear porque usted tiene que terminar medicina”*. (FH24GG).

Las diferencias académicas entre la universidad pública y privada eran percibidas por los médicos de ambas universidades. Los de la universidad pública consideran como aspectos diferenciadores la calidad de las prácticas, por el hospital universitario, y la calidad académica representada en los profesores: *“yo podía tener 10-12 profesores dándome fisiología, el profesor especialista en fisiología respiratoria me daba fisiología respiratoria, el profesor especialista en renal que había acabado de llegar de México dándome fisiología renal, el otro fisiólogo cardiovascular. Cuando averiguaba con mis colegas que estudiaron en otras facultades de otras universidades, la fisiología completa se las daba el mismo profesor. Uno dice, obviamente ahí tiene que haber algo, tiene que tener mucha fuerza sobre mi formación, yo digo que todas esas cosas son calidad en la universidad”* (MC28G).

Para algunos médicos de la universidad privada la fortaleza se encontraba en la parte humana de los profesores y el enfoque de medicina familiar del currículo: *“a pesar de ser universidad privada siempre se caracterizó porque los profesores eran muy abiertos. La puerta de decanatura estaba abierta siempre a todos los estudiantes, los profesores antes de ser tus profesores, eran*

como tus amigos”. (IB26G). Otros médicos consideraron que se trataba más que de fortalezas de cada institución, enfoques diferentes de formación: *“existan en mi tiempo tres universidades reconocidas para estudiar medicina, con perfiles de médicos diferentes. Los de la universidad pública con enfoque de urgencias, una de las universidades privadas en enfermedades crónicas, otra de las privadas, en medicina familiar”*. (MG16Ga)

Con la implementación de la Ley 100 de 1993 se percibieron cambios en la formación orientados a las nuevas formas de trabajo médico, en el cual el médico general cumple unas funciones básicas de atención primaria y debe remitir al especialista los casos específicos: *“al pensum lo cambiaron pensando en que el médico general es aquel médico que remite, que maneja lo básico, hoy en mi experiencia creo que eso tiene su valor, pero eso le bajó el tono al pensum de medicina o sea que lo pusieron más suave, más fácil, lo pusieron más parecido a otras facultades, porque en últimas, de qué sirve que yo sea buen conocedor de nefrología si debo remitir al nefrólogo, de qué sirve saber tanta cirugía si yo no voy a operar en este país”*. (MC28G).

Esta situación deterioró la calidad de la formación del médico general que se caracterizaba precisamente por su capacidad de resolución: *“la formación de nosotros fue buena, yo fui al Chocó y me sentí muy seguro en esos 3 años en los cuales tuve que hacer diferentes procedimientos y con pocos recursos, uno sentía era muy bueno, que uno no era especialista pero era un médico muy bueno, y la gente lo veía, pedían que fuera uno el que los atendiera, uno sentía que había salido con muy buena formación”*. (MG28G). A los que les tocó la transición lucharon para que no les cambiaran el pensum, sin lograrlo: *“nosotros como estudiantes sabíamos que era necesario luchar*

para que el nivel académico del médico general no bajara, que el pensum no cambiara para los que veían detrás, pero no lo logramos”. (MG28G)

Las nuevas formas de trabajo médico contempladas en la Ley 100 de 1993 y el cambio de los currículos de formación direccionados a esta realidad con el aval de la autonomía universitaria contemplada en la Ley 30 de 1992; se fue creando en el ambiente médico e institucional una marcada diferencia entre el médico general y el médico con especialidad clínica, que significó diferencias sustanciales en las formas de contratación e ingresos. Esta situación generó la necesidad de realizar una especialización como factor diferenciador en el campo médico: *“hay algo que me tortura y es que antes no veía la necesidad de especializarme, ahora veo que es una necesidad porque como médico general veo que me estoy estancando en el conocimiento (...)”*. (DG11G). *“Yo no hice especialización por falta de recursos, porque mi sueño era pediatría”*. (MC28G)

La lógica de la especialidad clínica comenzó a filtrarse en el campo médico afectando en gran manera a los médicos generales de las universidades públicas que veían un deterioro marcado en su formación puesto que los nuevos cambios curriculares conducían a formar médicos generales para la atención primaria; su realidad económica les impedía proyectarse a una futura especialización cuyos costos elevados y necesidad de dedicación de tiempo completo no les permitiría salir a desempeñarse como profesionales para cubrir las deudas adquiridas durante su trayectoria educativa y los compromisos económicos familiares cifrados en la esperanza de un mejor porvenir: *“Las exigencias para la realización de una especialidad son muchas, se puede decir que casi inalcanzables, se requiere tener la situación económica resuelta para no tener que pensar en las deudas ni en la familia”*. (DG11G)

A pesar de compartir las mismas estructuras normativas, algunos de los que se encontraban en condiciones socioeconómicas más favorables, tomaron decisiones diferentes con respecto a la realización de una especialidad clínica. Los de estrato socioeconómico 5 y 6, independientemente si eran de universidad pública o privada, resolvieron, los más jóvenes, realizar la especialidad inclusive en el exterior puesto que contaban con el apoyo de sus padres; otros un poco más adultos tomaron decisiones de vida por la implicación y el compromiso en tiempo requerido para un posgrado: *“si bien ser médico especialista cambia sustancialmente la vida del médico en cuanto a sus condiciones laborales y por ende económicas, no me voy a arriesgar a perder mi hogar por el tiempo que ello requiere”*. (CM5G)

Una de las estrategias de inversión más destacadas en la trayectoria educativa de los médicos generales fue la realización de estudios en medicina alternativa como complemento de su formación médica, que si bien no alcanza el nivel de especialidad clínica, les ha permitido diferenciarse con respecto al grupo de médicos generales, puesto que se encuentran laborando en esas áreas, Uno de ellos logró construir su propia IPS enfocada en la medicina tradicional China: *“Estando trabajando en una IPS privada, me ofrecieron vinculación por los decretos que estaba sacando el gobierno para evitar el abuso de la evasión de parafiscales, pero la exigencia era trabajar de manera exclusiva para la institución y los salarios no compensaban, como no acepté el cambio me hicieron renunciar. Fue el momento en que decidí dedicarme de lleno a la acupuntura y logré tener una IPS propia”*. (MG16Ga)

Para concretar la trayectoria educativa de los médicos generales, se puede decir que en este grupo de médicos, en términos generales, estuvo marcada por la difícil situación económica familiar que los obligo a utilizar estrategias como: realizar el pregrado en una universidad pública, a pesar de la dificultad en la admisión y la situación de orden público; alternar sus estudios con actividades laborales diferentes al área de formación, muchas veces dentro de la misma universidad; y realizar préstamos con el ICETEX. Otros, de niveles socioeconómicos medios utilizaron como estrategia de inversión en tiempo la realización del pregrado en la universidad privada aún a costa de realizar préstamos en el ICETEX, puesto que contaban con apoyo familiar para el resto de los gastos.

El impacto de las políticas neoliberales en el mercado educativo del campo médico se hizo visible en la dificultad del ingreso a la universidad por el aumento de la cobertura, y en la disminución en la calidad de los contenidos curriculares enfocados a las competencias laborales que se establecieron acorde a las formas de trabajo contempladas en la Ley 100 de 1993. Estas nuevas formas de trabajo del médico en el SGSSS, dejaron al médico general en serias dificultades laborales –analizadas en sus trayectorias laborales– creando en el campo médico la necesidad de avanzar, después del pregrado, hacia una especialidad clínica.

Esta realidad marcó grandes diferencias entre los médicos generales de universidades públicas y privadas, puesto que aquellos cuyas trayectorias laborales estuvieron marcadas por las dificultades económicas y cuyo futuro estaba ligado a sus compromisos económicos, tenían muy claro que las exigencias de admisión, los costos de la matrícula y la dedicación de tiempo completo hacían de la especialidad clínica algo inalcanzable para ellos. Aquellos que hicieron un análisis de

su propia situación y emplearon estrategias de inversión como la realización de estudios alternativos lograron diferenciarse dentro del grupo. Esta realidad vivida a nivel micro contrasta con el análisis realizado a nivel macro y es observable en la estructura de clase social del campo médico construida gráficamente. (Gráfico 11)

La trayectoria laboral de los médicos generales es muy variada, unos han tenido hasta tres trabajos y en la actualidad cuentan con estabilidad y buenas condiciones laborales. Otros, por lo general los más jóvenes, han tenido una trayectoria laboral difícil, con poca estabilidad, bajos salarios, jornadas de trabajo excesivas, maltrato por parte de sus jefes y de los mismos pacientes. Para lograr los ingresos necesarios con qué cubrir sus necesidades económicas, recurren muchas veces a jornadas extenuantes y trabajos en varias instituciones: *“Trabajaba de 7:00 am a 1:00 pm con una EPS, de 1:00 pm a 7:00 pm con otra, y tenía un consultorio particular (...) trabajaba todo el día, eso era muy duro”*. (DL25G). Esta realidad tiene diversos orígenes identificados por ellos, que tienen que ver con la contratación laboral, que por lo general es a través de cooperativas de trabajo asociado; y la forma de trabajo del médico general establecida en el SGSSS.

La contratación a través de intermediarios, en especial las Cooperativas de Trabajo Asociado –CTA–, fue la forma de contratación más común en este grupo, que dadas sus características de operación ofrecen poca estabilidad laboral, no cubren prestaciones sociales, los salarios son muy por debajo de lo que realmente corresponde al salario del médico, retienen parte de sus honorarios como gastos de funcionamiento, no tienen derecho a descansos programados, no les permite la asociación sindical, y genera abusos de parte de los empleadores. Existen contratos en los cuales

“las horas de día tienen un precio y las de noche tienen otro. El salario depende de lo que uno trabaje”. (EA14G)

En algunas instituciones, los contratos no incluyen las prestaciones sociales y segmentan los salarios a través de bonificaciones basadas en porcentajes: *“Mi salario depende de los bonos de alimentación que facture. Como ese tipo de contratación no tiene prestaciones, entonces ellos de lo que uno factura le descuentan unos porcentajes que ellos llaman: beneficio económico anual del período de descanso” que corresponde a las vacaciones, otro “beneficio económico anual” que sería como la prima de diciembre y otro el “beneficio económico trimestral” que es como unas primitas (...). Son porcentajes bajitos, más o menos el 5 el 4 por ciento facturado en el mes. Y ya el 50 por ciento aproximadamente es lo que te dan en efectivo, más o menos 3.400.000.”.* (EA14G). Sumado a esto se encuentra el retraso en los pagos: *“Me pagaron al mes y medio de haber llegado entonces fue muy duro, demasiado difícil porque las cuentas no dan espera”.* (EA14G)

Las modalidades de empleo encontradas fueron igualmente variadas: consulta externa, médico de familia, médico domiciliario, coordinador de programas de promoción y prevención, médico de urgencias –para lo cual el médico general debe realizar un curso de capacitación adicional que él mismo debe pagar–, entre otros. En términos generales sobresaturados de trabajo: *“Empezamos con cuatro pacientes por hora más las actividades administrativas. Teníamos 20 minutos en la mañana y 20 por la tarde para hacer además de las cosas administrativas un break y lo necesario para ir al baño. Es decir el problema era tuyo si ibas o no ibas al baño antes de las horas laborales. Era una carrera sin fin”.* (LC18G)

El deterioro de las condiciones laborales de los médicos generales los ha llevado a extremos como poner en riesgo su propia salud: *“Con el tipo de contrato que yo tengo, si me pasa algo y me incapacitan a mí no me pagan, entonces prefiero irme a trabajar independiente de lo que tenga y de lo que sienta”* (EA14G). No contar con un buen equipo de trabajo: *“Yo pelee mucho allá, ni siquiera hice amigos. Fue el peor trabajo que he tenido en mi vida, de eso no quiero saber nada”*. (EA14G). O considerar su trabajo como algo difícil de llevar: *“Es el peor trabajo que he tenido en mi vida y no lo repito ni por el berraco”*. (EA14G). En estas condiciones laborales, se cuestiona el sentido de pertenencia institucional que los médicos generales logren desarrollar: *“Este tipo de vinculación laboral le da a uno por pensar, ah! si renuncio pues nada pasa, nada nada importa (...) si fuera diferente que yo fuera a esperar una liquidación o que me hubieran tratado bien, pero nada, uno sale de allá así como entró”*. (EA14G).

Otro asunto importante es la forma de trabajo del médico general establecida en el SGSSS cuyas funciones de primer nivel de atención cuestionan su autonomía y generan algunas veces distanciamiento con los médicos de especialidad clínica. La mayoría considera que su autonomía en el ejercicio profesional ha sido lesionada por las funciones de primer nivel establecidas para los médicos generales en el SGSSS que limita los exámenes, las ayudas diagnósticas y los medicamentos que deben enviar a sus pacientes. Así el médico general sepa cuál es el diagnóstico y la conducta a seguir, no lo puede hacer, debe remitirlo al médico especialista correspondiente. Además, se encuentran limitados por la contención del costo y la rentabilidad financiera, en asuntos como el número de exámenes que pueden enviar a cada paciente, el tipo de ayuda diagnóstica y el tiempo empleado en la consulta, el cual es el mismo para cada paciente, independiente de la situación de salud que presente.

Este grupo de médicos reconoce su diferenciación en el campo médico, con respecto a los médicos de especialidad clínica, de quienes saben tienen mayor poder adquisitivo y mejores condiciones laborales que ellos, aunque son conscientes que aun entre ese grupo de médicos existen diferencias económicas y sociales. Los médicos generales más jóvenes cuyas aspiraciones radican en cubrir sus necesidades básicas y familiares piensan que algunos médicos de especialidad clínica, *“les gusta vivir en sitios costosos, tener cosas costosas, hacer viajes caros, tener muchas comodidades, así no tengan tiempo para disfrutarlo porque pasan el mayor tiempo trabajando”*. Con respecto a los médicos de especialización en otras áreas como administración y auditoría, refieren algunos desencuentros debido al control que ejercen sobre el gasto, inherente a las funciones de su cargo.

Recopilando la trayectoria laboral de los médicos generales, se puede establecer que este grupo de médicos vive del trabajo, bajo una relación laboral en la cual la dinámica del SGSSS y las fuerzas que impactan el campo médico producto de la aplicación de las políticas neoliberales en Colombia, se encuentran en franca explotación, toda vez que el excedente de su trabajo se encuentra en manos de unos terceros bajo la figura de Cooperativas de Trabajo Asociadas, sin posibilidad de capitalizar puesto que sus bajos salarios, la inestabilidad y condiciones de abuso de parte de sus empleadores, no les permite realizar planes a largo plazo. El capital cultural, factor diferenciador dentro del campo médico, se encuentra cada vez más alejado de su alcance por las exigencias establecidas en este mercado que marca aún más las diferencias de clase entre los médicos. La posición de clase en el SGSSS con respecto a ambos capitales los ha ubicado en el campo médico como la clase social proletaria.

El médico general como agente proletario del campo médico, manifiesta que la lógica de rentabilidad financiera y contención del gasto característico del actual sistema de salud colombiano, lo ha llevado a una relación laboral de explotación. El análisis que hace de su propia situación a partir de los *habitus* incorporados en su trayectoria educativa y laboral, lo ha llevado a identificar claramente tres razones para ello: el tipo de contratación laboral a partir de las CTA, que al quedarse con gran parte de su salario lo aleja cada vez más de la posibilidad de participar en las ganancias obtenidas por los empleadores. Para ello reconoce como estrategia de posibilidad para mejorar su forma de trabajo dentro del SGSSS, la realización de una especialidad clínica, que si es médico general de una universidad privada es reforzada por la lógica de especialidad clínica que estas universidades manejan en la formación de sus médicos y rápidamente comienzan a emplear estrategias para lograr realizar el pregrado en las áreas que han identificado como fortalezas durante su trayectoria educativa.

En el caso de los médicos generales de la universidad pública entrevistados, sus necesidades económicas hacen que sientan frustrada esta posibilidad de diferenciación dentro del campo médico. El no contar con los recursos económicos suficientes, ni el apoyo de sus empleadores, el sentimiento de impotencia contra las fuerzas del sistema aflora y hace que empleen como estrategias el aumento de horas laboradas, el número de sitios en los cuales laboran, empleos en diferentes áreas, entre otros; y así lograr los ingresos necesarios para sostener una posición de clase media cada vez en mayor descenso. Puesto que su salario, otro factor sentido de explotación, no es acorde a su capital cultural y se encuentra bajo un tipo de contratación mencionado por algunos como “abusivo”, puesto que no le permite proyectarse a largo plazo; acabó con la estabilidad

laboral y en muchas ocasiones no le cubre la seguridad social y la protección a riesgos profesionales.

Es por ello que el médico general expresa sentirse frustrado por ver sus sacrificios económicos, sociales y afectivos sin compensación, sino por el contrario, cada vez su situación económica y social se ve más deteriorada. Además, se siente controlado y dominado por las EPS, puesto que lo único que puede hacer es recibir órdenes y cumplirlas, porque de lo contrario son despedidos. Ese es un temor con el cual algunos viven de manera constante: “(...) *horrible que a uno lo coarten, que uno no pueda tener criterio para formular algo porque tiene que ceñirse a una lista de medicamentos o una lista de procedimientos o de exámenes de laboratorio, me parece muy deshonesto para el médico*”. (DF33G)

Los médicos en general tienen poca capacidad para la acción colectiva, una de las razones obedecen a las condiciones laborales establecidas por las CTA que no permite tener tiempo libre disponible para este tipo de actividades y la segmentación del trabajo propia de las formas de trabajo médico en el SGSSS que no propicia el encuentro entre colegas. Cuando se pregunta por este aspecto, las respuestas van desde un individualismo total, pasando por aquellos que no perteneciendo a agremiaciones sindicales, pertenecen a algún tipo de asociación –como las cooperativas–, hasta aquellos que han liderado movimientos sociales.

El individualismo es algo que casi todos los médicos generales participantes en la investigación consideran como una falencia puesto que conocen en el medio, agremiaciones de médicos especialistas que han tenido logros exitosos en cuanto a las condiciones laborales de sus integrantes. Sin embargo, con el poco tiempo libre que tienen no están dispuestos a sacrificarlo

para reuniones gremiales, se conforman con las cooperativas en las cuales se encuentran afiliados puesto que los respalda en préstamos. Una de las posibles causas del individualismo, consideran unos, se debe a que los médicos, en especial los más jóvenes, nacieron en el sistema de salud y consideran que esa es su dinámica natural, sumado a ello se encuentra la falta de formación desde la universidad en esta área. *“No existe interés colectivo, no hay una conciencia general, (...) cuando el sistema nació que fue en el año 91, yo tenía como nueve años, entonces todos los que venimos en esta última ola siempre nos tocó así, (...) yo siento que nacimos así, como que la temperatura fue subiendo y nunca lo notamos porque siempre nos tocó así”*. (CG12G)

La Asociación Médica Sindical Nacional –ASMEDAS–, como organización gremial aglutina a médicos de todo el departamento, su trayectoria histórica es reconocida ampliamente en el gremio; la mayoría de los médicos generales la mencionaron, así fuera para decir que no pertenecían a ella. Coincidieron en estar desmotivados con respecto a las funciones de apoyo gremial de esta asociación sindical en un momento tan coyuntural como el que está atravesando el gremio médico, se entrevistó a varios médicos miembros de la junta directiva de ASMEDAS, que adicionalmente hacen parte de la investigación.

La crisis de la asociación, según ellos, viene de tiempo atrás. En la época de 1991 el gremio estaba muy dividido y sin capacidad de lucha. *“La Ley 100 de 1993 la aplicaron en el peor momento, cuando el gremio se encontraba muy disperso y se había bajado la guardia”*. Álvaro Uribe reunió varias veces los médicos en Medellín y les habló “bellezas” de los beneficios de la Ley 100, algunos le creyeron, otros no, y eso generó aún más división en el gremio; en la actualidad la mayoría se sienten engañados.

Como gremio sindical, consideran que lo peor que pudo haber pasado antes del surgimiento de las EPS, y que indudablemente preparó el terreno propicio para el deterioro laboral, fue la reforma administrativa de 1968 en el gobierno de Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) que hizo que se fueran eliminando los sindicatos, disminuyendo los derechos laborales, y los médicos pasaron a ser empleados públicos, primero en el Instituto de Seguros Sociales –ISS– y después en las EPS, contratados a través de cooperativas con su consecuente deterioro laboral y la inestabilidad que acompaña no solo al gremio médico sino a todos los trabajadores de muchas otras áreas. En ese entonces, en 1976 hicieron un paro de la salud que consideran fue histórico: *“Nosotros habíamos hecho en el año 76 un paro que fue histórico, un paro de la salud en general porque eso se extendió posteriormente a toda la salud. Prácticamente hubo un momento de los 52 días que duro el paro que no había un solo médico atendiendo en todo Medellín, eso fue histórico”*. (MC20GG)

Cuando comenzaron a surgir las EPS, comenzó la lucha contra el gremio. El médico que estuviera vinculado a ASMEDAS no lo contrataba o lo despedían. Si alguno se atrevía a reclamar por el salario, por la estabilidad, el horario, lo despedían puesto que el contrato a través de cooperativas permite el despido sin justa causa. Con el gobierno de Juan Manuel Santos, se esperaba que por asuntos del TLC las cooperativas desaparecieran, pero la realidad fue que cambiaran de modalidad hacia los contratos sindicales, con la misma gente de las cooperativas se formaron sindicatos completamente manejados por las Empresas, al cual el médico no pertenece. La Empresa negocia directamente con el sindicato que es quien elige los trabajadores que enviará, la intermediación por lo tanto continua y por ende las condiciones laborales deplorables. *“Antes, habían sindicatos de empresas que negociaban mal negociado porque el patrón a los dirigentes*

sindicales les pasaba moneda, pero en estos casos ni siquiera son sindicatos que el patrón les pase monedas sino sindicatos armados por la empresa”. (MC20GG)

ASMEDAS y cualquier gremio sindical bajo estas condiciones que impone el neoliberalismo pierde fuerza para actuar, comentan algunos médicos. Una de las propuestas es coger fuerza paulatinamente y pensar en un pliego de peticiones para llevar al Congreso, puesto que este asunto ya no es directamente con los patronos, ni con los intermediarios, “se trata de impactar el gobierno a través de políticas que impacten la empresa privada”. Uno de los médicos generales, reconocido por las marchas y movimientos por el derecho a la salud, consideró necesario el apoyo sindical. Narra sus experiencias en la conformación del grupo que se ha ido consolidando en torno al derecho por la salud que comenzó con estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: *“Se trataba de hacer un poco lo que hicieron las Madres de Mayo en Argentina en torno a la Plaza de Mayo con los estudiantes, todos los viernes ponía unas velitas ahí al frente de donde era el Seguro Social y salíamos con velas y con las pancartas de la muerte a darle la vuelta al San Vicente, y eso fueron 5 estudiantes, 6 estudiantes, 13 estudiantes, 20 estudiantes y algunos profesores”* (FH24GG)

Hoy en día, se ha conformado un grupo sólido que se reúne todos los martes a las 6 pm en el Parque de Berrio liderando la lucha en contra de la Ley 100 de 1993, con contactos en Bogotá para la realización de propuestas en torno al derecho a la salud. Además, se han convocado otro tipo de organizaciones con las cuales se está trabajando de manera conjunta: organizaciones de salud, pacientes de diferentes instituciones, pensionados, líderes de barrio, líderes estudiantiles, entre otros. Su objetivo principal es la lucha por el derecho a la salud, del cual se han venido derivando un sinnúmero de actividades como las movilizaciones frente a la reforma a la salud y el reciente

paro de la salud que se dio en torno a la pretensión de permitir a los hospitales la formación de los especialistas, con lo cual los médicos asumen que va en contra de la calidad en la formación.

(Fotografías 1, 2,3).



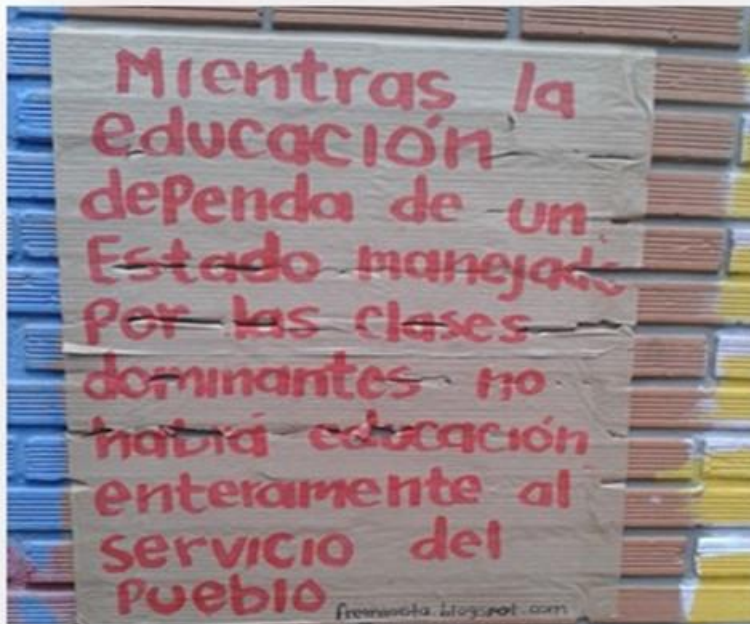
Fotografías 1. Evento Académico Derecho a la Salud. Organizado por la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. Universidad de San Buenaventura. 25 de Mayo de 2013



Fotografías 2. Movilización "Martes por la Salud". Convoca Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. 28 de febrero de 2008



**NO A LA RE-
FORMA
DE LA LEY 30**



**JORNADA NACIONAL DE PROTESTA
20 DE AGOSTO**

Marchamos con los sectores en conflicto porque el gobierno incumple y no resuelve los problemas de:

- ✓ Mineros.
- ✓ Cafeteros.
- ✓ Lecheros.
- ✓ Camioneros.
- ✓ Estudiantes.
- ✓ Magisterio.
- ✓ La población desplazada por el proyecto Hidroeléctrica Ituango.
- ✓ La salud del pueblo colombiano.
- ✓ Los Trabajadores Estatales.
- ✓ El abusivo cobro de impuesto predial.

CONCENTRACIÓN Y MARCHA
LUGAR: Teatro Pablo Tobón Uribe
FECHA: 20 de agosto HORA: 4:00 PM.

ABAJO LA POLÍTICA NEOLIBERAL DE SANTOS

Fotografías 3. Murales Superiores Universidad San Buenaventura e Inferiores Universidad de Antioquia, alusivos a las políticas neoliberales y convocando al Derecho a la Salud. Tomadas por la Investigadora entre febrero y mayo de 2013

4.2 El médico de especialidad clínica como agente diferenciado

La trayectoria educativa de los médicos de especialidad clínica en el pregrado, estuvo marcada por las condiciones descritas en el grupo de médicos generales. Algunos realizaron el pregrado y posgrado en la universidad pública, otros el pregrado en la universidad pública y el posgrado en la universidad privada, y otros realizaron tanto el pregrado como el posgrado en la universidad privada. Las especialidades clínicas de los médicos participantes fueron: cirugía plástica, anestesiología, medicina aeronáutica, neumología pediátrica –subespecialidad–, patología, dermatología, psiquiatría, deportología, básicas biomédicas –magister y doctorado– Al igual que los médicos generales, el motivo de escoger la universidad pública tuvo que ver principalmente por factores económicos, no sin dejar por fuera el reconocimiento académico y la validez del enfoque social que caracteriza la universidad pública. Los inconvenientes de dificultad en la admisión y el problema de orden público representado en los paros fue una constante para aquellos que teniendo los medios para hacerlo, deciden por la universidad privada.

El cese de actividades en la universidad pública fue una de las mayores dificultades expresadas por los médicos de especialidad clínica, algunos se demoraron hasta 9 años realizando el pregrado, sin opciones económicas para pensar en universidades privadas: *“Yo me demoré haciendo los tres semestres de ciencias y humanidades casi el doble del tiempo. Me toco una época demasiado convulsionada de la universidad”*. (TL2E1). *“Estuve inmerso en esa cantidad de inconvenientes que hubo alrededor de 1972. Los paros, los cierres de la universidad, la carrera en si duró aproximadamente nueve años por paros y porque cancelaron un semestre”*. (EM27Ec)

Con respecto a las diferencias de formación entre los programas de medicina de las diferentes universidades, surge nuevamente la fortaleza que consideran tiene la universidad pública en la parte social, no solo en su currículo de formación sino en el ambiente que proporciona una universidad pública para la convivencia. Si bien algunos egresados de la universidad pública reconocen que académicamente los médicos de las universidades privadas son muy buenos, en la práctica se sienten más aventajados en el manejo de las urgencias, en atender mayor cantidad de pacientes, en priorizar situaciones. *“El estudiante de la universidad pública, tiene todas las herramientas para hacer una buena práctica, tiene el hospital, tiene los profesores de muy buena calidad, uno puede ir y pegarse y hacer una ronda y regalarse en vacaciones y estar trabajando, puede ir donde los profesores que le da asesoría. En las universidades privadas no tienen tantas herramientas, no tiene esa posibilidad de acceder a tantas cosas como puede acceder un estudiante de la universidad pública”*. (CV13E1)

Algunos médicos de especialidad clínica de las universidades privadas resaltan la calidad académica del médico de la universidad pública, pero notan diferencias de formación en cuanto a la presentación personal, puntualidad, trato con el paciente; aspectos que son tenidos en cuenta en la formación del profesional médico en la universidad privada. Es por ello, consideran estos médicos, que en las entidades privadas en las cuales la imagen y el trato son muy importantes, en algunas ocasiones, no todas, limitan la contratación favoreciendo los médicos de universidades privadas. *En la universidad privada le dicen a uno, usted se tiene que vestir así, usted no se puede poner siendo hombre un arete, o dejar el pelo largo (...)*” (IV37Ec)

Al preguntarles a los médicos sobre que los motivó a especializarse, surge otra diferencia entre la universidad pública y la universidad privada. Los médicos de especialidad clínica

egresados de la universidad pública manifiestan que durante su trayectoria en el pregrado tenían inclinaciones fuertes por determinadas áreas que los motivaron a especializarse. Aunque con dificultades económicas, contaron con el apoyo de sus padres o familiares, algunos cuyas especialidades solo se encontraban en universidades privadas, realizaron préstamos a través del ICETEX: *“A medida que uno va haciendo la carrera se encuentra con algunas áreas que son las que a uno más le apasionan”*. (CV13E1). *“Amé siempre la siquiatria”*. (LM9Ec). *“Me impacto mucho saber que el anestesiólogo es una parte muy importante del manejo quirúrgico de los pacientes”*. (EC7Eq)

Los médicos de especialidad clínica egresados de la universidad privada son formados desde el pregrado con aspiraciones inmediatas hacia el posgrado. Desde los primeros semestres se les inculca la necesidad de ir precisando las áreas con las cuales se sienten más afines para su futura especialidad. Algunos de estos médicos consideran necesario especializarse para obtener un buen nivel de ingresos porque asumen que los médicos generales no tienen las mismas opciones laborales, ni los mismos ingresos y por consiguiente no cuenta con suficiente capacidad para capitalizar: *“A nosotros nos educan en la universidad privada, para ser especialistas. Porque desde el punto de vista socioeconómico tiene más ventajas ser especialistas que ser médico general, y mientras más subespecialidades se hagan mucho mejor. Por esta razón terminé mi rural pensando en ser especialista”*. (IV37Ec)

Algunas de las dificultades que expresaron los médicos con especialidad clínica respecto a las especializaciones, coinciden con lo expresado por los médicos generales: la poca disponibilidad de cupos ofrecidos, la dificultad de los exámenes de admisión, los altos costos de matrícula y la necesidad de dedicación de tiempo completo. Asuntos referidos por los médicos como mecanismos

que asumen los gremios para el control del mercado puesto que una vez egresados se concentran en las grandes ciudades y esto causa un aumento de la oferta de estos especialistas que afecta su nivel de ingresos.

En cuanto a la trayectoria laboral de este grupo de médicos, hasta antes de realizar su especialidad, conserva las características de los médicos generales. La mayoría hizo la especialidad poco después de graduarse como médicos generales. Una vez que comienzan a laborar como médicos de especialidad clínica, las condiciones cambian favorablemente, algunos con mejores condiciones laborales que otros, pero siempre por encima de las condiciones de los médicos generales. Existen dentro del grupo diferencias marcadas en su trayectoria laboral dependiendo de la instituciones en la cuales ejercen, o si trabaja de manera particular. Sin embargo, existe también contratación por prestación de servicios, dificultades en cuanto al tiempo libre, remuneración no acorde con el nivel de educación, entre otros.

Otros médicos cuentan con muy buenas condiciones laborales y reconocen no verse afectados por la realidad que ofrece el sistema de salud a otros médicos. Existen grandes asimetrías laborales en este grupo de médicos que dependen del tipo de especialidad y qué tanto estén organizados gremialmente. Las especialidades de mayor reconocimiento laboral son la cirugía plástica y la anestesiología, algunos médicos consideran que una de las razones obedece a que la cirugía plástica, específicamente la estética, no se encuentra en el POS y aquellos que acceden a ella están dispuestos a asumir los altos costos de manera particular. Las subespecialidades también permiten mejorar sustancialmente las condiciones laborales de los médicos, por lo general son contratados por instituciones privadas. Algunos médicos refieren que es preferible estar por prestación de

servicios en varias instituciones porque pueden duplicar en ganancias lo que obtendrían mediante un contrato a término indefinido, así el salario ofrecido sea muy bueno.

Este grupo de médicos considera que los médicos generales se encuentran en condiciones laborales desfavorables y los médicos especialistas en otras áreas no están remunerados acorde a su nivel de formación. Algunos manifiestan sentirse incómodos al ver las diferencias salariales tan grandes con respecto a muchos de sus colegas, que asumiendo funciones administrativas se convierten en sus jefes, los cuales se encuentran cargados de responsabilidades adicionales y niveles de estrés incalculables. De igual manera, con los colegas auditores cuyas funciones de control del gasto hacen que se establezcan discrepancias que afectan el clima laboral.

El médico de especialidad clínica como agente diferenciado del campo médico, al realizar un análisis de su propia situación, coincide con el médico general en considerar la profesión médica con un componente de sacrificio grande en asuntos de inversión económica, de formación, de alejamiento social. Expresan que los médicos en Colombia están pasando por un mal momento, sobre todo los médicos generales que siendo más jóvenes se “nominaron” porque trabajan por hora no importando las condiciones. Y es que el médico joven, señalan algunos, “no conoció el sistema de salud anterior, nacieron en este sistema y les parece que esto es lo normal”.

Gran parte de los médicos de especialidad clínica que participaron en la investigación coinciden en considerar el descenso socioeconómico del médico ha conducido a una “pauperización del gremio de la salud”, como lo expresado por uno de ellos: *“Eso ha llevado a una pauperización del gremio de salud, hace unos años ser médico sería sinónimo de ser rico, actualmente el médico es de los profesionales pobres, uno ve médicos trabajando por unos*

salarios de miseria (...) cada vez ganan menos, eso ha sido un resultado de ese sistema de salud indiscutiblemente". (CV13EI)

Algunos de los médicos de especialidad clínica, al igual que los médicos generales, consideran como estrategia de inversión en el SGSSS la realización de una especialidad clínica, puesto que cambia las posibilidades laborales dentro de él. Son además consientes de los sacrificios adicionales a los que tienen que estar expuestos durante su proceso de formación, pero consideran que se justifican. Son individualistas, y si bien pertenecen a asociaciones gremiales, su lucha gira en torno a los intereses propios del gremio pero no son sindicalistas. Algunas de las agremiaciones a las cuales pertenecen son: Asociación de Médicos Deportólogos, Asociación Antioqueña de Dermatología, Asociación Antioqueña de Psiquiatría, Sociedad Colombiana de Anestesiología, Asociación Colombiana de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, Sociedad de Médicos Patólogos, Sociedad Colombiana de Medicina de Aviación.

La mayoría coinciden en afirmar que a este tipo de asociaciones les falta fuerza, que cambiaron su norte, que buscan el lucro económico. Sin embargo, se ha observado un aumento de la participación de este grupo de médicos en las marchas por el derecho a la salud y en contra de la reforma a la Ley 100 de 1993. Un motivo de movilización reciente fue la participación del paro en la salud a nivel nacional ocurrido el 29 de octubre de 2013, desatado a partir de una propuesta del Ministro Alejandro Gaviria de permitir que los hospitales formen a los especialistas, asunto considerado por ellos que va en detrimento de la calidad en la formación. (Fotografías 4)



Fotografías 4. Marcha de médicos residentes en Medellín el 28 de octubre de 2013. Tomado de www.elcolombiano.com el 25 de noviembre de 2013

4.3 El médico con especialización como agente en posición contradictoria

La trayectoria educativa de este grupo de médicos cuyas especializaciones son administración, salud pública, economía de la salud, epidemiología, auditoría en salud, salud ocupacional, alta gerencia; conserva las mismas características del grupo de los médicos generales y los médicos de especialidad clínica. En términos generales, al igual que los dos grupos anteriores, prefirieron la universidad pública por asuntos económicos, académicos y por su enfoque social. El problema de los paros estudiantiles se hizo presente en la mayoría de ellos, algunos trabajaron durante ese tiempo, otros se capacitaron en estudios alternativos, que sin ser pregrado, significaron un factor de diferenciación en su formación.

Al preguntarles por las diferencias que encontraban en la formación de los médicos en las diferentes universidades, coinciden con los dos grupos anteriores en cuanto a las fortalezas en la parte práctica de los estudiantes de la universidad pública y su enfoque social. Sin embargo, unos mencionan como un gran vacío académico, tanto en las universidades públicas como privadas, la falta de actualización de los currículos de formación en asuntos como los correspondientes a la Ley 100 de 1993. *“Las universidades siguen siendo muy débiles en la formación administrativa de los médicos, sobre todo en lo que tiene que ver con la Ley 100. Como docente insisto en que la ley hay que cambiarla, pero mientras tanto hay que conocerla”.* (LL1Ec)

Al preguntarles por qué realizaron una especialidad en ésta área y no en el área clínica, algunos respondieron que su cargo laboral se lo exigía puesto que les toco la transición de la Ley 10 de 1990 a la Ley 100 de 1993, en la cual comenzaron a crearse las ESE y muchos de los médicos

generales que estaban en los hospitales los nombraban directores, esto generó una necesidad sentida de capacitarse como médicos administradores. Otros, resolvieron especializarse en estas áreas porque realmente era lo que les gustaba y no requieren de tiempo completo y dedicación exclusiva: *“Estando en el Hospital, me ofrecieron la coordinación médica, fui muy claro en que no tenía formación administrativa, entonces muy ligero me presenté a estudiar economía de la salud e hice la especialización”*. (LL1Ec)

Algunos consideran que la Ley 100 de 1993 cambió los espacios laborales de los médicos, y en estos espacios se requiere de formación adicional que no la ofrece el currículo de formación de pregrado, ni una especialidad clínica. Estos espacios corresponden a la salud pública, la administración de servicios de salud, epidemiología, auditoría, entre otros.

La trayectoria laboral de la mayoría de los médicos de este grupo, es similar a la de los médicos generales, puesto que la mayoría no realizó su especialización inmediatamente egreso del pregrado. Una vez realizada la especialización en otras áreas, sus posibilidades laborales y salariales mejoraron con respecto a los médicos generales pero sin alcanzar las proporciones de los médicos con especialidad clínica.

Existe dentro de este grupo de médicos diferencias en cuanto a su trayectoria laboral, puesto que en algunos casos la especialización no implicó cambios sustanciales en remuneración, y sus funciones afectan de alguna manera las relaciones con sus compañeros de trabajo: *“Si miramos como está en la actualidad la escala salarial el trabajo, el salario como auditor no es mejor que el del médico, o sea con el médico que hace los recargos nocturnos lo fines de semana no hay gran diferencia”*. (JR15Ec). *“Existen muchos roces porque desafortunadamente el trabajo de*

nosotros es ese control, es estar correteando, cantaleteando, no haga esto, haga esto, nos está llenando esta historia responda usted por esto, no se puede hacer esto”. (JR15Ec). “Lo que nos dicen es que jodemos mucho, uno trata de ponerse en los zapatos de ellos, pero hay cosas que se salen de toda esa línea profesional”. (JR15Ec)

El médico con especialización en otras áreas como agente del campo médico evalúa su propia situación en SGSSS desde asuntos de índole económico, puesto que la mayoría considera que su remuneración no se ajusta a la inversión realizada en el posgrado; agregan que culturalmente se considera que la especialidad clínica está en rangos superiores, de ahí que la diferencia en condiciones laborales de ambos grupos sea abismal. Además, sostienen que algunos médicos de especialidad clínica prefieren trabajar en diferentes sitios, en jornadas de 24 horas, para poder capitalizar sin importarles poner en riesgo la vida de los pacientes y su propia salud aun considerando que pueden vivir perfectamente con el 50% de lo que se ganan.

El médico general es considerado por este grupo de especialistas como el recurso humano en salud que tiene mayor deterioro en sus condiciones laborales, no solo en Colombia, es una problemática producto del capitalismo mundial que genera en los médicos diferencias de clase entre ellos. Desde las mismas universidades que al ser pública o privada, maneja ciertas condiciones sociales diferenciadoras que marcan la trayectoria de vida de los médicos. Agregan, que los médicos de universidades públicas en su mayoría tienen que acudir en sus especialidades a préstamos por lo general al ICETEX, mientras que los de las universidades privadas tienen posibilidades, en muchas ocasiones, de realizar su residencia en el exterior, generando entre ellos una brecha cada vez mayor.

Al preguntar por la mejor opción de formación médica, pública o privada, la mayoría coincidió en que ambos médicos atienden necesidades diferentes. Por lo general para los pueblos en hospitales de nivel medio hacia abajo, se prefiere médicos de universidades públicas porque van a encontrarse con la realidad en la cual se formaron, un hospital con pocos recursos, una comunidad con pocos recursos y les toca agotar hasta las últimas instancias para resolver las situaciones presentadas. Pero si por el contrario es un hospital de alta tecnología, se prefiere un médico de la universidad privada porque va a saber utilizar mejor los equipos tecnológicos.

En la práctica, comenta otro de los médicos de este grupo, existen criterios de clase para la selección de personal dependiendo si el médico viene de una universidad pública o privada, o si la institución que lo va a contratar es pública o privada, estableciendo diferencias de clase social. Existen clínicas privadas que prefieren que sus médicos vengan de universidades privadas porque asumen que el médico que viene de la universidad pública, en palabras de uno de ellos, “es socialista”, mientras que los médicos de las privadas posiblemente son del mismo círculo social. El caso contrario, los médicos de determinado estrato socioeconómico, provenientes de universidades privadas no quisieran trabajar en hospitales públicos y menos si están ubicados en barrios populares. Esto hace que los médicos se vayan excluyendo unos a otros, algunos formando élites.

Una de las categorías de análisis subjetivas proporcionadas por el modelo de articulación relacional es la del capital médico desde los médicos, la cual no represento diferencias significativas en cuanto los hallazgos encontrados en los tres grupos de médicos. Esta categoría evalúa la percepción que tienen ellos mismos sobre lo que debe ser el capital médico, la mayoría coinciden en que las condiciones que debe tener un buen médico para su ejercicio profesional tienen que ver con dos asuntos: cualidades de comportamiento –honestidad, respeto, confianza,

amabilidad, capacidad de escucha, reconocimiento de las propias limitaciones, entre otros–, e imagen corporal –apariencia física, autocuidado, presentación personal–. Para algunos de los médicos ambas categorías son necesarias, otros privilegian una de las dos: *“Un médico debe dar testimonio de vida, tener hábitos de vida saludable porque si no imposible hablarles a los pacientes de hábitos saludable”* (DS30G). *“La apariencia física, siempre ha sido muy importante para mí, e incluso ya me conocen aquí porque soy el de corbata, porque siempre he creído que la apariencia física es algo que hace sentir bien al paciente”* (CV13E1). *“Yo considero necesario un punto intermedio, es que uno realmente le quiera llegar al paciente y que esté interesado en lo que el paciente tiene, para mí es la clave”*. (DL25G)

CONCLUSIONES

El estudio de la clase social del campo médico en el actual sistema de salud colombiano revela una serie de relaciones entre los diferentes procesos que componen esta realidad, susceptibles de ser analizados desde una perspectiva relacional. Las evidencias presentadas indican que se trata de un proceso dinámico que transita en un continuo entre procesos objetivos a nivel macro y procesos subjetivos a nivel micro. La propuesta de modelo de articulación relacional para el análisis de clase social del campo médico, se constituyó en un valor agregado a la tesis puesto que permitió abordar esta realidad social como una totalidad concreta que se construyó a través de la articulación de los niveles de análisis macro-micro y de las relaciones encontradas entre las categorías de análisis objetivas y las categorías de análisis subjetivas.

El principal aporte a nivel macro de la investigación fue determinar cómo las reformas establecidas a comienzos de la década de los noventa en el mercado educativo, en el mercado de servicios y en el mercado laboral, se manifiestan en el campo médico en la actualidad. Estas reformas generan un campo de poder en el campo médico que coacciona las condiciones económicas y culturales de los médicos, lo que limita o posibilita las condiciones de ubicación en la estructura de clase social. Este campo de poder, de acuerdo a los hallazgos encontrados en la investigación, corresponde a una serie de relaciones de fuerzas provenientes de los diferentes mercados: la lógica de especialidad clínica de la universidad privada en el mercado educativo; las formas de trabajo de los médicos, en el mercado de servicios; y las CTA en el mercado laboral.

Estas relaciones de fuerza detectadas en el campo médico se constituyen en factores diferenciadores de clase social en el campo médico.

A nivel micro, el principal aporte lo constituye el hallazgo de las elecciones y estrategias que emplean los médicos en relación con el campo de poder, el análisis que realizan de su propia situación, hace que la mayoría de los médicos de las universidades privadas –o los que cuentan con apoyo económico de familiares– como estrategia de inversión, continúen hacia la especialidad clínica. La mayoría de los médicos de las universidades públicas –por lo general sin apoyo económico–, reconocen la necesidad de ingresar a la vida laboral para asumir las responsabilidades económicas adquiridas, utilizando como estrategia de inversión el incremento de las jornadas laborales y el empleo en varias instituciones con el fin de aumentar sus ingresos; algunos de ellos realizan especializaciones en otras áreas diferentes a la especialidad clínica por asuntos que tiene que ver con las competencias del cargo que están desempeñando.

La clase social del campo médico está conformada por una red de relaciones objetivas en las que intervienen los capitales en juego – capital económico y el capital cultural– que posiciona a los médicos dentro del SGSSS en tres clases sociales diferenciadas: La clase proletaria –médicos generales–; la clase diferenciada –médicos de especialidad clínica–; y la clase indeterminada –médicos con especialización en otras áreas–. Esta estructura está en estrecha relación con las acciones que emplean los médicos a partir de sus *habitus* para su inserción en el campo médico. En términos generales son médicos asalariados por lo que la clase social del campo médico se puede decir que es la “Clase social que vive del trabajo”. Es importante agregar, que se trata de una realidad en movimiento cuya potencialidad se encuentra en la posibilidad de rearticulación permanente por niveles de análisis.

Al finalizar esta Tesis Doctoral no se podría decir que se trata de un producto acabado puesto que sus hallazgos deben ser considerados como nuevos campos de indagación para garantizar la actualización permanente de esta realidad social. Además, es ineludible el compromiso personal y académico de un análisis crítico del trabajo realizado durante estos cuatro años que permita algunas recomendaciones no sin antes compartir algunas limitaciones y fortalezas encontradas durante la investigación.

Las limitaciones tienen que ver con asuntos metodológicos y prácticos. El diseño transversal para la recolección de los datos, cuyo objetivo corresponde al análisis in situ de la realidad estudiada, impide una visión sincrónica de la problemática que si la permiten los diseños longitudinales. Algunas de las limitaciones se lograron subsanar a través de la propuesta de modelo de articulación relacional, puesto que la investigación se encuentra inscrita en un proceso de formación doctoral en el cual se debe dar cumplimiento con tiempos determinados.

La selección del grupo de médicos participantes se realizó acorde a los criterios de selección establecidos producto de la revisión teórica y de los objetivos planteados en la investigación, no se trató de una muestra probabilística y los sesgos de selección que esto genera se puede reflejar en la representatividad. Por lo tanto, los hallazgos en la fase de análisis macro obtenidos a partir de las categorías objetivas –capital económico y capital cultural– no permiten efectuar generalizaciones más allá de muestras muy similares a la que se analiza en esta investigación.

En el análisis a nivel micro fueron insuficientes las estrategias, en algunos médicos, para conocer realmente sus condiciones de existencia, sobre todo en la clase diferenciada del campo

médico en donde existe un temor referente a la situación de inseguridad que vive el país en la actualidad. El trabajo de campo permitió a través de la observación participante durante un año, recolectar información que complementó los hallazgos a través de la encuesta y la entrevista a profundidad.

En términos de validez interna de los resultados obtenidos a partir de la construcción de la estructura de clase social del campo médico a través del paquete estadístico “R”, se debe considerar que aunque las medidas aplicadas tuvieron un coeficiente con alto nivel de confiabilidad -0.05 en todas las pruebas-, esta medida conserva los sesgos de información limitada por algunos médicos de especialidad clínica. A futuro se recomienda validar con muestras más amplias la encuesta diseñada en la investigación y utilizar otras fuentes de información para validar los datos obtenidos.

Una de las mayores fortalezas de la investigación corresponde al modelo de articulación relacional para el análisis de clase social propuesto y aplicado en la investigación, el cual se constituye en un aporte a las ciencias humanas y sociales en general y a la sociología en particular. Avanzar en una perspectiva relacional de la clase social en el campo médico fue el propósito fundamental de la investigación y para ello fue de vital importancia recurrir a las bondades del enfoque relacional propuesto. Es probable que lo que se derive de los hallazgos pueda no solo ampliar la mirada sobre el descenso socioeconómico de los médicos en el SGSSS sino ampliar el horizonte de investigación y de intervención.

Otra fortaleza identificada, consiste en la construcción gradual del objeto de estudio a través de las relaciones comunes detectadas entre los procesos tanto a nivel macro como a nivel

micro, que permitió retomar las realidades y especificidades del contexto colombiano sobre las estructuras del campo médico; esto significa en términos de aplicación que las conclusiones presentadas en la investigación son extrapolables de diferentes maneras a otros campos que compartan los efectos de las políticas de ajuste estructural implementadas en Colombia, en este sentido la investigación tiene validez externa y utilidad práctica.

Finalmente, se considera como la mayor fortaleza de la investigación la participación voluntaria de un total de 37 médicos que reconocieron la importancia de analizar el campo médico desde una perspectiva de clase social, lo que los motivó a compartir sus trayectorias sociales y espacios de cotidianidad. Hasta donde se investigó, no existen evidencias sobre otros estudios en Latinoamérica o en Colombia sobre el tema específico abordado desde un análisis relacional. Sin embargo, las difíciles condiciones laborales de los médicos y las consecuencias de la implementación del SGSSS han sido ampliamente abordadas desde diferentes aristas lo que enriqueció en gran manera la revisión bibliográfica.

Teniendo en cuenta los hallazgos y resultados de la investigación se deben considerar varios aspectos con respecto a la clase social del campo médico en el SGSSS. En primer lugar, hacer visible la crítica situación laboral de los médicos por medio de investigaciones que permitan profundizar en cada uno de los factores diferenciadores de clase encontrados en la investigación – la lógica de la especialidad clínica de la universidad privada, las formas de trabajo médico, y la flexibilización laboral desde las CTA–, para de esta forma intervenir el impacto que generan sobre las condiciones socioeconómicas de los médicos.

Se recomienda realizar investigaciones de corte cualitativo que permitan profundizar en cada clase social del campo médico, en especial la clase social del médico general considerada en esta investigación como la clase proletaria por encontrarse en condiciones de descenso socioeconómico alarmantes. Esto con el fin de impactar a nivel de políticas públicas puesto que en la actual reforma al sistema de salud colombiano el tema de los médicos no está contemplado.

La privatización de la educación superior, específicamente en la realización de las especialidades clínicas está marcando un gran desequilibrio en las condiciones socioeconómicas y culturales de los médicos, lo que tendrá a futuro un gran impacto en la prestación del servicio de salud y de la profesión médica como tal. Por tanto se debe profundizar en esta área con el fin de producir conocimiento que lleve a tomar medidas pertinentes involucrando a los actores responsables. Es importante además, un estudio de los programas de medicina de las diferentes universidades del país, considerando su enfoque y estrategias de formación con el fin de garantizar las mismas posibilidades de los médicos en el ejercicio de su profesión. Así mismo, un compromiso de equidad en el ofrecimiento de las especialidades clínicas que posibiliten la adquisición del capital cultural en el campo médico.

Es necesario un compromiso nacional para que se tenga en cuenta en las reformas educativa y de salud, las diferencias de clase social que desde la normatividad se están proporcionado en el campo médico y que repercuten en las condiciones socioeconómicas de los médicos, y en última instancia en la prestación del servicio de salud. El descenso socioeconómico del médico continuará latente hasta que se tomen las medidas pertinentes enfocadas en el campo de poder, que como campo de fuerzas – la lógica de especialidad clínica de la universidad privada, la forma de trabajo

del médico y la flexibilización laboral— está afectando de manera directa el campo médico con las consecuencias antes expuestas.

FUENTES

Entrevistas

LL1Ec. 26 de octubre de 2012. Medellín
 TL2El. 31 de octubre de 2012. Medellín
 FB3Eq. 31 de octubre de 2012. Medellín
 MB4El. 1 de noviembre de 2012. Medellín
 CM5G. 2 de noviembre de 2012. Medellín
 MV6Ec. 3 de noviembre de 2012. Medellín
 EC7Eq. 6 de noviembre de 2012. Medellín
 DS8Ec. 6 de noviembre de 2012. Medellín
 LM9Ec. 7 de noviembre de 2012. Medellín
 OL10Ec. 8 de noviembre de 2012. Medellín
 DG11G. 10 de noviembre de 2012. Medellín
 CG12G. 9 de noviembre de 2012. Medellín
 CV13El. 13 de noviembre de 2012. Medellín
 EA14G. 13 de noviembre de 2012. Medellín
 JR15Ec. 14 de noviembre de 2012. Rionegro
 MG16Ga. 14 de noviembre de 2012. Rionegro
 SR17Ec. 14 de noviembre de 2012. Rionegro
 LC18Ga. 15 de noviembre de 2012. Medellín
 NS19Ecl. 15 de noviembre de 2012. Medellín
 MC20GG. 17 de noviembre de 2012. El Poblado
 GR21GG. 20 de noviembre de 2012. Medellín
 TS22Ec. 20 de noviembre 2012. Medellín
 MS23Ec. 21 de noviembre de 2012. Sabaneta
 FH24GG. 21 de noviembre de 2012. Medellín
 DL25G. 22 de noviembre de 2012. Medellín
 IB26G. 22 de noviembre de 2012. Medellín
 EM27Ec. 22 de noviembre de 2012. El Poblado
 MC28G. 23 de noviembre de 2012. Sabaneta
 HR29G. 23 de noviembre de 2012. El Poblado
 DS30G. 24 de noviembre de 2012. Medellín
 ES31Ec. 24 de noviembre de 2012. Medellín
 GE32Ec. 24 de noviembre de 2012. Medellín
 DF33G. 25 de noviembre de 2012. Medellín
 JB34G. 26 de noviembre de 2012. Bello
 JP35El. 30 de noviembre de 2012. Medellín
 MC36Ec. 30 de abril de 2013. Medellín
 IV37Ec. 23 de octubre de 2013. Envigado

Norma

- Decreto 1279 de Junio 19 de 2002. Por el cual se establece el régimen salarial y prestacional de los docentes de las Universidades Estatales. (2002).
- Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2007).
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2011).
- Ley 1562 de 2012 por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional (2012).
- Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones (1993).
- Ley 617 de 2000. Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional (2000).
- Ley 50 de 1990, por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones. (1990).
- Ley 30 de 1992, por la cual se establece la normatividad para el funcionamiento autónomo de la Educación Superior (1992).
- Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (1994).

Documentos Primarios

- Colombia, Defensoría Pueblo. (2007). *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Colombia, PST. (2011). Los médicos como clase obrera: el despertar de una nueva conciencia Retrieved 27 de febrero, 2013, from <http://www.litci.org/inicio/newspaises/colombia/2802-los-medicos-como-clase-obrera-el-despertar-de-una-nueva-conciencia>
- Mundial, Banco. (1995). *El mundo del trabajo en una economía integrada*. Washington.
- Mundial, Banco. (s/f). *Labor del Banco Mundial* Retrieved 23 de junio, 2013, from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/QUIENESSOMOS/0,,contentMDK:20191733~menuPK:60001939~pagePK:64057863~piPK:242674~theSitePK:263702,00.html>
- OIT, Organización Internacional del Trabajo. (2010). *Informe Mundial sobre Salarios 2010/2011. Políticas salariales en tiempo de crisis*. Santiago de Chile.
- OMS. (2006). *Colaboremos por la Salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra.
- PST-Colombia. (2011). Los médicos como clase obrera: el despertar de una conciencia Retrieved 3 de junio, 2012, from <http://www.litci.org/inicio/newspaises/america/colombia/2802-los-medicos-como-clase-obrera-el-despertar-de-una-nueva-conciencia>

- Report, Human Development. (2003). Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty Retrieved 26 de junio, 2013, from http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_complete.pdf
- Republica, Banco. (s/f). Boletines, informes y resúmenes estadísticos Retrieved 12 de noviembre, 2013, from <http://www.banrep.gov.co/es/informes-economicos>
- Republica, Contraloría General de la. (2004). *Bien-estar: Macroeconomía y Pobreza: Informe de coyuntura 2003*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos.
- Salud-PARS, Ministerio de Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de. (2007). *Recursos Humanos de la Salud en Colombia: Balance, competencias y prospectiva* (Segunda ed.). Bogotá: Ministerio de Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo- Cendex, Fedesarrollo, Family Health.
- Salud, Ministerio de. (2001). *Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en salud. Documento Técnico ASS/879B-01. Programa de Apoyo a la Reforma*. Bogotá: Unión Temporal. Pontificia Universidad Javeriana-Fedesarrollo-Family Health Foundation.

Noticias

- Colprensa. (2011). Nuevo decreto ajustaría a las Cooperativas de Trabajo Asociado. *El Nuevo Día. El periódico de los Tolimenses*.
- Elespectador.com. (2013). Comienzan a escasear médicos especialistas en Colombia. *El Espectador*
- Espectador, El. (2013). Médicos convocan marcha en rechazo a la reforma de la salud, *Periódico el Bancario*. Retrieved from <http://www.elbancario.org/medicos-convocan-marcha-en-rechazo-a-la-reforma-de-la-salud/>
- Prensa, Secretaria de. (s/f). La Revolución Educativa encabezó la política social estructural del Gobierno Uribe Retrieved 17 de enero, 2014, from <http://web.presidencia.gov.co/sp/2010/julio/20/08202010.html>
- Radio, Ecos 1360. (2013). Reformas estructurales serán prioridad en el nuevo periodo legislativo del Presidente Santos Retrieved 1 de julio, 2013, from <http://www.ecos1360.com/noticias1360/politica/reformas-estructurales-seran-prioridad-en-el-nuevo-periodo-legislativo-del-presidente-santos/>
- Revista Semana. (2011). Millonaria multa a 14 EPS. *Revista Semana*.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, Consuelo. (1996). *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. Bogotá: Ancora Editores.
- Ahumada, Consuelo. (1998). Política Social y Reforma de Salud en Colombia. *Papel Político*, 7, 9-35.
- Amparan, Aquiles Chiu. (1998). La teoría de los campos en Pierre Bourdieu. *Polis, Anuario de sociología*. Retrieved from <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/1998/pr/pr8.pdf>
- Ansart, Pierre. (1990). *Les sociologies contemporaines* (Vol. 211). París: Seuil.
- Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica. Universidad de, & Salud, Colombia. Ministerio de. (2003). *Recursos humanos en salud en Colombia 1961- 2005* Medellín Universidad de Antioquia.
- Antunes, Ricardo. (2005). *Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Argentina: Taller de Estudios Laborales TEL.
- Arboleda, Juan. (2008). Ley del talento humano en salud: ¿Para qué y para quién? *El Pulso. Periódico para el sector de la salud*.
- Archer, Margaret. (1997). *Cultura y teoría social*. Argentina: Nueva Visión.
- Arroyo, Juan. (2013). Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina, en los albores de los 2000. *Anales de la Facultad de Medicina* 63(3), 212-222.
- Benavides, Eduardo. (2009). Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia. *Deslinde*, 4-13.
- Bourdieu, Pierre. (1986). The forms of capital. In Richardson JG (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). New York: Greenwood Press.
- Bourdieu, Pierre. (1987a). What Makes a Social Class? On The Theroetical and Practical Existence Of Groups. Berkeley. *Journal of Sociology* XXXII.
- Bourdieu, Pierre. (1987b). *Choses dites*. París: Editions de minuit. (Cosas dichas, trad. M. Mizraji, Buenos Aires: Gedisa, 1988.
- Bourdieu, Pierre. (1990a). Algunas propiedades de los campos *Sociología y cultura* (pp. 135-141). México: Conaculta: Editorial Grijalbo S.A.
- Bourdieu, Pierre. (1990b). Espacio social y génesis de las clases. *Sociología y cultura*, 281-309.
- Bourdieu, Pierre. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre. (1997). *Razones practicas sobre la teoria de la accion* (Thomas Kauf, Trans. 3 ed ed.). España: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. (1998a). *La distincion: criterios y bases sociales del gusto* (2 ed.). Santafe de Bogota: Taurus.
- Bourdieu, Pierre. (1998b). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. . Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, Pierre. (2008). *Homo Académicus*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Bourdieu, Pierre, Calhoun, C., LiPuma, E., & Postone, M. (1993). *Bourdieu: critical perspectives*. Oxford: University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre, & Wacquant, J.D Loic. (1995). *Respuestas por una Antropología Reflexiva* (Hélène Levesque Dion, Trans.). México: Editorial Grijalbo
- Brito, Pedro. (2000). Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral *Rev Panam Salud Publica*, 8(1/2), 43-54.
- Brubaker, Rogers. (1984). Los Límites de la Racionalidad: Un ensayo obre lo social y el pensamiento moral de Max Weber. Londres: Alle and Unwinns.

- Burawoy, Michael. (1989). *El Consentimiento en la producción: Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*. Madrid: Ministerio de trabajo y seguridad social.
- Castellanos, Juan. (2011). *Formas actuales de la movilización armada*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Dos Santos, Theotonio. (1976). *Concepto de clases sociales*. Buenos Aires: Editorial Galerna
- Duek, Celia, & Inda, Graciela. (2006). La teoría de la estratificación social de Weber: un análisis crítico. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 11, 5-24.
- Duek, María, & Inda, Graciela. (2009). ¿Desembarazarse de Marx? *Revista Conflicto Social* (1), 39.
- Eslava, Julia, Orozco, Maria, & Ruiz, Fernando. (2001). *Incidencia de la Regulación en los problemas críticos del recurso humano de salud en Colombia*. Bogotá: CENDEX-Universidad Javeriana.
- Eslava, Julia, Ruiz, Fernando, Camacho, Salvador, Jurado, Carlos, Matallana, María, Bautista, Gloria, . . . Ortiz, Arianne. (2001). *Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud. ASS/879B-01*. Bogotá: Unión Temporal Pontificia Universidad Javeriana-Fedesarrollo- Family Health Foundation.
- Estrada, Jairo. (1999). Elementos de economía política de la reestructuración capitalista. In Jaime Caycedo & Jairo Estrada (Eds.), *Marx vive. Siglo y medio del manifiesto comunista. ¿Superación, vigencia o reactualización?* (pp. 179-203). Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia.
- Estrada, Jairo. (2006). Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia (pp. 247-284). Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Estrada, John Harold. (2009a). *Una cuestión poco cono-sida: Evaluación Crítica del Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía-Hacia la Formación de una Política Pública- (2006-2008)*. Bogotá: Colciencias: Universidad Nacional de Colombia.
- Estrada, John Harold. (2009b). *Una cuestión poco cono-sida: Evaluación Crítica del Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía - Hacia la Formación de una Política Pública - (2006-2008)*. Bogotá, Colombia: Colciencias.
- Feito, Rafael. (1995). *Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados*. Madrid: Siglo XXI.
- Fischer, Norman. (1984). Hegelian Marxism and Ethics *Canadian Journal of Political and Social Theory* 8, 112-138.
- Galeano, Eumelia. (2004a). *Diseño de Proyectos en la investigación cualitativa*: Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Galeano, Eumelia. (2004b). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada*. Medellín: La Carreta.
- Gamboa, Teresa, Vargas, Vilma, & Arellano, Madelein. (2004). Eficiencia de la atención en salud y flexibilidad laboral en Colombia. *Gaceta Laboral*, 143-164.
- Garay, Luis, & Rodríguez, Adriana. (2005). *Colombia: diálogo pendiente*. Bogotá: Planeta Paz.
- García, Margarita, & Gatell, Cristina. (1998). *Actual: historia del mundo contemporáneo*. Barcelona: Vicens Vives.
- García, M. (2011). Teorías marxistas de las clases sociales. Retrieved 4 de junio, 2012, from <http://bdigital.uncu.edu.ar/3705>
- Giddens, Anthony. (1973). *La estructura de clases en las sociedades avanzadas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Giddens, Anthony. (1997). *Las nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías comprensivas*. Argentina: Amorrortu.
- Giddens, Anthony. (1998). *El capitalismo y la moderna teoría social*. Barcelona: Colección Idea Universitaria.
- Giddens, Anthony. (2003). *La constitucion de la sociedad: bases para la teoria de la estructuracion*. Argentina: Amorrortu.
- Giménez, Gilberto. (1997). La sociología de Pierre Bourdieu. *Investigación de Ciencias Sociales UNAM*.
- González, Victoria. (2012). Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. *Revista Nacional de Salud Pública*, 30(3), 338-346.

- Gorbaneff, Yuri, Torres, Sergio, & Contreras, Nelson. (2008). Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14), 177-186.
- Greisman, Harvey C., Rietzer, George, & Weber, Max. (1981). Critical Theory and the Administered World. *Qualitative Sociology* (4), 34-35.
- Guevara, Jacqueline. (1997, 7 de agosto). Deuda externa pegó otro salto, *El tiempo*.
- Gutierrez, Alicia. (2003). Con Marx y contra Marx: el materialismo en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación*, 14(2), 453-482.
- Guzmán, María. (2010). *Aspectos conceptuales de la reforma sanitaria*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Guzman, María del Pilar. (2010). *Aspectos Conceptuales de la Reforma Sanitaria en Colombia*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Habermas, Jürgen. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Harvey, David. (2007). *Breve Historia del Neoliberalismo*. Madrid España: Ediciones Akal S.A.
- Hobsbawm, Eric. (1998). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires, Argentina: Crítica. Grijalbo Mondadori.
- Hsiao, William. (1994). 'Marketization'-the illusory magic pill. . *Health Economics*, 3(6), 351-357.
- Ihaka, Ross, & Gentleman, Robert. (2013). *R: A language for data analysis and graphics*. Viena, Suiza.
- Internacional, Fondo Monetario, Crédito, Ministerio de Hacienda y, & Público, Ministerio de Hacienda y Crédito. (2002). Acuerdo stand by de Colombia con el Fondo Monetario Internacional. Bogotá.
- Kalberg, Stephen. (1990). The Rationalization of Action in Max Weber's Sociology of Religion. *Sociological Theory*, 8(1), 58-84.
- Kalberg, Stephen. (2005). Los tipos de racionalidad de Max Weber: piedras angulares para el análisis del proceso de racionalización de la historia. In Perla y Eduardo Weisz (comp.) Aronson (Ed.), *Sociedad y religión. Un siglo de controversias en torno a la noción weberiana de racionalización*. Buenos Aires: Prometeo.
- Kosik, Karen. (1979). *Dialéctico de lo concreto*. México: Grijalbo.
- Krugman, Paul. (1995). Dutch Tulips and Emerging Markets. *Foreign Affairs*, 74(4), 28-44.
- Lewin, Juan. (2013). Los médicos vuelven a espantar al Ministro de Salud Retrieved 24 de noviembre, 2013
- López, Juan Gonzalo. (2004). Oferta y demanda de recursos humanos en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(099), 93-102.
- López, Luis, Ochoa, Juan, Orozco, John, & Valencia, Juan. (1998). Impacto de la reforma en salud en el mercado laboral médico. *Cuadrenos del CIDE*(4), 75-110.
- Manrique, Abril, Fred, Gustavo, Ospina, Juan, & Martínez, Fernando. (2012). La formación de médicos generales de frente a los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(2), 124-126.
- Martín, Enrique. (1993). *Estrategias de juventud. Jóvenes, estudios, trabajos, clases sociales*. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Martinez, Domingo. (2011). Homo Academicus. *Revista de Educación Superior*, 40(157), 219-226.
- Martinez, Javier, & Martineau, Tim. (1998). Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy Plan*, 13(4), 345-358.
- Martinez, José. (s/f). Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu. Un intento de aclaración. *Materiales de Trabajo. Serie Análisis Documento P/10 98-PB94/1382*. España: Universidad de Salamanca. Departamento de Sociología.
- Marx, Karl, y Engels, Friedrich. (1967). *La sagrada familia y otros escritos filosoficos de la primera epoca*. Medellín: Grijalbo.
- Marx, Karl. (1971). *Elementos fundamentales para la critica de la economia politica. (borrador) 1857-1858. - 01.ED*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Marx, Karl. (1997). *El capital*. Libro 1, capítulo 23. Barcelona.
- Molina, Gloria, Muñoz, Iván, & Ramirez, Andrés. (2011). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.

- Moncayo, Hector. (1999). Las clases sociales: fenomenología e historicidad. In Jaime Caycedo & Jairo Estrada (Eds.), *Marx vive. Siglo y medio del manifiesto comunista. ¿Superación, vigencia o reactualización?* (pp. 243-258). Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia.
- Muntaner, Carles, Rocha, Katia, Borell, Carme, Vallebuona, Clelia, Ibañez, Ciro, Benach, Joan, & Sollar, Orielle. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 31(2), 166-175.
- Muñoz, Ivan, Higueta, Yomaira, Sarasti, Diego, & Londoño, Beatriz. (2011). Condiciones laborales del personal de la salud. In Gloria Molina M., Iván Felipe Muñoz E. & Andrés Ramirez G. (Eds.), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera* (pp. 119-146). Medellín: La carretera editores.
- Muñoz, Juan. (2011). Nuevo reemplazo de las CTA: Las SAS.
- Muñoz, Olga. (2008). Ley del Talento Humano en Salud. Redefiniendo condiciones de la formación y el ejercicio en salud. *El Pulso. Periódico para el sector de la salud*.
- Navarro, Vicente. (1999). Health and Equity in the World in the Era of "Globalization". *Internacional Journal of Health Services*, 29(2), 215-226.
- Ospina, William, & Suárez, Angela. (2010). Reforma a la Ley 30: Implicaciones a la educación superior pública colombiana Retrieved 15 de enero, 2014, from <http://www.universidad.edu.co/>
- Parra, Javier, Peña, Rosa, Carrillo, Patricia, & Moreno, Gendrik. (2006). Clase-categoría: una operacionalización del concepto marxista de clase social. *Revista de Ciencias Sociales*, XII(2), 319-331.
- Perry, Anderson. (2005). Historia y Lecciones del Neoliberalismo. *Revista del Centro de Estudios del Trabajo Cedetrabajo. DESLINDE. Universidad de California, Los Angeles. Versión en Español Alfredo Camelo. Bogotá*.
- Petras, James, & Veltmeyer, Henry. (2006). *Imperio con imperialismo: La dinámica globalizante del capitalismo neoliberal*. México: Siglo XXI.
- Ramírez, Andrés, & Acosta, Juan. (2011). Implicaciones éticas y autonomía de los profesionales de la salud. In César Hurtado (Ed.), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Redondo, Herman, & Guzman, Fernando. (1999). *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. El desastre de un modelo económico*. Medellín, Colombia: Biblioteca Jurídica Díké.
- Rígoli, F. (2004). Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública: modelos de formación y desarrollo curricular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(099), 41-49.
- Ríos, Jorge. (1998). Las teorías de las clases sociales de Marx y de Weber: Introducción para estudiosos de la administración. *Contaduría y Administración*(189), 19-28.
- Ríos, Norberto. (2006). Observatorio derechos humanos y laborales. *Observatorio de los derechos del trabajo Escuela Nacional Sindical*(8).
- Ritzer, George. (1996). *Teoría sociológica contemporánea* (3 ed.). España: McGraw-Hill.
- Rivadulla, María José Alvarez, & Garavito, César Rodríguez. (2010). Prólogo a la versión en español. In Erik Olin Wright (Ed.), *Preguntas a la desigualdad. Ensayos sobre análisis de clase, socialismo y marxismo* (pp. 37-42). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rivas, Ricardo. (2008). Dos enfoques clásicos para el estudio de la estratificación social y de las clases sociales. *Espacio abierto*, 17(003), 367-389.
- Rozo, Ricardo, & Escobar, Ricardo. (2011). La educación médica en Colombia. *Revista Med*, 19(1), 7-9.
- Ruíz, Fernando. (2001). *La oferta educativa en salud en Colombia, instituciones y programas*. ASS 846-01. Bogotá: Cendex Pontificia Universidad Javeriana.
- Ruiz, Fernando, Matallana, María, Amaya, Jeannette, Vásquez, María, Parada, Ludy, & Piña, Martha. (2009). *Recursos Humanos de la Salud en Colombia - 2008. Balance, competencias y prospectiva* (Tercera ed.). Bogotá Colombia: Ministerio de Protección Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana.

- Sader, Emir, Gentili, Pablo, González, Pablo, Anderson, Perry, Therborn, Göran, Boron, Atilio, . . . Blackburn, Robin. (2003). *La trama del Neoliberalismo : mercado, Crisis y exclusión social* Buenos Aires, Argentina: Clacso.
- Sánchez, Rosalba. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. *Revista electronica de investigación educativa*, 9(1).
- Sánchez, Vanesa. (2013). Medicina: trabas para especializarse en Colombia Retrieved 25 de noviembre, 2013, from http://www.guiaacademica.com/educacion/personas/cms/colombia/posgrados/2013/ARTICULO-WEB-EEE_PAG-12556141.aspx
- Sandoval, Carlos. (1997). *Investigación Cualitativa*. Bogotá: Icfes.
- Sanmartín, Ricardo. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. España: Editorial Ariel S.A.
- Sarmiento, Libardo. (1993). El paquete social del neoliberalismo. *Revista Foro. Santafé de Bogotá*(20), 4-19.
- Sarmiento, Libardo. (2001). Capitalismo y cambios estructurales en la economía colombiana. *Marx vive: Sujetos políticos y alternativos en el actual capitalismo*, 467-491.
- Sarmiento, Libardo. (2004). Sistema mundo capitalista. Fábrica de riqueza y miseria. *Teoría y acción política en el capitalismo actual*, 261-302.
- Sautu, Ruth. (2011). *El análisis de las clases sociales: teorías y metodologías*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Luxemburg.
- SCARE, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. (2013). Cual debe ser la remuneración de un médico general que trabaja Domingos y Festivos y a que más tiene derecho Retrieved 3 de diciembre, 2013, from <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/sitio/eboletines/135-cual-debe-ser-las-remuneracion-de-un-medico-general-que-trabaja-domingos-y-festivos-y-a-que-mas-tiene-derecho.html>
- Scavino, Julio. (2005). *Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas: Documento técnico de diagnóstico y análisis del panorama de las organizaciones profesionales y sindicales en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud: Montevideo.
- Schwendinger, Herman, & Schwendinger, Julia R. (1974). *The sociologists of the chair: a radical analysis of the formative years of North American sociology (1893-1922)*. Nueva York: Basic Books.
- Sémblér, Camilo. (2007). *Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios* (Vol. 125). Santiago de Chile: United Nations Publications.
- Stiglitz, Joseph. (2002). *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus Ediciones, S.A. Grupo Santillana.
- Supersolidaria. (s/f). Superintendencia de Economía Solidaria. Delegatura del ahorro y la forma asociativa Retrieved 5 de diciembre, 2013, from <http://www.supersolidaria.gov.co/>
- Thwaites, Mabel. (2010). Después de la globalización neoliberal: ¿Qué Estado en América Latina? *OSAL (Buenos Aires: CLACSO)*, XI(27), 19-43.
- Torres, Mauricio. (2013). Nueva reforma a la salud, lo que oculta y lo que demanda Retrieved 1 de julio, 2013, from http://www.desdeabajo.info/component/k2/item/21890-nueva-reforma-a-la-salud-lo-que-oculta-y-lo-que-demanda*.html
- Valderrama, Antonio. (s/f). Formas de contratación laboral. Parte II. *Trabajo Dependiente o Subordinado Vs. Trabajo Deslaboralizado* Retrieved 4 de diciembre, 2013, from <http://www.scare.org.co/Scare-Gremial/inicio.aspx>
- Vanguardia. (2011). Las cooperativas de trabajo asociado Retrieved 5 de diciembre, 2013, from <http://www.vanguardia.com/opinion/editorial/112872-las-cooperativas-de-trabajo-asociado>
- Vega, Renan. (1998). La actualidad del Manifiesto Comunista. Tres tesis sobre la mundialización del capital, trabajo y lucha de clases. *Revista Herramienta*, 6, 31-52.
- Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social. In María Luisa Tarrés (Ed.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: FLACSO y El Colegio de México.

- Vilas, Carlos. (1995). América Latina en el "Nuevo Orden Mundial". *Política y Sociedad*. UNAM México, 17, 7-22.
- Vilas, Carlos. (1998). Actores, sujetos, movimientos: ¿Dónde quedaron las clases? In Renán Vega Cantor (Ed.), *Marx y el Siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 82-110). Bogotá: Ediciones pensamiento crítico. Editorial Antropos.
- Vizcarra, Fernando. (2002). Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, VIII, 55-68. Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/316/31601604.pdf> website:
- Wallerstein, Immanuel. (1986). Marxisms as Utopias: Evolving Ideologies *American Journal of Sociology* Published by: The University of Chicago Press. 91(6), 1295-1308.
- Wallerstein, Immanuel. (1995). *La reestructuración capitalista y el sistemamundo*. Paper presented at the Conferencia magistral en el XX° Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, México.
- Weber, Max. (1964). *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wilhelm, Georg, & Hegel, Friedrich. (1994). *Fenomenología del espíritu*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wilson, Charles. (1999). The impact of medical technologies on the future of hospitals. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7220), 1287.
- Wright, Olin. (1985). *Classes*. Great Britain: Verso Editions.
- Wright, Olin. (1994). *Clases*. Madrid: Siglo XXI.
- Wright, Olin. (2010). *Preguntas a la desigualdad. Ensayos sobre análisis de clase, socialismo y marxismo*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Wright, Olín. (1978). *Class Structure and Income Inequality*. Nueva York: Academic Press.
- Wright, Olín. (1992). Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases. *Zona abierta*, 59, 17-126.
- Wright, Olín. (1995). Análisis de Clase. In Julio Carabaña (Ed.), *Desigualdad y clases sociales. Un seminario en torno a Eric O. Wright* (pp. 21-54). España: Fundación Argentaria
- Wright, Olín. (1998a). ¿Qué tienen las clases en común para ser clases? . In Renan Vega (Ed.), *Marx y el Siglo XXI Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 901). Bogotá, Colombia: Ediciones Antropos.
- Wright, Olín. (1998b). ¿Qué tienen las clases en común para ser clases? In Renán Vega (Ed.), *Marx y el Siglo XXI. Hacia un marxismo ecológico y crítico del progreso* (pp. 31-55). Santafe de Bogotá.
- Wright, Olín. (2002). The shadow of exploitation in Weber's class analysis *American Sociological Review*, 67(6), 832-853.



ANEXOS

Anexo 2. Matriz para el análisis de la norma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
 SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
 SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

MATRIZ PARA EL ANÁLISIS DE NORMAS

Número y año	Tema	Actores	Objeto	Campo de aplicación	Observaciones
Contenidos	Vigencia	Derogatorias	Excepciones		

Anexo 3. Ficha bibliográfica para fuentes secundarias



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
 SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
 SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

FICHA BIBLIOGRAFIA PARA FUENTES SECUNDARIAS SEMINARIO I PROYECTO DE TESIS⁵

Fecha

REFERENCIA (Autor, Título, Colección, Lugar, Editorial, año (edición), Páginas, Página WEB y/ otros que permitan identificar y localizar el documento - localización topográfica-)

PALABRAS CLAVES Y CONCEPTOS (En español o en el idioma original, relacionadas con la clasificación del tema al que pertenece)

Palabras clave:
 Conceptos:

PROBLEMA O PREGUNTA (Desde qué interrogantes se afronta el tema a investigar)

METODOLOGÍA (Cómo procede el autor para solucionar el problema).

MARCO TEÓRICO (Herramientas conceptuales, teorías, hipótesis y sistemas de análisis)

⁵ Cortesía del profesor Renzo Ramírez Bacca en el Seminario Investigativo del Doctorado Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín. Septiembre 2010

--

FUENTES DOCUMENTALES (Primarias)

--

CONCLUSIONES DEL AUTOR

--

COMENTARIOS (Anotaciones, pregunta, crítica, etc.)

Categoría:

FECHA	NOMBRE DEL ANALISTA	Tema
-------	---------------------	------

Anexo 4. Encuesta para médicos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
 SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
 SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

ENCUESTA PARA MÉDICOS

FECHA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

BARRIO DE RESIDENCIA: _____ ESTRARO: _____

BIENESTAR ECONÓMICO

Empresa donde labora: _____ Pública: _____ Privada: _____

Cargo: _____ Personal a cargo: _____ Si _____ No: _____

Salario: _____

Propiedades:

Casa: _____ Cantidad: _____ Estrato: _____

Apartamento: _____ Cantidad: _____ Estrato: _____

Vehículo: _____ Cantidad: _____ Gama: _____

Negocios: _____ Tipo: _____ Cantidad: _____ Estrato: _____

Otros: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Actividades en las vacaciones: _____

Hobbies: _____

CREDENCIALES EDUCATIVAS

Universidad en la que realizó el pregrado: Pública: _____ Privada: _____

Diplomados: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Especialización: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Maestría: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Doctorado: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Esp. Clínica: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Subespecialidad: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Otros: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

PERTENENCIA A ASOCIACIONES

Pertenece a algún tipo de asociación: Si: _____ No: _____

Agremiación sindical: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Cooperativas: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Clubes: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Otros: _____

Ha contado con familiares o amigos médicos influyentes: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Ha contado con familiares o amigos políticos influyentes: Si: _____ No: _____ Cuál? _____

Muchas gracias!!!

Anexo 5. Guía de entrevistas para médicos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
 SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
 SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS MÉDICOS QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Objetivo: Analizar las condiciones sociales de existencia de los médicos desde la posición que ocupan en la estructura de clases en el campo médico.

1. EJES TEMÁTICOS QUE ORIENTAN LA ENTREVISTA

- Trayectoria personal: nivel socioeconómico en la infancia, escolaridad de los padres, experiencias que hayan marcado su existencia, núcleo familiar, familiares médicos, estado civil actual, nivel socioeconómico actual, experiencias de vida con respecto a la profesión médica, tiempo libre, inversiones económicas, proyecciones.
- Trayectoria educativa: experiencias en el bachillerato que hubieran marcado su elección en la profesión, elección de la universidad, experiencias durante la etapa del pregrado, redes de apoyo que posibilitaron la consecución del grado, experiencias en el posgrado, estudios de posgrado.
- Trayectoria laboral: comienzos en la vida laboral, consecución de empleos, redes de apoyo, condiciones laborales, ingresos, cargos ocupados, evaluación que hace de su propia situación frente al SGSSS, sentido que le da a la inversión con respecto a su posible ascenso laboral, horarios, proyecciones, consideraciones sobre las condiciones que debe reunir el médico para ejercer sus funciones.
- Participación gremial: capacidad para la acción colectiva, significado que le da a la participación gremial, participación en redes políticas, culturales u otros.

2. PREGUNTAS ORIENTADORAS

2.1 Área socioeconómica

2.1.1 Condiciones sociales

- Posiciones de posibilidad: Edad. Procedencia. Género. Raza. Estrato socioeconómico. Universidad. Formación continua. Experiencia laboral. Máximo cargo ocupado. Familiares o amigos influyentes. Reconocimiento y prestigio.
- Trayectoria familiar: Escolaridad de los padres, hermanos, abuelos. Profesión y ocupación de la esposa, personas a cargo. Estrato socioeconómico en la niñez y la adolescencia. Escolaridad de los padres, hermanos, abuelos. Escolaridad propia en la infancia y adolescencia. Experiencia laboral familiar. Experiencia laboral propia en la infancia y adolescencia. Estrato socioeconómico propio y familiar en la infancia y adolescencia. Lugar nacimiento propio y padres. Lugar formación de la pareja. Lugar de habitación sucesivo del núcleo familiar. Causas de desplazamiento si los hay. Experiencia al voto propia y familiar. Afiliación partidista propia y familiar. Participación familiar en grupos políticos, comunitarios, laborales. Antecedentes familiares de médicos. Eventos familiares o personales que marcaron la tendencia ser médico.
- Posesiones-Capitales: Capital social: familiares, conocidos, redes de apoyo que facilitan la consecución de empleo y privilegios. Capital económico: Posesiones familiares y personales. Casa propia, cantidad, estrato. Finca o lugares de recreo propios. Vehículos, cantidad, gama. Inversiones, lapicero, celular, equipos, consultorios, sociedades. Capital político: Participación personal o familiar en grupos de la comunidad: políticos, burocráticos, comunitarios. Capital cultural: capacitaciones realizadas a nivel local, nacional, internacional. Premios obtenidos como reconocimiento a su práctica médica. Otra carrera realizada. Escolaridad propia y familiar acumulada. Oficios y tradiciones familiares productivas reconocidas no necesariamente certificadas. Disposiciones frente al servicio médico considerado valor agregado, consideraciones corporales médicas propias consideradas valor médico agregado. Capital simbólico: Prestigio, autoridad, autonomía personal y familiar. Cualidades privilegiadas para el rol del médico. Libertad en la práctica médica, estrategias de supervivencia, respeto al orden preestablecido, manejo de la autoridad.

2.1.2 Condiciones laborales

- Mercado laboral: Opciones laborales que presenta el mercado para los médicos. Tipos de contrato. Salarios promedio ofrecidos. Condiciones de estabilidad. Incentivos ofrecidos. Criterios de selección y criterios de exclusión: Edad, sexo, procedencia, estrato socioeconómico, universidad: pública, privada, filiación política. Agentes del mercado laboral que compiten por las opciones laborales (Médicos generales, especialistas, docentes, administradores, gerentes, otros).
- Dinámica laboral: Que lo motivó a ser médico (familiares, socioeconómicos, éticos, prestigio, reconocimiento). Que costos considera la ha tocado asumir por ser médico (familiares, personales, sociales). Tiempo que se demoró entre la graduación y el primer empleo. Trayectoria laboral posgraduación. Se encuentra laborando, en caso negativo por qué. De donde deriva su sustento. Que otros cargos diferentes o no relacionados con la medicina ha desempeñado y por qué. Factores propios considerados como valor agregado frente a las posibilidades laborales. Qué estrategias utiliza para mejorar sus ingresos.
- Posición laboral: Cargo desempeñado. Tipo de contrato. Tiempo en la institución. Cargos desempeñados. Tiempo en el actual cargo. Salario promedio. Incentivos, posibilidades de capacitación. Cargo del jefe inmediato. Personal a cargo. Disposición manejo del propio tiempo (permisos). Puede delegar funciones. Cómo es su relación con el jefe, el personal de salud, sus compañeros, con el paciente, con el usuario. Aporta ideas nuevas para desarrollar el trabajo o las indicaciones las dan directamente los jefes. Si trabaja independientemente a quien pertenecen los insumos de su trabajo. En relación a su trabajo cómo se proyecta en cinco años, en otro lugar o continuaría acá.

Qué planes tiene para el futuro. Cómo emplea el tiempo libre. Cuáles son sus gustos, hobbies. Qué hace en vacaciones. Pertenece a algún club, Cual.

- Vinculación: Criterios específicos en cuanto a edad, sexo, procedencia, estrato, universidad, partido político. Requisitos de ingreso. Proceso de inducción. Dedicación laboral. Integración al equipo de salud. Funciones: asistenciales, administrativas, académicas, científicas, otras. Horario. Prestaciones. Jornadas laborales. Tiempo de descanso
- Experiencia vivida: Experiencia de ser obligado a vender su propia fuerza de trabajo para sobrevivir (Fuerza de trabajo). Considera justo su salario y jornadas laborales. Experiencia de ser dominado y controlado en el trabajo (Dominación). Considera que no tiene autonomía y capacidad de decisión en asuntos que tienen que ver con su trabajo. Incapacidad para controlar la asignación del excedente social (Exclusión). Considera que la situación laboral injusta no se puede cambiar (Alienación). Tiene oportunidad de decidir en las inversiones del capital de salud en asuntos de inversiones y políticas públicas que redunden en el bienestar laboral de los médicos y de prestación del servicio de a los pacientes. Cuáles han sido sus experiencias laborales frente al sistema de salud, cuáles han sido las ventajas y las limitaciones en su área laboral, personal y con el paciente. Situación frente a la normatividad, papel de la sociedad, papel del Estado, papel de las aseguradoras, prestadoras y la auditoría. Se siente usted libre en lo referente al tiempo dedicado a los pacientes y a los tratamientos que recomienda, tiene alguna presión de cualquier tipo para formular alguna droga o medicamento. Cuál es su opinión de la profesión médica. Le gusta su trabajo o le gustaría realizar otra labor, cual y por qué.
- Capacidad para la acción colectiva: Participación en comités de acción, asambleas, sindicatos, organizaciones, cooperativas, agremiaciones. Participación en protestas públicas. Formación redes de apoyo. Trabajo comunitario. Cómo participa, por qué si, por qué no. Considera importante estas asociaciones.

2.2 Área científica

Posibilidades biomédicas frente a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Dificultades en el acceso a los avances científicos y tecnológicos. Relaciones con las casas comerciales y la industria farmacéutica. Incentivos

2.3 Área política

Participación en organizaciones sociales, laborales, comunitarias, públicas o privadas. Oportunidades de participación activa en la toma de decisiones respecto a su bienestar. Representaciones políticas propias y familiares, cultura del voto. Formación redes de apoyo. Considera necesario la participación gremial. Cuáles han sido los logros derivados de las agremiaciones. Que considera que falta por conseguir.

2.4 Área cultural

Titulaciones propia y de familiares. Calidad en la formación pública y privada. Competencias de formación, competencias laborales, idoneidad médica. Consideraciones de la manera de comportamiento del médico, forma de conceptualizar el cuerpo. Autonomía, ética, responsabilidad. Concepto de salud y enfermedad, criterios tenidos en cuenta para el diagnóstico médico. Criterios en el diagnóstico médico. Significado que se tiene del cuerpo humano

Anexo 6. Consentimiento informado para médicos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÉDICOS

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “Los médicos en el sistema de salud colombiano: una mirada desde la clase social”, aprobado en Consejo de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, en sesión del 27 de enero de 2012 Acta 02.

El objetivo del estudio es realizar un análisis de las condiciones sociales de existencia de los médicos dentro del sistema de salud colombiano. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a una entrevista que pretende explorar las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales, propias y familiares.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre los alcances y limitaciones de esta investigación, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este trabajo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombres y Apellidos del participante: _____

Cédula: _____

Código en el estudio: _____

Anexo 7. Compromiso de confidencialidad para auxiliares investigativos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
 FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
 SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
 SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA AUXILIARES INVESTIGATIVOS⁶

Lugar y Fecha: _____

Yo _____ con cédula de ciudadanía Número _____ de _____, me comprometo a transcribir algunas de las grabaciones de la investigación de tesis doctoral que adelanta la profesora Victoria Eugenia González Cárdenas en la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, titulada “La clase social de los médicos en el sistema de salud colombiano” teniendo la debida prudencia, discreción y confidencialidad que la investigadora ha garantizado a todos los participantes. También me comprometo a no revelar directa o indirectamente a ninguna persona, y durante la vigencia de este trabajo, ni después de su terminación, ninguna información que hubiere obtenido durante el mismo y que no sea de dominio público. Además, que no quedaré con ninguno de los archivos ni electrónicos, ni físicos.

Para constancia firmo,

C.C

⁶ Tomado de la Tesis de Doctorado en Educación: La formación ciudadana y el juicio reflexivo de estudiantes universitarios. Alejandro de Jesús Mesa Arango 2010

Anexo 8. Caracterización de los médicos participantes



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

CARACTERIZACIÓN DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES

Médicos	Género	Edad	Raza	Estrato socioeconómico	Capital cultural diferencial	Ocupación	Institución donde labora
Médicos generales							
JB34G	M	54	B	3		Médico general	ESE
DL25G	M	43	B	4		Médico general	Clínica Particular
CG12G	F	30	B	5		Médica general	EPS Privada Consulta Particular
HR29G	M	62	B	5		Pensionado	Pensionado del ISS
DG11G	M	44	B	5		Médico general	IPS Privada
DF33G	F	45	B	3		Médica General Domiciliaria	IPS Pública
DS30G	F	47	B	4		Médica Promoción Prevención	EPS Privada
MC28G	M	49	B	3		Médico de Planta	ESE
CM5G	F	55	B	5		Médica general	ESE Universidad Privada

EA14G	M	27	B	4		Médico general	IPS Pública
IB26G	F	25	B	6		Médico general	Recién Egresada
MG16Ga	F	46	B	4	Medicina Alternativa	Médico general	IPS Privada Propietaria
LC18Ga	F	37	B	3	Medicina Alternativa	Médico general	IPS Privada
MC20GG	F	68	B	6	Asociación Gremial	Pensionado Secretaría de la Mujer	Pensionada del ISS
GR21GG	M	63	B	5	Asociación Gremial	Pensionado Secretario Laboral	Pensionado del ISS
FH24GG	M	54	B	5	Asociación Gremial	Médico general	ESE
Médicos especialidad clínica							
FB3Eq	M	48	B	5	Cirugía plástica	Cirujano plástico	Consultorio Particular
EC7Eq	M	49	B	5	Anestesiólogo	Docente de cirugía	IPS Pública
EM27Ec	M	61	B	6	Medicina Aeronáutica	Médico especialista	IPS Privada
MV6Ec	F	60	N	5	Neumóloga Pediatra	Médico especialista	Clínica Privada
MB4E1	F	57	N	4	Patóloga	Médica especialista	IPS Pública
TL2E1	F	60	B	6	Patóloga	Médica especialista	Clínica Privada
IV37Ec	F	38	B	5	Dermatóloga	Médica especialista	Universidad Privada IPS Privada
LM9Ec	F	47	B	6	Psiquiatra	Médica especialista	IPS Privada
OL10Ec	M	44	N	5	Deportólogo	Médico especialista	IPS Privada
JP35E1	M	34	B	3	Básicas Biomédicas Maestría	Docente especialista Médico general	Universidad Pública IPS Pública
CV13E1	M	48	B	3	Básicas Biomédicas Magister y Doctorado	Docente doctor Médico científico	Universidad Pública
Médicos especialización en otras áreas							
LL1Ec	M	51	B	5	Esp. Econom y Administra. Maestría Gerencia Doctorado Salud Pública Medicina alternativa	Coordinador investigación	IPS Pública

DS8Ec	M	49	B	6	Doctorado Salud Pública	Médico General Docente Pregrado	IPS Privada Universidad Pública
MS23Ec	M	50	B	4	Esp. Administra. Magíster Salud Pública	Jefe Departamento Salud Pública	Universidad Privada
NS19Ecl	F	45	B	3	Esp. Administra. Medicina alternativa		IPS Privada Propietaria
SR17Ec	M	43	B	3	Auditoría en Salud	Auditor	IPS Privada
GE32Ec	F	32	B	3	Salud Ocupacional	Médica Especialista	IPS Privada
ES31Ec	F	33	B	5	Salud Ocupacional	Médica Empresarial	EPA Privada
JR15Ec	M	47	B	4	Auditoría en Salud	Médico Auditor	ESE
MC36Ec	M	61	B	4	Esp. Alta Gerencia	Subdirector Servicios de Salud	Entidad de Formación Pública
TS22Ec	F	47	B	6	Especialista Epidemiología	Médica General	ESE

Anexo 9. Fotografías observación participante



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y ECONÓMICAS
SEDE MEDELLÍN

INVESTIGACIÓN: LA CLASE SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Responsable: Victoria Eugenia González Cárdenas. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Estudiante de Doctorado en Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín.

FOTOGRAFÍAS OBSERVACIÓN PARTICIPANTE



Consulta Afiliado IPS. 28 de marzo 2014.
 Tomada por la investigadora



Paro Nacional 28 de octubre de 2013. Bogotá.
 Tomada por Catalina Franco González



Evento Académico Derecho a la Salud. Organizado por la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. Universidad de San Buenaventura. 25 de Mayo de 2013



Evento Académico Derecho a la Salud. Organizado por la Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. Universidad de San Buenaventura. 25 de Mayo de 2013



Movilización "Martes por la Salud". Convoca Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud como Derecho Fundamental -MIAS-. Tomada por la Investigadora. 28 de febrero de 2008