

El ejercicio de la profesión médica en Colombia (1990-2013): entre el mercado, la profesión y la ley.

Proceso de producción de conocimiento: resultado de investigación finalizada.

Grupo de trabajo: GT19 – Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población.

Mauricio Lenis Gómez

Resumen:

Las transformaciones en el ejercicio de la profesión médica en Colombia en la década de los noventa fueron el resultado de una combinación de diversos factores sociales, científicos y legales. A algunos de dichos cambios los médicos se resistieron conforme a su cultura laboral. La medicina es una profesión con una tradición, una historia y una trayectoria que están regidas por un conjunto de valores, de principios y de reglas. El conjunto de prácticas sociales que se vincularon al ejercicio de la profesión médica, constituyó una cultura laboral definida. Los cambios en una cultura laboral no suceden sólo por efecto de una ley; aquellos pueden darse por otras razones diferentes al factor legal, como cambios sociales, culturales o científicos.

Palabras claves: profesión médica, mercado, ley

Introducción

En esta ponencia se presenta el resultado de una investigación realizada sobre las transformaciones en el ejercicio de la profesión médica en Colombia. En ella se reflexiona sobre los cambios y continuidades en el ejercicio de la profesión médica en Colombia durante las últimas décadas, así como las respuestas individuales y colectivas de los médicos frente a las reformas al sistema de salud en la década de los noventa. Asimismo, se reflexiona sobre los significados que estas reformas tuvieron para los médicos y las diferentes maneras en las que ellos las asumieron. El estudio se apoyó en gran medida en entrevistas realizadas a un considerable grupo de médicos colombianos.

Las transformaciones en el campo de la medicina en la década de los noventa y la implantación de reformas al sistema de salud colombiano fueron una oportunidad para realizar un trabajo de contexto sobre el ejercicio de la profesión médica en Colombia; trabajo que se inscribe en el debate de la sociología jurídica al abordar la relación profesión-ley. En este trabajo con enfoque sociojurídico, la ley o norma o disposición jurídica es abordada como un producto social, cuyos procesos de creación, implementación y aplicación están relacionados con diferentes procesos sociales, relaciones de poder, y acciones de diversos actores sociales; quienes desarrollan diferentes estrategias para incidir en su definición, y pueden orientar sus acciones conforme a las normas, resistirse a ellas o pretender modificarlas. La norma jurídica es abordada en sus contextos de producción y de funcionamiento, es decir, bajo la consideración de los principales aspectos de tipo social, económico, cultural, o político que dan cuenta de la realidad para la cual se regula jurídicamente. Este enfoque permite revisar desde una perspectiva histórica toda una serie de cambios surgidos en el campo de la salud, los cuales incluyen la promulgación de normas jurídicas que pudieron cambiar el sentido de la noción de salud, o incidir en la transformación de la profesión médica.

En la década de los noventa en Colombia se implementaron varias reformas al sistema de salud. Si bien dichas reformas pretendieron mejorar la salud de la población o de algunos sectores de ella, por razones culturales, sociales, económicas o políticas los logros de las reformas fueron o han sido

parciales; y su implementación generó un gran malestar en un sector del gremio médico, el cual se opuso a aquellas. Esto a su vez generó múltiples discursos alrededor de la ley 100 de 1993. Para este sector, dicha ley incidió negativamente en el ejercicio de su profesión. Las percepciones más comunes son aquellas que tienen relación con¹: a) la mercantilización de la salud; b) el fin de la práctica privada de la profesión; c) la pérdida de la autonomía en el ejercicio profesional; d) la transformación de la relación médico-paciente, que ha llevado a que se pierda el lado humanista de la profesión; e) la mayor regulación o burocratización de la práctica médica; f) el fraccionamiento de la atención médica; y g) el deterioro de las condiciones de trabajo y de los ingresos profesionales. Por supuesto, se trató de cambios que los médicos experimentaron en su ejercicio profesional en la década de los noventa.

La hipótesis que orientó la investigación es que las transformaciones en el ejercicio de la profesión médica en Colombia en la década de los noventa fueron el resultado de una combinación de diversos factores sociales, científicos y legales. A algunos de dichos cambios los médicos se resistieron conforme a su cultura laboral. La medicina es una profesión con una tradición, una historia y una trayectoria que están regidas por un conjunto de valores, de principios y de reglas. Ser médico representó en el pasado, y aún representa, todo un conjunto de valores que le han dado un rol social específico privilegiado a la profesión. El conjunto de prácticas sociales que se vincularon al ejercicio de la profesión médica, constituyó una cultura laboral definida en la que se generaron procesos de apropiación y representaciones propias del contexto específico colombiano. Por otra parte, los cambios en una cultura laboral no suceden sólo por efecto de una ley; aquellos pueden darse por otras razones diferentes al factor legal, como cambios sociales, culturales o científicos. Las prácticas médicas tienen por tanto su propia trayectoria y si bien una ley puede introducir cambios legales (nuevos y diferentes derechos y obligaciones), los médicos tienen la posibilidad de cambiar sus propias prácticas, pueden resistirse a dichos cambios o pueden moldearlos; por lo que las prácticas médicas pueden modificarse, o no; o pueden modificarse pero conservar los mismos significados. La interacción con la norma y la realidad está mediada por los individuos y por tanto los efectos de la ley se pueden filtrar a través de las prácticas sociales. Dichas prácticas pueden magnificar los efectos de la ley o los pueden desviar.

La investigación se apartó del lugar común en las percepciones de los médicos que asociaron las transformaciones en el ejercicio de la profesión médica principalmente con la ley 100 de 1993, y abordó las siguientes preguntas: ¿cuáles son los cambios o las continuidades en el ejercicio de la profesión en Colombia, a partir de la expedición de la ley 100 de 1993? ¿la ley 100 de 1993 fue la causa principal de los cambios en el ejercicio de la profesión en Colombia?

Las anteriores preguntas fueron abordadas desde la noción de cultura laboral desarrollada por Luis Reygadas (2002). Bajo esta noción, el trabajo es una acción dotada de significados, que se ejerce en el contexto de relaciones e instituciones y en la que se expresan valores y visiones del mundo. Para él, una cultura laboral es la generación, actualización y transformación de formas simbólicas en la actividad laboral; la cultura en tanto que proceso de generación, transmisión y apropiación de significados, en contextos históricos y sociales específicos, incide en la manera en que los sujetos perciben su trabajo, desarrollan sus actividades y se relacionan con otros sujetos en el trabajo; por eso tiene una eficacia laboral. Esto implica indagar por la dimensión simbólica del trabajo, por la actividad simbólica que realizan los agentes productivos durante el trabajo, en la cual ponen en juegos maneras de ver, de valorar y de sentir lo que han aprendido dentro y fuera del marco laboral y que condiciona la manera en que ejercen su trabajo. También el trabajo genera procesos significativos y la manera en que se desarrolla la actividad laboral repercute sobre la cultura; por eso tiene una eficacia simbólica, esto es, analizar la forma en que incide en la transformación cultural de la sociedad y los significados que emergen a otras esferas de la vida. Un aspecto importante en la relación entre trabajo y cultura es

¹ Algunos de estas inconformidades de los médicos fueron registrados por el diario El tiempo, en noticias que tituló así: “Los médicos deben ser tenidos en cuenta. La reforma no contó con todos.” (11 de febrero de 1993); “Los médicos: ¿de espaldas al cambio? (1 de febrero de 1999); “Médicos piden vuelco en salud” (17 de febrero de 1999).

entender la creación y apropiación de formas simbólicas en este, como un proceso en el que los agentes actualizan su cultura en contextos y realidades de poder específicos, en medio de procesos de conflictos y negociaciones que ocurren en las interacciones de los sujetos en el proceso.

Asimismo, por tratarse del análisis de la cultural laboral de una profesión se revisaron los estudios sociológicos sobre las profesiones con el fin de identificar algunos aspectos relacionados con la forma en que se organizan y se transforman las profesiones. La relación entre aquellos aspectos claves en la profesionalización y la transformación de la medicina y la noción de cultura laboral permite una mejor comprensión de los desarrollos institucionales y jurídicos de la medicina en Colombia, de sus efectos en las prácticas y las formas de organización laboral de la profesión, y de los significados que tuvieron o tienen para los médicos.

Por práctica médica² o acto médico, se entiende las actividades propias que realiza la profesión; el conjunto de acciones orientadas al cuidado y la recuperación de la salud individual, o a la promoción, conservación y mejoramiento de la salud colectiva. Se materializa a través de la relación que el médico establece con un paciente. En esta relación se consideran aspectos como el tiempo para la consulta médica; el manejo de la historia clínica; la prescripción de exámenes, tratamientos, medicamentos, y de procedimientos quirúrgicos; la autonomía para ejercer dichos actos; y la ética médica. Por otra parte, la práctica médica puede ser privada o independiente; institucionalizada, pública o privada; sindicalizada; especializada; corresponder a un ejercicio de alta complejidad; o mixta. Estos tipos de práctica médica son complementarios y no excluyentes entre sí.

En lo que sigue haré un balance del ejercicio de la profesión médica en Colombia a 1990. Posteriormente me referiré a los cambios en el sector de la salud y a los principales aspectos que influyeron en la transformación del ejercicio de la profesión médica en Colombia entre 1990 y 2013. Finalmente, presentaré algunas conclusiones generales.

El ejercicio de la profesión médica en Colombia: balance a 1990.

Durante las primeras décadas del siglo XX las relaciones Estado-profesión-sociedad fueron importantes para el proceso de profesionalización de la medicina. El Estado intervino en dicho proceso legitimando la educación superior, concediendo estatus a la profesión y dando crédito a la ideología profesional, apoyo que se basó en el interés que tenía el Estado en la contribución de la medicina a la solución de los problemas de higiene e ingreso del país a la economía mundial. Las relaciones Estado-profesión se establecieron inicialmente a través de la Academia Nacional de Medicina, en 1890, y fueron fortalecidas durante el siglo XX a través de otras asociaciones médicas tales como la Federación Médica Colombiana, en 1935; la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en 1956; y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, en 1959. La sindicalización de la profesión, con la creación de la Asociación Médica Sindical en 1953, implicó el surgimiento de una nueva ideología en la cultura de la profesión médica (Trice, 1993): el sindicalismo. Por su parte, la relación que la profesión médica, a través de ASCOFAME, estableció con el Estado en la década de los sesenta fue fundamental para el proceso de profesionalización de la medicina, el cual llegó a su mejor momento al establecerse el predominio de la medicina alopática sobre la homeopática. Aquella relación también les permitió a los médicos tener una importante participación en la configuración de los servicios de salud y en la regulación de su profesión.

Por otra parte, la profesionalización de la medicina facilitó la inserción de los médicos en las instituciones hospitalarias y en diferentes cargos del Estado. La universidad, el Estado y las instituciones hospitalarias fueron las principales fuentes de estatus profesional durante el siglo XX. De

² La práctica médica se refiere al ejercicio de la medicina tradicional occidental en las zonas urbanas.

otro lado, el trabajo de los médicos también incidió en la cultura de la sociedad. Algunas de sus contribuciones fueron la inserción en la sociedad de diferentes discursos y prácticas de higiene, su apoyo al proceso de inserción del país en la economía mundial, la difusión de la medicina científica, la transformación del hospital conforme a criterios científicos, la secularización de la atención médica, y el mejoramiento de los servicios de salud.

La regulación jurídica de la profesión fue un mecanismo que utilizaron los médicos para fortalecerse en el campo de la salud y para ganar terreno frente a otros actores que tenían conocimientos empíricos de la medicina y que competían con ellos en la prestación de servicios de salud a la población. A través de la regulación jurídica de la profesión, el Estado medió en dicha disputa hasta restringir y posteriormente excluir a los competidores de los médicos en la prestación de los servicios de salud a la población, principalmente en las zonas urbanas. Dicha intervención del Estado también estuvo mediada por la presión de algunos sectores de la sociedad que deseaban el mejoramiento de la prestación de los servicios y el desarrollo de la medicina conforme a criterios científicos.

Durante el siglo XX la práctica médica en Colombia pasó de ser ejercida en un país rural, con una economía agrícola, con una precaria institucionalidad e infraestructura hospitalaria, fundamentarse en la medicina europea, estar influenciada por la religión y diferentes prejuicios sociales, ser desarrollada artesanalmente, de manera independiente, en las residencias de los pacientes o en los consultorios de los médicos o en los hospitales de caridad, y con una escasa regulación de las relaciones laborales, a ser ejercida en un país en desarrollo, en una economía de mercado, en varios subsectores de salud, con una institucionalidad fuerte, con el apoyo de una gran variedad de recursos tecnológicos, fundamentarse en los avances de la medicina en el mundo y en el país, y a practicarse principalmente en instituciones hospitalarias complejas, y con un marco regulatorio más amplio de las relaciones de trabajo. Durante todo este período, a pesar de que hubo una recepción permanente de diferentes discursos científicos, la formación y la práctica médica fueron esencialmente curativas.

El ejercicio de la profesión médica en Colombia, al igual que en otros países, se configuró en torno al ejercicio privado de la profesión. Este tipo de ejercicio fue el predominante durante todo el siglo XX; se prestó principalmente a la población pudiente de la sociedad, significó tener pacientes e ingresos directos y un control sobre el acto médico, y fue desarrollada en la residencia de los pacientes, en los consultorios médicos y en los hospitales privados. Esta práctica fue la predominante durante el siglo XX y se fortaleció al tiempo que los médicos avanzaban en su proceso de profesionalización. Durante gran parte del siglo, el médico general tuvo un importante espacio para el ejercicio privado de la profesión en su consultorio privado, así como el especialista. En general, no hubo grandes diferencias en los honorarios por especialidades médicas.

La transformación de los hospitales conforme a criterios científicos y el desarrollo de la infraestructura hospitalaria pública y privada, y posteriormente de instituciones de seguridad social que entre razones, fueron creadas con el fin de modernizar el sector hospitalario, implicó el surgimiento de la práctica médica institucionalizada, pública y privada. La práctica en el sector público se dirigió principalmente a la población pobre y rural, y la que se ejercía en instituciones de seguridad social se proporcionó a la población trabajadora. La práctica en el sector público y en las instituciones de seguridad social significó para los médicos tener un trabajo estable, garantizar la afiliación al sistema de seguridad social y tener otros tipos de pacientes y de ingresos profesionales; en el sector privado, significó la posibilidad de aumentar los ingresos profesionales. La sindicalización de la profesión y la institucionalización de la formación de las especialidades médicas en el país introdujeron nuevos significados a la práctica médica. En el primer caso, implicó el mejoramiento de las condiciones laborales para los médicos con práctica médica institucionalizada que ejercieron el derecho de asociación. En el segundo, la especialización implicó, y sigue implicando un mayor estatus profesional y social y el mejoramiento de los ingresos profesionales. Por su parte, el surgimiento de instituciones

hospitalarias de alta complejidad implicó otro tipo de práctica médica, la cual tuvo los mismos significados que la práctica médica privada. En aquellas instituciones hospitalarias, a pesar de que el acto médico también estaba mediado por una institución, los médicos sienten que su autonomía profesional no está limitada.

La relación médico paciente en las diferentes prácticas dependió del tipo de usuario de los servicios de salud y de su condición socioeconómica. En el ejercicio privado de la profesión y en la práctica privada hubo una mayor participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. En los hospitales públicos y en las instituciones de seguridad social dicha relación fue menos fluida, entre otras razones por el alto número de usuarios que limitaron el tiempo que el médico podía dedicarle a cada paciente. En general, en todos los tipos de prácticas médicas los médicos ejercieron su profesión con una relativa autonomía porque no había mayores controles al acto médico; tuvieron libertad para la prescripción de exámenes, de tratamientos y de medicamentos que consideraban necesarios para sus pacientes. Los procedimientos quirúrgicos variaron en atención a la capacidad técnica de las instituciones.

Las condiciones laborales en las prácticas médicas institucionalizadas dependieron del tipo de práctica médica, por lo que hubo diferencias en las formas de vinculación y de remuneración. Las principales formas contractuales de vinculación en el sector público fueron el nombramiento y el contrato de prestación de servicios. Las formas de remuneración más comunes fueron el salario fijo, el pago por evento y el pago por horas-mes. Por lo general, los ingresos en los hospitales públicos y en instituciones de seguridad social fueron bajos, aunque fueron mejorados a través de la negociación colectiva. En algunas de las anteriores instituciones no se hacían exigencias al médico en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones contractuales, por lo que se generaron algunas prácticas inadecuadas, como no trabajar el número total de horas contratadas u horas de la jornada de trabajo. En el sector privado, las principales formas contractuales de vinculación fueron el contrato de trabajo y el contrato de prestación de servicios. En estas instituciones los médicos devengaron ingresos más altos. Algunos médicos estuvieron satisfechos con un solo trabajo; sin embargo, fue común que los médicos tuvieran varios trabajos para mejorar sus ingresos. En las instituciones hospitalarias de alta complejidad, la vinculación de los médicos por lo general se hizo a través de contratos de prestación de servicios o de diferentes figuras comerciales como la oferta mercantil, y las formas de retribución correspondieron a un porcentaje de los servicios realizados por el médico. En este tipo de práctica, aunque los médicos realizan actividades misionales de las instituciones, la mayoría se sienten trabajadores independientes.

Por último, los médicos fueron importantes prestadores de los servicios de salud durante buena parte del siglo XX a raíz de dos características que tuvo la prestación de dichos servicios en el país. La primera de ellas tuvo relación con la segmentación en la organización y prestación de los servicios de salud. Dicha segmentación implicó la configuración de tres subsectores claramente diferenciados: público, para la población pobre y rural; seguridad social, para la población trabajadora, y privado, para la atención médica de la población con capacidad financiera y otras prácticas curativas. Estos subsectores tuvieron poca relación entre sí durante el siglo XX, a pesar de los cambios institucionales que se realizaron tendientes a su integración. Las deficiencias en la cobertura y en la calidad de los servicios en los subsectores público y de seguridad social estimularon el ejercicio privado de la profesión.

Otra característica de la salud en el país, fueron los continuos problemas con la organización y administración de los hospitales públicos y algunos privados que recibían recursos del Estado por brindar atención médica a la población pobre. Los siguientes fueron problemas recurrentes en relación con dichos hospitales durante el siglo XX: la centralización o la descentralización en el manejo de los hospitales, la deficiencia en la administración hospitalaria, la falta de personal médico calificado, y la financiación de los hospitales, la cual se hacía a través de presupuestos históricos. Asimismo, las características de los hospitales públicos no fueron similares; algunos tenían equipos adecuados para el

diagnóstico y ayudas terapéuticas, personal calificado, administración adecuada y recursos suficientes para su funcionamiento. Los hospitales universitarios eran las instituciones con mayor desarrollo tecnológico. Por lo general fueron hospitales con carácter público. Los usuarios de los servicios de estos eran personas pobres ubicados en diferentes regiones del país y en las que no siempre había adecuadas condiciones para acceder a los servicios de salud, sin trabajo estable, y con enfermedades asociadas a sus condiciones socioeconómicas. Por esto, dichos centros asistenciales se caracterizaron por ser de caridad o de beneficencia.

Sin embargo, las anteriores particularidades no se constituyeron patrones en el sector hospitalario. Los hospitales privados, se diferenciaron de los anteriores hospitales, porque contaron con mejores recursos técnicos para la atención médica, gestión administrativa eficiente, recurso humano en salud calificado y con financiamiento garantizado por la oferta de sus servicios; aunque algunos hospitales privados recibieron recursos del Estado porque prestaban atención médica a la población pobre del país. Sus usuarios frecuentes ha sido la población con capacidad económica, con fácil accesibilidad a los servicios, con enfermedades que dependen de factores como la edad, el envejecimiento, o las condiciones de vida. Algunas instituciones hospitalarias privadas surgieron con donaciones de las clases altas de la sociedad y tenían o tienen el carácter de fundaciones sin ánimo de lucro. Otras, por el contrario, surgieron como instituciones privadas con ánimo de lucro. A diferencia de los hospitales públicos, los privados no tuvieron grandes controles del Estado y en ocasiones fue difícil vincularlos con los planes o programas del Ministerio de Salud Pública.

En el anterior contexto de organización segmentada de los servicios de salud en el país, y las dificultades en el sector prestador de servicios de salud público y privado financiado por el Estado, los médicos fueron importantes prestadores de los servicios de salud. De hecho, el mercado de los servicios médicos tenía dos sistemas: uno controlado por el Estado, para la población pobre y rural, y los trabajadores de los sectores público y privado; y el otro, controlado por los médicos a través del ejercicio privado de la profesión y las instituciones privadas.

Los cambios en el sector de la salud en la década de los noventa

A mediados de la década de los setenta en Colombia se comenzó a implementar un modelo económico de apertura hacia el mercado externo, el cual llevó a la reestructuración del Estado, con el fin de modernizarlo y mejorar su capacidad de gestión pública, y a la realización de reformas para transformar, flexibilizar o desregular algunos sectores como el financiero, el tributario, el laboral y la seguridad social (Bonilla, 2006). En consecuencia, se redujo el tamaño del Estado (fusión, liquidación o reestructuración de entidades), su intervención en materia económica, y se fomentó la participación del sector privado en la prestación de algunos servicios públicos y la libre competencia económica³. En el contexto político, la reforma constitucional de 1986 introdujo la descentralización política y administrativa del país, la cual modificó las relaciones y las responsabilidades entre el Estado y los entes territoriales en la prestación de los servicios públicos. Con base en dicha reforma se expidió el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios (decreto 77 de 1987), que asignó a aquellos la responsabilidad en la prestación de los servicios públicos de agua potable y saneamiento ambiental, y la educación y la salud en el primer nivel de atención médica. En estos contextos, a inicios de la década de los noventa se llevaron a cabo varias reformas estructurales en diferentes sectores, entre ellos el de la salud. Estos cambios posibilitaron la intervención del sector privado en la administración

³ Si bien dichas reformas contribuyeron a mejorar los indicadores macroeconómicos sus efectos en materia social no fueron satisfactorios (Sarmiento, 1996; Rodríguez, 2005; Bonilla, 2007). Algunas evidencias de ello fueron la continuidad en la ineficiencia y la calidad en la prestación de algunos servicios públicos y las prácticas de monopolio en algunos de ellos; en materia laboral, el leve descenso de las tasas de desempleo, el aumento del subempleo, y la disminución de beneficios laborales de los trabajadores del sector formal.

de los servicios de salud y ampliaron su participación como prestadores de dichos servicios; asimismo, establecieron un mayor control sobre dicho sector y estimularon la competencia entre todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En la década de los noventa el sector de la salud a escala mundial se transformó, a raíz del avance científico y tecnológico en el campo de la medicina, y las reformas que se implantaron a los sistemas de salud de varios países. En el primer caso, dichos avances contribuyeron al desarrollo de nuevas metodologías asistenciales, de diagnóstico y de tratamiento. Uno de los ejemplos más importantes se evidencia en la cirugía; ésta antes de los años noventa se basaba en la habilidad manual del cirujano; con el desarrollo de la laparoscopia, dicha habilidad se transformó en el manejo de algunos aparatos en las intervenciones quirúrgicas. También el fortalecimiento de las unidades de cuidado intensivo y de urgencias, que ponen a disposición del paciente mejores herramientas para el restablecimiento de su salud. Asimismo, el desarrollo de las especialidades médicas como la genética, que ha tenido progresos importantes en la identificación de los genes causantes de muchas enfermedades; o la neurología y la bioquímica que han avanzado en la comprensión orgánica del cerebro y en el desarrollo de drogas para tratar enfermedades mentales o la modificación del comportamiento.

Si bien dicho desarrollo científico y tecnológico ha contribuido al mejoramiento de la salud de la población, también ha tenido efectos paradójicos sobre la medicina y sobre la práctica médica. En primer lugar, han propiciado un mayor desarrollo de la industria y de la mercantilización de la salud, que se ha traducido en un incremento en los costos de la atención médica y de los medicamentos. En segundo, también han privilegiado la reafirmación del discurso científico positivista en la medicina, que se fundamenta en una visión orgánica y medicalizada de la enfermedad, frente a otros discursos científicos que la sitúan en relación con los contextos sociales o culturales del individuo, como la psiquiatría psicoanalítica. En tercer lugar, han generado una mayor especialización y subespecialización del conocimiento, lo que a su vez ha producido conflictos entre los médicos generales, los especialistas y los subespecialistas por el control de determinados actos médicos. Dichos conflictos imponen a la profesión médica el reto de autoregular sus prácticas a través de las sociedades científicas; la ausencia o la deficiencia de dicha autorregulación pueden propiciar la intervención del Estado a través de la regulación de las especialidades médicas. Por último, el mayor uso de la tecnología en el diagnóstico de las enfermedades puede debilitar el método semiológico en la práctica médica, eje central de la misma y símbolo de la medicina moderna.

Por su parte, las reformas a los sistemas de salud que se llevaron a cabo en varios países desde finales de la década de los ochenta y principios de los años noventa, como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, racionalizaron la provisión de los servicios de salud, proveyeron nuevos mecanismos para su financiación y ampliaron la participación de otros actores (administradores y prestadores) en el sector de la salud. Dichas reformas obedecieron, en parte, a la complejidad que habían adquirido los servicios de salud y al incremento en los costos de la atención médica y de los medicamentos.

En Colombia, desde finales de la década de los ochenta se empezó a discutir sobre la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud⁴, SNS, con el fin de corregir sus problemas acumulados⁵ y algunos emergentes como el incremento de los costos de la atención médica y la financiación de la salud, que estaban teniendo un alto impacto en la economía del país. Los problemas acumulados tuvieron relación principalmente con la segmentación en la organización de los servicios de salud, la cual generó políticas sanitarias diferenciadas dependiendo de la identificación de la población en riesgo

⁴ Proyectos de ley No. 154 de 1987, 147 de 1988, 120 y 153 de 1989, y 66 y 91 de 1990. Estos dos últimos proyectos establecían originalmente una reforma al Sistema Nacional de Salud y al régimen laboral. Finalmente sólo modificaron el régimen laboral (ley 50 de 1990).

⁵ Ministerio de Salud Pública y Departamento Nacional de Planeación, 1990; Sarmiento, 1990; Volmar y Giraldo, 1990; debates del proyecto de ley que dio origen a la ley 10 de 1990.

(Arévalo, Ciro y Gutiérrez, 2006); y el surgimiento de tres subsectores claramente diferenciados en cuanto a dirección, financiación, usuarios y objetivos: público, para la población pobre y rural; privado, para la población con capacidad financiera, y seguridad social, para la población trabajadora. Además, dichos sistemas tenían problemas de cobertura, calidad y equidad en la prestación de los servicios de salud. Por otra parte, durante gran parte del siglo XX fueron constantes los problemas relacionados con la administración y el financiamiento de los hospitales públicos y algunos privados que recibían recursos del Estado por brindar atención médica a la población pobre.

Los anteriores debates en torno a la salud impulsaron dos ajustes institucionales en dicho sector en la década de los noventa en Colombia; principalmente a través de las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993. La primera disposición jurídica reformó el SNS e implementó en el sector de la salud la descentralización política y administrativa establecida en la reforma constitucional de 1986. La ley 100 de 1993, por su parte, estableció una nueva organización y prestación para los servicios de salud, con el fin de mejorar la cobertura, la calidad, y la equidad de dichos servicios. Esta última ley creó el Sistema de Seguridad Social Integral, SSSI, el cual está compuesto de tres subsistemas: Subsistema general de seguridad social en salud (SGSSS), Subsistema General de Pensiones y Subsistema General de Riesgos profesionales; estableció el aseguramiento, a través de las Empresas Promotoras de Salud, EPS, como la forma para acceder a los servicios de salud; fijó un plan de beneficios en salud para los afiliados al sistema; estableció la separación de la administración financiera de los servicios de salud de la atención médica; fortaleció los sistemas de información y de calidad, así como la auditoría médica; y proveyó otros mecanismos de financiación de la salud.

Ambas reformas tuvieron por finalidad resolver varios de los problemas acumulados del SNS y su financiación, y tuvieron principios y algunas características comunes: la descentralización de la salud, con el Estado como director del sistema y con facultades para fijar todas las normas científico-administrativas para la prestación de los servicios de salud; el establecimiento de la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual se regía, entre otros, por el principio de universalidad, es decir un derecho para todos los habitantes del territorio nacional; la participación de la comunidad en la dirección del sistema de salud; la solidaridad en el sistema; la modificación del concepto de sistema de salud, el cual no se entendió sólo como una articulación administrativa y técnica de la red hospitalaria, sino también como el conjunto de factores que inciden en la salud, tales como sociales, biológicos y ambientales, y que comprende, además, los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud; el fortalecimiento de la medicina preventiva como una forma de reducir los costos de la atención médica; la prestación de los servicios de salud por niveles de atención; la prestación obligatoria de los servicios de urgencias en todos los hospitales públicos o privados sin tener en cuenta la situación socioeconómica del usuario, y el diseño de nuevos mecanismos para la financiación de la salud. En materia laboral, entre otros aspectos, se crearon fondos para el alivio de la obligación prestacional a cargo de los hospitales públicos, y se prohibió a las entidades asumir directamente prestaciones sociales y económicas cubiertas por los fondos de cesantías o entidades de seguridad social. Asimismo, se establecieron mecanismos para homogeneizar los salarios de los trabajadores de la salud. La ley 100 de 1993, en particular, estableció estímulos salariales y no salariales para los trabajadores del sector privado de la salud y un programa de nivelación salarial para los trabajadores del sector público.

Las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993 también tuvieron otras dos características comunes relevantes en la reorganización de los servicios de salud. En primer lugar, la adopción de medidas para darle a los hospitales autonomía administrativa y financiera, y para fomentar la competencia entre dichas entidades. Dichas reformas reordenaron el sector prestador de los servicios de salud para que sólo las entidades que demostraran capacidad administrativa, financiera y científico-técnica pudieran obtener la autorización para prestar servicios de salud. En ellas también se adoptaron medidas tendientes a mejorar la administración hospitalaria, en especial la pública, y se diseñaron mecanismos

para que las entidades privadas fueran responsables de sus acciones en salud, modernizaran sus relaciones con el Estado y se sometieran a las regulaciones técnico-científicas y tarifarias; control que se extendió a las empresas de medicina prepagada (decretos 800 de 1992 y 1570 de 1993). En relación con la financiación de los hospitales, una de las medidas adoptadas fue la supresión de los auxilios estatales y la introducción de la contratación y la facturación para la prestación de servicios de salud. Esta medida fue promovida por algunas entidades del sector hospitalario con el fin de eliminar los presupuestos históricos y obtener independencia financiera del Estado.

Sin embargo, aunque ambas reformas tuvieron fines similares se encuadraron en modelos de Estado diferentes, por lo que sus alcances también lo fueron. Entre la reforma de la ley 10 de 1990 y la de la ley 100 de 1993 se expidió la Constitución Política de 1991, en adelante CP. Esta implicó una transformación del Estado y del derecho. Por ello las reformas al sistema de salud colombiano introducidas por la ley 10 de 1990 y la ley 100 de 1993, aunque tienen objetivos similares, no son comparables en cuanto a los mecanismos para garantizar los derechos en ellas contenidas. Por ejemplo, para desarrollar la universalidad, la ley 100 de 1993 estableció la seguridad social como un derecho irrenunciable, la obligatoriedad de la afiliación al SSSI, la cobertura familiar, y el subsidio directo a los pobres.

En la CP el Estado se definió como un Estado Social de Derecho, esto es, un Estado comprometido con la garantía y protección de los derechos sociales, económicos y culturales de sus ciudadanos, que acepta la atribución de un carácter subjetivo a los derechos sociales y la protección judicial de dichos derechos (Quintero, 2011); uno de esos mecanismos es la acción de tutela. La expedición de la mencionada entidad implicó asimismo, un cambio en el sistema de fuentes en el ordenamiento jurídico y en la aplicación del derecho; no sólo se estableció la supremacía de la Constitución Política sobre cualquier otra disposición jurídica, sino que también se reconoció una mayor relevancia a la jurisprudencia como fuente del derecho. También en la CP se estableció que la seguridad social y la salud son servicios públicos a cargo del Estado, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y los cuales pueden ser prestados por los particulares en los términos que defina la ley (artículos 48 y 49), y se consagró la salud como un derecho constitucional. El establecimiento de la salud como un servicio público⁶ significó que ésta se entienda como un servicio de utilidad común bajo la dirección y vigilancia del Estado, independientemente del sector que lo preste, público o privado. La consagración de la salud como un servicio público tuvo un mayor alcance con la expedición de la CP porque en ella se estableció que los servicios públicos son inherentes a la función social del Estado, que debe garantizar su prestación eficiente a todos los habitantes (artículo 365 de la CP). Los anteriores cambios constitucionales implicaron por lo tanto una concepción diferente del derecho a la salud, cuyo alcance, en un Estado social de derecho, trasciende la definición constitucional y puede tener múltiples escenarios o ámbitos de protección.

El ejercicio de la profesión médica en Colombia a partir de las reformas al sistema de salud

La crisis de la salud a finales de la década de los ochenta, el incremento de los costos de la atención médica y de la financiación de la salud, llamó la atención sobre la profesión médica y la necesidad de establecer mayores controles sobre ella. Este hecho hizo que las relaciones Estado-profesión fueran tensas durante la década de los noventa. Por otra parte, al redefinir el Estado su participación como prestador de los servicios de salud y abrir el mercado para la prestación de servicios de salud a la población pobre y rural, y los trabajadores del sector público y privado, se unificaron los dos sistemas del mercado que había antes de las reformas de los noventa; lo que generó una

⁶ Los servicios públicos son actividades que tienden a satisfacer necesidades generales en forma regular y continúa y su regulación, control y vigilancia corresponde al Estado (sentencia Corte Constitucional C-403-1998).

competencia entre diferentes actores del sector por tener un importante control de dicho mercado. En el caso de los médicos, dicho control se hace predominantemente a través de las instituciones hospitalarias.

A partir de la década de los noventa del siglo XX se produjeron varias transformaciones que tuvieron incidencia en la práctica médica en general. En primer lugar, la medicina alcanzó un gran avance científico y desarrollo tecnológico. En segundo, se realizaron ajustes institucionales en el sector de la salud, principalmente a través de las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993. En tercer lugar, se presentaron cambios en la organización del trabajo en las empresas y en la regulación laboral.

El ejercicio de la profesión médica, a partir de las transformaciones que se dieron en el sector de la salud en la década de los noventa, es más científica, más controlada y regulada; el médico asume un nuevo rol en los sistemas de salud. Tiende a ser más corporativa, colectiva e interdisciplinaria; las reformas a los sistemas de salud desestimulan la práctica privada y han generado un desplazamiento del ejercicio liberal de la profesión a un ejercicio inscrito en instituciones hospitalarias, las cuales fomentan el trabajo en equipo e interdisciplinario. La relación médico paciente se ha redefinido; cada vez más es mayor la participación del paciente en la toma de las decisiones relacionadas con su salud. En consecuencia, la autonomía profesional se ha transformado a raíz de algunos de los anteriores factores y la mayor estandarización del conocimiento, y la práctica médica ha tenido que afrontar nuevos desafíos éticos.

En Colombia, al igual que sucedió en otros lugares, el avance en el conocimiento y en el desarrollo tecnológico en el campo de la medicina tuvieron efectos sobre la práctica médica. También se dio una estandarización del conocimiento a través de las guías médicas basadas en la evidencia o los protocolos médicos. La inconformidad de algunos médicos con dichas guías y protocolos es que su incorporación o la institucionalización de su uso en el SGSSS hace que la práctica médica sea más mecánica y que pueda convertirse en una técnica, porque tienden a convertirse en reglas de acción para los médicos y conciben la enfermedad como condiciones generales que afectan de la misma manera a todas las personas; por lo que la autonomía profesional se limita.

Por otra parte, el avance científico y tecnológico generó una mayor división del trabajo médico y diferenciación entre el practicante general y el practicante especialista o subespecialista, así como diferentes tipos de conflictos entre dichos médicos por el control de determinadas actividades. La actuación y regulación a través de las sociedades científicas no ha podido dar respuesta a estos conflictos, por lo que la tendencia en la regulación de la profesión por parte del Estado pueda ser hacia la regulación de las especialidades médicas.

Así mismo, el mayor uso y apoyo en la tecnología para el diagnóstico de las enfermedades debilita el método semiológico en la práctica médica. En este sentido, en el contexto específico colombiano, se evidenciaron dos tipos de prácticas, unas ortodoxas y otras heterodoxas; los médicos formados antes de la década de los noventa tienden a seguir el método semiológico y basarse en un diagnóstico con fundamento en el denominado *ojo clínico* y algunos exámenes complementarios; por el contrario, los médicos formados con posterioridad a la década de los noventa tienden a ejercer su profesión con mayor apoyo de exámenes de diagnóstico. Las primeras perviven en las segundas, que enmarcan y delimitan la larga duración.

Es preciso considerar que la práctica médica es más controlada y regulada a raíz de la expedición e implementación de las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993 que introdujeron la descentralización en el sector de la salud y la transformación de los hospitales; éstos adquieren nuevas obligaciones en relación con el SSSI. La introducción de la facturación por parte de los hospitales implicó no solo un control sobre los servicios de salud que prestan los hospitales, sino también sobre el acto médico. Los controles al acto médico dependen del tipo de organización; en algunos casos los controles son impuestos, en otros son negociados o concertados. Por otra parte, la implementación de la ley 100 de 1993 llevó a la imposición de nuevas y diferentes obligaciones de la práctica médica institucionalizada relacionadas

con el funcionamiento del SSSI, como la aplicación del principio de eficiencia, o el cumplimiento de obligaciones con el sistema como el diligenciamiento del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), o la prescripción de exámenes, medicamentos o tratamientos. Para la práctica médica privada dichos controles se han expresado principalmente en el aumento de disposiciones que regulan los consultorios médicos y en los RIPS.

También el ejercicio de la profesión tiende a ser más corporativo, colectivo e interdisciplinario. Al ser la medicina más compleja y especializada, y con el establecimiento del aseguramiento en la década de los noventa en el sistema de salud colombiano, se ha dado el establecimiento de nuevas formas institucionales que van reemplazando la práctica individual por la institucionalizada en empresas aseguradoras o en hospitales, las cuales cuentan con mayores recursos para brindarle al médico un mejor apoyo en la atención del paciente y con una mayor capacidad para ofrecer ventajas comparativas y captar competitivamente el mercado de usuarios. Este ejercicio, en algunas instituciones ha implicado una disminución de la autonomía profesional a través de diferentes presiones sobre el acto médico, fundamentadas por las exigencias de la eficiencia corporativa.

Además, la relación médica se ha transformado como consecuencia de la mayor participación que se concede al paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud, materializado en el consentimiento informado. Este hecho en sí mismo implica una limitación al poder tradicional que tenía el médico para decidir sobre lo que consideraba que más convenía al paciente. Sin embargo, esta mayor participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud es relativa. Éste no siempre tiene acceso a la información relevante y en ocasiones el suministro de la información por parte del médico varía según el tipo de paciente y de sus condiciones socioeconómicas. Por otra parte, la consagración de la salud como un derecho constitucional en Colombia también ha implicado una nueva actitud del paciente en relación con prestadores de servicios de salud, incluidos los médicos. El usuario de los servicios de salud es también un sujeto de derechos que puede exigir la prestación de un servicio, en forma oportuna y de buena calidad; y que en ocasiones se asocia con otros usuarios de los servicios para hacer una mayor presión en sus demandas.

Como consecuencia de las anteriores transformaciones, la autonomía profesional se ha redefinido y ha disminuido. El mayor uso de las guías médicas basadas en la evidencia y los protocolos médicos, el fortalecimiento de la auditoría médica, el cambio en el rol que asume el médico en el sistemas de salud, y la mayor participación que se concede al paciente en la toma de decisiones relacionados con su salud, implican limitaciones a la autonomía profesional. Este fenómeno no es exclusivo de Colombia, es mundial, como lo evidencian diferentes estudios (Freidson, 1994; Tuohy, 1999; Harrison y Ahmad, 2000; Harrison, Moran, y Wood, 2002).

Conviene en este orden de ideas aclarar que la práctica médica se ejerce en condiciones laborales diferentes. Esto obedece principalmente a dos hechos: la implementación de la descentralización en el sector de la salud y las transformaciones en el campo del trabajo y en la regulación laboral. Asimismo, la ley 100 de 1993 acentuó la presión sobre las tarifas de los servicios de salud y los honorarios profesionales. Los anteriores factores inciden en las formas de vinculación y de remuneración de los médicos. Sin embargo, dichos cambios no fueron generalizados; por ejemplo, no todos los médicos tuvieron un deterioro en sus ingresos profesionales. En el caso de la práctica privada hubo en algunos casos reducción de los ingresos profesionales, siendo los médicos generales los más afectados. En el caso de los especialistas, algunos resultaron afectados, como los que ejercen especialidades comprendidas en los dos primeros niveles de la atención médica; por el contrario, los que cuentan con especialidades cuyas actividades están en los niveles de mayor complejidad no han tenido hasta el momento una considerable disminución de sus ingresos.

Los anteriores cambios no afectaron a todos los médicos de la misma manera. A pesar de que los cambios en las formas de vinculación laboral y en la remuneración se realizaron en gran parte de los hospitales, tanto públicos como privados, y también en las instituciones de alta complejidad, no

generaron los mismos efectos ni reacciones en el personal médico vinculado a cada una de las entidades. Ello puede obedecer al tipo de estructuras organizativas de cada entidad, a los procesos que promueven la participación de sus trabajadores y establecen un mayor compromiso con la institución, lo que confirma, además, que en las organizaciones las culturas laborales se vuelven subculturas (Trice, 1993). De hecho, algunos médicos lograron darle un sentido positivo en su trayectoria laboral a algunos de los esquemas de vinculación implementados por los hospitales, como en algunos casos en los cuales se utilizaron las cooperativas de trabajo asociado como forma de vinculación del personal médico

Por otra parte, las transformaciones en el campo de la medicina y en la reorganización de los servicios de salud de la década de los noventa implica nuevos dilemas a los que deben enfrentarse los médicos en el ejercicio de su profesión. La principal implicación es no tener al paciente como su prioridad; esto se puede notar con mayor fuerza en las prácticas médicas institucionalizadas y en especial en las EPS, porque algunas de dichas entidades establecieron diferentes tipos de incentivos para influir el comportamiento del médico en cuanto a prescripción de exámenes, tratamientos o procedimientos. Este es un típico ejemplo de prácticas que se generan en los actores que apropian de las disposiciones jurídicas, contrarias a los fines perseguidos por dichas disposiciones jurídicas. Otra implicación importante es la responsabilidad que tienen los médicos en relación con el SSSI para que sus actos médicos conduzcan a garantizar una atención médica oportuna y de buena calidad, conforme a los principios del SGSSS establecidos en las leyes 100 de 1993 y 1438 de 2011. Los médicos deben evitar que se realicen procedimientos innecesarios, o se someta a los usuarios de los servicios de salud a procedimientos o tecnologías que se utilicen para provecho de terceros, o que se cuente con la certeza de que el paciente no va a mejorar su estado de salud. Así mismo, deben evitar recomendar a los pacientes determinados productos farmacéuticos a través de los cuales los médicos pueden obtener beneficios económicos. Por su parte, el usuario de los servicios de salud tiene derecho a exigir que sólo se le haga lo que realmente necesita.

Ahora bien, es prudente aclarar que los ajustes institucionales en el sector de la salud y los cambios en el campo del trabajo tuvieron efectos específicos sobre algunos tipos de práctica médica. La privada disminuyó considerablemente cuando aumentó la cobertura del SGSSS y cuando las EPS establecieron sus propias IPS, aproximadamente en el año 2000. Esto hizo que el médico general tendieran a convertirse en un médico asalariado o que trabajara dentro de un sistema de salud. La práctica médica institucionalizada se volvió predominante y significó un trabajo estable. En la mayoría de los casos, la intermediación de las EPS en la prestación de los servicios de salud ha sido el principal problema al que han enfrentado los médicos en su ejercicio profesional. Dicha intermediación ha generado tensiones en la interacción entre el médico y la institución a la cual presta sus servicios, o entre la EPS y la IPS. En los hospitales públicos y en los privados que anteriormente recibían recursos del Estado, incluidos los hospitales universitarios, hubo mayores exigencias y controles en cuanto al cumplimiento de la jornada de trabajo.

Sin embargo, no hubo discursos homogéneos entre los médicos en relación con la ley 100 de 1993; las posiciones frente a los cambios y sus causas fueron diferentes entre los médicos; los cambios que se presentaron en la transformación de la práctica médica no tuvieron los mismos significados para todos, dependieron de las experiencias o trayectorias personales de cada uno; también del tipo de práctica principalmente ejercida y de los lugares de trabajo. Para algunos, los efectos fueron mayores en el tema de la autonomía profesional; para otros, en los ingresos profesionales; y para otros no representó ningún cambio. Por otra parte, las posiciones de las asociaciones médicas en relación con la ley 100 de 1993 también variaron dependiendo de sus posiciones ideológicas y políticas. Algunas tendieron a realizar acciones para derogar o reformar en su esencia dicha ley; otras asumieron una posición más moderada o se desinteresaron por los asuntos gremiales. En general, y conforme a Trice (1993) fue evidente la presencia principalmente de dos culturas ideológicas entre los médicos: el sindicalismo y el profesionalismo. A través de la primera, los médicos que ejercieron el derecho de

asociación pretendieron mejorar sus condiciones laborales a través de la negociación colectiva; con la segunda, algunos médicos se apoyaron en las asociaciones médicas científicas o gremiales a las que pertenecían para lograr la defensa de sus intereses. En algunos casos, ambas formas culturales defendieron la salud como un bien común.

A través de diferentes acciones individuales y colectivas los médicos lograron resistir o moderar algunos cambios en su ejercicio profesional. En relación con las acciones individuales, en el caso de la práctica privada, idearon diferentes estrategias para mantener pacientes en sus consultorios, como afiliarse a entidades de medicina prepagada, hacer convenios con diferentes instituciones o establecer tarifas diferenciadas por sus servicios profesionales; y en el caso de la práctica institucionalizada establecieron diferentes formas para evadir los controles de las instituciones y actuar conforme a su criterio profesional. La especialidad y la capacidad del médico para moverse en el sistema implicaron que pudieran moldear los efectos de las reformas; por lo que los efectos de la ley fueron filtrados por las prácticas sociales y algunas prácticas médicas no fueron modificadas.

En relación con las acciones colectivas, estas se enmarcaron en tres momentos diferentes. Inicialmente, los médicos realizaron múltiples protestas sociales durante los primeros años de implementación de las reformas al sector de la salud para exigir el pago o el ajuste de sus salarios y la conservación de algunos de los beneficios convencionales; para rechazar las reformas al sector de la salud; la reestructuración de algunas entidades públicas y privadas; y denunciar las condiciones de los hospitales y problemas en el funcionamiento del SGSSS. En otro momento, constituyeron diferentes asociaciones científicas o gremiales con el fin de encontrar un solo interlocutor frente al gobierno, y derogar o modificar la ley 100 de 1993. Por último, algunos médicos cambiaron de posición en relación con la ley 100 de 1993 y colaboraron con la expedición de varias leyes que reformaron la ley 100 de 1993. Su participación en el redireccionamiento de la reforma al sistema de salud colombiano, hizo que dicho proceso se normalizara y evitó que fueran posibles rupturas del mismo; a ello contribuyó también la posición de otros actores en el campo de la salud en relación con el SSSI, como el gobierno o algunas instituciones hospitalarias u otras instituciones o personas que desarrollan actividades para el sistema de salud. Las asociaciones médicas, científicas y gremiales, también desempeñaron un papel importante en la modelación de los efectos de las reformas. Algunas de ellas se convirtieron en reguladoras de los precios de los honorarios de los profesionales en el mercado o presionaron los cambios en las tarifas.

Conclusiones generales

En la investigación se pudo comprobar que los cambios en una cultura laboral no suceden solo por efecto de una ley. Sin duda alguna la regulación es muy importante en el desarrollo de las actividades de una profesión, igual se presentaron cambios sociales y culturales y las prácticas han tenido su propia trayectoria. De hecho, no siempre las modificaciones en la organización o en la prestación de los servicios de salud implicaron diferentes o nuevas obligaciones para los médicos. Tampoco hubo una relación directa entre la organización de los servicios de salud, la formación y el ejercicio profesional. La tendencia en la organización de los servicios de salud ha sido a fortalecer la medicina preventiva y la promoción de la salud, pero tanto la formación como la práctica médica han sido esencialmente curativas. El hospital, como es lógico, ha sido la institución que mayor incidencia ha tenido en la transformación de aquella; el cambio de los hospitales de caridad, a de beneficencia, o como centros asistenciales de docencia y de investigación, o como empresas, han sido los lugares que siempre han expresado la transformación de esta. Tampoco hubo una relación estrecha entre la regulación laboral y la práctica médica; fue común que los médicos estuvieran sustraídos del ámbito del derecho laboral; para la vinculación del personal médico a las instituciones se privilegiaron los

contratos de prestación de servicios o diferentes formas contractuales civiles o comerciales. Esta mayor relación se da a partir de las transformaciones en el sector de la salud en la década de los noventa.

En conclusión, la ley 100 de 1993 no fue la causa principal de las transformaciones en el ejercicio de la profesión médica. Dicha ley incidió directamente en los siguientes cambios en dicho ejercicio: la disminución de la práctica médica privada, y en una mayor burocratización de la práctica médica y en el control sobre los actos médicos.

Por último, la investigación empírica en este trabajo evidenció algunas situaciones en las que el derecho no ha sido eficaz para responder a las necesidades de regulación social. Una de ellas está relacionada con la regulación jurídica del sector de la salud. A pesar que desde la institucionalización de la salud en el país se han diseñado disposiciones jurídicas tendientes a mejorar la organización y prestación de los servicios de salud, por razones culturales, sociales, económicas o políticas, no siempre condujeron a la construcción de un sistema unificado de salud para toda la población o al mejoramiento de aquellos servicios. Dichos factores se presentaron en diferentes momentos como el principal obstáculo para la consolidación de un sistema de salud eficiente y equitativo para toda la población. La ley, principal expresión de lo político, la mayoría de las veces obedeció a situaciones de coyuntura, a la forma en que cada gobierno interpretaba la manera de garantizar la salud a la población, y no a una política estatal para consolidar un servicio público y unas instituciones sólidas que permitieran desarrollar un proyecto de larga duración. Si bien la ley 100 de 1993 fue el resultado de un largo proceso de ensayo y error en la institucionalización de la salud en el país, la concepción de la misma ley, el contexto en el que operó y las fallas en su implementación también generaron dificultades en el adecuado funcionamiento del sistema de salud. Aunque se logró mejorar la prestación de los servicios de salud, su acceso y la calidad, muchos de los problemas que trató de enfrentar, los cuales estuvieron presentes durante buena parte del siglo XX, en la actualidad siguen siendo una preocupación legítima; un ejemplo es la segmentación de los servicios de salud. Por ello, la salud en Colombia continúa como un proyecto inconcluso.

Bibliografía

Arévalo, Decsi, Estefanía Ciro y María Teresa Gutiérrez (2006). Contribuciones de la historiografía al estudio de la protección social en Colombia. Invitación a un dialogo interdisciplinario. En: Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – CID, colección estudios sobre protección social, Tomo 2.

Bonilla González, Ricardo (2007). Crecimiento, Empleo, Seguridad Social y Pobreza. En: Bienestar y macroeconomía. Más allá de la retórica. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

_____(2006). La reforma económica: una apertura concentradora. En: Francisco Leal Buitrago, editor. En la encrucijada: Colombia en el siglo XXI. Bogotá: Grupo Editorial Norma

Freidson, Eliot (1994). Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Gran Bretaña: The University of Chicago Press.

Harrison, Stephen y Wagar Ahmad (2000). Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025". En: Sociology, Vol. 34, No. 1

Harrison, Stephen, Michael Moran y Bruce Wood (2002). Policy emergence and policy convergence: the case of scientific-bureaucratic medicine in the USA and UK. En: *British Journal of Politics and International Relations*, Vol. 4.

Ministerio de salud y Departamento Nacional de Planeación (1990). Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia. Francisco Yepes, director. Bogotá: Ministerio de salud y Departamento Nacional de Planeación.

Quintero, Diana Patricia (2011). *La salud como un derecho*. Bogotá: Siglo del hombre editores.

Reygadas, Luis (2002). *Ensamblando culturas. Diversidad y conflicto en la globalización de la industria*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Rodríguez Salazar, Oscar (2005). Avatares de la reforma del sistema de seguridad social, ley 100 de 1993. En: *Sistemas de Protección Social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia.

Sarmiento Palacio, Eduardo (1996). *Apertura y crecimiento económico. De la desilusión al nuevo Estado*. Bogotá: Academia Colombiana de Ciencias Económicas, Tercer Mundo Editores y Editorial Escuela Colombiana de Ingeniería.

Sarmiento Gómez, Alfredo (1990). El sector salud en los 80. En: *Colombia. La deuda social en los 80*. Bogotá: OIT – PREALC

Trice, Harrison M. (1993). *Occupational subcultures in the workplace*. Ithaca : ILR Press.

Tuohy, Carolyn Hughes (1999). Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada. En: *Health Affairs*, Vol. 18, No. 3, May-June 1999.

Turner, Bryan (1999) profesiones, conocimiento y poder. En: *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Carmen de la cuesta Benjumea, compiladora. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Texto original publicado en 1987.

Volmar Jaime, Germán Nova y César Giraldo (1990). *La seguridad social en Colombia. Muchos los llamados, pocos los escogidos*. En: *Colombia. La deuda social en los 80*. Bogotá: OIT – PREALC