

Garantías de protección al personal sanitario durante la pandemia:

un análisis de la respuesta gubernamental desde la mirada de los trabajadores de salud

¿Cómo se explican las diferencias entre las medidas tomadas por el gobierno nacional y las necesidades expresadas por el personal sanitario?

Siglas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

INS: Instituto Nacional de Salud

EPP: Elementos de Protección Personal

ARL: Administradoras de Riesgos Laborales

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficio

FASECOLDA: Federación de Aseguradoras Colombianas

OMS: Organización Mundial de la Salud

IVS: Inspección, vigilancia y control

EPS: Empresas Promotoras de Salud

Garantías de protección al personal sanitario durante la pandemia:

un análisis de la respuesta gubernamental desde la mirada de los trabajadores de salud

Karol Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

Resumen

Los trabajadores de la salud son fundamentales en la atención de la pandemia, por lo que es necesario garantizar condiciones de seguridad y protección para el ejercicio de su labor y su bienestar. En esa medida, este análisis aproxima la comprensión del alcance de las medidas tomadas en Colombia desde la mirada de los trabajadores de la salud, especialmente aquellos organizados. Para tal fin, la investigación analiza las medidas tomadas a la luz de las expresiones públicas de distintas asociaciones, agremiaciones y organizaciones de personal sanitario. El gobierno de Colombia implementó una serie de medidas para garantizar protección a los trabajadores de la salud con énfasis en la definición de elementos de protección personal (EPP) necesarios según su actividad; definiciones técnicas sobre las condiciones de bioseguridad en los establecimientos de salud; responsabilidades a distintos actores del sistema de salud; bonificación económica y reconocimiento simbólico de su labor. No obstante, desde la mirada y narrativas de trabajadores de salud organizados, estos no fueron suficientes ante las condiciones laborales previas de los trabajadores del sector,

particularmente, las derivadas de las formas de contratación, que en general son consideradas como precarias, así como las condiciones de infraestructura física deficiente de hospitales y clínicas de algunas zonas del país.

Las condiciones de empleo, trabajo y salud del personal sanitario han sido objeto de debates, investigaciones, políticas públicas especiales, análisis y pronunciamientos de organismos multilaterales y otras organizaciones internacionales. Sin embargo, la actual crisis generada por la pandemia puso de manifiesto, con mayor fuerza, el tema en la agenda pública en el mundo. En septiembre de 2020, la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) alertó sobre las condiciones laborales y de bioseguridad del personal de salud en las Américas e hizo un llamado para garantizar condiciones seguras y justas de trabajo, indicando que *“el personal de la salud es especialmente vulnerable al COVID-19, y en la Región de las Américas, tenemos la mayor cantidad de trabajadores de la salud infectados en el mundo”* (1)

En Colombia, desde los inicios de la pandemia, la preocupación por las condiciones del talento humano en salud se hizo visible a través de distintos medios de comunicación. Analistas, representantes de organizaciones de trabajadores de la salud e incluso actores del gobierno nacional llamaron también la atención sobre el tema. A pesar de las medidas tomadas por el gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección (MSPS), con el propósito de garantizar condiciones de seguridad, dar reconocimiento y otorgar incentivos al personal sanitario, privilegiando aquellos con participación directa en la atención a la pandemia, los trabajadores de la salud continúan expresando sus reclamos, demandas y propuestas, en distintos escenarios.

En un contexto como el actual, garantizar protección y bienestar laboral al personal de salud es un propósito ineludible de la sociedad, como garantía también de la salud y la vida de la población general.

En ese sentido, comprender las necesidades del personal sanitario, así como el alcance y los límites de la respuesta dada por las autoridades en Colombia, permitirá ampliar la discusión sobre las acciones necesarias a fin de satisfacer sus necesidades en el marco de la actual pandemia y hacia el futuro. Este análisis pretende aproximarse a esta comprensión a través de un estudio cualitativo exploratorio, que privilegia el contenido de las expresiones públicas de distintas organizaciones y agremiaciones de trabajadores del sector salud, desde el inicio de la pandemia hasta agosto de 2021, que se contrasta con las medidas establecidas por el gobierno nacional, desde el análisis de contenido. El estudio integra una revisión documental de documentos públicos en los sitios de internet de distintas organizaciones y agremiaciones del sector; entrevistas semi-estructuradas a personal sanitario de Quibdó (3) y Bogotá (1); notas de prensa con testimonios de trabajadores; y una revisión de la normatividad emitida por el gobierno nacional relacionada con la temática de marzo a junio de 2021.

En general, las narrativas provenientes de los documentos consultados de las organizaciones de trabajadores de la salud, el análisis de las experiencias narradas por los trabajadores entrevistados y las expresiones tomadas de notas de prensa, manifestaron malestar por las condiciones de empleo y trabajo durante la pandemia, aunque no se originaron en esta. Algunas se agudizaron, pero la pandemia misma trajo consigo una serie de efectos que exacerbaron las ya

precarias condiciones de muchos de los trabajadores. No obstante, se convirtió en una oportunidad también para ampliar la discusión sobre lo que se requiere al momento de garantizar de manera efectiva protección a los trabajadores de la salud y ampliar los espacios de participación, así como el ejercicio democrático en salud.

En dicho marco, esta sección destaca, en primera instancia, las medidas de mayor relevancia emitidas por el gobierno nacional que tienen el propósito de brindar garantías de protección al personal sanitario. Posteriormente, detalla aquellos aspectos más visibles durante la pandemia en relación con las condiciones de los trabajadores de la salud con base en la experiencia y demandas de los trabajadores en el contexto de la pandemia y discute algunas medidas como la bonificación económica. Luego, señala el elemento central que hace parte de las necesidades expresadas por los trabajadores sobre lo cual las medidas se quedan cortas: las condiciones de empleo. Finalmente, presenta elementos para la discusión sobre las consideraciones de un trabajo digno y la necesidad de continuar ampliando el conocimiento, la reflexión y el debate con la participación de los trabajadores alrededor del camino futuro en la búsqueda de la garantía real de protección, empleo y trabajo digno de los mismos como soporte esencial de protección de la salud y la vida de la población ante eventos como la actual pandemia.

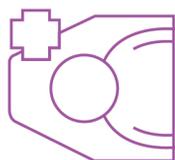


Hasta el 30 de agosto

habían **65.384** casos en personal de salud

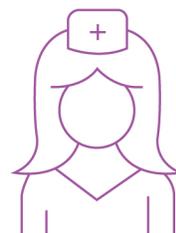


323 fallecidos



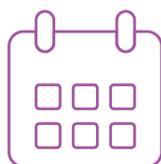
130 se asociaron a la prestación, **148** indeterminados y **44** comunitarios

El **mayor** porcentaje de **casos** se presentó en **mujeres** y por nivel profesional en **auxiliares de enfermería**



14.799 casos

27.008 están asociados a la prestación de servicios, **11.465** son de *transmisión comunitaria* y **26.430** indeterminados



El **mayor número** de casos se dio en el **primer pico** de la pandemia entre los meses de **julio** y **agosto** de 2020.

Sobre las medidas para garantizar protección al personal sanitario durante la pandemia

Desde inicios de la pandemia, autoridades del gobierno nacional y gobiernos locales agradecieron y resaltaron el papel fundamental de los trabajadores de la salud. La denominación de “héroes” se encuentra aún hoy de manera reiterada en los discursos de estas autoridades y en general de la ciudadanía. No sin razón, porque el principal recurso para enfrentar la emergencia descansaba precisamente en el trabajo del personal sanitario. Los reconocimientos no quedaron solo en palabras, en el marco de las medidas implementadas en el contexto de la emergencia, se dispusieron medidas especiales para garantizar la protección de los trabajadores de la salud.

Entre las principales medidas emitidas para asegurar la protección del personal sanitario, se encuentran las relacionadas con el reconocimiento económico especial por una única vez; la declaración del COVID-19, como enfermedad laboral directa; el establecimiento de protocolos de bioseguridad, que además de establecer los EPP de acuerdo a las actividades desarrolladas en los establecimientos de salud, las medidas locativas necesarias que deben asumir dichos establecimientos, las opciones de organización de los servicios, la asignación de responsabilidades a las empresas prestadoras de servicios y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), así como en la vigilancia de la salud trabajadores de la salud y el abordaje de problemas de salud mental (2-6)

Entre otras medidas tomadas, se encuentra el giro de recursos con pretensión de hacer pagos atrasados a trabajadores de hospitales públicos, que es, por demás, unas de las problemáticas de mayor preocupación y de denuncia por parte de las organizaciones consultadas y los trabajadores de salud entrevistados. Otras medidas, de índole más simbólicas, como el rechazo a la violencia y estigmatización del personal de salud por parte del mismo Presidente de la República y otras autoridades, así como el reconocimiento público del trabajo del personal, hacen parte de la respuesta.

El alcance de estas medidas, aunque en general necesarias, resultan insuficientes al momento de garantizar protección al personal de salud de acuerdo a su propia mirada, teniendo en cuenta que están enfrentados a unas problemáticas profundas y complejas durante la pandemia. Adicionalmente, existen dificultades en la implementación de algunas de las medidas, dadas las condiciones físicas de ciertos establecimientos de salud, a lo cual deben sumarse

circunstancias como la intervención de algunos hospitales públicos durante la pandemia. En palabras de una de las personas entrevistadas, “*el gobierno decía unas cosas, pero la realidad era otra*” (Ch-Psi), esto en referencia al cumplimiento de la entrega de EPP y al pago de los salarios y honorarios atrasados en el Hospital San Francisco de Asís de Chocó.

Otra medida de gran importancia es el tema de la vacunación y la priorización de los trabajadores de salud, no obstante, algunas tensiones iniciales relacionadas con el tema de la priorización de determinados perfiles, en general el avance en el proceso es sin duda fundamental para la protección del personal sanitario.

Lo más notorio durante la pandemia: insuficiencia de EPP, inadecuadas condiciones de bioseguridad y pagos atrasados

Al inicio de la pandemia, las denuncias sobre la falta de EPP de los trabajadores en salud y de limitaciones en la posibilidad de cumplir con las medidas de bioseguridad, ponían en evidencia la grave situación de muchos hospitales públicos, pero también la falta de claridad sobre la responsabilidad de distintos actores, como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ARL, “empleadores” y entidades territoriales. Las medidas dictadas por el gobierno nacional otorgaron una responsabilidad especial a las ARL. El decreto legislativo 488 del Ministerio de Trabajo (7) determinó que el 2% del total de la cotización se debía asignar para actividades de prevención e intervención entre las cuales se encuentra la compra de EPP destinadas e trabajadores con exposición directa al virus como el personal sanitario.

Así mismo, la resolución 1115 del MSPS (6) estableció en sus anexos técnicos las medidas de bioseguridad, e incluyó los EPP necesarios según las actividades y nivel de riesgos de los trabajadores de la salud. De la misma manera, el documento de plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), emitida por el MSPS, asignó responsabilidades a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), prestadores de servicios de salud y secretarías de salud. Dichas obligaciones implicaban la necesidad de, en coordinación con las ARL, determinar los requerimientos de EPP de quienes laboran en las instituciones y asegurar el suministro necesario de estos elementos (8).

No obstante, tanto los comunicados de las agremiaciones del personal de salud, como los trabajadores entrevistados, coinciden en la insuficiencia de los EPP, particularmente durante los primeros meses de la pandemia. Varias asociaciones y agremiaciones de trabajadores de salud llevaron a cabo una encuesta virtual entre marzo y junio de 2020, donde se indagaba por distintas condiciones de trabajo, incluidas el suministro de EPP (9). Los resultados destacan, con respecto a las condiciones de bioseguridad (entrega de EPP, incorporación de protocolos, reorganización de procesos y espacios y mejoras estructurales), que tan solo el 65% de los trabajadores con contrato directo y estabilidad cuenta con todas las condiciones de bioseguridad. En el caso de los trabajadores con contratación indirecta e inestable, el porcentaje de cumplimiento es del 54% (9). Estos resultados son usados como instrumento para denunciar la precarización laboral del sector por parte de los trabajadores organizados. En la cotidianidad de los entrevistados, la insuficiencia de EPP también fue una restricción importante, particularmente durante los primeros meses de la pandemia. En el caso de uno de los participantes, la situación con respecto a las medidas de bioseguridad, todavía no son apropiadas actualmente:

“(...) inicialmente recuerdo que no nos daban casi tapabocas, bueno no nos daban un suministro diario de tapabocas y ya después empezaron como al mes nos daban 6 a 8 de los normales y 2 N95(...) Entonces la institución nos daba una lista donde firmábamos lo que nos habían dado, pero no decía qué era lo que nos habían dado, era como, ¡ah! Sí se les dio el suministro, pero no decía exactamente lo que se nos había dado, entonces uno optó por firmar, pero poner al lado qué era lo que a uno le habían dado, pues porque no era suficiente en realidad y eso es hasta ahorita, yo dejé de trabajar en la institución porque aquí en el Chocó es difícil encontrar IPS que puedan sostenerse por todo el proceso” (Md-Ch).

“(...) por ejemplo en este momento, te estoy hablando de una realidad hoy, a hoy no tenemos tapabocas; nos dieron batas de unas de celofán porque de las otras de las batas que son como de tela como de papelito, de esas no nos han dado ni tapabocas, o sea que nosotros en este momento tenemos que buscar esos implementos, no hay ni tapabocas ni batas de esas que te estoy diciendo, hay de las otras que son gruesísimas manga larga, de esas sí hay. O sea, hasta

hoy todavía no son suficientes, entonces a nosotros nos toca buscarlas, comprarlas” (Ps-Ch).

Las donaciones, la adquisición por cuenta propia y un proceso de exigencia para la entrega de los EPP, que incluyó acciones judiciales por vía tutela (10), fueron las alternativas para mitigar de algún modo la insuficiencia de estos elementos. En cuanto a las responsabilidades de los distintos actores del sistema, no había en un inicio información clara para los trabajadores sobre la responsabilidad que correspondía a cada uno. Aunque la normatividad asigna una responsabilidad especial en las ARL, los procesos de definición de necesidad y de suministros se debe realizar en coordinación con las EAPB, prestadores de servicios y la secretaría de salud del territorio.

“(...) mucha gente se botó a ayudarnos, a mandarnos tapabocas, a mandarnos no sé qué, a mandarnos batas, a mandarnos muchas cosas, alcohol; estos implementos que llegaron no por el Estado sino porque a nosotros los primeros implementos nos los regalaron, posteriormente, la ARL nos empezó a dar de forma frecuente, pero los primeros recursos para nosotros protegernos nos los regalaron, no fue el Estado (...) (Ps-Ch).

“Uno no tenía mucha información, porque hubo una época donde decían que sí era una enfermedad profesional; no era una enfermedad profesional, entonces ahí como que hubo también de parte de uno, porque uno también en algún momento se vuelve automático, entonces si nos dieron esto para trabajar entonces uno trabajaba con lo que tenía y a veces hasta con menos, o uno mismo tenía que sacar de su bolsillo para evitar uno contagiarse” (Md-Ch).

Para el gremio de agrupa a las aseguradoras (FASECOLDA), la causa principal de la insuficiencia de insumos radicaba en la escasez mundial y el consecuente aumento de precios de estos insumos. En palabras de uno de sus representantes: *“La crítica a las ARL porque no han entregado con la velocidad del rayo las dotaciones a las que los obliga el Decreto 488 de la emergencia económica. Pero no se tiene en cuenta cuál es la situación en el mundo; en los prestigiosos hospitales de la primera potencia mundial no logran dar los EPP a los trabajadores de la salud, no por ineficiencia ni por la falta de recursos sino, simplemente, porque no los hay en el mercado” (11).*

Este hecho fue objeto de preocupación internacional al inicio de la pandemia. En el mes de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó la atención sobre este asunto, señalando que la falta de cadenas suministro seguras de EPP, ponían en grave riesgo a los trabajadores de la salud, invitando a los países a reducir las restricciones a la exportación, detener la especulación y el acaparamiento (12).

En general, los trabajadores de salud tenían conciencia del tema: *“había escasez a nivel mundial, ya estamos hablando de que ya había tapabocas que empezaron a salir de dudosa procedencia, había unos tapabocas que nosotros les decíamos los tapetes y era porque ese tapabocas era feo, ¿dónde aprobaron eso? Llegaron a haber costos de tapabocas una caja \$50.000, ya después volvieron los tapabocas de siempre y así; pero a nivel de recursos en la pandemia pasó a eso”* (Aux-Bog). Sin embargo, en el discurso de los trabajadores organizados, a pesar de no desconocer este factor, existen otras razones que favorecen dicha situación, entre las que se encuentran las distintas formas de contratación de personal precarizadas, así como la situación financiera de algunos prestadores: *“entonces cuando yo decía es que el gobierno nacional es como, sí, manda unas directrices, manda unas cosas que se deben hacer, pero a la hora de implementarlo qué tan factible es para las IPS, y las situaciones con las IPS están (...) no solamente acá en el Chocó sino a nivel nacional. Las IPS tiene que garantizar que los de talento humano tengan todos los implementos de protección personal; ¿pero qué probabilidad tenían esas IPS de verdad de cumplir con eso?”* (Md-Ch).

Pero no solo en la deficiencia de EPP están centradas las denuncias y solicitudes, el tema en general de la posibilidad de cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas sobre las que no hay duda técnica de su necesidad y pertinencia, están asociadas con las diversas limitaciones en cuanto a infraestructura física de varios prestadores, que impiden llevar a cabo las disposiciones establecidas, lo que expresa a su vez una distancia entre la normatividad y la posibilidad de cumplirla, como lo expresan los testimonios:

“(...) nosotros nos dicen en el protocolo que mandaron: debe existir un espacio donde el empleado llegue y ahí reciba sus implementos de bioseguridad, nosotros eso no lo tuvimos nunca (Ps-Ch)”.

“Inicialmente fue difícil porque esas instalaciones son pequeñas, entonces no había una forma muy clara de hacer una división entre pacientes que no fueran COVID y pacientes COVID y, además de eso, no había (...) se supone que por ley debe haber; en todo el centro médico se debe

hacer un triage, era difícil hacer un triage precisamente por las instalaciones no solamente físicas sino también del talento humano; entonces como sabes cómo es la forma de salud en el Chocó, pues una cosa es lo que está en el papel y yo no creo que solamente en la salud sino en muchas cosas, unas cosas como el plan cómo debe ser un centro de atención en salud y todo, y otra cosa es como realmente sea, se lleva a cabo” (Md-Ch).

Sobre los salarios atrasados

El 25 de junio de 2020, la prensa nacional registró con dolor la muerte del médico chocoano, Heandel Rentería Córdoba, por COVID-19, quien laboraba en el Hospital Departamental San Francisco de Asís de Chocó, y quien había denunciado la grave situación de los servicios de salud en el departamento para responder a la pandemia, además de la deuda de salarios de varios meses a los trabajadores, incluyéndose él mismo. Pero esta situación está presente en varias zonas del país, particularmente en zonas donde el acceso a los servicios de salud tiene mayores limitaciones. Distintas huelgas son reseñadas por la prensa, así como la situación de muchos trabajadores del sector, particularmente en hospitales públicos, donde se registran deudas de hasta de 32 meses (13-15).

Los testimonios recogidos por la prensa son múltiples y ponen de manifiesto el drama y el sentimiento de abandono por el que los trabajadores afectados atraviesan: *“Salvamos vidas, pero no nos pagan, qué paradoja”; “al contrario del discurso populista y farandulero de nuestros políticos, a nosotros el personal de la salud se nos agravó la situación económica, dado que a pesar de que el Presidente dice que han llegado los recursos para equipos e infraestructura, no han llegado para pagarles a los médicos”; “He tenido que aprender a vivir en medio de las precariedades. Tenemos plata y es como si no la tuviéramos porque cuando la necesitamos no la tenemos. Les vamos a cobrar a los dueños de las cooperativas y nos dicen que no nos pagan porque el hospital no les ha pagado a ellos”*(13).

Aunque la deuda de salarios atrasados es una problemática que viene de mucho tiempo atrás, durante la pandemia la situación no solo ha tenido mayor visibilidad pública, sino que además es un factor que ha impactado las condiciones de vida del personal sanitario e incrementado su angustia en un escenario de mayor riesgo para la salud y la vida, como lo es el trabajo durante la pandemia. Por otro lado, esto ha tenido un efecto en la permanencia en los servicios de salud de muchos trabajadores y ha sido motivo principal de huelgas, y declaratorias de

anormalidad de los servicios de salud, lo que tiene a su vez consecuencias en la prestación de los servicios y, por tanto, en el acceso de la población. No obstante, la atención de la pandemia se presta sin interrupción y con todos los recursos y empeño por parte de los trabajadores, independientemente de la situación por la que pasan.

“Fuera de eso se nos debían algunos recursos, a nosotros nos debían 4 meses de sueldo, o sea que la situación emocional para enfrentar esta realidad fue mucho más difícil porque teníamos una sobrecarga económica real y unas situaciones de tipo personal también muy evidente, que yo pienso que eso ha dejado un impacto en nosotros los funcionarios del San Francisco de Asís bastante significativos, porque nosotros sentimos que no tuvimos quién nos guiara, quién nos ayudara, quién nos acompañara, quién nos dijera, sino que nos tiraron así como a ver sálvese quien pueda” (Md-Ch).

En medio de la pandemia y de la crisis los trabajadores tuvieron que acceder a préstamos bancarios, uso de tarjetas de crédito, venta de sus bienes, ayuda familiar, entre otras alternativas para poder subsistir. Este testimonio de una de las personas entrevistadas afectada por el no pago de sus salarios pone de manifiesto algunas de las opciones a las que muchos trabajadores acudieron durante la pandemia con el fin de solventar sus necesidades debido a la deuda en sus salarios:

“(…) préstamos, hacemos préstamos gota a gota a terceros, nos prestamos entre nosotros, la que tiene otra entrada presta a otra, o sea es vivir un diario; y la crisis económica de nuestros hogares también es evidente, y la angustia porque entonces prestamos, pero además de eso no podemos pagar, o sea en este momento a la gente del hospital no les están prestando, -¡ah! ustedes del hospital, allá les deben 4 meses, no-, ni siquiera los bancos, entonces yo no sé cómo estamos haciendo realmente, sobreviviendo, buscando como otras alternativas, hay muchos sentimientos de minusvalía, de tristeza, de frustración, de rabia (…)” (Ps-Ch).

La causa más común que los trabajadores le atribuyen a esta situación son las deudas que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tienen con clínicas y

hospitales. Este tema hace parte de una discusión más profunda en la que están involucrados aspectos complejos del sistema de salud, en particular al tema del flujo de recursos. El Estado no le paga a las EPS y las EPS no le pagan a sus proveedores, es la forma como lo ven algunos representantes de las EPS (16). No obstante, para los trabajadores, este es un tema medular, que además está en el centro de las tensiones sobre el modelo de salud, donde la denominada “intermediación” se encontraría en el centro de gran parte de la situación de crisis de los hospitales.

“(…) todas, todas tienen deuda con el hospital y no le pagan al hospital, entonces tenemos que cortar esa conexión económica de ellas porque en ellas (las EPS) es que se están quedando la plata; además que hay algo perverso (…) entonces hay una condición maquiavélica en el sistema de salud porque los que se están quedando con la plata son otros, pero la prestación del servicio no se está haciendo, no se está haciendo, no se está pagando” (Ps-Ch).

Es necesario mencionar las situaciones especiales en cuanto a la intervención de varios hospitales públicos. Esta figura no parece haber favorecido el pago de las deudas atrasadas, pero además ha mostrado la incapacidad del proceso al momento de dar soluciones efectivas a problemáticas como los pagos atrasados a los trabajadores, como lo señala el testimonio:

“(…) al hospital lo intervinieron hace 1 año y llevamos 14 meses de intervención con la Supersalud y el cambio es ninguno o sea lo intervinieron porque se le debía a los empleados, se le debía a los especialistas, porque no habían

insumos, porque habían unas condiciones inadecuadas, por 53 hallazgos y esos hallazgos siguen exactamente igual y la Supersalud no tiene ninguna responsabilidad, eso fue lo que nos dijeron virtualmente, además de regañarnos, el señor del Ministerio dijo que plata no había, la señora de la Procuraduría para la salud dijo que estaba cansada de oír siempre el mismo relato de nosotros, pero la idea no es generar minusvalía frente a nuestra realidad sino que nosotros tengamos las mismas oportunidades que tienen otras ciudades del país de mejorar nuestras condiciones de salud, de mejorar nuestras condiciones de prestación de servicios de salud” (Ps-Ch).

Las soluciones

Ante la situación, el gobierno nacional estableció líneas de pago para saldar deudas con el talento humano en salud a través de giros a los hospitales públicos, mixtos e IPS. En un comunicado de prensa del MSPS de octubre de 2020, se aclara que existes tres líneas de pago 1) para el pago de salarios atrasados de 2020 giradas un par de meses atrás por \$226 mil millones; 2) bajo la resolución 1923 se giraron otros \$226 mil millones; y, 3) hace referencia a la bonificación a los trabajadores de la salud por el trabajo realizado durante la pandemia (17). Ahora bien, la manifiesta voluntad de contribuir para saldar las deudas con los trabajadores, parecen ser insuficiente a la luz de las demandas y la realidad que aún hoy se presenta.

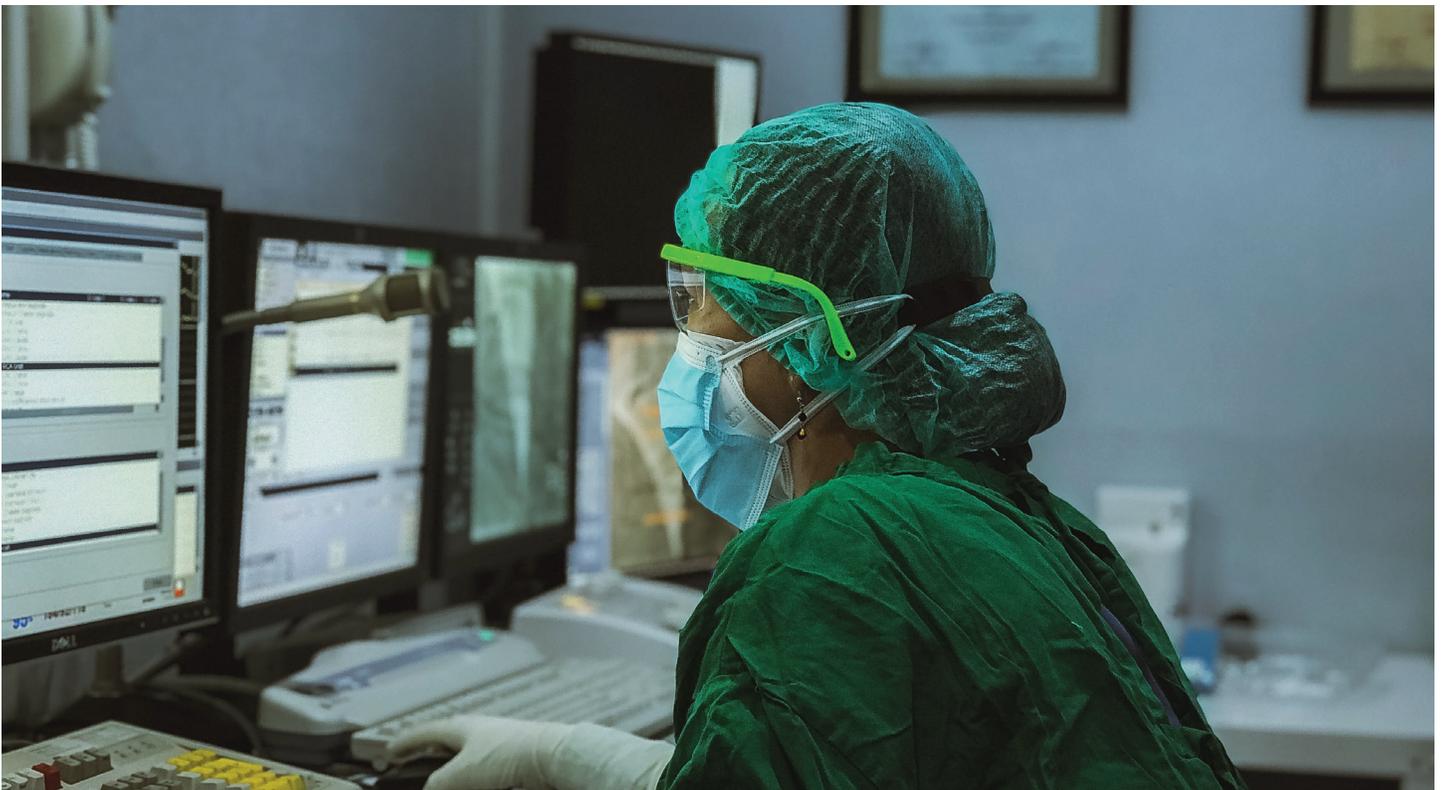
Sobre el bono COVID

La mencionada bonificación económica a los trabajadores de salud por su contribución a la pandemia, que es conocido como el “bono COVID”, es una medida que se valoró, en términos generales, como un incentivo necesario aunque no estuvo exenta de algunas discusiones asociadas al mecanismo de asignación del valor de la bonificación por perfil y al no pago, aún en la actualidad, a algunos trabajadores, así como de la insuficiencia ante las profundas problemáticas de muchos trabajadores del sector en el país.

En relación con las diferencias en cuanto al valor de la asignación, algunas agremiaciones expresaron su desacuerdo con el mecanismo usado y el monto determinado a algunos perfiles, que en general consideraban “inequitativo”. De tal modo, agremiaciones de profesionales de fisioterapia y de enfermería señalaron su desacuerdo por tanto consideraban que el valor del pago asignado a su respectivo perfil no correspondía con la realidad del nivel de exposición y resultaba además inequitativo en relación con el valor de la asignación para otros perfiles con menor exposición. En carta de respuesta al proyecto de resolución las agremiaciones de fisioterapia señalan:

“Según el anexo técnico dos de dicho proyecto, el pago definido para los fisioterapeutas es de \$878.716, el mismo valor a pagar a los diferentes técnicos y tecnólogos en salud. Consideramos que este no es el valor justo para una profesión que se encuentra en primera línea de atención frente al COVID-19 y es inequitativo en comparación con otras profesiones como cirugía plástica, cirugía general, nefrología y un sinnúmero de profesiones que tienen menor riesgo de exposición y se encuentran con valores por encima de los 4 millones de pesos” (18).

Así mismo, indican que por medio del Ingreso Base de Cotización no se valora de manera apropiada la “fuerza de trabajo”, pero además no refleja el monto real de los ingresos, ya que los profesionales contratados por prestación de servicios cotizan sobre el 40% del total de sus honorarios (18). En un sentido similar, se pronunció



la asociación Colegial de Enfermería, manifestando su desacuerdo con que se tenga en cuenta solamente el contrato de mayor valor para el cálculo y proponían un único pago por cada contrato (19).

Adicionalmente, algunas agremiaciones manifestaron su desacuerdo con que la bonificación fuera únicamente para los trabajadores de primera línea en consideración que, en general, la mayoría están de todas maneras expuesto por razones de su labor. *“(…) rechazamos de manera tajante y vehemente la inequidad y desigualdad al trato que le va a dar a un sinnúmero de profesionales de la salud a través del “incentivo”, prima o bonificación especial que se va a otorgar por única vez y de manera discriminatoria (…). No es digno aceptar su criterio de dar este incentivo a quienes atienden los pacientes infectados en primera línea, cuando todos los que trabajamos en el sector salud y que hacemos parte del Sistema, estamos expuestos de una u otra manera a contagiarnos del mortal virus”* (20).

A esto se suman algunas reclamaciones por el no pago (20). Sin embargo, para aquellos trabajadores con un cúmulo de deudas atrasadas esta bonificación pudo convertirse en una salida momentánea y de gran valor ante la crítica situación, no obstante, las personas entrevistadas coincidieron en que la medida no apuntaba a la problemática central:

Ahora bien, nos dimos cuenta que estaban dando unas ayudas y la ayuda a nosotros nos llegó muy oportuna porque cuando nos llegó la ayuda que nos iba a dar el gobierno a nosotros no nos habían pagado entonces para nosotros la esperanza de esa ayuda era fundamental, nos llegó sí es cierto que nos llegó (…). Entonces de una u otra manera ese bono COVID se convirtió en un salario porque no nos estaban pagando (Ps-Ch).

“(…) no, pues motivó (el bono COVID) en el momento porque nosotros estábamos mal económicamente porque no nos estaban pagando, entonces uno era ¡ah bueno! Que le entre a uno de otro lado, pero al final eso es como un contentillo, era como (…) además porque en ese momento también empezaron a salirse todo, por ejemplo el tipo de contratación que se tenía para los médicos, para la mayoría de la gente, no solo los médicos, para la mayoría del talento humano en salud, es precaria, o sea la mayoría está por orden de prestación de servicios; la mayoría son malos salarios. Entonces, fue como que todo el mundo estaba diciendo eso, las garantías que se nos daban no eran suficientes entonces todo el mundo estaba diciendo y entonces el gobierno sale como - ¡ah bueno! Les vamos a dar una bonificación” (Md-ch).

Lo que está detrás: las condiciones de empleo

El aspecto de mayor relevancia desde la mirada de las organizaciones de trabajadores de la salud son las condiciones de empleo. Este es un asunto medular en las expresiones del personal que, si bien no es un tema que haya surgido en la pandemia dado que está relacionado con aspectos estructurales de las políticas de empleo en el país, así como con el funcionamiento del sistema de salud, logró una visibilidad importante por la importancia misma del personal sanitario durante la emergencia. Uno de los aspectos de mayor relevancia son las formas de contratación, unido a esto se encuentran temas como los bajos ingresos o la valoración como “injusta” de los mismos, la inestabilidad, la jornada laboral, entre otros.

Sobre las formas de contratación

“Contratos basura”, “tercerización”, “contratación ilegal”, son términos que aparecen de manera frecuente en documentos y comunicados de las organizaciones de trabajadores de salud. Estas denominaciones hacen referencia a formas específicas de contratación del personal sanitario y que son expuestas a manera de denuncia. Entre estas se encuentra la contratación por órdenes de prestación de servicio a través de cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales o por medio de sindicatos. Otros, como la contratación por evento o el contrato obra-labor, hacen parte también de las formas de contratación comunes de personal sanitario, pero son mencionados con menor frecuencia.

En general, estas formas de contratación, desde la perspectiva de los trabajadores, no ofrecen garantías prestacionales ni estabilidad, pero además el personal se ve en muchos casos expuesto al riesgo de verse obligado a cumplir largas jornadas de trabajo o recibir honorarios injustos, dado que cada institución establece la asignación a su propio criterio, en palabras de las organizaciones: “a su antojo”. Esta situación conlleva al deterioro de las condiciones laborales (21) y se podría calificar como empleo precario.

“La contratación se realiza a través de intermediarios y tercerizadores, que es lo que nosotros denominamos contratos basura, ya que ni siquiera les permiten a los trabajadores vacaciones, cotizan por debajo de la seguridad social, sin prestaciones sociales, sin horarios definidos, etc. Es decir, no es una contratación digna.” (22).

“La baja remuneración y contratación tercerizada o por orden de prestación de servicios, que reduce el acceso y la

posibilidad de cobertura de atención oportuna en salud para este personal. Las EPS e IPS descargan su responsabilidad en las empresas que subcontratan el personal para trabajar en los servicios de salud” (23).

El tema de la denominada “tercerización” es un punto de especial consideración en las demandas expresadas por los trabajadores. Con insistencia es señalada la inconveniencia de la contratación tercerizada a la luz de la normatividad, de las disposiciones de La Corte Constitucional (24) y de los llamados de atención de entes de control como la Procuraduría General de la Nación (25). En términos generales, la figura de la tercerización (*outsourcing*) consiste en trasladar a terceros ciertas actividades complementarias para el desarrollo de la actividad misionales permanentes (26). Aunque en Colombia la regulación en el tema ha avanzado, las denuncias llaman la atención sobre la ilegalidad de este tipo de contratación de personas en el sector salud, dado que se les asignan actividades misionales, no siendo éstas legales dentro de esta forma de contratación.

Efectivamente, la expedición del decreto 583 de 2016 buscó poner fin a los vacíos existentes en la legislación alrededor de la figura de tercerización laboral. Sin embargo, los cuestionamientos sobre la forma en que se ha venido utilizando esta figura aumentaron y se ha generado un intenso debate entre los diferentes grupos interesados en el tema (26). El decreto reglamenta la inspección, vigilancia y control (IVC) sobre la tercerización laboral y establece unos criterios bajo los cuales la tercerización debe ser considerada ilegal: a) si se vincula personal para el desarrollo de las actividades misionales permanentes o, b), si se vincula personal de una forma que afecte los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales. De acuerdo con las demandas expresadas por las organizaciones de trabajadores, estas dos condiciones están presentes en las contrataciones de los trabajadores del sector.

Si bien los contratos a través de Cooperativas de Trabajo Asociado cesaron después de la legislación, los contratos sindicales constituyen un porcentaje importante de las contrataciones del sector. De acuerdo con la Escuela Nacional Sindical, para 2020, más del 95% de los contratos sindicales depositados

ante el Ministerio de Trabajo pertenecen a personas jurídicas de la salud, como lo son clínicas y hospitales, tanto públicos como privados (27). Según la legislación: “El contrato sindical es el que celebran uno o varios sindicatos de trabajadores con uno o varios empleadores o sindicatos patronales para la prestación de servicios o la ejecución de una obra por medio de sus afiliados (28) y tienen como fin que los sindicatos puedan participar en la gestión de las empresas, en la promoción del trabajo colectivo y la generación de empleo”.

No obstante, en cuanto a la contratación de personal sanitario, su objeto se desfigura. En una reciente sentencia la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia, expresa su preocupación “porque las instituciones prestadoras del servicio de salud persistan, de manera terca y totalmente contraria a la buena fe, en el uso de fórmulas fraudulentas de contratación de sus trabajadores, personal médico y asistencial, que precarizan el empleo”, además advierte la Corte,

que este tipo de vinculación también pone en riesgo a los sindicatos dado que desfigura su propósito como organizaciones que tienen como fin la defensa de los intereses de los trabajadores, limitándolas a ser un ente encargado de proporcionar personal en misión. Dichas acciones, convierten a estos entes en simples intermediarios que desformalizan el empleo y precarizan las condiciones laborales (29)

Otras formas de contratación como las órdenes de prestación de servicios, el contrato obra labor, o la contratación por evento, también constituyen formas de vinculación consideradas como indignas o precarias. Bien que, algunas parecen ser favorables para la labor de determinados perfiles, este tema no es del alcance de este análisis. Durante la pandemia, muchos profesionales especializados vieron sus ingresos notablemente disminuidos, debido a que son contratados por eventos “(...) los médicos especialistas viven una de las crisis más duras y silenciosas de la pandemia. La mayoría ya perdió más del 90% de sus ingresos mensuales (...) la mayoría de los profesionales están contratados por evento; eso significa que, si no operan o no atienden pacientes, no facturan” (Olga Lucía Zuluaga, presidenta de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, (30)).



La contratación se realiza a través de intermediarios y tercerizadores, que es lo que nosotros denominamos contratos basura, ya que ni siquiera les permiten a los trabajadores vacaciones, cotizan por debajo de la seguridad social, sin prestaciones sociales, sin horarios definidos, etc. Es decir, no es una contratación digna. (22).



Los contratos de prestación servicios, una forma común de contratación en el sector público en general y en los servicios de atención en salud, no ofrecen ninguna garantía laboral ni prestacional con una asignación de honorarios, que de acuerdo a los trabajadores, cada institución o directivo *"(...) establece a su antojo en el momento de la contratación pero, además, imponiendo extenuantes jornadas laborales (21) . Así mismo, el ingreso percibido comparado con el personal de planta que trabaja en funciones similares es mucho menor teniendo en cuenta que el pago de seguridad social lo debe realizar el mismo contratista el cual no tiene derecho a prestaciones sociales, pero además sin derecho a vacaciones o licencias, lo que en tiempos de pandemia resultó ser una condición que agudizó la sensación de desprotección del personal sanitario.*

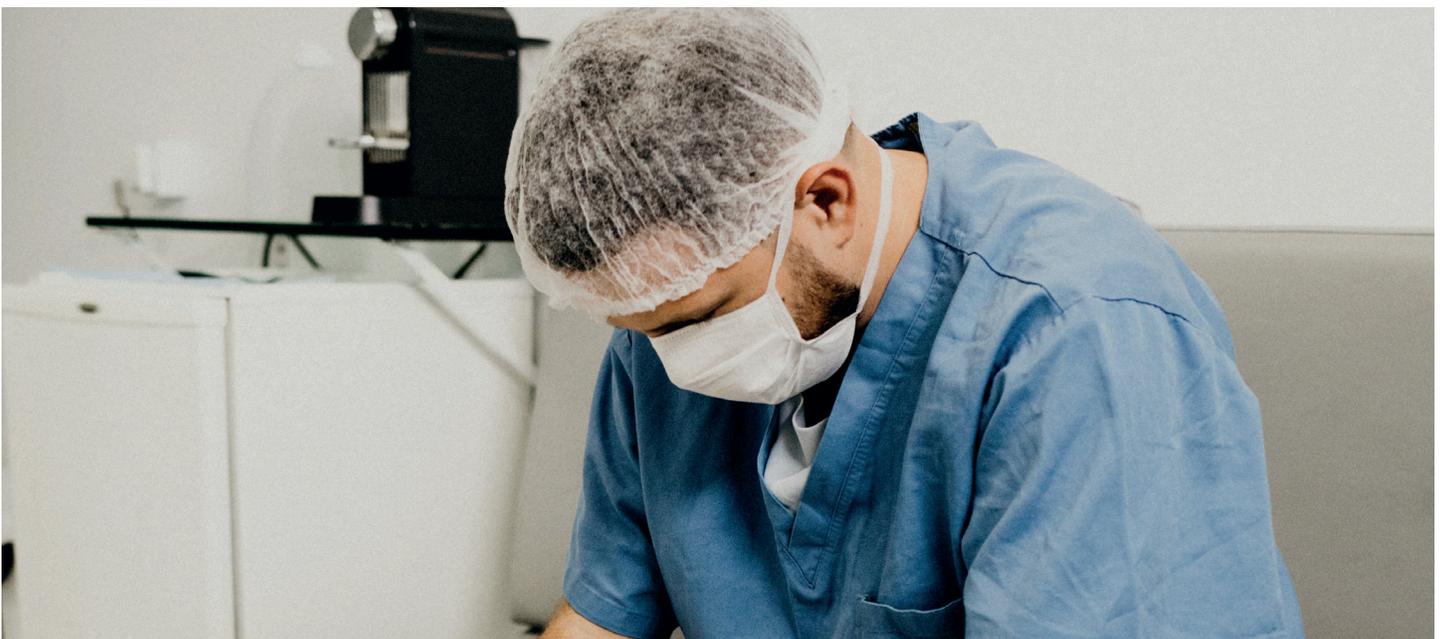
"(...) fueron varios meses que estuvimos trabajando, así como un mismo salario con nuestros compañeros que era contrato con todas las prestaciones; entonces no era justo porque nosotros teníamos que pagar la salud la pensión y eso en realidad a la hora de la verdad, y eso lo hablábamos con los compañeros, uno se volvía un objeto más, entonces además en esta pandemia necesitaba era que uno estuviera bien y ya, solamente que trabaje y ya sin importar, por ejemplo cuando fallecían familiares de uno, no pues tiene que llegar a trabajar, los honorarios lo que era por OPS y al final nosotros casi trabajando un año yo no voy a tener ninguna de las garantías que puede tener un contrato formal o con todas las prestaciones y además que nos dejaron de pagar, haber renunciado en junio y ya todavía nos deben dos meses, que a mí es una de las que menos le deben porque yo casi no trabajé, a mis compañeros les deben mucho más dinero" (Md-Ch).

La sensación de inestabilidad es otra condición denunciada y que se encuentra vinculada a estas formas de contratación. En la experiencia por obra labor, que pesar de que al parecer brinda una sensación de mayor seguridad, genera inestabilidad dado que depende de la demanda del servicio. Según la experiencia de una de las personas entrevistadas:

"(...) el contrato obra labor es a demanda a necesidad de la identidad, entonces si la entidad necesita en estos momentos un refuerzo de diez personas se cubre, entonces tienen el refuerzo de diez personas y todo eso, pero si digamos ya no se necesitan esas diez personas termina el contrato y se liquida en base a lo que trabajó, se le paga la salud, la pensión en base de todo eso, todo lo de ley llamémoslo así, pero digamos si usted lleva seis meses, un año y le dicen muchas gracias por sus servicios, pues ahí se acaba todo (...) es inestable, en realidad no genera una estabilidad, digamos que es por pandemia" (Aux-Bog).

En contraste, quienes tienen una experiencia distinta en términos de su forma de vinculación, como la contratación directa, incluso a término fijo, manifiestan una sensación de mayor seguridad, bienestar, motivación y satisfacción con su empleador. En palabras de una de las personas entrevistadas:

"(...) pero lo ideal sí ha sido ahorita con la IPS porque, aunque es privada obviamente es diferente, me he sentido mejor acá en la IPS por las condiciones en las que estoy y el pago oportuno; porque a pesar de que en las otras he estado por cooperativa pues a veces si se han demorado en pagar, no todo se lo cubre, acá hasta el uniforme me lo dan, todo" (PS-Cho).



Otros temas afines como el de la jornada laboral, que si bien antes de la pandemia era un tema de preocupación, se vio incrementada durante la crisis, particularmente para quienes estuvieron en primera línea de atención: “(...) los horarios en salud son complejo es en realidad (...) ahorita que me siento en el paraíso, porque es que ¡uy! Yo llegué a tener turnos largos, turnos de 18 horas, 24 horas, pero no es que sea yo el único, esto es el pan de cada día en salud, hay médicos o jefes que pueden durar 48 horas en una institución, tengo conocimiento de eso” (Aux-Bog).

Al respecto una situación adicional durante la pandemia estuvo relacionada con las bajas de personal por contagio o sospecha y la imposibilidad de su reemplazo de manera oportuna asociadas a los procesos de contratación, pero también al tiempo necesario para desarrollar la inducción y capacitación:

“(...) para el primer pico pasó una cosa curiosa o lo que en mi experiencia fue que también nosotros nos empezamos a enfermar, pero llegamos a un punto en donde la mitad del personal se enfermó, entonces todo el mundo doblaba turnos, eso era doble turno, doble turno; entonces era complejo en ese sentido.” (Aux-Bog).

“(...) la contratación de personal adicional, lo que influía era de que el personal tenía que entrar a inducción, entonces son inducciones de una semana; entonces es complejo, sí, ahí contrataron, pero contrataron mal, pero pues mientras se hace el proceso, hacer la convocatoria, las entrevistas se iban esos 15 días 20 días por lo menos.” (Aux-Bog).

En los documentos consultados como en las entrevistas, la situación del personal de enfermería, tanto de profesionales como de auxiliares, resulta de especial atención, particularmente en situaciones de emergencia como la actual. Las bajas remuneraciones se constituyen en uno de los aspectos de mayor relevancia en relación con las condiciones de este personal esencial. Otros aspectos, como despidos y disminución de salarios, hacen parte también de los efectos de la pandemia asociadas a la disminución de ingresos de clínicas y hospitales (13):

“Eso a nivel de consolidación de

salarios, a nivel de enfermería me parece garrafal, para mí un auxiliar debería ganar por lo menos 1.500.000, para mí, y todavía lo siento bajito, pero pues. Tengo una amiga que es enfermera jefa, ella está en Barranquilla en estos momentos, y la enfermera jefa acá en Bogotá gana aproximadamente 2.500.000 - 2.200.000 que eso también son diez semestres más un rural, ¡Imagínese para salir a eso!” (Aux-Bog).

Hacia el trabajo digno

Ante el panorama presentando, las medidas de protección deberían dirigirse hacia la garantía de condiciones de empleo estables con jornadas adecuadas de trabajo salarios justos y pago oportuno. No obstante, lo primero que emerge desde las narrativas del personal de salud entrevistado y que coincide con pronunciamientos de las organizaciones de trabajadores de salud, tiene que ver con aquellas condiciones que aseguran la prestación del mejor servicio a la población, que si bien incluyen las condiciones de empleo del personal, las principales consideraciones envuelven una infraestructura que cumpla con los mínimos requerimientos para prestar un servicio decente, además de los insumos que permitan responder adecuadamente las necesidades de los pacientes y brindarles un servicios con calidad .

“(...) que haya una infraestructura adecuada, o sea que realmente haya un lugar donde uno pueda no solamente ahorita en la pandemia sino pueda dividir a los pacientes respiratorios y no respiratorios, que haya un buen consultorio, yo creo que las cosas mínimas en cuanto a infraestructura eso. Que haya todos los elementos de bioseguridad no solamente ahorita en la pandemia sino cuando no hay pandemia, no hay momentos de estas crisis, que estén los medicamentos que uno necesita para trabajar que uno tenga con qué trabajar” (Md-Ch).

“Yo pienso que unas condiciones de trabajo dignas implica mejorar nuestros recursos de la prestación de los servicios, tener herramientas técnicas, tener herramientas es decir que tengamos recursos para ofrecer medidas de diagnóstico, de evaluación del diagnóstico adecuado, oportuno, que nuestros espacios físicos sean más óptimos, que los salarios nuestro sean puntuales, que tengamos con qué trabajar, o sea como brindarle al



Yo pienso que unas condiciones de trabajo dignas implica mejorar nuestros recursos de la prestación de los servicios, tener herramientas técnicas, tener herramientas es decir que tengamos recursos para ofrecer medidas de diagnóstico, de evaluación del diagnóstico adecuado, oportuno, que nuestros espacios físicos sean más óptimos, que los salarios nuestro sean puntuales, que tengamos con qué trabajar, o sea como brindarle al usuario una atención integral (Ps-Ch).



usuario una atención integral, que el paciente se sienta atendido pero que además se le dé una respuesta oportuna a su problema de salud; que se fortalezcan los servicios de atención primaria, y que los recursos de atención secundaria sean adecuados óptimos y de primera” (Ps-Ch).

“(…) que tenga todos los implementos de trabajo, o sea desde ahí toca partir, porque si uno entra y ve esa falencia pues yo creo que uno dice no, esto no va, como que no nos va a ir bien, porque es que si yo no estoy cómoda, no tengo lo que necesito pues obviamente mi trabajo no va a ser el mismo, porque uno trata es de ayudar al usuario como trabajador social de gestión, pero si ni siquiera le gestionan a uno y no lo tienen unas muy buenas condiciones pues creo que tampoco podemos brindarles al usuario” (Ts-Ch).

De acuerdo con la revisión realizada, el gobierno nacional a través del MSPS anunció en el mes de agosto una serie de acuerdos con algunos sindicatos que incluyen el compromiso para presentar un proyecto de ley que formalice con un régimen especial a los trabajadores de la salud; asegure la dotación y recursos para equipos y ambulancias en los hospitales del país con el fin de *“poder avanzar y mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de la atención de servicios de salud”*. De la misma manera, se anunció la creación de unas mesas de trabajo con el fin de abordar el tema de la deuda de los hospitales públicos; analizar la posibilidad de centralizar pagos a trabajadores de la salud a través del Sistema General de Participaciones; y una tercera mesa enfocada en buscar mejoras que aseguren el trabajo digno en todas las entidades tanto públicas como privadas del sector (31).

La demanda central por parte de las organizaciones

de trabajadores de salud va mucho más allá de estos acuerdos y se traduce en un cambio al modelo de salud actual instaurado por La Ley 100 de 1993. Las organizaciones han trabajado conjuntamente a fin de ampliar el debate en el país sobre la posibilidad de un nuevo modelo de salud (21). Aunque se escapa del alcance de este análisis profundizar en este aspecto, el hundimiento del proyecto de Ley 010 en medio de las protestas que iniciaron en abril de 2021, amplió las posibilidades de una discusión pública sobre el tema. Dicha iniciativa, promovida por el gobierno, pretendía introducir reformas al sistema de salud, las cuales bajo la visión de los contradictores, por el contrario afianzaban el actual modelo y por tal motivo retrocedían aún más en cuanto a las garantías laborales.

Al respecto, otra de las necesidades planteadas es una mayor participación en distintos niveles, tanto en la toma de decisiones estructurales o a nivel de país, como en el territorio y en la organización de la prestación de los propios servicios de salud. Esta intención se ve reflejada en los testimonios como en las expresiones de las organizaciones de trabajadores que con insistencia hacen un llamado a ampliar los mecanismos y escenarios de participación, pero además han propuesto cambios en distintos niveles y promovido el debate amplio sobre las transformaciones al sistema de salud que consideran necesarias a fin mejorar las condiciones de los trabajadores de la salud y, en general, garantizar el derecho a la salud para toda la población (32,33).

“(…) se hablan con los gerentes, por ejemplo, de las IPS, ¿pero sí se verificó que los gerentes hicieran un buen uso de esas cosas? Yo creo que ese es el lugar donde hubo el error (…) somos los que estamos ahí el 24/7, que el gerente no va a estar, que



al gerente lo que le importa es que se siga atendiendo a los pacientes, ¿de qué manera? Y que muchas veces esos gerentes ni siquiera son del sector de la salud, uno que otro sí lo será y que al parecer se les olvida que son del sector de la salud porque siempre están bajo la gerencia, entonces hasta qué punto se está haciendo ese engranaje, además de dónde se toman esas medidas si no se habla con nosotros, si no se toma en cuenta el personal de salud”(Md-Ch).

Sobre el impacto en la vida personal y familiar: trabajo digno para una vida digna

En general, las medidas gubernamentales no abordaron de manera amplia y profunda el tema de los posibles impactos en la salud mental del personal sanitario, aunque el MSPS anunció un gran estudio sobre el impacto en salud mental de la pandemia en el talento humano en salud (34). Los efectos de la pandemia misma, de las medidas y de sus condiciones de trabajo previas impactaron en la salud emocional y física de muchos trabajadores, pero también la cotidianidad de su vida familiar. Fueron de diversa índole los cambios o decisiones que tuvieron que tomar de manera personal para proteger a su familia, las formas de enfrentar el miedo, la zozobra, la desesperanza y el impacto de la vivencia misma de la atención a la pandemia, así como de la experiencia en el acompañamiento y atención de los pacientes. Los sentimientos de dolor e impotencia son recurrentes en los testimonios, pero la vocación de servicio, el interés de ayudar y el bienestar de pacientes y familiares se constituyeron en las motivaciones principales para cumplir con su misión de cuidado durante la pandemia.

“(…) pues ya en estos momentos, yo vivía con mi hijo y mi mamá, y yo dije no, qué voy a hacer, ahorita empiezo a doblar turnos y pues él se fue con la mamá teniendo yo la custodia y todo, pero tocaba protegerlo, a mi mamá también” (Aux-Bog).

“(…) me motivaba era al menos poder hacer algo por mi gente, o sea por la gente de acá del Chocó; a veces uno se quedaba muy corto en poder hacer algo porque nosotros fuimos uno de los departamentos que no tenía camas UCI y que a nosotros nos tocó vivir mucho eso, a veces ni siquiera tener una mascarilla para ponerle al paciente, ni siquiera lo suficiente de urgencias mucho menos para llegar a UCI. Entonces, creo que eso me motivó, poder hacer algo,

trabajar en algo de lo que se pudiera para trabajar para mi gente” (Md-Ch).

A pesar del reconocimiento simbólico por parte de la ciudadanía, el estigma y la violencia también estuvieron presentes. Las expresiones de violencia se vincularon a información falsa que circuló en redes sociales, como el llamado “Cartel del COVID”, al miedo de la población al contacto con los trabajadores de salud, por considerarlos potenciales transmisores, y al contexto de violencia generalizada en ciertas zonas.

“(…) no, nos estigmatizaron terrible, a la primera compañera que salió con COVID, a ella la señalaron en la comunidad, ella tuvo que sacar sus hijos de Quibdó y mandarlos a un pueblo y cuando llegó al pueblo de ella los sacaron también, el estigma fue significativo, mate a un médico y haga patria,” (Ps-Ch).

Ante esto, las autoridades manifestaron su rechazo y anunciaron las investigaciones pertinentes. Si bien las medidas locales no se alcanzaron a explorar en este análisis, es posible que hayan experiencias que puedan contribuir a entender posibles alternativas para contrarrestar este tipo reacciones por parte de la comunidad hacia el personal de salud. En este aspecto, las medidas de protección también resultaron

insuficientes.

Los desafíos presentes y futuros

No resulta fácil plantear desafíos ante un panorama tan complejo que involucra dimensiones de distinta índole: las políticas laborales, la reflexión sobre el sistema de salud, las competencias de diversos actores, los niveles de desarrollo local, los anhelos, motivaciones y deseos de un actor fundamental para la sociedad como lo es el personal sanitario, los diversos intereses económicos, pero también los distintos esquemas de valores sobre el contrato social.

En opinión del personal entrevistado, los desafíos deben orientarse por un lado, en la comprensión de las necesidades locales y su realidad con honestidad, reconociendo sus avances y deficiencias, y plantear soluciones que transformen de fondo las situaciones problemáticas más no solo medidas coyunturales. Avanzar en una escala salarial equitativa y que

reconozca el valor de todo el personal de salud, es otro reto que plantean los entrevistados. También, dar cumplimiento a la normatividad ya existente que favorece la prestación de los servicios en condiciones dignas y de protección en una realidad como la actual, particularmente en lo que a condiciones de seguridad se refiere tanto de pacientes como de trabajadores.

“(…) significativos en todo este proceso es que, no se ha visto, no se han encontrado, no se han identificado las verdaderas necesidades del servicio y cómo adecuar e identificar las condiciones de salud en el Chocó, o sea yo pienso que en este momento se debería, se debería, tener claro cuáles son, cuáles son las condiciones de la prestación de los servicios en el Chocó.” (Ps-Ch).

“(…) los principales retos es que se hagan realidad las cosas plasmadas en el papel, porque el gobierno nacional puede decir hay una guía y hay unos mandatos y se debe hacer, pero si no se ve la realidad en la que vivimos el día a día, distintos municipios y departamentos que yo acá hablo del Chocó, pero hay muchos departamentos que no están bien; poder llevar a cabo todas esas cosas que dice el gobierno nacional pues no se hacen factibles simplemente porque las condiciones de base no lo permiten (...) pues ahora peor, ahora ponen las cosas así como dicen coloquialmente patas arriba, que es muy complejo de cumplir todas estas cosas que dice el gobierno nacional; el gobierno dice si se ha hecho, se ha hecho, se han hecho papeles, pero para llegar a lograrlo se necesita de algo, de algo más” (Md-Ch).

En relación con el principal factor de demanda, las condiciones laborales, el principal desafío se concentra en los acuerdos sobre los mecanismos necesarios para garantizar una vinculación laboral digna. Está claro que las actuales no lo son. La propuesta del gobierno es un camino. Los trabajadores plantearon otros durante

Agradecimientos

A los trabajadores de la salud que enriquecieron este análisis con el relato de sus vivencias.

la pandemia, como la creación de un planta única de personal o de plantas temporales, teniendo en cuenta la posible limitación de recursos financieros (21,22,33), así como investigar y castigar la corrupción, como un tema que sigue estando presente.

Los elementos esbozados en este análisis dan cuenta de la insuficiencia de las medidas adoptadas por el gobierno nacional a fin de garantizar la protección de los trabajadores de la salud desde la mirada de estos, expresada en las fuentes consultadas. Esta insuficiencia está relacionada, principalmente, con las características de las condiciones de empleo en el sector salud, las circunstancias de base de hospitales y clínicas, temas relacionados con el flujo de recursos en el sistema con impedimentos para el pago oportuno del personal de salud, así como la alta exigencia laboral y social durante la pandemia. En términos generales, puede afirmarse que los aspectos mencionados constituyen características de empleo precario de acuerdo a los elementos conceptuales asumidos en este análisis (35).

La pandemia ha afectado distintas dimensiones de la vida y el trabajo del personal de salud en Colombia. Muchos se vieron enfrentados a una mayor exposición con limitadas garantías de protección. Es necesario que los reconocimientos a este personal se conviertan en condiciones laborales y salariales dignas a través de un marco normativo que así lo favorezca. En el contexto de la actual emergencia, los trabajadores de la salud seguirán siendo los principales responsables del cuidado de la población, por lo que su seguridad, su salud y unas condiciones de vida digna tendrán que ser garantizadas como un aspecto ineludible para beneficiar la salud de toda la población.



Referencias

1. OPS/OMS. Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas. 02/09. 2020;2020:1-8.
2. Congreso de la república. Decreto 538 de 2020. 2020;1-24.
3. Ministerio de Salud de Colombia. Lineamientos para kit de elementos básicos de protección para personal de la salud ministerio de salud y protección social bogotá, junio de 2020. Junio. 2020;1:1-11.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1774 del 6 de octubre de 2020. 2020.
5. Ministerio de Trabajo. Decreto Legislativo Número 500 de 31 de marzo de 2020. 1967. p. 5-24.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1155 de 2020. 2020. p. 1-25.
7. El Gobierno Nacional, El Ministerio del Trabajo. Decreto Legislativo Número 488 Del 27 De Marzo De 2020. 2020;11.
8. Ministerio de salud y protección social. Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARV-CoV-2. Psss01. 2020;marzo 31(Versión 1):1-30.
9. Asociaciones del sector salud. Tercer Boletín monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad. Bogotá. Dc; 2020.
10. Castellanos J. Trabajadores de hospital en Chocó ganaron tutela para protegerse , pero nada cambia. El Espectador. 2020;1-10.
11. Fasecolda. Escasez mundial de elementos de protección. 2020.
12. Organización Mundial de la Salud. La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo. La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo. 2020. p. 1.
13. Redacción regionales. "Salvamos vidas, pero no nos pagan": trabajadores de salud. El Heraldo. 2020;1-10.
14. Estafany R. Hospital en valledupar debe más de 11.000 millones a sus empleados. El Tiempo. 2020;1-5.
15. Noticias MIS, Salud MDE, Cauca VDEL. Trabajadores de la salud protestan por atrasos en pago de salarios. El tiempo. 2021;1-5.
16. El Tiempo. EPS no les pagan a hospitales porque el Gobierno no les paga a ellas .:1-5.
17. Ministerio de de Salud y Protección Social. Minsalud explicó los pagos realizados al Talento Humano en Salud. 2020.
18. ASCOFI, COLFI ASCOFAFI A. Oficio desde las asociaciones gremiales de fisioterapia. 2020.
19. Consejo de Estado. Sala plena de lo contencioso administrativo. Sala once especial de decisión. Control inmediato de legalidad de la Resolución No . 1774 de 6 de octubre d. 2021. p. 1-42.
20. Reinaldo L, Restrepo F, Nacional G, Cient S, Nacional G, Baquero R, et al. 35% de los trabajadores de la Salud en Colombia no recibió el Bono-Covid» 26. ASMEDAS. 2021. p. 1-6.
21. Contreras P, Moreno J, Gomez A, Baquero R. Gremios médicos piden a Gobierno nacional cambios estructurales en el sistema de salud. ASMEDAS, Antioquia. 2021. p. 1-8.
22. ASMEDAS. Deben iniciarse procesos disciplinarios contra contrataciones laborales ilegales en sector salud. 2021.
23. Velásquez C, Rico G, Vargas C, Gonzalez D. Crata al presidente de la República-protección al talento humano en enfermería. ANEC. 2020.
24. Corte Constitucional. Sentencia C-313-2014. Vol. 3. 2015. p. 59-78.
25. Procuraduría General de la Nación. Procurador pidió vincular al personal de la salud en condiciones dignas , decentes y de estabilidad laboral. PGN. 2021. p. 21-3.
26. Fedesarrollo. Evolución de la figura de tercerización en Colombia. Infomre mensual del mercado laboral; 2017. p. 0-107.
27. Patiño D. El verdadero homenaje al sector salud: cambiar la forma de contratación. 2021. p. 1-5.
28. Ministerio de Trabajo. Decreto 36 del 12 de enero de 2016. Una nueva perspectiva teórica de la bibliometría basada en su dimensión histórica y sus referentes temporales. 2016. p. 1-10.
29. Corte Suprema de Justicia. Sala de casación Laboral. SL3086-2021. 2021.
30. Revista semana. ¿Por qué se están quebrando los hospitales? Revista semana. 2020.
31. Redacción El Heraldo. " Se creará mesa para centralizar pagos a trabajadores de la salud ": minsalud. El Heraldo. 2021. p. 1-6.
32. Varios. Pacto nacional de unidad por la salud y la vida de todos los colombianos y las colombianas. 2020. p. 1-12.
33. ASMEDAS. Conozca el Pliego Nacional Estatal. 2021. p. 1-9.
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud adelanta estudio sobre impacto de la pandemia en trabajadores de la salud. Boletín Prensa No 3790 2021. 2021;2-3.
35. Benach J, Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdades en salud una visión global. Rev Esp Salud Publica. 2010;84(6):861-861.