

Apuntes del CENES

ISSN 0120-3053

Vol. XXIX - No. 49

Págs. 179 - 206

Junio 2010

Tercerización y cooperativas de trabajo asociado en el Hospital San Rafael de Tunja

LINA MARLENY LÓPEZ SÁNCHEZ*

Fecha de recepción: 29 de marzo de 2010

Fecha de aprobación: 30 de abril de 2010

Clasificación JEL: N55, J54, L32

* Contadora Pública de la Universidad de Boyacá. Especialista en Revisoría Fiscal y Contraloría. Magíster en Administración de la Universidad de la Salle. Profesora de la Escuela de Contaduría de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), sede Tunja. Coordinadora del Semillero de Investigación GECl de la UPTC.
Correo electrónico: linismaria@hotmail.com

RESUMEN:

En este documento se destacan los diversos efectos que el funcionamiento de las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) ha traído en la contratación de personal del Hospital San Rafael de Tunja, a partir de la reestructuración registrada a finales del año 2004. Así mismo, se enfatiza en el cómo la tercerización ha venido adquiriendo importancia en este tipo de instituciones hospitalarias, mediante la prestación de servicios médico-asistenciales, administrativos y servicios generales, lo que revela que la contratación incluyó actividades misionales no inherentes a la naturaleza de la tercerización.

Por último, se analiza el cumplimiento de los principios cooperativos (definidos por el Congreso Alianza Cooperativa Internacional en 1995 y adaptados por Confecoop), por parte de las cooperativas de trabajo asociado que suministran los servicios requeridos por el hospital.

Palabras clave: tercerización, cooperativas de trabajo asociado, flexibilización, principios cooperativos.

ABSTRACT:

In this paper, highlights the various effects the performance that the associated work cooperatives (CTAs) has brought in the recruitment of Hospital San Rafael de Tunja, according to the new structure, registered at the end of 2004. Likewise, the emphasis in how outsourcing has been gaining importance in these hospitals through the provision of services such as medical care, administrative and general services, which reveals that the hiring process included missionary activities not inherent to the nature of outsourcing.

Finally, we analyze the fulfillment of cooperative principles (defined by the International Co-operative Alliance Congress in 1995 and adapted by Confecoop), by the associated work cooperatives that provide services required by the hospital.

Keywords: outsourcing, associated work cooperatives, flexibility, cooperative principles.

1. Introducción

“La expansión de las cooperativas de trabajo asociado (CTA) es una manifestación de la profundización de la tercerización en uno de los sectores donde la flexibilización laboral ha sido más evidente, como es el de salud”¹. De allí la importancia de analizar las características que ha asumido el funcionamiento de las CTA en el Hospital San Rafael de Tunja, en el marco regulatorio vigente y su apego a los principios cooperativos.

En los últimos ocho años se ha registrado en Colombia un crecimiento sin precedentes de las denominadas

cooperativas de trabajo asociado (CTA), lo que se evidencia en el hecho de que en el 2008 estas ascendieron a 3,903 organizaciones en las que el 62% se concentraba en Bogotá, Valle, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Atlántico y Huila, y agrupaba 500.000 personas, según Confecoop².

Según esta agremiación “bien sea por fecha de reporte o por fecha de creación, en Colombia esta opción de trabajo se consolidó en la presente década”, agregando: “luego del pico presentado en el año 2003 se aprecia una disminución en el número de nuevas cooperativas de trabajo asociado. Tal situación puede ser atribuible a factores como la disminución

¹ URREA F. La rápida expansión de las cooperativas de trabajo asociado en Colombia. Medellín: Escuela Nacional Sindical-Colciencias, 2006.

² CONFECOOP. Portal cooperativo No. 11, agosto 2009, p. 17.

natural por saturación de la demanda de trabajo, un marco regulatorio más estricto unido a labores de supervisión y control por parte de la Superintendencia de la Economía Solidaria y el Ministerio de la Protección Social, una labor gremial que ha propendido por la sensibilización de lo que significa ser una cooperativa de trabajo asociado, y finalmente, una dinámica de crecimiento que podía ser sostenible por varios años, dado el propio comportamiento de nuestra economía e índices de desempleo.

De otra parte, el estudio "El cooperativismo como alternativa de desarrollo económico y social de Colombia"³ señala que entre 1936 y 1956 se le otorgó personería jurídica a 32 cooperativas de trabajo, en tanto que en el periodo siguiente (1957 a 1977) a este requisito ascendieron 124 nuevas cooperativas, mientras que entre 1978 y 1985 se concedieron 98 personerías jurídicas. Así como se produjo una acelerada creación de cooperativas durante el periodo 1957- 1977, de la misma forma fue cancelada una alta proporción de personerías jurídicas, calculada en 41 de ellas.

De acuerdo con Confecoop "hasta mediados de la década de los ochenta el número de cooperativas de trabajo

asociado creadas por año no superaba el promedio de 2; posteriormente, hasta mediados de la década de los noventa, el promedio de cooperativas creadas por año subió a 20 y para la segunda mitad de la década de los noventa dicho promedio llegó a 125 cooperativas creadas por año"⁴; más adelante este gremio cooperativo subraya: "pero es luego del año 2000 cuando la proliferación de las cooperativas de trabajo asociado en Colombia se da con mayor fuerza, particularmente durante los años 2002, 2003 y 2004" .

De otro lado, " las CTA se desenvuelven, principalmente, en actividades tales como: servicios comunitarios que representan el 48,3% de los trabajadores asociados y el 44,6% de este tipo de organizaciones, seguido de los servicios de las empresas y suministro de personal en las que el 13,4% de las CTA genera el 14,5% del empleo asociado; en tercer lugar se encuentra el sector servicios sociales y de salud, contribuyendo con el 6,9% del total de las CTA. Lo anterior significa que los tres sectores atrás mencionados reúnen el 64,9% de las CTA y el 67,6% de los trabajadores asociados"⁵.

Stefano Farné, director del Observatorio de Mercado de Trabajo y la Seguridad

³ RODRÍGUEZ, N. El cooperativismo como alternativa de desarrollo económico y social en Colombia. Bogotá: Universidad Social Católica de la Salle. 1986.

⁴ CONFECOOP. Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia. Observatorio Cooperativo No. 11. En: www.portalcooperativo.coop. 2009. p.16.

⁵ FARNÉ, S. Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia: balance de la política gubernamental, 2002 - 2007. Universidad Externado de Colombia. *Economía Institucional* , 10 (18), 261-285. 2008. p.273.

Social de la Universidad Externado de Colombia al preguntarse a qué se debe el incremento de las CTA y del empleo asociado, responde: "en el marco de nuestra creciente competencia originada por la apertura económica, el diferencial de costos entre la mano de obra asalariada y la asociada, que se viene empleando desde la reforma a la seguridad social de 1993 es la causa del auge de las CTA"⁶.

La aparición de las CTA está ligada a normas como la Ley 617 de 2000, la cual estimuló la creación de esta modalidad de cooperativa para contratar al personal desvinculado de las entidades territoriales, luego de la reestructuración administrativa resultado de la racionalización del gasto público. A su vez, el Decreto 536 de 2004 permitió que las llamadas Empresas Sociales del Estado (ESE), en lugar de disponer de una planta de personal propia, pudiera contratar con terceros, reduciendo los costos originados por nómina, lo que condujo a que el superávit de economía solidaria reportara en el 2007, 340 CTA que operaban en salud, cuando en el año 2002 no se había registrado ninguna.

A pesar de su rápido crecimiento existe cuestionamiento sobre la naturaleza de esta forma de organización cooperativa, ya que se señala que la tercerización o outsourcing implica una subordinación al cliente, reflejando un modo de con-

tratación con terceros en la oferta de bienes o prestación de servicios. En el caso de las cooperativas de trabajo asociado (CTA) esta contratación releva a la entidad o empresa contratante de responsabilidades, por cuanto disminuye el riesgo en las actividades objeto de contratación.

El Hospital San Rafael es una Empresa Social del Estado de tercer nivel de complejidad, única en el departamento de Boyacá, cuyos comienzos se sitúan en 1991, pero con una extensa trayectoria que se remonta a 1553 cuando se denominaba Hospital de Nuestra Señora de la Concepción del Nuevo Reino de Granada; está catalogada como una entidad pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, con patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera. Esta entidad tiene por misión prestar servicios de salud especializados y subespecializados a la población del Centro Oriente colombiano, donde prevalezca la dignidad del paciente y la de su familia.

Actualmente cuenta con un personal de planta conformado por 142 personas en las áreas administrativas, médico-asistenciales y servicios generales. Además contrata con cooperativas la prestación de servicios para las diferentes áreas y con empresas de servicios temporales; es así que alrededor de 688 personas están

⁶ Ibid., p.6.

prestando sus servicios como trabajadores asociados, aproximadamente 24 personas por cooperativas multiactivas y 83 trabajadores contratados por empresas de aseo y vigilancia.

Luego de la reestructuración registrada en la ESE Hospital San Rafael de Tunja a finales del año 2003 y comienzos del 2004, esta institución, que contaba con cerca de 560 trabajadores de planta, emprendió un proceso de tercerización, que la llevó a contratar los servicios medico-asistenciales, administrativos y servicios generales a través de cooperativas y precooperativas de trabajo asociado.

Con la revisión bibliográfica disponible se encontró que los estudios referidos a la incidencia de las CTA en el mercado laboral son escasos, en particular en el sector salud (Escuela Nacional Sindical, Confecoop, Unircoop, Álvarez, Urrea, Farné, entre otros); de otra parte las investigaciones realizadas en las universidades colombianas se concentran en las efectuadas por la Universidad del Valle, la Universidad Autónoma de Colombia y la Universidad Externado de Colombia*.

Las publicaciones periódicas, tales como revistas y la prensa diaria, dan cuenta de situaciones anómalas que se presentan con excesiva frecuencia, en torno a las

cooperativas de trabajo asociado, en especial en el sector salud.

Sin embargo, aparte de la descripción de episodios recientes como los acontecidos con los corteros de caña en el Valle del Cauca y los palmicultores de San Alberto en el Cesar, poco se ha avanzado en estudios de casos, sobre las múltiples repercusiones en la contratación de mano de obra en el mercado laboral colombiano. La ambigüedad práctica, existente alrededor del carácter de asociado de los trabajadores vinculados a estas cooperativas, ha llevado a cuestionar si sus propósitos iniciales han sido o no desvirtuados.

El método de investigación que se utilizó para el desarrollo del trabajo es descriptivo- analítico, basado en el estudio de caso de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja.

2. Naturaleza de la tercerización

En la economía contemporánea han ocurrido cambios fundamentales en la estructura organizacional empresarial. El tránsito del modelo tecnoproductivo fordista - taylorista al modelo postfordista y neofordista propició el auge de la economía de servicios y el subsiguiente surgimiento de la tercerización o externalización para imprimirle mayor flexibilidad a la producción o prestación

* Sobre la presencia de las CTA en el sector salud no se hallaron estudios distintos a los efectuados por la Escuela Nacional Sindical.

de servicios entre demandante (cliente) y oferente (proveedor-outsourcing).

Según Moncayo "La producción en masa rigidamente estructurada, característica del sistema fordista, iba a seguir un régimen basado en la especialización flexible, cuya forma espacial sería el distrito o sistema local de pequeñas empresas. Así como la cadena sectorial era la modalidad espacial de despliegue del fordismo, el distrito sería la del postfordismo"⁷.

De igual forma la complejidad funcional de las organizaciones empresariales contemporáneas las ha llevado a distraer tiempo y dinero en actividades secundarias a sus objetivos misionales (core business), tales como actividades de soporte o de logística, de tal manera que "para dichos propósitos existe la posibilidad de contratar a un proveedor de servicios especializados y eficiente que, a la larga, se convierta en un valioso socio de negocios. En eso consiste el outsourcing"⁸.

De otro lado, Bermeo inscribe este fenómeno dentro de la desintegración vertical o desagregación practicadas por los diferentes tipos de organizaciones empresariales que buscan mejorar su posición competitiva, a tono con las estrategias competitivas propuestas por Michael Porter para abaratar costos.

Para Schneider el outsourcing "es la delegación total o parcial de un proceso interno a un especialista contratado. Esta posibilidad les permite a las empresas ser más flexibles en su estructura organizacional y optimizar su estructura de costos operativos"⁹.

No se trata de una relación comercial cualquiera, ya que el outsourcing se debe concebir como una responsabilidad compartida por el cliente y los proveedores externos de servicios. El esquema de outsourcing implica una relación a largo plazo entre cliente y proveedor: es un compromiso del cual surge una alianza estratégica. El cliente aporta el compromiso de ofrecer al proveedor información clave y estratégica de su negocio para que este pueda hacer su trabajo. A cambio el proveedor aportará recursos, tecnología, tiempo, personal y esfuerzo, para integrarse de manera total al proceso de su cliente y para, de esta manera, poder crecer juntos.

Dicho en otros términos: "así, el cliente puede concentrarse exclusivamente en sus actividades distintivas y puede confiar en que su relación con el proveedor le permitirá incrementar el valor de su oferta gracias a una estructura de costos competitiva"¹⁰.

⁷ MONCAYO, E. Nuevos enfoques del desarrollo territorial: Colombia en una perspectiva latinoamericana. Bogotá: Universidad-PNU-CEPAL: 2004. p.29.

⁸ SCHNEIDER, B. *Outsourcing*. La herramienta de gestión que revoluciona el mundo de los negocios. Bogotá: Norma. 2004. p.31.

⁹ *Ibid.*, p.33.

¹⁰ *Ibid.*, p.33.

De otro lado, " la tercerización u outsourcing busca contratar a terceros o a empresas especializadas para que se dediquen a las funciones no primarias de la empresa", de tal manera que la empresa enfocará todos sus esfuerzos a la esencia del negocio, a administrar los resultados y no a todos los procesos que la rodean"¹¹.

Lara y Rico anotan que el outsourcing "es un anglicismo utilizado para denominar a este tipo de subcontratación mercantil. Etimológica-mente se compone de dos vocablos out 'fuera' y source 'fuente', acompañado de la terminación ing, significa literalmente 'suministro externo', es decir, es una especie de externalización en determinadas áreas funcionales"¹².

Adicionalmente, afirman que " la subcontratación comenzó a cubrir el mundo de los negocios, de la producción, de la información y así fue como comenzó a instalarse en las economías nacionales de los países, tomando una gran fuerza"¹³.

Las empresas que recurren a la subcontratación no sólo buscan reducir los costos de producción, sino apalancar la productividad y, por consiguiente, la competitividad en sus nichos de

mercado, basada en ventajas construidas no heredadas en las cuales el resultado prevalece sobre el proceso, el producto final se convierte en la preocupación central de la empresa contratante implicada. García, subdirector del Departamento de Tecnología de El Tiempo, señala que "gracias a este modelo que la empresa se 'desentiende' de los procesos que ha encargado al proveedor externo, quien a su vez establece -según el modelo de outsourcing que se escoja- todas las herramientas tecnológicas y humanas para garantizar un servicio siempre disponible y preciso"¹⁴.

Las ventajas del outsourcing, según Schneider; son: "1. Reduce y controla los costos operativos. 2. Permite el acceso a habilidades de clase mundial. 3. Provee estabilidad en la gestión. 4. Libera recursos para otros propósitos. 5. Comparte el riesgo. 6. Proporciona garantía de servicios. 7. Mejora el enfoque estratégico de la organización"¹⁵.

Las funciones susceptibles de contratación son "las que dentro de la estructura funcional de la empresa pueden catalogarse como secundarias o no esenciales, es decir, no misionales, tales como: aseo, cafetería, tecnología y telecomunicaciones, manejo de archivos,

¹¹ *Ibid.*, p.6.

¹² LARA, G., & Rico, A. Subcontratación en cooperativas de producción. V Encuentro de investigadores latinoamericanos de cooperativismo, México: 2008. p.3.

¹³ *Ibid.*, p.3.

¹⁴ GARCÍA, J. ABC del outsourcing en tecnología. Despreocúpese de la operación tecnológica . Outsourcing. 19: 2005.

¹⁵ SCHNEIDER, OP. CIT., P. 49-56.

gestión de personal, capacitación y consultoría”¹⁶. Se recomienda no subcontratar la administración de la planeación estratégica, el control de proveedores, la administración ambiental y de calidad y el control de procesos internos.

La tercerización se desarrolla a través de diversas formas organizacionales que reflejan la flexibilización laboral y la pérdida de las relaciones salariales contractuales, tales como las empresas, precooperativas (PCTA) y cooperativas de trabajo asociado (CTA), modalidades distintas a las empresas de empleo temporal (Decreto 4369 de 2006¹⁷), que operan como intermediarias en el mercado laboral.

Las ventajas que se derivan de esta última se centran en menores impuestos, en el diferencial del costo de la mano de obra y en las exenciones de los costos de nómina. La categoría de los trabajadores por cuenta propia es una expresión del autoempleo que no se asimila ni a los trabajadores temporales y menos, pese a sus semejanzas, podría considerarse como derivación de los desarrollos cooperativos. Esta figura del mercado laboral es como lo precisa la

Encuesta Continua de Hogares (ECH) del DANE “es la persona que explota su propia empresa económica, o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio con ayuda o no de familiares, pero sin utilizar ningún trabajador (empleado u obrero) remunerado”¹⁸, es decir, es una forma de asociatividad profesional.

Schneider, trazando las diferencias sustanciales entre empresas de servicios temporales y empresas de servicios complementarios, señala: “las empresas de servicios temporales se limitan a proporcionar personal por tiempo limitado para cubrir necesidades temporales de las empresas clientes. En cambio, las empresas de servicios complementarios prestan servicios determinados a sus clientes destacando equipos de trabajadores que se hacen cargo de labores específicas que, para el cliente tienen carácter complementario”¹⁹.

Más adelante este autor anota: “sin embargo, existe una diferencia radical entre simplemente complementar recursos a través de la intermediación laboral y la implementación de un verdadero outsourcing. Este último involucra una reestructuración sustancial de una actividad particular de la

¹⁶ Revista Outsourcing. Gran autopista hacia la competencia. 2005, p. 6.

¹⁷ El artículo 70 de la Ley 79 de 1988 concibe las Cooperativas de Trabajo Asociado como “aquellas que vinculan el trabajo personal de sus asociados para la producción de bienes, ejecución de obras o la prestación de servicios”. De otra parte, el artículo 2 del Decreto 4369 de 2006 define las empresa de servicio temporal como “aquella que contrata la prestación de servicios con terceros beneficiarios para colaborar temporalmente en el desarrollo de sus actividades, mediante la labor desarrollada por personas naturales, contratadas directamente por la Empresa de Servicios Temporales, la cual tiene con respecto de estas el carácter de empleado”.

¹⁸ DANE. Encuesta Continua de Hogares. 2000.

¹⁹ SCHNEIDER, Op. cit.

empresa, que incluye, frecuentemente, la transferencia de la operación de procesos de central importancia, pero no directamente vinculados con el core business de la empresa, hacia un proveedor especialista”²⁰.

Farné, director del Observatorio del Mercado del Trabajo y la Seguridad Social de la Universidad Externado de Colombia, al referirse a la naturaleza de las CTA anota: “En suma, las CTA son en esencia asociaciones sin ánimo de lucro que ofrecen a sus integrantes la posibilidad de superar las limitaciones del trabajo individual y facilitan el ejercicio de una actividad laboral a personas con poco capital”²¹.

No existe información suficiente que permita establecer el universo de las CTA (sector salud), en razón a las diferencias entre las diferentes fuentes (cámaras de comercio, cajas de compensación familiar, Ministerio de Protección Social, Confederación de Cooperativas de Colombia-Confecoop- y Superintendencia de Economía Solidaria). Según la Superintendencia de la Economía Solidaria, en 2007 se calculaba que en Colombia funcionaban 12,059 CTA. No obstante, para Benavides “en el sector impera la

ilegalidad. Se calcula que más del 50% de las CTA son ilegales. La CUT, la Superintendencia de Economía Solidaria y el Ministerio de Protección Social estiman que más de quince mil CTA operan sin ningún control efectivo”²².

Acerca de la rápida expansión de las CTA registrada en la década del 2000 existen diversos estimativos. Para Álvarez²³, si en el 2000 esta modalidad de organización cooperativa representaba el 12,9 %, en el 2006 ya copaba el 48 % del universo cooperativo, abarcando 3296 entidades con 452.000 asociados.

Según Urrea “en términos de número, las CTA pasaron de representar el 21% en 2000 al 46,1% en 2005 (de 732 a 2980) un crecimiento espectacular. Pero lo más interesante es el comportamiento de los demás indicadores ... el total de los asociados subió del 2,3% al 11,5% en el lapso de los seis años²⁴.

Asimismo, Farné subraya que en la última década se ha registrado un auge inusitado de las CTA, estimando, a partir de la información de Confecoop, que en 2007 se contaba con 3505 CTA legales que cobijaban 468.793 asociados, lo que contrasta con las 572 CTA y 37.048 trabajadores asociados existentes en 2000.

²⁰ *Ibid.*

²¹ FARNÉ, Op.cit., p.262.

²² BENAVIDES, E. Las Cooperativas de Trabajo Asociado en Colombia. En: Revista Deslinde No. 44. Abril-junio de 2009. p.69.

²³ ÁLVAREZ, J. La empresa asociativa: ¿constituye una alternativa viable para reducir el desempleo en Colombia?. Bogotá: Universidad Autoónoma de Colombia. 2007.

²⁴ URREA F. La rápida expansión de las Cooperativas de Trabajo Asociado en Colombia. Escuela Nacional Sindical-Colciencias, Medellín: 2006. p.120-121.

Farné opina frente al surgimiento de las CTA que “en el marco de la creciente competencia originada por la apertura económica, el diferencial de costos entre la mano de obra asalariada y la asociada, que se viene ampliando desde la reforma de la seguridad social de 1993, es la causa primordial del auge de las CTA”²⁵.

Acerca de las ventajas que tiene la tercerización en la vinculación de mano de obra, a través del outsourcing, el profesor Farné enfatiza que “la subcontratación de servicios y la producción de bienes que no constituyen el negocio principal de las empresas-clientes pueden generarles economías de escala y menores costos administrativos. Además el sentido de pertenencia y el compromiso del trabajador asociado pueden mejorar su productividad”²⁶.

El outsourcing puede suponer la intermediación laboral, como el caso de las empresas de servicios temporales, por ello, para Benavides, la irrupción del outsourcing ha traído efectos indeseables, puesto que “la intermediación en el mercado de trabajo o ‘tercerización’ que adelantan las CTA trae gravísimas consecuencias sociales y laborales para los trabajadores: no existe relación laboral ni contrato de trabajo, por ende no opera el Código Laboral y, en consecuencia, tampoco hay estabilidad laboral ni indemnización

por despidos; no existe obligación de pagar el salario mínimo y mucho menos el mínimo vital; no puede haber sindicalización, negociación colectiva, ni huelga; no se pagan prestaciones legales ni extralegales; se evade la seguridad social y los pagos de aportes parafiscales; se establece un férreo control laboral, social y político y se entroniza el clientelismo”²⁷.

3. Las CTA en el sector salud

La búsqueda de reducción de costos fijos, a partir de las economías de escala, ha llevado a las instituciones de salud a recurrir a las CTA en áreas tales como: actividades médicas (unidades de cuidados intensivos neonatal, pediátrico y adulto; servicios integrales de imagenología, laboratorio clínico, servicios cardiovasculares y de hemodinamia, actividades administrativas (servicios de facturación, call center, manejo de desechos patógenos y suministro de medicamentos) y actividades de apoyo logístico (servicios de aseo, cafetería, vigilancia, transporte y lavandería). Acceder a la tercerización le permite a las instituciones de salud tener mayor flexibilidad en la contratación, en concordancia con las fluctuaciones de la demanda de servicios.

Acudir a las CTA está validado por la legislación vigente, ya que el artículo

²⁵ FARNÉ, Op.cit., p.266.

²⁶ Ibid., p. 269.

²⁷ BENAVIDES, Op.cit., p.73.

6°. del Decreto 468 de 1990 prescribe en torno a la autonomía administrativa y responsabilidad en la realización de las labores.

De otra parte, el Decreto 536 de 2004 en su artículo primero, señala de manera expresa: "Las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos".

Con el argumento de elevar la eficiencia en la ejecución del gasto público el actual gobierno nacional ha promovido, en los últimos dos planes de desarrollo (periodo 2002-2010)*, a través del Ministerio de Protección Social (MPS) y su programa nacional de salud, el outsourcing en la prestación de los servicios de salud, lo que ha hecho posible que en este sector prolifere este tipo de organización cooperativa**. En referencia a este fenómeno Farné subraya, que "el MPS, con el Decreto 536 de 2004, abrió la posibilidad de que las Empresas Sociales del Estado (ESE), en vez de operar con una planta de personal propia, puedan 'desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios

con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos' (art. 1), entre los que se cuentan las CTA"²⁸.

Resulta ilustrativo de esta situación el hecho de que en el 2007 se habían reportado alrededor de 340 CTA en esta actividad.

Según Confecoop y Asocajas*** en 2006 el sector salud representaba, 6,9 y 8,8%, respectivamente, de las CTA en operación. De igual forma, cada fuente reportaba que estas CTA ocupaban 4,8 y 6,3%, respectivamente, del total de los trabajadores asociados.

Enrique Valderrama, superintendente de la Economía Solidaria****, estima que el 56% de las 572 CTA y PCTA existentes en Colombia en el sector salud están localizadas en ocho departamentos del país: Valle del Cauca, Huila, Bogotá, Santander, Antioquia, Atlántico, Nariño y Bolívar. De éstas sólo 229 (40%) han solicitado control de legalidad y 148 (25,9%) han reportado estados financieros.

La Escuela Nacional Sindical (ENS), en su revista Cultura y Trabajo No. 74, plantea que "la solución de asociarse en cooperativas, que en su momento a los

* Los planes son "Hacia un estado comunitario" (Ley 812 del 16 de junio de 2003) y "Estado comunitario: desarrollo para todos" (Ley 1151 del 24 de julio de 2007).

** Los argumentos esgrimidos por el MPS son el sobredimensionamiento de la planta de personal, bajo rendimiento del recurso humano, elevada carga salarial y prestacional, bajo sentido de pertenencia por parte de los empleados, etc.

²⁸ FARNÉ, Op.cit., p. 267.

*** De acuerdo con la información incluida por S. Farné en el artículo mencionado, véase página 274.

**** Presentación ante la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACES). VIII Congreso Acción por la Salud para Todos. Medellín, 5 de agosto de 2009.

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”²⁹.

4. Evolución en la contratación de personal a través de las CTA en el Hospital San Rafael de Tunja

La reestructuración administrativa que dio inicio a la contratación de personal a través de las cooperativas de trabajo asociado ocurrió a finales de 2004 y comienzos de 2005, para responder a la exigencia del gobierno nacional, dentro de su estrategia de racionalización del gasto de la red hospitalaria pública.

Tabla 1. Cooperativas vinculadas al Hospital San Rafael de Tunja (2004-2009)

Año	Número de cooperativas	Variación %	Número de asociados	Variación %	Número de contratos	Variación %	Promedio asoci./coop.
2004	7	0	99	0	28	0	11,3
2005	11	57,1	403	307,1	81	189,3	36,6
2006	10	(9,1)	465	15,4	150	85,2	46,5
2007	9	(10,0)	563	21,1	121	(19,3)	62,5
2008	8	(11,1)	628	11,5	119	(1,7)	78,5
2009	11	37,5	688	9,6	101	(15,1)	62,5

Fuente: elaboración de la autora

Como se desprende del cuadro anterior, la dinámica de las cooperativas de trabajo asociado no ha seguido un patrón estable. El número de cooperativas ha variado durante lo transcurrido de esta década, pero no registra un crecimiento acelerado; por el contrario, en promedio, apenas supera la decena de organizaciones.

En contraste, el número de asociados ha experimentado un crecimiento sostenido, siendo el mayor repunte en

2005, cuando se incrementó en 307,1%. La rápida expansión del número vinculaciones se refleja en el promedio de afiliado por cooperativa, el cual se incrementó de 11,3 en 2004 a 62,5 personas en 2009.

Se ha observado una diversificación de la oferta de servicios en las diferentes áreas funcionales que atienden las cooperativas, al igual que un aumento sustancial de los contratos, ya que en el

²⁹ ARICAPA, R. Las CTA en el sector salud: la cadena de dolor. Cultura y Trabajo No. 74. Escuela Nacional Sindical. 2008. p.2.

periodo analizado saltó de 28 en 2004 a 101 en 2009, a pesar de que el número de contratos ha fluctuado bruscamente, registrando su nivel máximo en 2006, cuando ascendió a 150 contratos.

En el periodo de referencia (2004-2009), en el cual el universo de las cooperativas de trabajo asociado se expandió al incrementarse de 99 a 688, la existencia de las cooperativas estuvo expuesta a diversos factores que condujeron a una recomposición en el número de asociados, aspecto que ocasionó la virtual desaparición de algunas (Coprevisión, Coopintrasalud, Servicios Alternativos, Intrasalud, Coopanesa, Coopserprocom, entre

otras), lo que contrasta con la consolidación de las tres Cooperativas de Trabajo Asociado y PTA más importantes (Soluciones CTA, Acción Solidaria PTA y Cicodis).

El repunte de número de trabajadores asociados se dio en 2005, siendo la fuente de dicho crecimiento el buen desempeño de las tres organizaciones de economía solidaria de mayor tamaño, lo que, a la postre, llevó a que el accionar de las tres cooperativas fuera determinante en la ampliación de las operaciones de estas entidades, lo cual se reflejó en el peso dominante que estas poseen, al representar en 2009 el 81,1% cuando en 2005 contribuían con el 58,2%.

Tabla 2. Participación de los trabajadores asociados a las CTA (%)

Participación porcentual de las CTA en la ESE Hospital San Rafael de Tunja 2004-2009						
No. Asociados por año	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Coprevisión	40,5					
Soluciones CTA		16,6	24,7	22,5	23,6	19,5
Coopintrasalud	20,2	9,7				
Cooprosalud	5,1	2,0				1,7
Servicios alternativos	16,4	13,9				
Salud solidaria		3,2	3,2	2,1	1,6	1,6
Intra salud CTA	17,8	4,0				
Coopanesa		0,7				
Coopserprocon		1,0				
Acción solidaria PTA		18,9	23,2	30,7	30,1	26,7
Intercoop		2,2	2,4	2,7	2,1	1,9
Cirujanos de Boyacá		1,7	1,9		2,2	2,2
Cicodis		22,8	39,6	41	34,2	34,9
Unes CTA		3,2	3,6		3,3	
Neurocoop			1,4	1	0,6	0,6
Scareccop					2,3	2
Medisalud						5,8
San José						3,1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración de la autora

La composición de la oferta de servicios suministrados por las cooperativas de trabajo asociado al Hospital San Rafael ha variado en el intervalo analizado, teniendo como área básica la del personal asistencial, modalidad de tercerización laboral, que le confiere a la institución hospitalaria mayor flexibilidad en el manejo de mano de obra. Las dos áreas restantes, la administrativa y la de servicios generales, sólo han adquirido relevancia en los casos específicos de las tres cooperativas de trabajo asociado que han jalonado su crecimiento, Soluciones CTA, Cicodis y Acción Solidaria PTA; cuyo comportamiento ha sido desigual, observándose que, pese a que las tres fueron beneficiarias del 70,1% de los contratos suscritos en el 2009 por el hospital, en el 2005, punto de inflexión del dinamismo cooperativo, esta participación se situaba en 44,4%. Es notorio que la CTA más dinámica ha sido Cicodis, que copa el 42,6%.

El comportamiento de las CTA pareciera evidenciar el propósito de las mismas de profundizar, gradualmente, su área de desempeño y afianzarse en ese nicho de servicios. La secuencia es ofrecer, en uno inicial, personal asistencial (médicos, enfermeros y servicios de laboratorio, entre otros), para luego adentrarse en el ofrecimiento de personal administrativo (facturación y admisiones, contabilidad y cartera, ta-

lento humano, asesoría jurídica y contable, auditoría médica, atención al usuario), para, finalmente, involucrarse en actividades de mantenimiento, mercadeo y conducción.

La oferta de mayores servicios complementarios –y por consiguiente un mayor beneficio en la proporción de los contratos–, sin incursionar en los servicios misionales de la institución hospitalaria, está en concordancia con la capacidad técnica, financiera y en recursos humanos que exhiben las cooperativas de trabajo asociado dominantes, lo que, a su vez, puede evidenciarse en el tamaño de estas.

La duración de los contratos suscritos entre las cooperativas de trabajo asociado y el Hospital San Rafael de Tunja oscila entre dos y nueve meses (predominan los de seis meses), pero en ocasiones se prolongan si es necesario.

5. Principios cooperativos y funcionamiento de las cooperativas de trabajo asociado en el Hospital San Rafael de Tunja

En este acápite se busca constatar, mediante las respuestas que proporcionaron los encuestados*, el cumplimiento de los siete principios que guían el movimiento cooperativo a escala mundial, definidos por el Congreso Alianza Cooperativa Internacional en

* Las respuestas utilizadas constituyen una aproximación a los principios cooperativos universales, en razón a que en las encuestas no se formularon directamente, porque esto podría impedir que los encuestados o entrevistados respondieran espontáneamente.

1995, las cuales fueron adaptados y adoptados por la Confederación de Cooperativas de Colombia (Confecoop).

Para determinar el grado de cumplimiento de los principios del cooperativismo se aplicaron encuestas a los asociados de las diferentes cooperativas de trabajo asociado que operan en la ESE Hospital San Rafael de Tunja, como también entrevistas a los directivos de las cooperativas y del hospital.

Del resultado de la aplicación de una muestra, cuyo tamaño representa el 22,2% (153) de los trabajadores asociados a las CTA que son contratados para la prestación de servicios médico-asistenciales, administrativos y generales, se pudo establecer que, no obstante la reciente creación de estas organizaciones –menos de siete años– el 47% de los encuestados declaró conocer dichos principios, aunque no en su totalidad, y el restante 53% manifestó desconocerlos por completo.

Se puede observar que en seis de las nueve cooperativas incluidas en el estudio el 75% de los asociados posee una antigüedad superior a un año, pero a pesar de esto el desconocimiento de los principios del cooperativismo tiene una incidencia significativa.

Primer principio: Adhesión abierta y voluntaria

Las cooperativas son organizaciones

voluntarias, abiertas para todas aquellas personas dispuestas a utilizar sus servicios y dispuestas a aceptar las responsabilidades que conlleva la condición de socios, sin discriminación de género, raza, clase social, posición política o religiosa³⁰.

El grado de cumplimiento de este principio se pudo verificar con los resultados obtenidos a través de la encuesta y entrevista aplicada a los asociados y directivos de las cooperativas de trabajo asociado, respectivamente, según las condiciones de contratación.

En promedio, el 63% de los consultados manifestó un bajo grado de satisfacción respecto a la forma y condiciones de contratación, y un 35% señaló estar medianamente satisfecho, en tanto que solamente el 1% consideró estar altamente satisfecho. Resulta preocupante que, exceptuando dos cooperativas (Soluciones CTA y Cirujanos de Boyacá), siete organizaciones muestren niveles de insatisfacción que sobrepasan el 50%, encontrándose dos cooperativas de trabajo asociado (Scarecoop e Intercoop) que reportan total inconformidad.

Una de las razones que fundamenta la insatisfacción reside, básicamente, en que la adhesión a la cooperativa no ha sido totalmente voluntaria, por cuanto los asociados afirman que "si se quiere tener trabajo se deben afiliar a determinada CTA".

³⁰ ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL. 1995.

Tabla 3. Conocimiento de los principios por parte de los asociados de las CTA

Categorización		Cooperativa									%
Nombre de la cooperativa		Cicodis	Asociación solidaria	Soluciones CTA	Medisalud	San José	Cirujanos de Boyacá	Scarecoop	Salud Solidaria	Intercoop	
Ficha de datos cooperativa	Año de creación	2004	2005	2003	2002	2007	2004	2004	2002	2004	
	Gerente	Marcela Díaz Rodríguez	María Teresa Palma	Rafael Suárez	Ángela María Castellanos	Nelly Abaunza	Luis José Gómez	Jaime Torres	Tomás Morales	Luis José Gómez	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Años en la cooperativa	Menos de 1 año	16	0	21	89	100	0	0	0	0	25
	Entre 1 y 2 años	54	28	27	11	0	0	33	20	0	19
	Más de 2 años y menos de 3 años	20	33	15	0	0	100	67	20	100	39
	Más de 3 años	10	40	36	0	0	0	0	60	0	16
Conocimiento de los principios de economía solidaria	Sí	44	74	79	78	25	33	33	20	33	47
	No	56	26	21	22	75	67	67	80	67	53

Fuente: elaboración de la autora.

Tabla 4. Grado de satisfacción respecto a la forma y condiciones de contratación

Nombre de la Cooperativa	Cicodis	Asociación Solidaria	Soluciones CTA	Medi-salud	San José	Cirujanos de Boyacá	Scarecoop	Salud Solidaria	Intercoop	%
Alta	0	2	6	0	0	0	0	0	0	1
Media	46	33	61	44	25	100	0	20	0	37
Baja	54	65	33	56	75	0	100	80	100	63

Fuente: elaboración de la autora.

Por otra parte, en la entrevista a los directivos de las cooperativas de trabajo asociado algunos de ellos argumentan que el cumplimiento de este principio no se da, en razón a que la necesidad de acceder a un empleo obliga a los asociados a adherirse a las cooperativas y de esta manera preservar una actividad remunerada, que aunque no se considera estable de alguna forma les permite obtener unos ingresos periódicos.

Segundo principio: *Control democrático de los socios*

Las cooperativas son organizaciones democráticas controladas por sus socios, quienes participan activamente en la definición de las políticas y en la toma de decisiones³¹.

Con el fin de determinar su grado de cumplimiento se aplicó la encuesta a los asociados de las diferentes cooperativas, obteniendo el siguiente resultado:

El 85% de los asociados encuestados respondió que participa en la toma de decisiones a través de la asamblea de socios, el 10% en reuniones de trabajo, y el 5% restante expresa no tener participación alguna en la toma de decisiones.

³¹ *Ibid.*

Tercer principio: Participación económica de los socios

Los asociados contribuyen equitativamente a la conformación del patrimonio de la cooperativa y lo gestionan democráticamente. Los excedentes, si los hay, se destinan al desarrollo de su cooperativa, a mantener reservas y a brindar beneficios a los asociados en proporción a su participación³².

La aplicación de la encuesta y la realización de las entrevistas permitió determinar el grado de cumplimiento de este principio a través de los beneficios que los socios han recibido por pertenecer a las cooperativas de trabajo asociado, obteniéndose el siguiente resultado:

El 37% de los asociados afirma haber recibido beneficios en educación, el 15% en recreación, el 12% en auxilio de movilización, el 9% en alimentación y el 5% otros beneficios, tales como acceso a créditos y avances del valor de la compensación.

Tabla 5. Beneficios recibidos por los asociados de las diferentes cooperativas

Nombre de la Cooperativa	Cicodis	Asociación Solidaria	Soluciones CTA	Medi-salud	San José	Cirujanos de Boyacá	Scarecoop	Salud Solidaria	Intercoop	%
Educación	22	100	15	67	25	100	0	0	0	37
Recreación	6	100	3	22	0	0	0	0	0	15
Vivienda	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Auxilio de movilización cooperativa	40	53	3	11	0	0	0	0	0	12
Alimentación	34	33	0	11	0	0	0	0	0	9
Otro	22	2	0	0	0	0	0	20	0	5

Fuente: elaboración de la autora.

³² Ibid.

La cooperativa que ha proporcionado mayores beneficios a sus asociados, es Acción Solidaria, la cual representa el 26,7% de los afiliados (184), seguida de Medisalud (40 asociados); mientras que en las otras dos cooperativas de mayor tamaño, Cicodis y Soluciones, que copan el 57,3% de los asociados (240 y 154 asociados, respectivamente), se observa que son muy pocos los beneficios que se ofrecen.

El 33% de los gerentes de las cooperativas de trabajo asociado entrevistados declaró que los asociados se han beneficiado por su pertenencia a las cooperativas, mientras que el 67% afirma que realmente los afiliados no reciben mayores beneficios.

Asimismo, el 78% de los integrantes del Consejo de Administración y el 67% de la Junta de Vigilancia consideran, que los asociados si se han beneficiado de su membresía a estas cooperativas. Lo anterior revela las diferentes percepciones encontradas en la cúpula gerencial y en los organismos de dirección y control.

Los beneficios más frecuentes son: compensaciones extraordinarias, buen

trato, estabilidad laboral (poco se cambia a los trabajadores), capacitaciones en diplomados, bienestar social, compensación oportuna, ingresos extraordinarios a mitad de año y en navidad, descanso por cumplimiento de un año laboral, participación en asambleas, información oportuna, anticipo de la compensación, etc.

Cuarto principio: *Autonomía e independencia*

Las cooperativas son organizaciones autónomas de ayuda mutua controladas por sus socios. Si entran en acuerdos con otras organizaciones (incluyendo gobiernos) o tienen capital de fuentes externas, lo realizan en términos que aseguren el control democrático por parte de sus socios y mantengan la autonomía de la cooperativa³³.

En la entrevista realizada a los directivos de las cooperativas se pudo establecer el grado de autonomía e independencia que tienen las cooperativas de trabajo asociado contratantes de sus servicios con el hospital.

³³ Ibid.

Tabla 6. Grado de autonomía e independencia

Ficha de datos cooperativa	Categorización		Cooperativa					
	Año de creación Gerente	Gerentes	Consejo de Administración		Junta de Vigilancia		%	
			Total	%	Total	%		
Años en la cooperativa	Menos de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 2 años	4	44	2	22	1	11	26
	Más de 2 y menos de 3 años	2	22	3	33	3	33	30
	Más de 3 años	3	33	5	56	5	56	48
Autonomía e independencia	Sí	5	56	6	67	8	89	70
	No	3	33	2	22	1	11	22

Fuente: elaboración de la autora.

El 70% de los administrativos de las cooperativas de trabajo asociado considera que existe autonomía e independencia, mientras que el restante 22% afirma que este principio no se cumple, por cuanto las entidades contratantes en muchas ocasiones intervienen en las decisiones que competen a los asociados, introduciendo relaciones de subordinación*. Esta aseveración es explicada por la intervención de los hospitales en la selección de hojas de vida de los trabajadores asociados para la prestación de los servicios en las distintas áreas, práctica que afecta la autonomía e independencia de las cooperativas de trabajo asociado.

Quinto principio: *Educación, entrenamiento e información*

Las cooperativas brindan educación y entrenamiento a sus socios, a sus dirigentes electos, gerentes y empleados, de tal forma que contribuyan eficazmente al desarrollo de sus cooperativas³⁴.

* El gerente de una de las CTA asevera que el postulado de autonomía "no se cumple, por ejemplo en cuanto a la contratación, pues el hospital interviene en la selección de hojas de vida de los asociados para la prestación del servicio. No hay un manejo claro, ni una responsabilidad de parte y parte".

³⁴ Ibid.

Tabla 7. Ambiente organizacional en el interior de las CTA

Encuestas aplicadas a los asociados de las cooperativas que operan en la ESE Hospital San Rafael - Valores relativos		Cooperativas									
Categorización		Cicodis	Asociación Solidaria	Soluciones CTA	Medi-salud	San José	Cirujanos de Boyacá	Scarecoop	Salud Solidaria	Intercoop	%
Ambiente laboral entre asociados	Excelente	10	9	3	100	0	0	0	0	0	14
	Bueno	60	79	70	0	100	100	100	100	100	79
	Regular	28	12	27	0	0	0	0	0	0	7
	Malo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambiente laboral entre asociados y directivos	Excelente	10	28	3	100	75	0	0	0	0	24
	Bueno	40	56	76	0	25	100	100	100	100	66
	Regular	30	16	21	89	0	0	0	0	0	25
	Malo	20	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Fuente: elaboración de la autora.

Como se mencionó, el 53% de los asociados desconoce los principios del cooperativismo; los encuestados justifican esta respuesta en el ambiente organizacional que modela las relaciones interpersonales entre los asociados, y entre asociados y directivos, así como en la falta de información y comunicación entre estos.

De igual forma, a pesar de que el nivel del ambiente organizacional se considera bueno entre asociados (79%) y entre asociados y directivos (66%) el 25% de los encuestados reportó que el ambiente organizacional entre directivos y asociados es regular y el 2% que es malo, lo cual dificulta que la información fluya adecuadamente en el interior de la cooperativa.

Por otro lado, la atención que se le presta a la educación y al entrenamiento del personal no es suficiente para cumplir con este principio; sólo, el 37% considera haberse beneficiado de programas de educación y entrenamiento.

Tabla 8. Beneficios recibidos en educación

Número de encuestados		50	43	33	9	4	3	3	5	3	
Nombre de la cooperativa		Cicodis	Asociación Solidaria	Soluciones CTA	Medi-salud	San José	Cirujanos de Boyacá	Scarecoop	Salud Solidaria	Intercoop	
Ficha de datos cooperativa	Año de creación	2004	2005	2003	2002	2007	2004	2004	2002	2004	
	Número de asociados	240	184	154	40	21	15	14	11	13	
Años en la cooperativa	Menos de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Entre 1 y 2 años	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
	Más de 2 y menos de 3 años	0	0	0	0	0	0	2	1	3	%
Beneficios recibidos por pertenecer a la cooperativa	Educación	22	100	15	67	25	100	0	0	0	37

Fuente: elaboración de la autora.

Tabla 9. Relación con otras cooperativas

Ficha de datos cooperativa	Año de creación	Gerentes		Consejo de Administración		Junta de Vigilancia		Total
	Gerente	Total	%	Total	%	Total	%	%
Relación con otras cooperativas	Sí	4	44	3	33	5	56	44
	No	5	56	6	67	4	44	56

Fuente: elaboración de la autora.

Conscientes de las ventajas derivadas del mejoramiento del capital humano, algunas cooperativas, tales como Acción Solidaria, Cirujanos de Boyacá y Medisalud, valoran la importancia de disponer personal calificado, por lo que buscan ofrecer la oportunidad de cualificación profesional.

De allí que estas cooperativas han asumido el compromiso de mejoramiento continuo a través de la educación permanente, lo que contribuye decisivamente en la prestación de un mejor servicio a las entidades contratantes.

Sexto principio: *Cooperación entre cooperativas*

Las cooperativas sirven a sus socios más eficazmente y fortalecen el movimiento cooperativo, trabajando de manera conjunta por medio de estructuras locales, nacionales, regionales e internacionales”³⁵.

Mantener vínculos de colaboración con otras organizaciones cooperativas es importante para el fortalecimiento de las cooperativas de trabajo asociado, superando la competencia que pueda generarse en la adquisición de los contratos de prestación de servicios que requiere el hospital. Por ello el 44% de los gerentes e integrantes de la Junta de Vigilancia manifiesta que se ha sostenido una relación de cooperación con otras organizaciones afines, a través de la red

de integración que lidera la Confederación de Cooperativas de Colombia (Confecoop).

Algunos gerentes han participado en el Comité Nacional de Trabajo Asociado de Confecoop, organismo de apoyo a la labor gremial que adelanta la Confederación y el cual está integrado por representantes de esta modalidad cooperativa en todo el país. La ponderación dada por los miembros de los consejos de administración es menor que la expresada por gerentes e integrantes de la junta de vigilancia (33%).

Séptimo principio: *Compromiso con la comunidad*

Las cooperativas al mismo tiempo que cubren las necesidades y deseos de los asociados, trabajan para conseguir el desarrollo sostenible de sus comunidades por medio de políticas aprobadas por sus asociados”³⁶.

Los trabajadores asociados que prestan sus servicios al hospital consideran que se mantiene un alto grado de compromiso con la comunidad, en razón a la valoración social que se le asigna a la salud pública, a pesar de su grado de insatisfacción por el tipo de contratación, ya que prevalece la ética, sobre cualquier interés individual, lo cual es corroborado por los directivos del Hospital San Rafael de Tunja.

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

Tabla 10. Compromiso de los asociados frente a la comunidad

Número de encuestados		Gerentes	Administrativo y financiero	Contratación	Talento humano	Control interno	Total
Compromiso de los asociados frente a la comunidad	Alto	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Medio						
	Bajo						

Fuente: elaboración de la autora.

Tabla 11. Afectación del desempeño por pertenecer a CTA

Nombre de la cooperativa	Cicodis	Asociación Solidaria	Soluciones CTA	Medi-salud	San José	Cirujanos de Boyacá	Scarecoop	Salud Solidaria	Intercoop	%
¿Su relación como funcionario se ha visto afectada por su condición de asociado de una cooperativa?	Sí	38	67	36	0	0	0	40	67	28
	No	62	33	64	100	100	100	60	33	72
	Positivamente	2	0	3	0	0	0	0	0	1
	Negativamente	34	65	33	0	0	0	40	67	27

Fuente: elaboración de la autora.

El 100% de los directivos afirma que el grado de compromiso frente a la comunidad es alto, por la naturaleza de la actividad en la que participan.

Lo anterior es congruente con el hecho de que el 72% de los encuestados manifestó que su desempeño no se ha visto afectado por su condición de trabajador asociado, lo que hace que su estatus sea valorado positivamente.

Conclusiones

Las CTA son una manifestación de la tercerización y de las posibilidades que tiene la economía solidaria para generar empleo e ingresos; sin embargo, la experiencia en el hospital no demuestra que realmente los asociados se encuentren satisfechos con esta forma de vinculación laboral.

A pesar del rápido crecimiento de las CTA aún no ha habido un reconocimiento amplio por parte del Gobierno Nacional, ya que este ha estado más preocupado en el desmonte de los factores que impiden crear más empleo (contribuciones parafiscales)

que en las oportunidades que ofrece la economía solidaria, como fuente de riqueza y equidad social.

El Hospital San Rafael de Tunja, a partir de su reestructuración, contrató con las cooperativas de trabajo asociado diversos servicios médico-asistenciales, administrativos y generales, desdibujando la naturaleza de la tercerización, la cual es delegar los servicios no misionales a terceros.

Las cooperativas que prestan sus servicios al Hospital San Rafael de Tunja han buscado atender el cumplimiento de los principios cooperativos universales, pudiendo afirmarse que su aplicación se satisface en un 62%, nivel plausible pero insuficiente, particularmente en lo concerniente a la adhesión voluntaria de los afiliados y en el mejoramiento de los niveles de beneficio económico, lo que, en últimas, contribuye a una mayor pertenencia y compromiso de los asociados con su organización y a una mejor calidad de los servicios ofrecidos a la comunidad.

Bibliografía

ACERO, C. (2007). Trabajo asociado cooperativo. Alternativas de generación de ingresos y de desarrollo humano en condiciones de equidad. Bogotá, Ascoop.

ÁLVAREZ, J. (2007 a). La empresa asociativa: ¿constituye una alternativa viable

para reducir el desempleo en Colombia? Bogotá: Universidad Autónoma de Colombia.

ÁLVAREZ, J. (2007 b). La responsabilidad social en cooperativas de trabajo asociado en Bogotá: una mirada desde su naturaleza

- empresarial y asociativa. II Coloquio Internacional Eurolatinoamericano en estudios de economía social y cooperativa-Rulescoop.
- APARICIO, J. (2001). Fortalecimiento en planeación y organización de las CTA prestadoras de servicios a Palmas del Casanare. Trabajo de grado. Facultad de Administración de Empresas Agropecuarias. Universidad de La Salle.
- ARICAPA, R. (2006). Las cooperativas de trabajo asociado en el sector azucarero: ¿flexibilización o salvajización laboral? Documentos Escuela Nacional Sindical.
- ARICAPA, R. (2007 a). Desierto verde y ruina laboral. *Cultura y Trabajo* 71.
- ARICAPA, R. (2007 b). Las cooperativas de trabajo asociado en el puerto de Buenaventura: caos y degradación laboral. *Cultura y Trabajo* 70.
- ARICAPA, R. (2008). Las CTA en el sector salud: la cadena de dolor. *Cultura y Trabajo* 74. Escuela Nacional Sindical.
- BEDOYA, R. y CARUSO, N. (2006). Hacia un balance de las cooperativas de trabajo asociado. *Ensayos Laborales* 15.
- BENAVIDES, E. *Revista Deslinde* No. 44. Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia. (abril-junio de 2009).
- BERMEO, J. Las directrices del costo como fuentes de ventajas competitivas. *Estudios gerenciales* 94. (enero-marzo 2005) Universidad ICESI.
- CASTILLO, D. (2002). Estudio de caso: las cooperativas de trabajo asociado vinculadas al sector de la palma africana en el piedemonte llanero. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana.
- COONFECOOP. (2008). Sector Cooperativo Agropecuario Colombiano. Observatorio Cooperativo. En: www.confecoopantioquia.coop/descargas
- COONFECOOP, (2009). Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia. Observatorio Cooperativo No 11. En: www.portalcooperativo.coop
- FARNÉ, S. (2008). Las cooperativas de trabajo asociado en Colombia: balance de la política gubernamental 2002-2007. *Economía Institucional*, 10 (18), 261-285. Universidad Externado de Colombia.
- FERRER, E. "¿Quién debe subirse al bus...?" *Revista Outsourcing*. (vol. 16, 25 de febrero - junio de 2005).
- GARCÍA, J. (2005). ABC del outsourcing en tecnología. Despreocúpese de la operación tecnológica. *Revista Outsourcing*, 19.
- LARA, G., y RICO, A. (2008). Subcontratación en cooperativas de producción. México: V Encuentro de investigadores latinoamericanos de cooperativismo.
- MONCAYO, E. (2004). Nuevos enfoques del desarrollo territorial: Colombia en una perspectiva latinoamericana. Bogotá: Universidad-PNU-CEPAL.
- PALACIO, M. (1967). Cooperativismo y cooperativas. Bogotá. Colombia: Norma.
- SCHEAFFER, R. (2007). Elementos de muestreo. Bogotá: Thompson Learning.

- SCHNEIDER, B. (2004). Outsourcing. La herramienta de gestión que revoluciona el mundo de los negocios. Bogotá: Norma.
- URREA F. (2006 a). La rápida expansión de las cooperativas de trabajo asociado en Colombia. Medellín: Escuela Nacional Sindical-Colciencias.
- URREA F. (2006 b). Las cooperativas de trabajo asociado: nuevas relaciones laborales y su incidencia en las formas de contratación y empleo. Escuela Nacional Sindical.