



Ricardo Aricapa

**Las Cooperativas de Trabajo Asociado
en el sector Salud**

La cadena del dolor



Ricardo Aricapa

**Las Cooperativas de Trabajo Asociado
en el sector salud**

La cadena del dolor



Calle 51 N° 55-78
Tel: 513 31 00 - Fax: 512 23 30
E-mail: fondoeditorial@ens.org.co
www.ens.org.co
Apartado Aéreo 12 175
Medellín, Colombia
2008

ISSN: 1794-9270

Ricardo Aricapa, 2008

Para esta publicación la Escuela Nacional Sindical, recibe el apoyo de



Este material se puede reproducir total o parcialmente
por cualquier medio, previo permiso de las organizaciones

CONTENIDO

Un sistema de salud que cojea	7
Los estragos de la flexibilización laboral	12
La actitud ambigua del Estado.	14
Una desvalorizada profesión.	18
Fallas, mañas e irregularidades	24
Unas “joyas” de gerentes	30
Denuncias y alegatos jurídicos	33
Agencias de empleo temporal: la nueva moda.	36
Opiniones encontradas.	38

En el gremio médico circula una anécdota que retrata, como una nítida radiografía, las entrañas de ese cuerpo complejo que es el sistema de salud colombiano. Tuvo lugar en la sala de juntas de una de las EPS, pero bien pudo ocurrir en cualquiera de las dos decenas de EPS que operan en el país. La anécdota es la siguiente.

Se reunió el comité directivo de la EPS para evaluar un fallo de tutela referido a una niña, paciente de leucemia, que debía someterse a un trasplante de médula, único recurso para salvar su vida. Primero tomó la palabra el gerente regional para exponer las incidencias financieras del fallo, o sea los costos del procedimiento quirúrgico, de alta complejidad. Luego habló el jefe jurídico para explicar los costos legales de dilatar los términos y no hacer el trasplante, o sea las multas e indemnizaciones a las que se expondría la entidad, en el caso, claro está, de que la familia de la niña interpusiera demandas, porque las familias no siempre demandan. Después de sopesar ambas exposiciones, el presidente de la EPS tomó la última palabra para decidir que la empresa mejor asumiría las multas, cuyo monto era muy inferior a los costos del trasplante. Y con ello dio por terminada la reunión, en la que la niña no tuvo quien pudiera defenderla.

Difícil saber qué pasó por la mente del presidente de la EPS cuando tomó la decisión de negarle el trasplante a la niña. A lo mejor algún sentimiento de pesar debió caminarle en puntillas por su conciencia. Pero hasta ahí no más porque la piedad y la solidaridad no están en la agenda de las EPS; son sentimientos incompatibles con la misión que deben cumplir sus ejecutivos, cual es tomar las decisiones que más convengan a su empresa en el lícito objetivo de lograr las mayores ganancias en el libre juego del mercado. Y ese mandato, naturalmente, les exige cambiar su corazón por una alcancía.

En lo de la niña leucémica, mediante estratagemas jurídicas y el uso de los atajos del sistema de salud, los ejecutivos de marras le ahorraron unos millones a su EPS —y seguramente fueron bien calificados por eso—, pero se metieron en un terreno bastante tenebroso: decidieron sobre la vida y la muerte de una persona. O sea que suplantaron a nadie menos que a la Divina Providencia; una suplantación que, guardadas sean las proporciones y las circunstancias, es en esencia igual a la que, con métodos menos asépticos, practican los grupos violentos que, en Colombia, violan los derechos humanos. Por lo menos el resultado es el mismo.

Pero con todo lo que este caso pueda lastimar la condición humana (y por lo mismo nos cause legítima indignación), es un hecho perfectamente explicable y lógico dentro del funcionamiento del sistema de salud que rige en Colombia desde hace quince años (Ley 100 de 1993) y que vino a ser, en el campo de la salud, la expresión jurídica del nuevo orden económico mundial: el modelo neoliberal, convertido en un mandato para los gobiernos de todos los países de economía capitalista.

Así que antes de meternos en los intrínquilis del asunto laboral en el sector salud, y en el papel que juegan las cooperativas de trabajo asociado —tema central de este reportaje—, resulta pertinente, para una mejor orientación en el terreno que estamos pisando, dar primero un vistazo grosso modo al sistema de salud que rige en Colombia: el que nació con la Ley 100.

Un sistema de salud que cojea

Hasta la promulgación de la Ley 100 Colombia tuvo un sistema general de salud basado en el modelo del Estado benefactor, o sea proveedor de los servicios básicos, entre ellos la salud, que prestaba a través del Seguro Social y toda la red de hospitales públicos, con un pequeño porcentaje de la atención en manos de cajas de previsión que atendían a funcionarios de algunas entidades estatales.

Pero este modelo de Estado benefactor entró en capilla a principios de los años noventa, cuando ya por todo el mundo soplaban con fuerza los vientos desbocados del neoliberalismo, que vino a poner al orden del día las privatizaciones, la desregulación estatal, la reducción del gasto público, la flexibilidad laboral, el aumento de la explotación del trabajador, la domesticación o el aniquilamiento de los sindicatos, y otras secuelas de las cuales Colombia no se podía salvar, y que en últimas han redundado en el desmejoramiento del nivel de vida de la población. Entonces todos los servicios que estaban a cargo del Estado (agua, energía, telefonía, educación y salud), empiezan a ser apetecidos por los grandes grupos de inversión privada, nacional y extranjera, que ven en ellos un promisorio campo de expansión.

En el campo de la salud, la doctrina neoliberal va a tener cabal expresión jurídica en la Ley 100 de 1993, que es estatutaria y desarrolla la Constitución Nacional de 1991. Es una ley que, con respecto a la normatividad anterior, introdujo un cambio fundamental, y bastante progresista por cierto: plantea como objetivo que toda la población tenga acceso a atención médica en todos los niveles de complejidad. Un avance importante, dado que seguridad social en salud, hasta ese momento, sólo la tenían los trabajadores cotizantes al Seguro Social y de las cajas de previsión, en total el 26% de la población. Para el logro del cubrimiento universal se incluyó en la atención obligatoria al grupo familiar del cotizante y a la población sin capacidad de pago, mediante un régimen subsidiado. Pero hasta ahí lo bueno, porque lo malo es que tan loable objetivo ha quedado a media marcha. Hoy, quince años después

de promulgada la Ley 100, la cobertura en salud cojea bastante todavía: apenas alcanza al 54% de los colombianos, y en condiciones de calidad que dejan mucho qué desear.

La otra gran novedad de la ley, como ya se dijo, es la privatización de la salud, que deja de ser monopolio del Estado y se convierte en un mar de aguas abiertas a la inversión de los grupos financieros. Es decir, se volvió un negocio supeditado a la lógica y las leyes del mercado. Entonces cambia del todo la naturaleza del servicio. Antes lo esencial era el “acto médico”, considerado como una relación entre el profesional y el paciente, orientado en el servicio de la vida y la salud. Con la nueva ley el acto médico se cambia por el “acto comercial”, o sea que el enfermo ya no es un paciente sino un cliente.

En correspondencia con el nuevo esquema se introduce el concepto de aseguramiento en salud, que significa que todos los potenciales demandantes del servicio deben estar protegidos por un seguro, que les va a garantizar la atención que demanden. El sistema entonces se bifurca: por un lado crean empresas encargadas de manejar los seguros (EPS, ARP y ARS), encargadas de administrar el recurso financiero y el manejo de los usuarios en los regímenes contributivo y subsidiado. Son las que detentan la porción más estratégica y rentable del sistema. Y por el otro lado se crean las empresas prestadoras de los servicios de salud: IPS (entidades privadas) y ESE (entidades públicas), que son las clínicas, hospitales, laboratorios clínicos y demás centros que prestan servicios de salud en los distintos niveles en que se jerarquiza el sistema.

Hoy en Colombia operan veinte EPS, que en su totalidad hacen parte del portafolio de inversiones de los grandes grupos económicos privados. Por ejemplo: el Grupo Suramericana es dueño de Susalud-EPS y Suratep-Riesgos Profesionales, Salud Total es del grupo Ardila Lule, Colmena-EPS es del Grupo Social, y Saludcoop, que con el 31% del mercado es la EPS más grande, es de propiedad de otro importante grupo empresarial, que en el último año obtuvo ganancias por \$39 mil millones.

Una de las estrategias con las que las EPS sacan más jugo de sus inversiones, autorizada por la ley, es la construcción e implementación

de su propia red de clínicas y hospitales, con el fin de prestarse a sí mismas el servicio. O sea que son a la vez aseguradoras y prestadoras, con lo cual obvian la intermediación y controlan todo el negocio. Es lo que llaman la integración vertical. Apenas en el año 2007 se aprobó la Ley 1122, que les limita al 30% el máximo de tal integración.

Pero mientras el papel del sector privado se fortaleció, el del Estado languideció. En un principio al Seguro Social se le permitió, como gabela especial, atender los tres frentes del sistema: ser EPS, ARP y ESE sin perder su unidad de empresa. Pero le tocó competir con las otras EPS en desigualdad de condiciones, ya que tuvo que cargar con los problemas burocráticos y sindicales y el lastre laboral que las EPS nuevas no tenían. Además, quedó a cargo de la atención de los pacientes más pobres, más viejos, más enfermos y más costosos. En el año 2003 el gobierno nacional produjo un decreto que escindió el Seguro Social. Se independizaron los servicios de salud, los cuales se asignaron a siete empresas sociales del Estado (ESE) repartidas por todo el país. El Seguro Social como tal quedó a cargo del aseguramiento en salud, las pensiones y los riesgos profesionales. Esto marcó el comienzo de su fin, porque de ahí en adelante se fue acabando por pedazos. Cuatro años después se liquidan cuatro de las ESE y las otras tres quedan en la mira. Hoy al Estado sólo le queda la red pública de clínicas y hospitales del orden municipal, convertidos en ESE bajo las mismas exigencias competitivas de las IPS privadas.

El balance de la Ley 100, quince años después de su promulgación, o mejor sus efectos en la salud de los colombianos, no hay necesidad de buscarlos en las estadísticas oficiales ni en informes especializados. Cojean a la vista en cualquier consultorio al que vayamos como afiliados o beneficiarios del régimen contributivo o subsidiado.

En efecto, hoy lo que vemos en los consultorios son médicos maniatados en la atención al paciente, al que apenas le dedican dieciocho minutos en promedio (en algunas partes hasta menos); médicos con topes y restricciones en la ordenación de exámenes diagnósticos, remisión a especialistas, firma de incapacidades y formulación de medicamentos,

que además deben ser los más baratos. Muchos medicamentos de comprobada eficacia no figuran en el plan obligatorio de salud (POS), o sea que el paciente los tiene que comprar de su bolsillo. O pueden figurar, pero las EPS con suma frecuencia los niegan, o demoran su entrega. Con un detalle adicional, o absurda ironía sería mejor decir: ese paciente mal atendido, o atendido a medias, muy probablemente después va a regresar con un cuadro clínico más complicado y costoso, que se hubiera podido evitar si preventivamente lo hubiesen tratado bien en su primera consulta.

Como es más rentable la instancia asistencial que la preventiva, no es entonces extraño que las EPS, a cuyo cargo están los programas de prevención y promoción en salud, hagan tan poco en ese frente en Colombia. En ese frente cojea, y bastante, nuestro sistema de seguridad social en salud, lo que va en contra del más elemental de los principios de la salud pública —y ofende incluso al sentido común—: prevenir es mejor que curar. Y sobre todo más barato y menos dramático. Y ello es así porque en la prevención y la promoción no está el filón estratégico del negocio de la salud; como tampoco lo está en los pacientes del primer nivel de atención, el que atienden los médicos generales, que es el de más demanda. El filón del negocio está en el nivel tres, es decir, en el de los aparatos computarizados, los quirófanos de cirugía y las intervenciones de mediana y alta complejidad, que son las que exigen inversión intensiva de capital.

O sea que entre más grave esté el paciente y más intervención de tercer nivel necesite, más rentable es, con lo cual la irracionalidad pone sus banderillas en todo el morrillo de nuestro sistema de seguridad social en salud. En ese sentido se podría decir que la prevalencia de la enfermedad es para las EPS, lo que la guerra es para la existencia de los militares.

Y se da otra situación, digamos que de conflicto de intereses: a las EPS, que son las aseguradoras, les interesa contener el gasto, para lo cual ofrecen incentivos. Mientras que a las IPS, que son las que invierten en infraestructura y equipos, les interesa recuperar su inversión in-

duciendo el consumo de servicios sin consideración de las necesidades del paciente. Esto genera conflictos entre las EPS y las IPS.

Consecuencia de ello es que hoy en las clínicas y los hospitales un indicador de eficiencia médica sea el no sobrepasar ciertos toques en la atención a los pacientes. Incluso algunas entidades ponen a sus médicos a competir por el cumplimiento de esos toques. En circulares y carteleras proclaman como médico del mes a quien mejor los cumpla, o sea a quien más servicios le niegue a sus pacientes, porque ese y no otro es el resultado de semejante competencia.

Esa cadena de desatenciones y falencias, que bien podríamos llamar la cadena del dolor, terminó por originarle al sistema de salud otra cojera más: la proliferación de tutelas, que se han convertido en el último recurso que los ciudadanos tienen para defenderse de las inconsistencias y la indolencia de las EPS; el único antídoto eficaz contra su tacañería.

Sólo que la tutela, que es por definición un recurso legal de excepción, ya dejó de serlo: hoy para casi cualquier procedimiento se presentan. El 80% de todas las tutelas que en Colombia se presentaron en el 2006, fue para amparar el derecho a la salud. Y son las IPS las que más inducen a los pacientes a entablar tutelas, como una forma de propiciar la venta de sus servicios, lo cual es, cuando menos, una perversidad médica y un absurdo jurídico. Como se sabe, cuando el servicio de salud no está incluido en el POS las EPS pagan el 50% de su costo y el 50% restante lo paga el Fosiga. Cuando el servicio sí está incluido en el POS todo lo paga la EPS.

Y finalmente, lo otro que también hay que considerar, porque sin duda afecta la humanidad del médico y por eso mismo la calidad del servicio que presta, son esas sombras que lamiendo pasan por su conciencia. Es claro que la cadena de limitaciones que al médico le imponen en la atención a los pacientes, estruja su ética profesional y castra el espíritu de ese juramento de Hipócrates que solemnemente pronunció el día de su graduación. El caso es que si hoy Hipócrates reviviera y viera con sus propios ojos lo que en Colombia va quedando de su fa-

moso juramento, lo más probable es que se esconda o se pegue un tiro, cuando menos.

Los estragos de la flexibilización laboral

En el marco de la economía neoliberal —y eso lo saben muy bien los empresarios— el recurso humano es el costo operativo más fácil de rebajar, mediante el recurso de la flexibilización laboral. Y eso vale para todos los sectores de la producción y los servicios, incluido desde luego el sector salud, cuyos trabajadores han sido otros de los grandes damnificados del proceso de privatización que arrancó con la Ley 100, y que en el plano laboral se tradujo en su vinculación a través de terceros: contratistas particulares, agencias temporales de empleo y cooperativas de trabajo asociado, las famosas CTA, que fueron las que finalmente más acogida tuvieron.

La Ley 100 de 1993 dejó la puerta abierta para que las IPS y ESE incursionaran en la contratación con terceros, echando mano de las leyes laborales que el Congreso de la República aprobó por aquellos mismos años: la Ley 10 y la Ley 50 de 1990, y la Ley 60 de 1993, normas éstas que apuntaban a favorecer la flexibilización del recurso humano.

Las CTA surgen como tales con la Ley 79 de 1988, norma marco del cooperativismo colombiano, y del Decreto 468 de 1990 que reglamentó específicamente este tipo de cooperativas. La novedad que introducen es la ruptura del vínculo contractual entre la empresa y el trabajador, que deja de ser una relación laboral y pasa a ser relación comercial, registrada en Cámara de Comercio. Entonces los conceptos de contrato laboral y derecho sindical desaparecen, y las empresas se libran de asuntos engorrosos como el manejo de la nómina, la seguridad social y las prestaciones de naturaleza económica de los trabajadores, las cuales quedan bajo responsabilidad de ellos mismos a través de las cooperativas. Además las empresas se ahorran el pago de los llamados impuestos parafiscales, de los cuales las CTA están exentas.

Según cálculos de economistas, lo que una empresa ahorra en costos cuando deja de vincular personal de nómina y contrata por CTA,

puede ser del orden del 20% y 30%; ahorro que indefectiblemente sale del eslabón más frágil de la cadena: el bolsillo de los trabajadores. ¿De dónde más?

De ahí el vertiginoso crecimiento que en los últimos quince años han tenido las CTA, que hoy constituyen el 48% de todo el cooperativismo nacional. Según datos de la Superintendente de Economía Solidaria, en el 2002 había 572 CTA, cinco años después hay 3.296 (un 20% de ellas en el sector salud), y su número de asociados se multiplicó por doce. Sin embargo, estos datos son muy inferiores a la realidad. En los archivos de las cámaras de comercio del país existen registros de no menos de 12.000 CTA que, o bien están inactivas, u operan sin cumplimiento de los requisitos exigidos por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia de Economía Solidaria.

En lo que respecta al sector salud, en un reciente estudio sobre características laborales en Medellín, realizado para la Escuela Nacional Sindical por la Facultad de Economía de la Universidad de Antioquia, reveló que de un universo de 285 encuestados, entre médicos, especialistas, odontólogos, bacteriólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería, 113 hacen parte de cooperativas, o sea el 39%. Y en el caso de los médicos y especialistas es mayor al promedio: 50%.

En el intento de hacer un mapa de las falencias y distorsiones que caracterizan el funcionamiento de las CTA en nuestro medio —que no son pocas—, lo primero que hay que decir es que lo más distorsionado es el cooperativismo mismo, entendido éste como un sistema social y económico que propende por el desarrollo humano de sus asociados.

En efecto, en su gran mayoría las CTA desconocen en la práctica los valores fundacionales del sistema cooperativo, como lo son la solidaridad, la autogestión, el interés común, la democracia interna; valores que configuran el cooperativismo como una estrategia para acolchónar los efectos dañinos de la competencia capitalista. El hecho es que las CTA no están acolchónando nada y, por el contrario, están siendo utilizadas por las empresas como fachada para intermediar en el mercado laboral y ahorrar costos operacionales, en desmedro de las condiciones

de vida de los trabajadores. No son más que cooperativas de papel, que aparte de los estragos laborales que están causando, se están llevando de calle el prestigio del propio cooperativismo.

La solución de asociarse en cooperativas, que en su momento a los trabajadores de la salud les vendieron como la forma de empleo más adecuada dentro del esquema del nuevo sistema, no les ha traído sino precariedad salarial, resquebrajamiento de la estabilidad laboral, debilitamiento de sus organizaciones sindicales y gremiales, y en algunos casos la violación de sus más elementales derechos laborales. Según la Superintendencia de Economía Solidaria, una tercera parte de las CTA no reportan pagos a la seguridad social de sus asociados.

Baste decir que hoy un médico general asociado a una CTA o vinculado por agencia de empleo temporal, puede ganar neto en el mes hasta un millón y medio de pesos, que resulta una bicoca para la dignidad de su oficio. Sin contar la zozobra de saber que en cualquier momento se puede quedar sin empleo, porque la estabilidad hace rato desapareció del mapa laboral del sector de la salud.

En este orden de ideas, vale la pena traer a colación un suceso ocurrido hace algunos meses en un hospital de Medellín, y que retrata de cuerpo entero la situación de los trabajadores de la salud. Ocurrió que en este hospital a los médicos les propusieron que ellos mismos barrieran y asearan sus consultorios los sábados después de terminar la jornada, como una fórmula para mejorar sus sueldos. Naturalmente los médicos, con el último arresto de dignidad que les quedaba, le dijeron que no a tan peregrina propuesta, pues si se habían molido ocho años en una universidad había sido para curar personas, no para barrer oficinas.

La actitud ambigua del Estado

Con decretos como el 4588 de 2006, el gobierno nacional ha tratado de controlar y limitar el dumping laboral que hacen las CTA. Pero también por otro lado ha estimulado activamente su conformación, especialmente en el sector de la salud y en las empresas estatales rees-

estructuradas. Es la consecuencia de que también las clínicas y los hospitales públicos, en el marco de la economía neoliberal, deben obedecer a patrones de eficiencia y contracción del gasto, similares a los de las IPS del sector privado. Y en ese contexto recurren a las CTA para rebajar a su vez costos laborales.

En las entidades públicas el proceso de tercería laboral se dio básicamente entre los trabajadores en provisionalidad o con contratos por prestación de servicios, que en algunas entidades estatales son tantos, o más, que los vinculados de planta. A estos trabajadores cualquier día las directivas de las ESE les dijeron que quedaban despedidos, pero que no se preocuparan porque no perdían su puesto de trabajo. Y así fue: al día siguiente los volvieron a enganchar, pero en esta ocasión a través de las cooperativas que las mismas directivas les recomendaron. No sin antes venderles el cambio con los mejores adjetivos y la promesa de que sus ingresos y prestaciones sociales no se iban a afectar y que, por el contrario, hasta podrían mejorar. En las carteleras y los comunicados aparecieron frases como: “el que no cambia el cambio lo cambia”, “el que no comparte el nuevo sistema es un dinosaurio”, “hay que ponerse la camiseta”, “si usted está inconforme le está dando patadas a la lonchera”, y cosas de ese estilo.

No fueron pues cooperativas creadas por la voluntad y propia iniciativa de los trabajadores, sino impuestas a éstos por las directivas de las ESE, mediante la fórmula más expedita: lo toman o lo dejan. Y como los trabajadores no sabían nada de cooperativismo, ni fueron instruidos al respecto, se aprovecharon de ellos, según lo afirma Gonzalo Vélez, de Asmedas:

Simplymente les dijeron: firmen aquí y aquí, y con esas firmas lo que estaban haciendo era la delegación del voto para la creación de la cooperativa y la conformación de sus cuadros directivos. Así podían mantener el control y tomar cualquier decisión, puesto que ya tenían la delegación del voto.

Pero si bien nominalmente dejaron de ser trabajadores vinculados a la ESE y pasaron a ser asociados cooperativos, en la práctica siguieron realizando las mismas tareas bajo el mismo techo, con los mismos compañeros, en los mismos turnos, y a órdenes de los mismos jefes en una relación de subordinación y dependencia. Lo cual configura una anomalía, lo que se llama envío de trabajadores en misión, que es algo expresamente prohibido por el Artículo 17 del Decreto 4588 de 2006, con sanción de multas diarias de hasta cien salarios mínimos.

Esto para dejar claro que los problemas asociados a las CTA nada tienen que ver con la insuficiencia de normas, porque si hay algo bien normatizado en Colombia es el cooperativismo de trabajo asociado. Sólo que es normatividad de anaquel, a la que siempre se le encuentra el esguince, el atajo. Los estatutos de una CTA, por ejemplo, suelen ser fotocopias de los estatutos de otra, y los de ésta fotocopias de una anterior, y así sucesivamente, de modo que todas terminan teniendo los mismos estatutos. Muy bien hechos y perfectamente ajustados a la norma, pero que muchas veces ni los mismos directivos de las cooperativas consultan. Prefieren ignorarlos porque sencillamente no pueden cumplirlos, son canto a la bandera del cooperativismo.

Para no hablar del clientelismo y del testaferrato, que es otro cáncer extendido en el mundo de las CTA, en el que es común que el propio gerente del hospital, o una persona de su confianza, o un político regional, o el mismo alcalde del municipio, o todos juntos, estén detrás de la fachada de las cooperativas, lucrándose de ellas. Esto se explica porque a nivel departamental y local, por efecto de la descentralización administrativa, las decisiones en la red pública hospitalaria están en manos de los alcaldes y los jefes políticos regionales, quienes obviamente contratan con las cooperativas de sus preferencias, o con las que ellos mismos promueven, práctica socorrida en zonas de dominio paramilitar. Con el agravante de que la Superintendencia de Economía Solidaria, órgano que vigila y sanciona el mal desempeño de las CTA, no es que vigile y sancione mucho que digamos, por no decir nada; mientras el Ministerio de Protección Social prefiere mirar para otra parte.

En el Seguro Social la tercería laboral fue una práctica común desde comienzos de los años noventa, cuando empezó a vincular personal médico y paramédico por contratos civiles a término definido, la famosa nómina paralela. Luego, hacia 1997, durante la gerencia de Carlos Wolf, y contra la férrea resistencia del sindicato de la institución, abrió también sus compuertas para que sus ESE contrataran personal por out sourcing, preferiblemente por cooperativas de trabajo asociado. Asimismo, aprobó delegar la atención de sus pacientes a IPS privadas, con la idea de que éstos consultaran donde bien quisieran. Para el año 2002 en la ESE Rafael Uribe Uribe prestaban servicios laborales unas doce cooperativas.

En lo que respecta al Servicio de Salud de Antioquia, tenemos que las CTA y otras formas indirectas de contratación empiezan a introducirse y a tomar fuerza durante la gobernación del hoy presidente Álvaro Uribe Vélez. Estas CTA resultaron fatales para la estabilidad laboral y el mantenimiento de las convenciones colectivas, pero frente a eso fue poco lo que pudieron hacer las asociaciones y sindicatos del sector. En aquellos años, se recuerda, éstos lideraron un movimiento de protesta de una envergadura que se extendió a todo Antioquia y se prolongó por tres meses, con grandes movilizaciones callejeras y manifestaciones de blusas blancas, en las que participaron galenos y enfermeras de casi todos los municipios del departamento.

Y en Metrosalud, la ESE del Municipio de Medellín, la contratación a través de CTA empezó en el año 2000, cuando en la sede hospitalaria de Manrique se contrató con una CTA el suministro de un grupo de ginecobstetras; incorporación que en ese momento no tuvo mayor impacto laboral porque no implicó el despido de personal. Fue una contratación para cubrir el aumento de la demanda. El remezón se produjo fue en el 2005, cuando la entidad despidió un considerable número de médicos y funcionarios en provisionalidad, entre ellos cirujanos, ginecobstetras, nutricionistas, secretarías y personal de saneamiento.

Pero como se dijo atrás, no fue propiamente un despido, porque a casi todos, en cuestión de dos días, los vincularon por cooperativas

y siguieron desempeñando el mismo cargo y atendiendo las mismas funciones. Pero eso sí, ganando menos salario, con cuatro horas más de trabajo en la semana, con los beneficios recortados y más inestabilidad laboral. Aunque hoy en Metrosalud el tema laboral parece que se está revisando, seguramente por los reclamos jurídicos que se están presentando. Ha habido anuncios de que parte del personal que emplea por cooperativas se vinculará en provisionalidad en el 2008.

Una desvalorizada profesión

En tiempos pasados la del médico se consideraba la profesión liberal por excelencia, junto con la del abogado. Es decir, una profesión independiente, atendida en consultorio privado con un horario y unos honorarios que establecía el mismo médico, quien por lo general gozaba de reconocimiento social y un buen estándar de vida. Incluso llegaba a ocupar cargos cívicos y políticos por la misma ascendencia que tenía sobre la comunidad.

Pero esos tiempos quedaron atrás. Bajo el esquema de la Ley 100 la profesión del médico cambió. De ser un profesional liberal pasó a ser un asalariado. Sólo los médicos que ostentan alguna trayectoria o renombre —que no son muchos— siguen atendiendo en sus consultorios a la vieja usanza, y obteniendo buenos ingresos de su condición de especialistas prestigiosos. De esta élite también hacen parte quienes a su vez son empresarios, dueños de clínicas y centros especializados en asocio con otros colegas.

El grueso de los médicos, tanto generales como especialistas, deben girar en la órbita de las EPS, IPS y ESE, bien por vinculación directa o a través de cooperativas y otras formas de subcontratación. Para éstos la situación sí deja mucho que desear, expuestos como están a la explotación laboral y a la poca valoración social. Sin contar la zozobra de saber que en cualquier momento se puede quedar sin empleo, porque la estabilidad hace rato desapareció del mapa laboral del sector de la salud.

En diciembre de 2007 la Defensoría de Pueblo realizó un estudio entre 1.544 médicos de 310 municipios del país, que resulta bastante revelador del deterioro que ha sufrido la situación laboral y económica de los profesionales de la medicina. De este estudio extractamos datos como estos:

- En el 2001 el 56% de los médicos del país pertenecía a los estratos 4 y 5. Hoy, en esa misma proporción, pertenecen a los estratos 3 y 4.
- Más de la mitad gana menos de \$2'900.000 (sin descuentos) y sólo el 10% gana más de \$6 millones.
- El 50% recibe salario fijo, el 15% salario por horas, el 11% por honorarios, y el 6% por paciente atendido.
- El 12% no está afiliado a riesgos profesionales.
- Trabajan en promedio diez horas diarias. Al mes cada uno hace ocho turnos nocturnos.

El estudio también nos informa que algunos médicos llegan a tener jornadas de 36 horas seguidas, robando ratos para dormir; exceso de trabajo que indefectiblemente termina por afectar su desempeño profesional, y por lo mismo desmejora la atención al paciente. Porque después de una larga jornada, al intenso ritmo de tres o cuatro consultas por hora, el médico pierde capacidad de concentración, rigor en sus diagnósticos y su buen humor desaparece.

El deterioro es más agudo en el caso de los médicos generales, de los cuales hay 42 mil en el país y constituyen el grueso de la profesión médica. Son laboralmente los más damnificados por la proliferación de CTA, como lo son también los bacteriólogos, los odontólogos, las enfermeras, auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud.

Un médico general de nómina de una entidad tiene ingresos de tres millones de pesos en promedio, pero cuando es asociado de una CTA gana unos \$2,5 (en no pocos casos no llega a ganar ni dos millones), con jornadas de 48 horas semanales, o sea a \$13.000 la hora. De ahí debe descontar el aporte a la seguridad social, las cuotas cooperativas y los otros descuentos que la asamblea de asociados determine.

Así que para mantenerse dentro de un estándar de vida aceptable al médico le toca incrementar su jornada laboral, o coger turnos en varias

entidades. No hay más de otra. O sea trabajar más para ganar lo mismo. Y quienes no cobran por turnos sino por obra realizada, también les toca intensificar su trabajo. Por ejemplo, un cirujano que antes se hacía diez cirugías a la semana, ahora se puede hacer veinte.

Hay otras modalidades de contratación, como el servicio por horas y el pago por honorarios, en los que se gana incluso más poco. Es el caso de Juan Mauricio, médico general que trabaja medio tiempo como asociado de una cooperativa, y en el otro medio por horas en la Clínica Siglo XXI, que le paga apenas a \$12.500 la hora.

Lo de trabajar turnos en varias partes lo facilita el hecho de que con las CTA las jornadas no necesariamente son de ocho horas. Se están imponiendo modalidades nuevas: jornadas de cuatro y seis horas; esto porque las CTA no se rigen por el código laboral sino que acuerdan libremente el horario de sus asociados, de lo cual va a depender el monto de sus ingresos. Es un trabajo al destajo.

También ha hecho carrera la modalidad de vinculación por jornada ocasional, que es cuando el médico no está vinculado a una empresa ni afiliado a una cooperativa y presta un servicio flotante, esto es, hace reemplazos en turnos nocturnos o cubre turnos vacantes. El gerente de un centro de salud o un hospital lo llama y le dice: véngase esta noche y haga un turno que tengo descubierto, y de las consultas que resulten usted se lleva tal porcentaje, sin mediación alguna de contrato. Son los llamados “rateros”, porque hoy trabajan un rato en un hospital y mañana en otro. Y así, flotando en el filo de la incertidumbre, van llevando su suerte. En la escala laboral y salarial del sector salud los “rateros” son, sin ninguna discusión, los más fregados.

Otro dolor, aparte de los bajos ingresos, es la inestabilidad laboral, ese ir como gitanos de cooperativa en cooperativa, trabajando un turno aquí y unas horas allá; inestabilidad que es la causante de que para las entidades bancarias muchos médicos, sobre todo los jóvenes, no sean objeto de crédito. También se dice, o por lo menos se teme, que quien coja fama de problemático y revoltoso, o salga mal salido de una empresa, queda fichado en el medio y le sea difícil encontrar trabajo, así esté asociado a una cooperativa.

Porque esa es otra anomalía en el funcionamiento de las CTA, que pierden toda la autonomía en el manejo de sus asociados. Las IPS y ESE que las contratan les imponen las condiciones laborales, y son ellas las que dan las órdenes y señalan las directrices administrativas, no la cooperativa. Incluso vetan a los asociados que por alguna razón no simpaticen con la gerencia o reclamen más de la cuenta. Es lo que en parte explica esa actitud pasiva —muy parecida a la resignación— con que los médicos asumen el día a día de su trabajo profesional.

Y a lo anterior hay que añadirle el total desinterés que los asociados, en su gran mayoría, tienen por los asuntos de su cooperativa. Se supone que ésta les pertenece a todos, y por lo mismo deben ser asociados deliberantes, vigilantes, debidamente informados. Pero no. La cooperativa es para ellos como una especie de barco fantasma. Lo único que saben de ella es que dos veces al mes les cancela la quincena con los respectivos descuentos, de la que ni siquiera reclaman la colilla de pago. No saben, ni les interesa saber, el nombre del gerente, y muchos ni le han visto la cara; como tampoco tienen idea de que hay un consejo de administración con su respectivo presidente, una junta de vigilancia, una asamblea anual de asociados, un informe de balance y unos excedentes. Y es normal que tampoco sepan la dirección de las oficinas, pues la única relación con su cooperativa es un teléfono donde les contesta una secretaria, a quien sí distinguen porque fue con ella que hicieron las vueltas de afiliación. Ese es todo su sentido de pertenencia cooperativo.

Ya en el plano académico, el otro atolladero de los médicos generales es la gran dificultad para adelantar estudios de especialización. Lo logran los privilegiados, porque son estudios que en las universidades privadas son muy costosos y en las públicas casi imposibles. A una especialización en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, por ejemplo, se pueden presentar entre 300 ó 400 aspirantes, pero sólo hay cupo para cinco.

La situación de los médicos especialistas es distinta, mejor si se quiere. Aunque no en todos los casos, dependiendo de la especialidad

que tengan y la entidad que los contrate, porque no todas pagan lo mismo y no todos los especialistas se cotizan igual en el mercado de la salud. Los más cotizados son los cirujanos, neurocirujanos, anestesiólogos, neonatólogos, internistas y neumatólogos, cuyas tarifas son las más altas, así sean asociados a cooperativas. Porque hay muchos que no necesitan asociarse a una cooperativa para tener su agenda copada de consultas, que cobran a más de \$90 mil cada una.

Entre estos especialistas de élite los cirujanos plásticos constituyen capítulo aparte. Son, a kilómetros de distancia, los más cotizados, los más escasos en relación con su demanda, que es alta, debido al boom de mamoplastias, liposucciones y correcciones de todo tipo que hoy infla el mercado del look y la silicona. El caso de Medellín es especial: de veinticinco nuevos quirófanos que en esta ciudad se montaron en el año 2006, el 80% fueron para cirugía estética. Es más, clandestinamente ya funcionan centros de los llamados “esteticistas”, que son médicos generales que hacen algún curso de estética y se dedican a realizar cirugías en condiciones técnicas e higiénicas deplorables.

Y están los especialistas que, por ese mismo juego del mercado, no pueden mantener tarifas altas y entonces prácticamente quedan a merced de las condiciones que les impongan las IPS, con tarifas de \$30 mil la hora, o menos. En esa situación están los radiólogos, neurólogos clínicos, obstetras y sicólogos, entre otros.

Pero aún peor están los especialistas que no hacen parte de cooperativas y van como gitanos cogiendo turnos donde puedan, casi siempre en la noche y los fines de semana. A estos las IPS los enganchan con tarifas de \$20 mil la hora, o hasta de menos. Cuando contratan por evento realizado su situación tiende a empeorar porque ya su sueldo es un albur. Pueden atender seis servicios en el turno, o dos, o ninguno, y en este caso les toca hasta pedir el pasaje prestado para devolverse para la casa.

También se suele tasar la tarifa por porcentaje de ocupación hospitalaria, que es el caso de Marta María, quien trabaja como pediatra en la ESE Metrosalud. Para ella, entre más días permanezcan ocupadas las

50 camas de la sede hospitalaria donde labora, mejor serán sus ingresos, algo que, según la curva epidemiológica de Medellín, suele ocurrir de enero a julio.

Marta María, al igual que los demás especialistas de Metrosalud, fue desvinculada de la nómina de provisionalidad en el año 2006, y desde entonces pasó a engrosar la CTA Cooineuro, la cooperativa de los neurorirujanos de Antioquia, que, por estrategia de mercadeo, también admite como asociados a pediatras y otra clase de especialistas. “Ese cambio —recuerda— se hizo en un solo día. Por la mañana yo era empleada oficial de Metrosalud, y por la tarde ya era asociada de una cooperativa”.

Pero para ella todo siguió igual en Metrosalud, en donde continuó en el mismo puesto de trabajo, con los mismos horarios, bajo las órdenes de los mismos jefes y con los mismos compañeros. De su uniforme lo único que cambió fue el distintivo: quitó el de Metrosalud y puso el de CTA Cooineuro.

Bueno, no todo siguió igual para Marta María. Hubo un cambio importante: disminuyeron sus ingresos. Porque dejó de recibir recargos nocturnos y el pago de festivos, que se los cancelan por el mismo valor del día ordinario. Tampoco recibe las primas legales ni las extralegales que Metrosalud les reconoce a sus empleados en agosto y en febrero. Si ahora quiere gozar de primas y vacaciones, tiene que sacarlas como ahorro de su propio sueldo, que por quincena asciende a \$3'132.000, con una intensidad de 60 horas la semana, cuando antes era de 44 horas. Eso realmente fue lo que le cambió de su situación: para ganarse lo mismo que se ganaba antes ahora tiene que trabajar más tiempo.

Y el caso de Marta María también nos sirve para ilustrar una forma de distribución de los ingresos y los descuentos que, a manera de esguince, está haciendo carrera en el ámbito de las CTA, cuyo objetivo es disminuir el rango de los descuentos que se le hacen al asociado, lo que supuestamente lo favorece. Consiste en no reportar como compensación la totalidad de sus ingresos sino sólo la tercera parte, que es la que se le entrega en efectivo. El resto se le entrega en forma de bonos, auxilio de transporte y como aporte a un fondo de ahorro voluntario.

El fin de la maniobra es claro: reducir a una tercera parte la base de los descuentos de retención en la fuente y seguridad social, y así castigar menos la quincena del asociado; maniobra que no debe ser del agrado de la DIAN ni de las EPS, pues es plata que éstas dejan de recaudar, con la afectación que eso tiene para el sistema de salud y la torta tributaria del Estado. Y para la futura pensión del asociado. Cuando éste se pensione muy seguramente su base de liquidación será una tercera parte de lo que regularmente le ingresa.

Nos dice Marta María que los bonos que recibe como parte del pago son para comprar mercado, pero no donde ella quiera sino en los almacenes de cadena con los cuales su CTA tiene convenios. Los recibe porque no tiene más de otra, porque si le dieran a escoger tal vez no los recibiría, habida cuenta de que los almacenes de cadena no son precisamente los que venden el mercado más barato. Hay otros asociados que también usan los bonos para pagar la cuenta del celular, el colegio de los hijos y cosas por el estilo.

El fondo de ahorro voluntario (que de ahorro no tiene nada y de voluntario menos) es la otra forma de entregarle al asociado parte de sus ingresos. Es una plata que se le consigna en un banco y que sólo puede retirar al cabo de tres meses, como una especie de CDT, pero sin intereses. “O sea que realmente no es un ahorro sino un sueldo que a uno le retrasan tres meses”, dice con buen acierto Marta María.

El asociado puede o no aceptar los bonos y el ahorro voluntario, pero si no los acepta se queda sin el trabajo, que los demás asociados si aceptaron. Mejor dicho, es un chantaje disfrazado de propuesta de pago. Esto sin contar que las empresas que a las CTA contratan para que les manejen los bonos y el fondo de ahorro cobran por ese servicio, o sea un costo más que necesariamente sale del bolsillo del asociado. ¿De dónde más?

Fallas, mañas e irregularidades

En este capítulo haremos una descripción más detallada de las cooperativas de trabajo asociado en aspectos como normas de funciona-

miento y su organigrama, y por esa vía señalar las fallas, las mañas y las irregularidades más comunes en que incurrir.

Para empezar, conviene saber que en el ámbito cooperativo, por no ser del resorte del régimen laboral, las cosas se llaman distinto. Por ejemplo, lo que en el sistema laboral es salario, en el cooperativo se llama compensación; y no se habla de obrero o empleado sino de asociado; y el vínculo laboral no es el contrato de trabajo sino el contrato asociativo.

En su definición, la CTA es una organización sin ánimo de lucro que pertenece al sector solidario de la economía, y asocia personas que simultáneamente son gestoras y aportantes al sostenimiento de la organización. Su finalidad es generar empresa de manera autogestionaria, bajo un gobierno autónomo y con sus propios medios de producción. Así lo ratifica el Decreto 4588 que el gobierno nacional emitió en el año 2006 con el ánimo de corregir las desviaciones y anomalías de las CTA; decreto que, a decir verdad, no les ha hecho mayor mella, pues éstas han encontrado el atajo jurídico y, en la práctica, han seguido jugando el simple papel de bolsas de empleo.

Lo que ocurre es que en su gran mayoría las CTA son organizaciones financieramente muy débiles, sin mayor poder de negociación ni capacidad de inversión, incapaces de adelantar procesos autogestionarios y de acreditar la propiedad de sus medios de producción. No son dueñas de nada, excepto de la fuerza de trabajo de sus asociados, que en esencia es lo único que venden. Y más las del sector salud, donde las ayudas tecnológicas y los equipos son costosos: un tomógrafo axial computarizado vale \$1.000 millones y un quirófano completo \$6.000 millones.

A diferencia de lo que sucede en otras latitudes, en países como España y Canadá, por ejemplo, donde las CTA de la salud sí son factor de peso en la relación capital-trabajo. En ambos países los médicos agrupados en grandes y poderosas cooperativas controlan buena parte del sistema de salud.

En su organigrama, la máxima instancia directiva es la asamblea general de asociados, seguida en jerarquía por el consejo de adminis-

tración, que se reúne mínimo mensualmente. Después viene el comité de vigilancia, que hace exactamente lo que su nombre indica. Lo desalentador es que en la mayoría de los casos son órganos de dirección y control que sólo pesan en el papel, para ajustarse a los estatutos y protocolos cooperativos y para que consten en los reportes a la Cámara de Comercio y a los entes de control. Cuando los reportan, porque no todas las CTA lo hacen.

En todo caso el poder y las decisiones importantes no recaen en tales órganos. Lo usual es la existencia de pequeños grupos de asociados que lo controlan todo, por lo general fundadores de la cooperativa. En otros casos son personas externas, regularmente gerentes o mandos medios vinculados al sector de la salud; o son testaferros de algún político local con poder para asignar contratos en las entidades públicas. Cuando no es el propio gerente de la cooperativa el que ejerce el control, se lucra de su posición y se atornilla en el poder, como si la cooperativa fuese de su propiedad. Es más: como si las cooperativas pudiesen tener dueño.

Toda esta cadena de irregularidades las facilita el hecho de que la divulgación y educación en temas cooperativos sean irrelevantes en las CTA. Lo único que sus asociados reciben es el cursillo obligatorio de veinte horas que deben presentar como requisito de ingreso. Y eso que no todas lo exigen. Por eso el cooperativismo les entra por un oído y les sale por el otro; poco les va o les viene saber, por ejemplo, de qué sirve un consejo de administración, ni qué cosa son los excedentes, ni qué es lo que vigila la junta de vigilancia. Y por no saber nada de nada los asociados se desentienden de todo. Total, para ellos la cooperativa es sólo la empresa que les da trabajo, y punto. Su interés entonces se centra en lo estrictamente laboral y salarial: horarios de trabajo, pago de quincena, renovación del contrato, cosas de esas.

El convenio de prestación de servicios entre la CTA y la empresa que la contrata se llama “oferta mercantil”, con vigencia de un año. En esta oferta se especifica la duración del convenio y las tarifas en hora o valor jornada, según sea el tipo del servicio; también las obligaciones

de ambas partes, las sanciones a que haya lugar, entre otros asuntos. La cooperativa a su vez firma con cada asociado un contrato individual de trabajo para desarrollar ese convenio.

En cuanto a las tarifas de la oferta mercantil entre la CTA y la empresa que la contrata, hay que hablar de dos manuales de referencia en el caso de la salud: el usado para pagos a instituciones médicas y profesionales de la salud en el seguro obligatorio de accidentes de tránsito—SOAT—, y el manual ISS. Ambos se actualizan cada año. Pero las IPS siempre ofertan tarifas por debajo de estos manuales, algo que las CTA aceptan porque no tienen más alternativa. Por lo general pactan el 20% y 30% menos que los valores contenidos en el manual SOAT, y no es raro que aparezca otra que oferte con descuentos del 40%.

Es así como las empresas prestadoras de salud logran que las CTA que trabajan a su servicio hagan lo peor que pueden hacer: competir entre ellas mismas por las tarifas. Y algunas aprovechan el desorden para hacer el llamado “carrusel”, que ocurre cuando la IPS no le renueva el contrato a la CTA “A” y le anuncia que va a dárselo a la CTA “B”, porque ésta le ofrece mejores tarifas. Pero a los asociados de la CTA “A” les dice que si quieren conservar el empleo, bien pueden pasarse a la CTA “B” en un trámite que dura de un día para otro; trámite que casi todos hacen porque no tienen otra opción.

Con tal rotación anual las empresas logran dos cosas: mantener bajas las tarifas y conservar el mismo tren de médicos y paramédicos, porque por lo general los asociados se pasan a la nueva cooperativa sin chistar. Además a muchos eso los tiene sin cuidado, porque no ven marcadas diferencia entre ser de una o de otra cooperativa. Para ellos todas hacen lo mismo y pagan lo mismo; de la manera como pueden ser iguales una tumba y otra, según dice una canción que suena por ahí.

Los ingresos del asociado son variables, y se calculan con base en la tarifa que pagan las empresas en cada contrato. Funciona como un salario integral, esto es, incluye todos los descuentos, algunos pactados por acuerdo cooperativo y otros por obligación de ley. El descuento por seguridad social: salud, pensión y riesgos profesionales, es inelu-

dible. La ley es clara al respecto: “La CTA está obligada a afiliar a los asociados a la seguridad social integral mientras dure el contrato de asociación. No sufre esta obligación cuando el asociado aparezca como beneficiario en el régimen contributivo o como afiliado independiente o por el Sisbén”.

Sin embargo, dentro de ese río revuelto que es el mercado laboral de las CTA, no faltan las que simple y llanamente no pagan la seguridad social de sus asociados, en flagrante violación, no sólo de ley, sino de la lógica de las cosas. Porque resulta absurdo que un médico no esté él mismo cubierto de un seguro de salud, o lo deba rebuscar por fuera porque su cooperativa no se lo reconoce. Ésta, como requisito de admisión, le exige copia de su seguro de salud, bien como beneficiario de una EPS o como trabajador independiente.

En el tema de las pensiones se presenta una generalizada inconsistencia: las CTA cotizan para pensiones por un monto muy inferior al valor de la compensación económica, en muchos casos de común acuerdo con el asociado, claro, quien para preservar la quincena más “carnudita” hace una de dos cosas: no cotiza para pensión, o cotizan sobre la base de un salario mínimo, así gane cinco o seis veces ese salario, como es el caso de un médico, con todo lo nefasto que eso sea para su pensión de jubilación. Es decir, prefiere no pensar en su futuro. Como también pocas veces se acepta el descuento para nutrir un fondo de primas y vacaciones. El asociado, pensando siempre en la carnadura de su quincena, prefiere no recibir primas ni tomar vacaciones.

Pero también se da el caso, este sí fraudulento, de gerentes que, como se dice en Antioquia, le hacen la judía al asociado. Proceden así: a la EPS le reportan el pago de la seguridad social por un salario mínimo, pero al asociado le descuentan por un monto más alto, y el sobrante se lo embolsillan. O sea: robo a mano desarmada y bajo cubierta, porque de eso el asociado ni se entera. O se entera tarde, y es cuando vienen las demandas. El último dato oficial es que el 30% de las CTA que operan en Colombia no paga la seguridad social completa. Entre ellas debe haber una buena parte en el sector de la salud.

En cuando a los descuentos mensuales sobre la compensación económica, el cuadro más común es el siguiente: 1% de cuota solidaria, que es un ahorro colectivo para que los asociados se ayuden los unos a los otros en momentos de calamidad; un 4% (generalmente más) por aporte social, que se devuelve cuando el asociado se retira de la cooperativa y no abona intereses. Estos aportes, que la cooperativa utiliza como capital de trabajo, son de obligatorio cumplimiento según el ordenamiento legal cooperativo. Pero ocurre que muchas CTA, por acuerdo entre los mismos asociados, se abstienen de hacer esos recaudos para no afectar el monto de las compensaciones, o los hacen por una suma mínima, simbólica.

Hay otros pequeños gastos y horas no pagadas que también ayudan a erosionar el ingreso del trabajador asociado a una CTA. Por ejemplo: el tiempo que asiste a las reuniones semanales de personal, y el que le dedica a los cursos y seminarios de capacitación que son de obligatoria asistencia, es tiempo que el asociado pierde porque nadie se lo paga, no es tiempo laborado. Además tiene que asumir el costo de algunos elementos y equipos que los trabajadores vinculados no tienen que comprar porque la empresa se los provee. Del bolsillo del asociado salen, por ejemplo, las batas de uso diario y las pijamas de cirugía, y equipos como el tensiómetro, el fonendoscopio y el de órganos, objetos que son para el médico lo que son para el albañil el palustre y la plomada, y que en conjunto valen cerca de dos millones de pesos.

De lo que sí están exentas las CTA, por ser del régimen cooperativo, es del pago de impuestos parafiscales, que en el régimen laboral lo deben pagar las empresas. Estas entonces no tienen que sumarlo en las ofertas mercantiles, se lo ahorran. Otra razón más para que las empresas sean tan dadas a subcontratar fuerza laboral mediante cooperativas. Quien de todas maneras pierde es el asociado, que entonces no se beneficia de los subsidios y los servicios de las cajas de compensación familiar. Actualmente en el Congreso de la República se discute un proyecto de ley para que las cooperativas vuelvan a pagar parafiscales, lo cual ha prendido alarmas porque si la nueva ley carga estos impues-

tos en los hombros de los asociados, será otro ítem más en su ya larga lista de descuentos.

Finalmente, otra irregularidad se da cuando la CTA subcontrata mano de obra, o sea que se convierte en otro intermediario más, otra vuelta de tuerca en la tercerización laboral, otro eslabón en la cadena del dolor. Por norma, las CTA no pueden contratar personal por fuera de su planta de asociados, con la excepción de los casos en que es indispensable, o casos ocasionales o accidentales referidos a labores distintas a las habituales de la cooperativa, o para reemplazar un asociado incapacitado. Sin embargo, esta norma la saltan e incurren en la subcontratación permanente de no asociados, obviamente en condiciones salariales aún más precarias. Aparte del 10% por retención en la fuente, les descuentan otro 10% como aporte cooperativo, lo cual es indebido porque este aporte sólo lo pagan los asociados a la cooperativa, y ellos no son asociados sino simples subcontratistas.

Unas “joyas” de gerentes

Rodrigo es un médico otorrino que desde hace tres años está afiliado a la Cooperativa de Otorrinolaringólogos de Antioquia, Coorlan. El caso que cuenta vale la pena exponerlo en detalle porque es un buen ejemplo de cómo suele funcionar, o disfuncionar mejor, la democracia interna en las CTA.

Cuenta Rodrigo que ingresó a Coorlan-CTA como asociado a finales del año 2004, ingreso que por cierto fue fácil porque ni le exigieron el cursillo cooperativo. Coorlan compartía su sede con otras dos CTA, cada una con su gerente y su secretaria. Desde el principio le llamó la atención un personaje que fungía como asesor de las tres cooperativas y que tenía su oficina aparte, donde los gerentes iban y venían todo el día porque todo lo tenían que consultar con él, tener su visto bueno. Según era fama, el hombre sabía mucho del tejemaneje cooperativo y tenía buenos contactos con clínicas y hospitales públicos y privados. En otras palabras, era el “dueño” de la cooperativa, pese a no tener ningún cargo de responsabilidad en ella. Figuraba como un empleado de

medio tiempo, como un simple asesor. Pero los gerentes hacían lo que él dijera y pasaba por encima del consejo de administración y la junta de vigilancia, que en Coorlan, como en las otras dos cooperativas, eran pura pantomima.

Ahora bien: ¿qué sueldo se ponía el asesor teniendo en cuenta que cada gerente se ganaba siete millones de pesos mensuales? Y otra pregunta más: ¿cuánto dinero, pagado como favor, recibían los gerentes de las IPS que contrataban con estas cooperativas?, un ardid que no es nada extraño en el mundo de las CTA del sector salud. La respuesta a ambas preguntas eran secretos bien resguardados.

Coorlan cada año celebraba una asamblea general de asociados, a la que no asistían ni la mitad de éstos, y quienes sí asistían no salían sabiendo más de lo que sabían antes de entrar, porque en esas asambleas no se decía nada sustancial. Se echaban discursos, se mencionaban algunas cifras, se animaba al personal a seguir con la camiseta puesta, pero no había informes claros sobre el estado financiero de la cooperativa, ni sobre el manejo de los excedentes ni de los aportes sociales. Como tampoco, según se dieron cuenta después, quedaba registro alguno en la Cámara de Comercio de Medellín.

Era pues, hablando en plata blanca, lo más parecido a una cooperativa pirata, cuyas precariedades y manejos raros los asociados aceptaban con moderada resignación. Por lo menos tenían un trabajo estable y el pago de las quincenas no se les retrasaba. Hasta cuando, ya para el año 2006, los ciclos de contratación se deterioraron, las tarifas rebajaron y se volvió norma el retraso en las quincenas, lo que evidenciaba la mala gestión del asesor y su círculo directivo. Además se perdió un contrato con el Hospital San Vicente de Paúl, y ahí sí el ingreso se fue al piso. Sólo le quedó un contrato con la Clínica León XIII del Seguro Social, que, para completar, estaba en lo fino de su quiebra financiera. Se llegó a retrasar hasta doce meses en los pagos.

La crisis llevó a los otorrinos a tomar decisiones radicales, pues era la supervivencia de su cooperativa la que estaba en juego. La oportunidad, dice Rodrigo, se les presentó cuando fueron llamados a conformar

una alianza de varias cooperativas del sector salud, liderada por la Cooperativa de Anestesiólogos (Anestesiari), con el objeto de asumir todos los servicios de la Clínica León XIII (ya en proceso de liquidación). De esta alianza hizo parte Coorlan y sus dos cooperativas hermanas, que antes debieron librar una batalla con el asesor de marras. Tarea nada fácil porque éste boicoteó todo lo que pudo para impedir que las tres cooperativas entraran en la alianza, pues eso implicaba perder el poder que tenía. Como en efecto lo perdió. Cada cooperativa citó a una asamblea extraordinaria para, por primera vez, defender sus intereses, sacar del negocio al asesor, cambiar los órganos de dirección y nombrar nuevos gerentes.

Otra historia, que también ilustra el sinuoso poder que llegan a alcanzar algunos personajes en las cooperativas, es la que cuenta Luis Fernando, un médico general que ahora trabaja como profesor universitario de medio tiempo, y en el otro medio atiende turnos en una IPS. Hace dos años estuvo asociado a una cooperativa que contrataba servicios con una IPS de medicina prepagada llamada Home Care, especializada en el servicio a pacientes que no quieren permanecer en la clínica sino ser atendidos a domicilio con todos los requerimientos hospitalarios. La cooperativa de Luis Fernando le hacía a Home Care dos clases de suministros: personal médico y elementos médico quirúrgicos. Lo curioso era que, a diferencia del común de los gerentes en las CTA del sector salud, que en el mes se pueden ganar de seis millones para arriba, el sueldo del gerente de la cooperativa de Luis Fernando no era mejor que el de los otros empleados: dos salarios mínimos, algo que la cooperativa le agradecía y consideraba un gesto solidario, aparte de raro.

Lo que no sabían era que el hombre tenía montada la trampa por otro lado: se descubrió que, amparado en un testaferro, era el dueño de la empresa que le suministraba a la cooperativa el material médico quirúrgico incluido en el contrato con Home Care. Eso explicaba por qué el monto del suministro de material era de mayor cuantía que el suministro de personal médico. En otras palabras: castigaba el ingreso de

los asociados en beneficio de su propia empresa. Hasta que lo pillaron y se le acabó el merengue. Toda una “joya” este gerente, no hay duda.

Denuncias y alegatos jurídicos

A raíz de tantas irregularidades y malos manejos, en los últimos años las CTA y las empresas que las contratan han sido objeto de reiteradas denuncias y pronunciamientos públicos, aparte de la cascada de demandas que cursan en los juzgados.

Uno de esos pronunciamientos públicos lo hizo Sintraseguridad Social, sindicato de los trabajadores del ISS, el 1º de agosto de 2005. Denunció en un comunicado lo que llamó una explotación laboral generalizada y una crasa violación de derechos elementales. Hace saber que hay CTA que no reconocen horas extras ni nocturnas, que eluden el sistema general de seguridad social cotizando sólo por un salario mínimo, y no tienen claridad en la afiliación a riesgos profesionales; CTA que no hacen el incremento legal del salario, y en las que nunca los asociados saben si su compensación está bien o mal liquidada porque no les entregan colillas de pago. Y denuncian concretamente a la CTA Integra por demoras de hasta dos meses en los pagos a sus asociados.

Otra cooperativa denunciada por irregularidades fue la CTA Competimos (ya inactiva). Los siguientes son apartes de la carta de “respetuosa protesta” que un grupo de cooperados, médicos y enfermeras de la IPS Víctor Cárdenas Jaramillo, le envió a la gerencia de la ESE Rafael Uribe Uribe en febrero de 2004, quejándose de las fallas de su cooperativa:

[...] Actualmente no contamos con un contrato firmado donde se estipulen las condiciones, compensaciones y duración del mismo. Tenemos retrasos en el pago de las compensaciones, después de los 15 días de cada mes [...] No nos hacen llegar colillas de pago ni la autoliquidación de la EPS, ARP y pensión, ni tampoco las entregan en las oficinas. [...] No conocemos los estatutos de la CTA Competimos. En varias ocasiones

los hemos solicitado, sin ninguna respuesta. [...] Se nos envió una copia del acuerdo cooperativo, la cual no tenía la firma del gerente Guillermo Cárdenas ni aparecía ninguna información acerca del contrato con la ESE-RUU, por lo cual no conocemos las condiciones del mismo. [...] Se han presentado inconsistencias al momento del pago debido a que figuran con menos horas de las laboradas realmente, o con cargos diferentes al que se está ejerciendo [...] Nos desafiliamos como independientes de la EPS y pensiones a partir del 30 de noviembre de 2003, con la promesa de que ellos nos afiliarían como dependientes, lo cual no ocurrió, y pasaron tres meses sin ningún tipo de seguridad social. [...] Hay retrasos en el pago de la seguridad social, lo que genera intereses por mora. ¿Quién los paga? [...] A los asociados se nos cobra póliza de cumplimiento cuando ésta debe ser pagada por la CTA. [...] Falta seriedad en la información en cuanto a todos los procesos, lo que ha generado desconfianza hacia la cooperativa. Todo lo anterior ha alterado el clima laboral debido al estrés y la desconfianza.”

A todas estas las preguntas obvia son: ¿por qué continúan hoy esas irregularidades?, ¿por qué a las CTA no se les pone en cintura?

Parte de la respuesta es que la misma legislación les permite a las CTA jugar en ciertos límites y con ciertas prebendas. Y lo otro es que la Superintendencia de Economía Solidaria, que es el ente que supervisa las cooperativas, tiene un poder de control muy débil, muy poca garra y recursos para vigilar y poner en cintura las más de tres mil CTA que hay registradas en Colombia. Y los juzgados laborales es poco lo que hacen.

Defender a los trabajadores es una tarea difícil en Colombia —afirma Sandro Sánchez, abogado laboralista— porque la justicia no es dada a protegerle al trabajador las garantías que determina la ley y la misma Constitución. Lo que uno observa es que tiende a favorecer al empleador, que es la parte fuerte de la relación.

La jurisprudencia en la materia tampoco es voluminosa, aunque en los últimos años ha habido fallos a favor de los trabajadores que de alguna manera fungen como recursos para contraponer a las irregularidades, esguinces y abusos del sistema cooperativo de trabajo asociado.

En ese sentido un hito fue el fallo que emitió la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia el 6 de diciembre de 2006, por el cual se condenó a la EPS Susalud a pagar una serie de beneficios retroactivos a Iván Darío Flórez, médico general asociado a la CTA Coopesalud. Los abogados de este médico lograron demostrar que si bien entre 1991 y el 2001 trabajó al servicio de su cooperativa en una clínica de EPS Susalud, su verdadero patrón en todo este tiempo no fue la cooperativa sino la EPS, porque siempre existió una completa subordinación laboral.

Es un fallo sin duda importante porque en esa misma situación se encuentran miles de médicos, enfermeras y demás trabajadores del sector salud vinculados a CTA. De hecho hoy en las laborales de los tribunales regionales cursan en segunda instancia varios fallos en el mismo sentido.

Lo que uno busca como abogado con las demandas judiciales —sigue diciendo Sandro Sánchez— es determinar la relación de subordinación laboral entre los asociados de las cooperativas y las empresas que las contratan, que por ley son solidarias en el pago de los salarios y prestaciones que los asociados dejen de recibir. Son demandas que se pueden ganar, o sirven para forzar a las empresas a conciliar un arreglo antes de ir a pleito. Y no es difícil recoger los elementos probatorios que indiquen la subordinación laboral. Para eso sirven los llamados de atención, las cartas de gerencia, la fijación de turnos y horarios, dotación de uniforme, etc. La dificultad es que a los médicos y las enfermeras les da miedo entablar demandas, porque temen que las empresas los incluyan en listas negras y los bloqueen laboralmente.

Agencias de empleo temporal: la nueva moda

El Decreto 4588 del año 2006 es una norma del gobierno de Álvaro Uribe Vélez que busca endurecer las condiciones de funcionamiento de las CTA y su relación con las empresas que las contratan, básicamente en dos temas: garantía de la seguridad social y condiciones de intermediación laboral. El propósito es que se fortalezcan empresarialmente y funcionen como verdaderas cooperativas, con recursos y medios de producción propios y poder de autogestión; que dejen de ser simples agencias de intermediación laboral, tan débiles que en cualquier momento, por algún contrato que pierdan, desaparezcan del mapa.

El Decreto 4588 conmina a las CTA a especializarse en una actividad específica y ser propietarias, poseedoras o tenedoras de los medios de producción con que prestar sus servicios, tales como instalaciones, equipos, herramientas, tecnología y demás medios materiales o inmateriales de trabajo. Es pues una exigencia importante, que ha llevado a que algunas, como se dice en el argot, tiren la toalla y salgan del mercado. Otras, las de menos, tratan de cumplir la norma al pie de la letra; y otras, como siempre, le buscan la comba al palo, el esguince a la norma. Para ello apelan a la figura del comodato, que consiste en que la IPS firma con la CTA un contrato de comodato de las instalaciones y los equipos con los cuales van a trabajar los asociados. Por ese atajo le hacen el esguince a la norma y dejan que todo siga como antes.

De cualquier modo el Decreto 4588 ha tenido en las empresas un efecto de desestímulo para contratar con cooperativas, que ya no son tan atractivas como cuando tenían menos talanqueras. Los nuevos requisitos las limitan y hacen más factibles las demandas, por lo que las empresas prestadoras las están ya replanteando como estrategia de tercerización laboral. Es por eso que en el sector salud están de moda las agencias de empleo temporal, pues al fin de cuentas se logra lo mismo que con las CTA: movilidad laboral y libre juego de tarifas, o sea, abaratar costos operativos a costa del ingreso de los trabajadores. Prueba de que ambas son cuñas del mismo palo es que en algunos casos son

los mismos “dueños” de las CTA los que crean la agencia de empleo temporal y trasladan allí al personal.

María Eugenia es una médica general egresada de la Universidad de Antioquia, de veintisiete años de edad, madre de un niño y en embarazo de otro, que trabaja de tiempo completo en una unidad hospitalaria de la ESE Metrosalud. Para poder conservar su empleo le tocó hace un año trasladarse de Contratamos, la CTA de la cual era asociada, a una agencia de empleo temporal. Pero, según dice, tal traslado no cambió para nada sus funciones, sus horarios y sus jefes en Metrosalud. Todo para ella siguió igual, por lo que el cambio no le ha preocupado.

El caso de María Eugenia es el típico del profesional que, recién egresado de una facultad de medicina, ingresa al mercado laboral por la única puerta que puede hacerlo: por una CTA o una agencia de empleo temporal, porque es muy difícil, casi imposible, que se vincule de planta en alguna EPS o IPS. Y en los escasos tres años que lleva ejerciendo como médica general, María Eugenia ya ha estado en dos cooperativas y una agencia de empleo temporal, récord que habla a gritos de la inestabilidad laboral que campea en el sector salud. Además en el traslado de una a la otra no medió un período de descanso porque si lo tomaba —dice— corría el riesgo de perder su puesto de trabajo. Por eso lleva tres años sin sacar vacaciones.

Precisamente esa inestabilidad laboral es lo que más mortifica el ánimo de María Eugenia. No ve claro su horizonte, y menos ahora que está embarazada. Teme quedarse desempleada si la agencia temporal para la cual trabaja no le prorroga el contrato por un año más. Y es un temor bien fundado, ya que conoce casos de mujeres a las que, por estar embarazadas, no les han renovado el contrato.

También es pertinente traer a colación el caso de Blanca Inés, médica general que trabaja en la EPS Susalud a través de Comfama IPS, la que a su vez subcontrata el personal médico y paramédico con Cooderma CTA, de la cual ella es asociada desde hace seis años.

Resulta que Comfama IPS también decidió entrar en la onda de la vinculación de personal médico a través de una agencia de empleo tem-

poral, y ya le anunció a Cooderma-CTA que para el 2008 no le renovará el contrato. Se trata sin duda de golpe rudo para esta cooperativa, una de las más representativas y numerosa en el mercado laboral del sector de la salud en Antioquia, que en sus comienzos solo asociaba a dermatólogos y de dos años para acá también asocia médicos generales y de otras especialidades.

Así que desde el 15 de febrero Sumimedical, agencia de empleo temporal, asumirá el suministro de personal a la IPS Comfama. Con la salvedad de que todos los médicos, odontólogos y enfermeras asociados a Cooderma CTA pueden renunciar a ésta y pasarse a Sumimedical, a fin de no perder su puesto de trabajo.

Dice Blanca Inés que para justificar tal cambio les explicaron que sus condiciones laborales no van sufrir menoscabo, sino que, por el contrario, van a mejorar, toda vez que por agencia de empleo temporal la vinculación se hace por contrato laboral, es decir, con salario fijo, pago de cesantías, primas, vacaciones y todas las prestaciones sociales. Pero ella hace sus cálculos y ve que eso no es verdad, que comparando y sacando bien las cuentas va a resultar ganando lo mismo que ganaba en la CTA, e incluso un tanto menos.

Con el agravante de que ahora su inestabilidad laboral será aún mayor, pues son contratos a un año que la agencia temporal no está obligada a renovar.

¿A quién le perteneceremos nosotros ahora? —se pregunta con evidente preocupación Blanca Inés—. A nadie, pues nunca hemos sido ni seremos de Comfama, y tampoco perteneceremos a la cooperativa. Vamos a quedar en una empresa temporal que en cualquier momento te dice no vas más, no te renovamos el contrato. Además, aprovecharán para salir del personal incómodo y cuestionador, que es el caso mío, que soy de la que más firman cartas y notas de reclamo.

Opiniones encontradas

Hernando Zavala, académico y experto en temas cooperativos, es más optimista y ve las CTA como una opción válida en el sector de

la salud. Siempre y cuando —advierde— impliquen un verdadero esfuerzo cooperativo, profesionales organizados en empresas estables, capaces de desarrollar proyectos en todos los niveles de la atención en salud. Porque —agrega— no es el cooperativismo como tal el que falla sino que dentro del esquema de la economía neoliberal las CTA tienen muchas dificultades. Destaca aquellas que sin abandonar los principios cooperativos logran desarrollarse empresarialmente, posicionarse en el mercado y obtener buenas tarifas en los contratos. Como Anestesiari, por ejemplo, la cooperativa de los anestesiólogos.

En cambio la posición del sindicalismo del sector de la salud, caso de Asmedas, es radical en su desaprobación de las CTA como opción laboral. Su posición política es que los trabajadores de la salud deben ser vinculados directamente por las IPS y ESE en condiciones salariales y laborales que les permitan llevar una vida digna, educar y alimentar a sus hijos, darles una vivienda decente y proyectar su futuro. Reivindicar el esquema de la vinculación directa porque es una conquista de los trabajadores para equilibrar las asimetrías entre el capital y el trabajo, porque lo que hacen las CTA es justamente lo contrario: desequilibrar más la balanza en perjuicio de los trabajadores de la salud.

En ese sentido Gonzalo Vélez, vicepresidente de Asmedas, añade:

Los sindicatos de la salud hemos sido amigos del cooperativismo, incluso impulsamos la creación de Comedal en Antioquia, de Asomeva en el Valle, de Coasmedas, que es una cooperativa creada por Asmedas a nivel nacional. Pero no nos gustan las cooperativas de trabajo asociado porque deterioran el nivel salarial de los profesionales de la salud. Los recursos que son para su desarrollo personal y el de su familia, se convierten en más capital de especulación financiera en mano de los grupos económicos que controlan la salud.

Por su parte Carlos Giraldo, presidente de Asmedas, ve así la actual condición laboral en el gremio médico:

En el proceso de tercerización laboral todo el mundo fue deca- yendo en sus posibilidades económicas de manera dramática. Hay profesionales de la medicina ganando muy poco. Los asociados por cooperativas pueden ganarse un sueldo aceptable, pero no lo ganan con la misma cantidad de trabajo sino mediante contratos en varias partes y aumentando la jornada laboral. Son profesionales sobreexplotados. Buenas condiciones laborales no las logran sino ciertos especialistas y médicos calificados, un sector muy específico que puede negociar sus tarifas, o por lo menos mantenerlas en un buen piso. El resto tiene que conformarse con una escala salarial precaria, que a veces tienen que rebajar más del promedio del mercado para poder hacerse a un contrato, para poder seguir viviendo porque sin contratos están muertos.

Una visión contrapuesta a las anteriores, y mucho más optimista, es la de Diego Acosta, médico anestesiólogo asociado a Anestesiari, la CTA que lideró la llamada Alianza Cooperativa en Salud, Scarecoop, un experimento nuevo y distinto en el ámbito laboral del sector salud a nivel nacional. Es una cooperativa de segundo grado que hoy reúne unas 40 CTA en todo el país, y que en conjunto aglutina cerca de cinco mil asociados de todas las especialidades. Las trece CTA que la alianza tiene en Antioquia suman 1.800 asociados.

El antecedente del origen de esta alianza fue Anestesiari CTA, la cooperativa que hace siete años formaron las distintas organizaciones de anestesiólogos que funcionaban en Antioquia. En el 2004, en unión con otras cuatro cooperativas de especialistas, conformó la Alianza Cooperativa en Salud, como una estrategia para lograr varias cosas: una posición negociadora más ventajosa ante las entidades prestadoras, mejorar las condiciones de pago, reducir la cartera morosa, abaratar costos administrativos y acabar con los problemas que generaba la rebatía por los contratos.

Fue además la que introdujo el novedoso sistema de liquidar en tres partes las compensaciones de los asociados, con el fin de bajar la base de tributación y el aporte a la seguridad social, procedimiento ya explicado atrás.

De esa manera las cinco cooperativas lograron negociar mejores tarifas, ajustarse sin esguinces a los protocolos cooperativos y optimizar procesos. Tanto así que todo el tren administrativo para las cinco lo conformaban apenas una secretaria, un administrador y un pagador, lo que les permitió abaratar costos operativos y rebajar hasta seis puntos porcentuales la cuota de administración de sus asociados. También redujeron la cartera morosa de un año a dos meses.

Una buena oportunidad de crecimiento se le presentó a la Alianza Cooperativa a finales del 2006, cuando el gobierno nacional decidió liquidar la ESE Rafael Uribe Uribe y entregar transitoriamente el manejo de la Clínica León XIII a la IPS de la Universidad de Antioquia. Esta IPS decidió no contratar más con las CTA que venían prestando el servicio de personal en la clínica, y su manejo y funcionamiento se lo encomendó, en su totalidad, a la alianza. Pero como sus cinco cooperativas no alcanzaban a cubrir todos los oficios y las necesidades laborales de la León XIII, tuvo que crear a las volandas varias cooperativas para cubrir los faltantes.

Así nacieron la CTA Coosalud, que asocia enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, instrumentadores y camilleros; la CTA Sigma, para el suministro del personal administrativo; y la CTA Cooderma, ya reseñada atrás, que de ser una pequeña cooperativa exclusiva de dermatólogos se abrió a profesionales de otras ramas: médicos generales, auditores médicos, patólogos y profesionales no especializados. Son éstas precisamente las cooperativas que tienen los estándares de ingresos más bajos dentro de la alianza, y comparten todavía muchos de los vicios e irregularidades que campean en el medio.

Los procesos de flexibilización laboral se han dado de una manera inevitable en el sector salud, no sólo de Colombia sino de todo el mundo —explica Diego Acosta—. Con justificadas razones los sindicalistas

protestan, en especial contra las cooperativas, que deterioraron las condiciones de trabajo en comparación con las que había antes; y tienen la visión de que se vuelva al contrato laboral tradicional, al binomio patrón-empleado. Pero se quedan sólo en protesta. Nosotros en cambio decidimos ser realistas y no llorar sobre la leche derramada. Tratamos de buscar posibilidades y jugarle a un modelo empresarial cooperativo, a unas empresas productivas. Porque si bien aceptamos la flexibilización rechazamos de plano la precarización laboral. Lo nuestro es aumentar la productividad del asociado a fin de que por esa vía obtenga mayores ingresos.

Por eso, agrega Diego Acosta, el desafío para la Alianza ahora está un peldaño más alto: dejar de ser sólo prestadores de servicios laborales por out sourcing, y convertirse en una IPS fuerte, sola o asociada con otras agremiaciones, posibilidad ésta que la ley contempla para las CTA en el nivel superior.

La de Diego Acosta es por lo menos una voz mejor intencionada y optimista en un terreno en el que, como lo hemos visto a lo largo de este reportaje, hay más sembrados de dolores que de sonrisas.

