

**Análisis de la Tercerización Estatal en el Sector Salud de Bogotá y las Diferentes Políticas
Públicas De Intervención**

Nombre del estudiante:

Duván Felipe Jara Vela

Plan de trabajo de opción de grado: Monografía

Docente:

Javier baquero

Administración Pública

Jornada Nocturna

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA

COLOMBIA, BOGOTA D.C

CONTENIDO

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	8
3.1 objetivo general	8
3.2 Objetivos específicos	8
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	9
5. MARCO TEÓRICO	11
5.1 Introducción a las políticas de salud	11
5.1.1 enfoques y modelos de análisis de políticas públicas	11
5.1.2 Teoría institucional en políticas	13
5.1.3. Teoría del ciclo de políticas públicas	13
5.1.4 Teoría de la gobernanza en salud	14
5.1.5 Políticas de salud como construcción social	14
5.1.6 Enfoques críticos y de justicia social	14
5.2 Modalidades de prestación de servicios publicos	15
5.2.2. Prestación Pública de los Servicios de Salud	16
5.2.3. Prestación Privada de los Servicios de Salud	16
5.2.4. Otras Formas de Prestación: Mixtas, Comunitarias y Tercerizadas	17
5.2.5. Comparación entre Modalidades	18
5.3 Privatización y tercerización en el sector público	19
5.3.1 Privatización: Conceptualización y Enfoques	19
5.3.2. Privatización en el Sector Salud	20
5.3.3. Tercerización: Definición y Dimensiones	21
5.3.4. Tercerización en el Sector Salud Colombiano	21
5.3.5. Diferencias y Conexiones entre Privatización y Tercerización	22
5.4 Historia del modelo de salud en Colombia y la tercerización estatal en el sector salud 23	
5.4.1. Antecedentes del sistema de salud en Colombia	23
5.4.2. La reforma de la Ley 100 de 1993 y la introducción del modelo de aseguramiento ...	23
5.4.3. La descentralización y la delegación de funciones estatales	24
5.4.4. La tercerización en el sector salud: una estrategia de flexibilización laboral	24

5.4.5. Casos recientes y tendencias actuales	25
5.4.6. Implicaciones para las políticas públicas de salud.....	25
6. MARCO CONCEPTUAL	27
7. CONSTRUCCIÓN DEL MARCO LEGAL	30
8. ÁREAS Y SERVICIOS QUE SON TERCERIZADOS EN EL SECTOR SALUD.....	35
9. ANÁLISIS DEL SECTOR	38
9.1 Análisis estadístico de la tercerización estatal en el sector salud de Bogotá y las diferentes políticas públicas de intervención	41
8.1.1 Tendencias de contratación tercerizada en Bogotá (2010-2022)	41
8.1.2 Distribución presupuestal y tercerización (2015-2022)	42
9.1.3 Tercerización y condiciones laborales.....	42
9.1. 4. Impacto de políticas públicas específicas (2016-2022)	42
9.1.5. Evolución de la tercerización en diferentes niveles de complejidad	43
10. PERCEPCIONES EXTERNAS, INTERNAS Y POSIBLES IMPLICACIONES A LOS TERCERIZADOS	44
10.1 Análisis de percepción de los pacientes que son atendidos en la SUBRED y puede ser atendido por un tercero o por la SUBRED directamente.....	45
10.2 Encuesta realizada a un profesional de contratación de la SUBRED.....	53
10.3 Análisis de percepción de una visión aparte y sería de una persona con capacidad de tomar decisiones.....	56
11. POSIBLES DESAFÍOS.....	61
12. RECOMENDACIÓN DE POSIBLES POLÍTICAS PUBLICAS	64
12.1 posibles políticas para pacientes que son atendidos en la SUBRED y puede ser atendido por un tercero o por la SUBRED directamente.....	64
13.2 posible política para un profesional de contratación de la subred.	66
12.3. Posible política para una persona con una visión aparte y sería con capacidad de tomar decisiones.....	66
13. CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFÍA.....	78

TABLA DE IMAGENES

Imagen 1. Porcentaje de los motivos por los cuales se terceriza. ``.....	39
Imagen 2. Percepción del impacto del servicio de gastroenterología tercerizado..	47
Imagen 3. Tiempo de espera para consulta de gastroenterología..	49
Imagen 4. Tiempo de espera para cita de gastroenterología..	50
Imagen 5. Percepción respecto a los sectores que se tercerizan.	52

DEDICATORIAS Y/O AGRADECIMIENTOS

Este documento lo quiero dedicar en primera medida a Dios por darme la paciencia y la sabiduría necesaria para poder culminar esta monografía, a mis padres que son las personas por las cuales he iniciado mi carrera profesional y gracias a ellos he tenido el apoyo académico y moral para llegar hasta aquí, a mis hermanos que son los maestros de mi vida y me han guiado en cada instante y paso, a mi tutor el Profesor Javier Baquero el cual ha sido parte integral de mi proceso para convertirme en profesional y que es un ejemplo a seguir.

De igual manera a la reconocida Escuela Superior De Administración Publica, ya que gracias a la dedicación de los profesores ha generado de mi un futuro profesional con moral y con dedicación para las futuras tomas de decisiones que estén a mi cargo.

Y a las demás personas, amigos, jefes, tutores, y allegados que de alguna u otra forma contribuyeron a la realización de la monografía y a la culminación de esta

RESUMEN

La presente investigación analiza el impacto de la tercerización estatal en el sector salud de Bogotá, a partir de una revisión crítica del modelo de gestión instaurado tras la Ley 100 de 1993. Se examinan las implicaciones de este modelo en la calidad del servicio, las condiciones laborales del personal y la eficiencia de las políticas públicas orientadas a regular el sistema. A través de un enfoque cualitativo-descriptivo, se recurre a análisis normativo, entrevistas a actores clave y revisión documental, permitiendo identificar problemáticas como la precarización laboral, deficiencias en la auditoría de servicios y limitaciones en la intervención estatal. Se realiza un análisis comparado con modelos de países desarrollados, con el fin de proponer políticas públicas más eficientes y adaptadas al contexto sociocultural colombiano. Como resultado, se plantean estrategias para fortalecer la supervisión, optimizar la prestación de servicios y garantizar una implementación efectiva y ética de la tercerización en salud.

Palabras clave:

Tercerización, políticas públicas, salud, Bogotá, Ley 100.

ABSTRACT

This research analyzes the impact of state outsourcing in Bogotá's health sector, based on a critical review of the management model established by Law 100 of 1993. It explores the implications of outsourcing on service quality, labor conditions of health personnel, and the effectiveness of public policies designed to regulate the system. Using a qualitative-descriptive approach, the study includes regulatory analysis, interviews with key stakeholders, and document review. It reveals issues such as labor precariousness, inadequate service audits, and the limited scope of public intervention. A comparative analysis with health systems in developed countries is conducted to propose more efficient and contextually adapted public policies. The study concludes with strategic recommendations to improve oversight, service delivery, and effective policy implementation.

Keywords:

Outsourcing, public policy, health, Bogotá, Law 100.

1. INTRODUCCIÓN

La formulación de políticas públicas es indispensable para obtener metas o resolver diferentes problemas públicos que se evidencien en un sector específico de la administración pública. Sin embargo, se ha reflejado que en Colombia las políticas públicas en el sector de la salud no han mitigado la ineficacia del entorno, ya que hay diferentes aspectos como la estrategia, evaluación, auditorias, amiguismos, e incluso el beneficio político que no dejan que se complementen en su totalidad o que sea un aspecto eficiente para la ejecución de esta.

Desde la implementación de la ley 100 de 1993 por el cual se creó el sistema de seguridad social en salud y consigo se generan nuevas disposiciones, se llevó a cabo una nueva forma de ver a las entidades de salud como políticas públicas. Es decir que la creación de esta nueva ley implemento y obligo a las IPS (institución prestadora de servicios de salud) a regular y efectuar nuevas formas institucionales de prestación de servicios, los cuales ya estarían regidas y controladas por las EPS (entidad promotora de salud).

Ya que este modelo permite a las instituciones delegar funciones o actividades para captar la mayoría de los servicios solicitados por la ciudadanía, ha generado diferentes debates respecto a la calidad con la que se imparte, o con la captación misma de los pacientes esperados con los que se generó un instrumento de implementación de la política de la salud.

En este documento se pretende comprender como funciona hoy la tercerización o externalización de procesos de salud como una de las políticas públicas que se creó con el

fin de optimizar la gestión y operación de los centros de salud en Bogotá, y como se ha venido manejado a lo largo de la historia colombiana, sin embargo, se hará una comparación frente a los países desarrollados y como se podría llegar a implementar una política de impacto cultural y social en el sector salud.

Adicionalmente se realizará una propuesta como política pública en el que no solo se creará una reducción eficaz en quejas, calidad del servicio o mala praxis de los procedimientos realizados, si no que la auditoria de estos centros y convenios administrativos estarán a cargo de personal el cual creé una propuesta de ajustes para mejorar la prestación y el funcionamiento para una implementación más efectiva.

2. JUSTIFICACIÓN

Los contratos de tercerización o externalización de procesos de servicios son importantes para la implementación y puesta en marcha de las instituciones de salud, en el que, si no se lleva una buena ejecución de este, se podría generar un entorpecimiento de actividades y funciones.

En el transcurso de la implementación de la ley 100 y las entidades promotoras de servicios de salud (EPS) se refleja una deficiencia en la prestación de servicios ya que no capta a gran proporción a los usuarios los cuales requieren de los servicios de salud, se vio necesario implementar la tercerización o externalización de procesos como un modelo de políticas públicas para generar una persuasión a mayor escala de beneficiarios que requieren estos servicios, y así generar acceso a la población protegiendo el derecho a la vida y la salud siendo uno de sus derechos fundamentales.

La tercerización o externalización de procesos estatal es fundamental en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para su correcto funcionamiento, ya que al no contar con el personal completamente especializado o equipos de alta especialidad que generen estos diferentes procedimientos o diferentes apoyos diagnósticos, es necesario contratar empresas que cumplan y se profesionalicen en las actividades requeridas por las instituciones, en este apartado se verá necesario identificar los términos necesarios para la justificación del mismo.

Antes la ley 100 y sus diferentes reformas en Colombia se vivía una restricción notoria de acuerdo con la cobertura y atención en torno a la salud, ya que antes de su aprobación la cobertura era limitada, en el que se tenían tres sistemas de cobertura, así como se indica en el artículo indicado por la universidad de Cali, identificándolos así:

Sistema de seguridad social; “el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos” (Tafur Calderón, et. Al, 2011, Pag-2) Este no solo generaba una inclusión a los trabajadores tanto públicos como privados, si no que las tarifas entorno al sistema de facturación variaba de acuerdo con la IPS en el que se tuviera la atención:

- “El sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada” (Tafur Calderón, et. Al, 2011, Pag-2) Este sistema generaba una gran exclusión a los usuarios con dificultades para generar un pago u obtener la capacidad económica para pagar una póliza de cobertura
- “El sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de los colombianos, con accesibilidad restringida” (Tafur, *et. al*, 2011, Este sistema fue el que más limitó su acceso ya que era muy restringido, aumentando la tasa de mortalidad y retrasos en la evolución clínica y hospitalaria

Colombia tenía un atraso significativo en cobertura e implementación en el sector salud, en el que la estructuración de esta ley generó un impacto positivo en torno a la cobertura total de la población, pasando de un 60% a un 96%, desagregándolos entre subsidiado, contributivo y el régimen de excepción (Bernal, O., & Barbosa, S. (2015).

De acuerdo con la mortalidad que se evidenció antes de la implementación de la ley 100 era elevado y se pudo haber mitigado por el uso de las políticas públicas y su implementación correcta en el que era el 19,7% entorno al sistema de salud, esto generó una alerta en el sistema de salud, creando reformas a la implementación de la salud, y creando políticas de impacto general, en el que así se haya implementado la ley 100 se siguen viendo ineficiencias entorno a la implementación de políticas públicas que puedan

mitigar esta mortandad, generando su enfoque a población más vulnerable e impartiendo su campo de acción antes de que los pacientes lleguen a avanzar su enfermedad (Instituto Nacional de Salud. (s.f.))

Pero ¿Por qué la tercerización o externalización de procesos en Colombia?

La globalización del mercado generó un impacto contundente en América Latina ya que se venía marcando por la descentralización productiva, en el que se creó una nueva forma de organización estructural, la tercerización o externalización de procesos se creó con el fin de delegar responsabilidades o compromisos, ya que esto debe tener un beneficio para ambas partes, esta era la técnica innovadora de la administración. (Polo Fredy, et. Al, 2017, Pag 3 – 4)

La tercerización o externalización de procesos inicia en Colombia a partir de la ley 50 de 1990, Art 132, en el que no solo identifica el salario al trabajador dejando absuelto en el libre convenio, sino que genera impactos en las relaciones laborales y de manera indirecta facilita la expansión de la tercerización o externalización de procesos, esto con el fin de reducir costos y generando aún más beneficios para las burocracias, y para el mismo Estado, ya que no solo se obtenía un servicio rápido si no aumentaba la captación necesaria.(Ley 50 de 1990. (1990, 28 de diciembre))

Esto no solo trajo consigo una implementación en las demás ramas del Estado, sino que también genero un gran impacto en el sistema de Salud, al no contar con la capacidad tanto financiera como estructural para generar e implementar los estudios necesarios.

A causa de esto se requiere generar una visión diferente de la externalización o tercerización de procesos con el fin de indagar como, porque, y las causas que existieron para implementar tal sentido de la tercerización, sin dejar las funciones y metas de cada institución de la salud, con tal razón de saber si era necesario implementar un apoyo en tal

sentido de aumentar los beneficios y carencias que trajeron consigo las diferentes reformas y como la tercerización colaborado al Estado en este entorno.

En tal sentido la tercerización se ha visto enfrentada a la libre competencia del mercado, en el que cada empresa que quiera vincularse con alguna IPS o quiera realizar procedimientos de esta índole, deben tener unos requisitos mínimos para su vinculación, sea la experiencia o una oferta económica más favorable. Esto con el fin de garantizar una vinculación transparente para los demás oferentes y generar garantías de entrega de los procesos.

La vinculación de estas empresas como se expone en la Ley 80 deben tener unos oferentes mínimos y garantizar la transparencia en cada proceso de participación de los oferentes de bienes y servicios así mismo como se expone en el **Art 21** de la misma ley se indica “en condiciones competitivas de calidad, oportunidad y precio, sin perjuicio del procedimiento de selección objetiva que se utilice y siempre y cuando exista oferta de origen nacional” (Ley 80 Congreso de Colombia, 1993)

Así mismo se debe garantizar la vinculación y la libre competencia de personas o empresas extranjeras que deseen competir sobre la misma licitación, con los mismos requisitos en el entorno de la experiencia y la especialización de los procesos.

El proceso para la vinculación se tendrá contemplados en cada organización, y así mismo se definirán sus pagos, sin embargo, en la Ley 80 se indica los requisitos mínimos para la vinculación de estas, en el sentido de que, si cada organización desea o requiere información o requisitos adicionales, están en la libre capacidad de solicitarlo ya que es información importante para llevar un proceso con calidad para el servicio.

La capacidad de vinculación y la documentación serán evaluados también por expertos y profesionales que tengan conocimientos mínimos para celebrar los contratos.

Esta documentación y requisitos reposarán en el área de contratación de cada entidad, con el fin de que al solicitar alguna auditoria o llevar a cabo una evaluación del proceso, esta misma área sea la encargada de dar aporte a lo solicitado.

Y finalmente se evidencia el grupo poblacional beneficiado por los diferentes aportes de la tercerización, a tal manera de gestionar las relaciones entre la IPS – usuario, IPS – EPS e IPS – Tercerizado, con el fin de observar y proponer alternativas de solución y mejora para el proceso de la tercerización o externalización de procesos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar las implicaciones que ha tenido la tercerización estatal en el sector salud de Bogotá, comprendiendo como ha afectado la implementación de esta en la prestación, calidad del servicio, las condiciones laborales del personal de salud, y la eficacia de las políticas públicas implementadas para regular e intervenir este modelo de gestión.

3.2 Objetivos específicos

Examinar el origen, evolución y características del proceso de tercerización en el sector salud de Bogotá, identificando los actores involucrados y los marcos normativos que lo sustentan.

Identificar las consecuencias de la tercerización sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, con especial atención a la estabilidad laboral, los derechos laborales y la calidad de vida del personal vinculado por medio de terceros.

Analizar las políticas públicas adoptadas por el Estado para intervenir en el proceso de tercerización, determinando su efectividad, limitaciones y propuestas de mejora en el contexto del sistema de salud público en Bogotá.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

En este apartado se buscará identificar el modelo y paso a paso a seguir para la elaboración del documento, dando alcance y relevancia a los diferentes procesos y a la ejecución de esta para llegar a un análisis satisfactorio.

- 1) Marco Conceptual: En este apartado se definirán los términos clave utilizados en la investigación. Se realizará un recorrido por la literatura normativa y académica que aborda la estructuración del sector salud en Colombia, incluyendo las reformas que han impactado los aspectos sociales, culturales y económicos. Así mismo, se analizará la tercerización en el sector salud y sus implicaciones en la aplicación de las políticas públicas.
- 2) Marco Jurídico: Esto nos ayudará a entregar un análisis del entorno normativo que se realizó a causa de la tercerización estatal, empezando desde la constitución hasta las modificaciones normativas que se han realizado.
- 3) Análisis del Sector: Se llevará a cabo un estudio del estado actual del sector salud en Colombia, enfocándose en la tercerización de los servicios estatales y la gestión de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E). Este análisis permitirá identificar los aspectos de mejora y evaluar el impacto de la tercerización en la administración y prestación de servicios de salud.
- 4) Entrevistas: Con el fin de obtener una perspectiva integral, se realizarán entrevistas a distintos actores del sector salud, incluyendo administrativos y trabajadores tercerizados. Estas entrevistas proporcionarán información real y objetiva sobre el impacto económico y administrativo de la tercerización, permitiendo identificar oportunidades de mejora en la implementación de políticas públicas.

- 5) Propuestas de recomendaciones de Políticas Públicas: Basándose en los hallazgos obtenidos en el análisis del sector y las entrevistas, se plantearán propuestas de políticas públicas enfocadas en mejorar la eficacia, eficiencia y calidad del servicio de salud en el marco de la tercerización. Se buscará establecer estrategias que permitan una mejor administración de los procesos tercerizados, así como el fortalecimiento de auditorías especializadas para garantizar el correcto cumplimiento de los objetivos.
- 6) Desafíos: Se identificarán los principales desafíos asociados a la tercerización en el sector salud, incluyendo los posibles impactos negativos y las barreras en la implementación de políticas públicas. Se evaluarán alternativas de solución que permitan mitigar estos impactos y mejorar la planeación y ejecución de estrategias en el sector.
- 7) Conclusiones: Las conclusiones sintetizarán los hallazgos de la investigación y proporcionarán una visión argumentativa y centrada en la realidad del sector salud en Colombia. Se plantearán recomendaciones para una gestión más eficiente de la tercerización en la administración de la salud pública y el fortalecimiento de las políticas públicas en esta materia.
- 8) Anexo: En el Anexo se presentará el cronograma de actividades, detallando el paso a paso de la implementación del estudio y la gestión del documento en términos de plazos y fechas específicas.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Introducción a las políticas de salud

Las políticas de salud constituyen el conjunto de decisiones, planes y acciones emprendidas para lograr objetivos específicos dentro del sistema de salud de una sociedad. Estas políticas definen visiones a largo plazo, establecen prioridades, distribuyen recursos y proporcionan lineamientos para la implementación de intervenciones sanitarias. En este contexto, las teorías en políticas de salud se convierten en herramientas analíticas esenciales para comprender, formular, implementar y evaluar dichas decisiones (Buse et al., 2012).

5.1.1 ENFOQUES Y MODELOS DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Las políticas de salud, como campo de estudio, han adoptado y adaptado diferentes enfoques teóricos provenientes de las ciencias sociales, especialmente la ciencia política, la sociología y la economía. Algunos de los más influyentes son el modelo racional, el modelo incrementalista, el modelo de la corriente múltiple, el modelo de coaliciones promotoras y el modelo de redes de políticas.

5.1.1.1 Modelo racional.

El modelo racional plantea que las políticas deben formularse a través de un proceso lógico, estructurado y objetivo. Este modelo supone que los formuladores de políticas identifican claramente los problemas, evalúan todas las alternativas posibles y escogen la más eficiente en términos de costo-beneficio (Simon, 1977). Aunque idealizado, este enfoque ha sido criticado por su poca aplicabilidad en contextos reales donde la información es limitada, los intereses están fragmentados y las decisiones son políticas antes que técnicas.

5.1.1.2 Modelo incrementalista.

Charles Lindblom (1959) desarrolló el modelo incremental, también conocido como "método de la ciencia de chapuceo", que propone que los cambios en las políticas públicas suelen ser graduales, producto de ajustes menores a políticas anteriores. Este enfoque es especialmente relevante en salud pública, donde los cambios radicales son difíciles debido a resistencias institucionales, limitaciones presupuestarias y el carácter complejo de los sistemas sanitarios (Lindblom, 1959).

5.1.1.3 Modelo de la corriente múltiple.

Propuesto por John Kingdon (2011), este modelo identifica tres corrientes: la de problemas, la de políticas y la política propiamente dicha. Cuando estas tres se alinean, se abre una "ventana de oportunidad" para el cambio de políticas. En el ámbito de salud, este enfoque explica cómo ciertos problemas, como una epidemia o una crisis financiera, catalizan reformas significativas, como ocurrió con la Ley 100 de 1993 en Colombia.

5.1.1.4 Modelo de coaliciones promotoras.

El Advocacy Coalition Framework (ACF), desarrollado por Sabatier y Jenkins-Smith (1993), propone que en el proceso de políticas participan diversas coaliciones que comparten creencias y luchan por imponer su visión. Estas coaliciones pueden incluir funcionarios, ONGs, sindicatos médicos, aseguradoras, entre otros actores. La teoría del ACF es útil para entender disputas políticas en temas como la privatización de servicios de salud o la tercerización laboral.

5.1.1.5 Redes de políticas.

Las redes de políticas son conjuntos de actores interrelacionados que participan en la formulación e implementación de políticas públicas. Este enfoque enfatiza las relaciones

horizontales entre múltiples actores estatales y no estatales (Rhodes, 2007). En salud, las redes de políticas pueden incluir ministerios, entes territoriales, clínicas privadas, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil y empresas tercerizadoras.

5.1.2 TEORÍA INSTITUCIONAL EN POLÍTICAS

El enfoque institucionalista ha cobrado relevancia para explicar cómo las estructuras y reglas institucionales condicionan el desarrollo de políticas de salud. El institucionalismo histórico destaca cómo decisiones pasadas configuran trayectorias que limitan las opciones futuras (path dependency), lo cual explica por qué ciertas reformas sanitarias son difíciles de revertir (Pierson, 2000). En Colombia, la Ley 100 ha marcado una trayectoria institucional difícil de modificar, a pesar de las críticas persistentes a su orientación hacia el aseguramiento privado.

Por su parte, el institucionalismo normativo se centra en cómo las normas, valores y culturas organizacionales afectan el comportamiento de los actores, mientras que el institucionalismo racional estudia cómo los actores eligen estrategias en función de incentivos estructurales (March & Olsen, 1984).

5.1.3. TEORÍA DEL CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Otra perspectiva común en el análisis de políticas de salud es el modelo de ciclo, que descompone el proceso en etapas: formulación, adopción, implementación, evaluación y reformulación (Howlett & Ramesh, 2003). Aunque este modelo ha sido criticado por su simplicidad, permite una visión estructurada del proceso político. En salud pública, por ejemplo, se puede analizar cómo una política de vacunación pasa por cada una de estas fases antes de institucionalizarse.

5.1.4 TEORÍA DE LA GOBERNANZA EN SALUD

La gobernanza en salud se refiere a la forma en que se organizan y toman decisiones en los sistemas sanitarios. El concepto ha evolucionado desde un enfoque centrado en el Estado hacia modelos más participativos, descentralizados y multinivel (Kickbusch & Gleicher, 2012). En este contexto, se analiza cómo actores públicos y privados interactúan en escenarios de gobernanza colaborativa, como en el caso de la tercerización de servicios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una buena gobernanza sanitaria implica transparencia, rendición de cuentas, participación social, equidad y efectividad en la toma de decisiones (WHO, 2014). Estos elementos se convierten en estándares para evaluar las políticas públicas en salud.

5.1.5 POLÍTICAS DE SALUD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Desde una perspectiva constructivista, las políticas públicas no solo son respuestas técnicas a problemas objetivos, sino también construcciones sociales que reflejan valores, intereses y narrativas dominantes (Fischer, 2003). En este sentido, los discursos sobre eficiencia, sostenibilidad o modernización han sido utilizados para justificar procesos de tercerización en el sistema de salud colombiano.

La construcción social de problemas de salud también condiciona qué temas entran en la agenda pública. Por ejemplo, el problema del trabajo precario en el sector salud ha sido históricamente invisibilizado, en parte por marcos discursivos que lo legitiman como una necesidad de flexibilización laboral.

5.1.6 ENFOQUES CRÍTICOS Y DE JUSTICIA SOCIAL

Los enfoques críticos, inspirados en la teoría marxista y el pensamiento poscolonial, analizan las políticas de salud desde una óptica de poder, desigualdad y exclusión. Autores

como Navarro (2007) sostienen que las reformas sanitarias neoliberales responden a intereses de clase y consolidan la mercantilización de la salud. En este sentido, la tercerización puede entenderse como una estrategia para reducir costos laborales y debilitar el poder colectivo del personal de salud.

La teoría de la justicia social, especialmente la propuesta por Amartya Sen (2000) y Martha Nussbaum (2006), sostiene que las políticas de salud deben orientarse a garantizar capacidades humanas fundamentales, como la vida, el bienestar físico y la autonomía. Desde esta perspectiva, la tercerización puede constituir una amenaza a la equidad y dignidad laboral en el sector salud.

Las teorías en políticas de salud permiten comprender la complejidad del proceso de toma de decisiones en este campo, considerando no solo los aspectos técnicos, sino también los factores políticos, institucionales, sociales y discursivos. Aplicar estas teorías al análisis de la tercerización en el sector salud de Bogotá brinda herramientas analíticas para identificar los actores, intereses y narrativas que configuran esta forma de gestión, así como sus impactos sobre la equidad y la calidad del sistema de salud.

5.2 Modalidades de prestación de servicios publicos

La prestación de los servicios de salud se configura como una función esencial de los sistemas sanitarios y puede ser desarrollada por distintos actores: públicos, privados o mixtos. Esta diversidad de modalidades obedece a las particularidades del contexto socioeconómico, político e institucional de cada país. Entender las formas de prestación de servicios permite analizar su eficacia, equidad, eficiencia y sostenibilidad, así como su alineación con los principios fundamentales del derecho a la salud.

5.2.2. PRESTACIÓN PÚBLICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La prestación pública de los servicios de salud hace referencia a aquellos servicios provistos directamente por el Estado a través de instituciones y profesionales vinculados al sector público. Este modelo está orientado a garantizar el acceso universal, equitativo y solidario, partiendo del principio de que la salud es un derecho humano fundamental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

En América Latina, los sistemas de salud públicos han estado históricamente vinculados a políticas de bienestar social, aunque con limitaciones presupuestales y estructurales que han afectado la calidad del servicio (Ewig & Hernández, 2020). En Colombia, por ejemplo, las entidades públicas prestadoras de salud han coexistido con actores privados en un modelo mixto, pero con un importante rol del Estado en la atención de poblaciones vulnerables (Giedion, Uribe & Acosta, 2009).

Una ventaja significativa del modelo público radica en su capacidad para ofrecer servicios de salud con cobertura territorial más amplia, particularmente en zonas rurales o marginales donde no existe interés de inversión privada (Gómez & Atún, 2021). No obstante, los desafíos incluyen la burocratización, la ineficiencia operativa, la corrupción y la baja inversión en infraestructura (Ruelas Barajas, 2018).

5.2.3. PRESTACIÓN PRIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La prestación privada de salud se refiere a la provisión de servicios a través de entidades que operan con fines de lucro o sin fines de lucro, pero que no están controladas directamente por el Estado. Este modelo se basa en la lógica del mercado, en la que los pacientes adquieren servicios a través de aseguradoras, pagos directos u otros mecanismos de financiamiento (Frenk et al., 2010).

La participación del sector privado en la salud ha crecido en países en desarrollo debido a procesos de reforma orientados a la liberalización del mercado y la descentralización de funciones estatales (Laurell, 2015). En el caso colombiano, la Ley 100 de 1993 promovió la competencia entre aseguradoras y prestadores mediante un esquema mixto de aseguramiento y provisión, favoreciendo la incursión del sector privado (Castro, 2014).

El sector privado ha sido valorado por su capacidad de innovación, eficiencia administrativa, inversión en tecnologías y respuesta oportuna a la demanda de servicios especializados (Calleja & Londoño, 2020). Sin embargo, también ha sido criticado por promover la segmentación del acceso, la inequidad en la calidad del servicio y la mercantilización de la salud (Homedes & Ugalde, 2005). Asimismo, puede existir una priorización de rentabilidad sobre la equidad, dejando de lado a poblaciones de bajos ingresos o con patologías complejas (Maceira, 2016).

5.2.4. OTRAS FORMAS DE PRESTACIÓN: MIXTAS, COMUNITARIAS Y TERCERIZADAS

Además de las formas pública y privada, existen modelos híbridos o alternativos de prestación. Las formas mixtas integran recursos públicos y privados bajo esquemas de cooperación, contratos de gestión o asociaciones público-privadas (APP). Este tipo de modelo busca aprovechar la eficiencia del sector privado y la función reguladora del Estado (Hodge & Greve, 2017).

En América Latina, varios países han implementado APP en salud con resultados mixtos. En algunos casos, como Brasil o Chile, se ha observado una mejora en la infraestructura hospitalaria; en otros, como Perú o Colombia, se han evidenciado problemas

de sobrecostos, falta de transparencia y cumplimiento irregular de los contratos (OECD, 2019).

Otra modalidad relevante son los modelos de prestación comunitaria, los cuales se apoyan en organizaciones sociales, redes de atención primaria y agentes comunitarios de salud. Estos esquemas se enfocan en la atención integral, la promoción y prevención de la enfermedad, especialmente en poblaciones rurales o indígenas (PAHO, 2018). Se destacan por su enfoque intercultural, territorial y de participación ciudadana.

Finalmente, la tercerización (outsourcing) de servicios es una práctica cada vez más común, especialmente en hospitales públicos, donde actividades como aseo, alimentación, vigilancia e incluso servicios clínicos son delegados a terceros mediante contratos temporales (Restrepo & Mesa, 2016). Este modelo busca reducir costos laborales y mejorar la eficiencia, pero también ha sido criticado por la precarización del empleo, la pérdida de calidad en la atención y la desarticulación de los equipos de salud (Martínez & Ordóñez, 2022).

5.2.5. COMPARACIÓN ENTRE MODALIDADES

Las tres formas de prestación presentan ventajas y desafíos. El modelo público garantiza equidad, pero enfrenta restricciones presupuestales. El modelo privado puede ser más eficiente en ciertos contextos, pero tiende a excluir a las poblaciones más vulnerables. Las modalidades mixtas y comunitarias pueden combinar lo mejor de ambos mundos, pero requieren marcos regulatorios sólidos, transparencia y participación social para evitar efectos adversos (Giedion et al., 2009; Homedes & Ugalde, 2005).

Es fundamental que cualquier forma de prestación esté alineada con los principios de universalidad, integralidad y sostenibilidad del sistema de salud. La elección o

combinación de modalidades debe responder a diagnósticos situacionales rigurosos, capacidades institucionales y al compromiso del Estado con el bienestar colectivo.

5.3 Privatización y tercerización en el sector público

5.3.1 PRIVATIZACIÓN: CONCEPTUALIZACIÓN Y ENFOQUES

La privatización es un fenómeno complejo que ha cobrado relevancia desde las últimas décadas del siglo XX como parte de una serie de reformas estructurales impulsadas por políticas neoliberales. Se entiende, en términos generales, como el proceso mediante el cual el Estado transfiere al sector privado la propiedad, el control o la gestión de empresas, servicios o activos públicos (Barrera, 2020).

Según Ramírez (2017), la privatización puede adoptar múltiples formas: desde la venta directa de empresas estatales hasta la concesión de servicios públicos a operadores privados. Este proceso se justifica en discursos que promueven la eficiencia, la reducción del gasto público y la mejora en la calidad de los servicios. Sin embargo, su aplicación práctica ha generado debates sobre su impacto en la equidad, el acceso y el bienestar social.

De acuerdo con Savas (2000), uno de los teóricos más influyentes en este campo, existen tres niveles de privatización: privatización por desregulación, por concesión o contrato, y por venta directa. Cada uno implica un grado distinto de retiro del Estado en la provisión de bienes y servicios. La privatización por desregulación supone que el gobierno elimina restricciones legales para permitir que el mercado ofrezca un bien o servicio; en el modelo por contrato, el Estado financia, pero no produce; y en la venta directa, transfiere la propiedad total al sector privado.

En América Latina, la privatización se implementó principalmente en el marco de las reformas estructurales promovidas por organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) durante los años 80 y 90. En Colombia, este

proceso se dio en sectores estratégicos como telecomunicaciones, energía, y salud (González & Yepes, 2020). El modelo colombiano ha sido objeto de críticas por favorecer la lógica del mercado en detrimento del interés público (Álvarez, 2019).

Desde un enfoque crítico, Harvey (2007) sostiene que la privatización no solo representa un reordenamiento económico, sino también una forma de acumulación por desposesión, en la que los bienes comunes se convierten en fuentes de rentabilidad para el capital privado. Esta perspectiva permite analizar la privatización no solo como una estrategia técnica, sino como una decisión política cargada de implicaciones sociales.

5.3.2. PRIVATIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD

En el sector salud, la privatización se ha expresado en la transformación de los sistemas públicos hacia modelos de aseguramiento mixto, en donde la gestión del riesgo y la provisión de servicios se transfieren en buena parte al sector privado. En Colombia, esta transformación se formaliza con la Ley 100 de 1993, la cual establece un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) bajo criterios de competencia regulada (Restrepo, 2018).

Tal como indica Vega (2021), esta reforma permitió la entrada de entidades promotoras de salud (EPS) y prestadoras de servicios (IPS) de naturaleza privada, lo cual ha generado una mercantilización del derecho a la salud. A pesar de que el Estado mantiene su papel como garante, en la práctica ha delegado funciones esenciales al mercado.

En este sentido, la privatización en salud no implica necesariamente la desaparición del Estado, sino una reconfiguración de su rol: de proveedor directo a regulador y financiador (Mora & Vélez, 2022). Esto ha generado tensiones entre eficiencia y equidad, ya que los sectores más vulnerables pueden quedar desatendidos ante las lógicas de rentabilidad del sector privado.

5.3.3. TERCERIZACIÓN: DEFINICIÓN Y DIMENSIONES

La tercerización, también conocida como externalización o *outsourcing*, es un mecanismo de gestión mediante el cual una organización delega a un tercero la realización de actividades o servicios que anteriormente realizaba directamente (Chiavenato, 2015). Aunque puede usarse en contextos privados, en el sector público la tercerización ha cobrado relevancia como estrategia de reducción de costos y flexibilización laboral.

Según Espinosa (2019), la tercerización implica una relación triangular entre la entidad contratante, el tercero (contratista) y el trabajador. Esta forma de contratación puede abarcar desde servicios auxiliares (limpieza, seguridad) hasta funciones sustantivas (atención en salud, educación), lo cual ha suscitado preocupaciones en torno a la precarización del empleo y la pérdida de control por parte del Estado.

De acuerdo con López & Castillo (2020), la tercerización en el sector público responde a una lógica de eficiencia administrativa, pero también constituye una forma de evadir responsabilidades laborales y reducir la planta de personal permanente. En Colombia, su uso ha sido particularmente frecuente en el sector salud, donde muchas entidades hospitalarias recurren a cooperativas de trabajo asociado o empresas temporales para contratar médicos, enfermeros y administrativos.

5.3.4. TERCERIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD COLOMBIANO

En Colombia, la tercerización ha sido ampliamente utilizada en hospitales públicos y centros de salud como respuesta a restricciones presupuestales y rigideces normativas. Esto ha generado una segmentación laboral que se expresa en la coexistencia de trabajadores de planta con condiciones estables y tercerizados con vínculos inestables, salarios bajos y sin garantías de carrera (Rincón, 2021).

Investigaciones como la de Rodríguez y Vargas (2018) señalan que la tercerización ha permitido a las instituciones reducir costos operativos, pero a costa de la calidad del empleo y la continuidad en la atención. En muchos casos, el personal contratado a través de terceros no cuenta con estabilidad laboral, ni con incentivos adecuados para garantizar un servicio humanizado.

Además, la tercerización ha debilitado los sindicatos y la negociación colectiva, al fragmentar la fuerza laboral y dificultar la organización de los trabajadores. Esta situación contradice principios fundamentales del trabajo decente y ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por parte de organismos de control y la Corte Constitucional (Corte Constitucional, Sentencia C-614 de 2009).

5.3.5. DIFERENCIAS Y CONEXIONES ENTRE PRIVATIZACIÓN Y TERCERIZACIÓN

Si bien privatización y tercerización son conceptos distintos, están estrechamente relacionados. La privatización implica una transferencia estructural de funciones del Estado al sector privado, mientras que la tercerización se refiere a una modalidad operativa en la gestión de servicios, sin que necesariamente implique la pérdida de titularidad estatal (González, 2020).

No obstante, ambas prácticas responden a una lógica de mercantilización de lo público, en la que se privilegia la eficiencia sobre la universalidad y la equidad. En contextos como el colombiano, la tercerización ha sido una estrategia intermedia de privatización, permitiendo al Estado reducir su rol sin renunciar formalmente a sus competencias (Velásquez, 2019).

Así, comprender estas prácticas requiere un análisis integrado que tome en cuenta no solo los aspectos técnicos, sino también las implicaciones sociales, políticas y éticas de la gestión pública contemporánea.

5.4 Historia del modelo de salud en Colombia y la tercerización estatal en el sector salud

5.4.1. ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

La historia del sistema de salud en Colombia ha sido un reflejo de los cambios políticos, económicos y sociales del país. Hasta mediados del siglo XX, la atención en salud estuvo dominada por iniciativas privadas, religiosas y filantrópicas, con un rol limitado del Estado (Ramírez, 2004). La Ley 100 de 1993 marcó un punto de inflexión al establecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en principios de competencia regulada y descentralización.

Antes de la Ley 100, el sistema se organizaba en torno a instituciones públicas como el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que cubría a trabajadores formales, mientras que el resto de la población quedaba desprotegida o dependía de la beneficencia estatal (Uprimny & Durán, 2005). El Estado asumía un papel central en la financiación y prestación del servicio, con hospitales públicos como principales actores.

5.4.2. LA REFORMA DE LA LEY 100 DE 1993 Y LA INTRODUCCIÓN DEL MODELO DE ASEGURAMIENTO

Con la promulgación de la Ley 100, Colombia adoptó un modelo de aseguramiento que introdujo la lógica de competencia entre aseguradores y prestadores, promoviendo la participación del sector privado y reduciendo el papel del Estado como prestador directo

(Giedion & Uribe, 2009). El sistema se dividió en dos regímenes: contributivo, para quienes pueden pagar, y subsidiado, para la población vulnerable.

Esta reforma promovió una transformación estructural en la forma de prestación de servicios, abriendo el camino para la tercerización en la contratación de personal médico, administrativo y de apoyo, así como en la operación de servicios hospitalarios (Salazar & Pinzón, 2018).

5.4.3. LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA DELEGACIÓN DE FUNCIONES ESTATALES

Un componente clave de la reforma fue la descentralización de la gestión en salud. Las entidades territoriales asumieron responsabilidades en la administración de los recursos, en la contratación de servicios y en la vigilancia del sistema. No obstante, la falta de capacidades institucionales y técnicas en muchas regiones llevó a que estas delegaran sus funciones a operadores privados a través de esquemas de tercerización (Garzón & Rodríguez, 2017).

Esto dio lugar a la proliferación de Empresas Sociales del Estado (ESE) y a la utilización de cooperativas de trabajo asociado, contratos sindicales y otras formas contractuales que precarizan el trabajo en salud, al tiempo que transfieren funciones propias del Estado a terceros (Ocampo, 2021).

5.4.4. LA TERCERIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD: UNA ESTRATEGIA DE FLEXIBILIZACIÓN LABORAL

La tercerización estatal ha sido una estrategia dominante en el sistema de salud colombiano, especialmente en el nivel local. Los hospitales públicos, limitados por normas fiscales y presupuestales, empezaron a contratar personal por medio de terceros para evitar el régimen laboral público y disminuir costos (Rincón, 2015).

Este fenómeno ha generado consecuencias significativas en la calidad del empleo en el sector salud, afectando la estabilidad laboral, los ingresos y la protección social del personal médico. Asimismo, ha impactado negativamente la continuidad en la prestación de servicios y ha debilitado la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud (CEJIL, 2020).

5.4.5. CASOS RECIENTES Y TENDENCIAS ACTUALES

En Bogotá, por ejemplo, la tercerización ha sido una práctica generalizada en los hospitales públicos de la red distrital. Diversos informes han documentado cómo el personal médico y asistencial labora bajo contratos temporales, con intermediarios y sin acceso pleno a derechos laborales, situación que se ha mantenido pese a los intentos de reforma (Vásquez & Martínez, 2021).

Durante la pandemia de COVID-19, las condiciones de tercerización quedaron aún más expuestas. Muchos trabajadores contratados por terceros enfrentaron situaciones de sobrecarga laboral, falta de protección, y retrasos en los pagos, lo cual evidenció la debilidad estructural del modelo de gestión del recurso humano en salud (Minsalud, 2020).

En la actualidad, si bien ha habido algunos avances normativos como la Ley 2022 de 2020 que promueve la formalización laboral en salud, la tercerización continúa siendo una práctica extendida que pone en tensión el principio de garantía estatal del derecho a la salud (Congreso de Colombia, 2020).

5.4.6. IMPLICACIONES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

El uso de la tercerización estatal en salud refleja una tensión entre la eficiencia administrativa y el cumplimiento de derechos laborales y sociales. Las políticas públicas han favorecido un modelo de gestión basado en el control del gasto y la delegación de funciones, en detrimento del fortalecimiento del sistema público (González, 2019).

Para avanzar hacia un sistema más equitativo, es fundamental revisar el rol del Estado como garante de los derechos, incluyendo el fortalecimiento institucional, la formalización del empleo en salud y la eliminación progresiva de esquemas de tercerización que vulneren derechos fundamentales (OPS, 2021).

6. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual de este documento se centra en proporcionar diferentes definiciones para que permita entender la problemática desde un entorno más detallado, con el fin de definir palabras claves que se utilizaran en el presente documento con el objetivo de realizar un análisis por parte del lector en torno a la familiarización de este, sin que se aleje de la problemática de la tercerización estatal, estas definiciones serán importantes ya que a lo largo de este documento se realizaran avances los cuales tendrán algunas de las palabras acá descritas, esto con el fin de que el lector tenga la posibilidad de aumentar las definiciones sin alejarse de la realidad:

- 1) “Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga): Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social sin personería jurídica, administrada directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.” (Gobierno de Colombia, 2016, art. 1.1.2.1)
- 2) ADRES: “La ADRES es un organismo de naturaleza especial del nivel descentralizado de la Rama Ejecutiva del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, patrimonio independiente, asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado, en los términos señalados en la ley de creación y adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS.” (Gobierno de Colombia, DECRETO 2265 DE 2017, ARTÍCULO 2.6.4.1.2)
- 3) Sisbén: Que, en desarrollo de la mencionada norma, el Sistema: de Identificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (Sisbén) es el principal instrumento de focalización individual del gasto social, utilizado en el país desde 1995. (Gobierno de Colombia, DECRETO 441 DE 2017)

- 4) IPS: En el artículo 195 de la ley 100 de 1993 indica e informa la creación para las personas jurídicas, entendiéndose por empresas externas para la toma y prestación de los servicios de salud, el cual deberá tener especificaciones los cuales indica la norma. Adicional en el artículo 194 la naturaleza el cual se debe identificar la prestación de los servicios de salud debe ser por E.S.E (empresas sociales del estado) y “constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.” (ley 100, 1993)
- 5) EPS: Entidad Promotora de Servicios de Salud, estas son las responsables de generar el aseguramiento del paciente afiliado, en el que debe captar en su totalidad la atención del paciente, y la cobertura. Sin que se le vulnere el derecho a la salud.
- 6) Tercerización o externalización de procesos en el sector salud: La tercerización o externalización de procesos se crea con la finalidad de dar la oportunidad de prestar el servicio de salud en las IPS como apoyo diagnóstico, o personal para implementar diferentes funciones. El impacto de la tercerización o externalización de procesos en las IPS es importante ya que la implementación de dispositivos o la contratación del personal capacitado para generar la captación total necesario demanda una suma superior a la que normalmente puede generar la IPS con sus recursos adquiridos (Arrieta, 2022).
- 7) Apoyo diagnóstico: Conjunto de estudios y procedimientos que se realiza a los pacientes con la finalidad de identificar y definir la conducta, esta es necesaria para que los especialistas puedan ser más específicos en su toma de decisión abarcando diferentes puntos de vista y con apoyo de imágenes o insumos (Arrieta, 2022).

- 8) Glosa: Justificación pertinente o no pertinente para el cobro satisfactorio ante la EPS, en la que el estudio o procedimiento se verá exitoso con su cobro o por el contrario si es necesario generar una justificación negativa para la devolución de la factura (Gobierno de Colombia Resolución 3047 de 2008).

7. CONSTRUCCIÓN DEL MARCO LEGAL

La construcción del marco legal es necesaria en este documento ya que identificara desde el inicio de las normas, implementaciones y modificaciones que se han tenido sobre la tercerización, en el que se iniciará con la constitución política como norma de normas, en el que se limitara y la libre empresa, en este contexto también se incluye la ley 80 en el que se expide el estatuto general de contratación con el fin de organizar y distribuir los lineamientos y mecanismos para la tercerización, y así mismo se dispondrá diferentes normas que implementan el presente trabajo

Constitución Política de Colombia:

ARTICULO 333º—La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. Para su ejercicio, nadie podrá exigir permisos previos ni requisitos, sin autorización de la ley. La libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades. La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial. El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica y evitará o controlará cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional. La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social, el ambiente y el patrimonio cultural de la Nación.” Constitución Política de Colombia, art. 333 (1991).

Artículo 53. “El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios

mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad. El estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales. Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados hacen parte de la legislación interna. La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.” Constitución Política de Colombia, art. 333 (1991).

Ley 100 de 1993:

Esta ley se creó con el fin de garantizar los derechos de las personas entorno a la calidad de vida, aseguramiento y así mismo que sea acorde con la dignidad humana. En el que su función principal es generar afiliaciones para pacientes con poca solvencia económica. En el que sus principios son enfocados al servicio público haciéndolos esenciales en la práctica de la ley.

Con esta ley se crea las dos alternativas de atención y financiamiento en salud, los cuales son el régimen subsidiado y el régimen contributivo, siendo el de más impacto y necesidad el primero.

- **Régimen Subsidiado:** El régimen subsidiado en salud es el más grande en captación de servicios de salud, en el momento de la creación de la presente ley se categorizo por medio del Sisbén, en el que se dividió en niveles, siendo el nivel 1 o 0 el más pobre económicamente, y siendo el nivel 3 uno de los niveles los cuales

tenían medios de pago y así obligaba a la gente a cotizar sus parafiscales.

Actualmente por modificación ya no se dividen en niveles sino en categorías, simplificando y mitigando la pobreza y realizando más a detallada la captación de la necesidad

- **Régimen Contributivo:** El régimen contributivo se creó con el fin de identificar la prestación de servicios para personas que cotizan por medio de sus aportes mensuales, siendo contratistas o empleados, dividiéndolos en categorías dependiendo del valor que realicen sus aportes. Esto trajo consigo la identificación de los beneficiarios, en el que de igual manera se dividen en categorías y se cobra de acuerdo con los aportes de los cotizantes

Esta la presente ley se crea la disposición de crear el SGSSS en el que trae como musculo administrativo y financiero para el aseguramiento de los pacientes tanto subsidiados como contributivos la EPS (Entidad Promotora de Servicios de Salud) con el fin de crear un acceso amplio y menos limitado a las personas que necesiten adquirir estos servicios. Pero se vio enfrentado a la corrupción interna y a la captación de servicios ilegales con el que se justificada servicios no realizados o la duplicidad de pacientes para el cobro de procedimientos, insumos o servicios.

En este sentido se evidencia la creación del sistema de seguridad social para ser controlado por el Estado, con los objetivos principales de “Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema” y de “Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas,

madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.” (Congreso de Colombia, 1993, p.).

Adicionalmente la especificación de la norma en el entorno de la calidad el cual se crean mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad de atención oportuna, personalizada y humanizada de acuerdo con los procedimientos y prácticas profesionales. (Congreso de Colombia, 1993)

De acuerdo con la normatividad expedida por la ley 100, se identifica las características para la contratación estatal de acuerdo con la vinculación en el que se realizará por medio de concurso y se regirá por el régimen privado, en el que tendrá cláusulas propias del derecho público (Congreso de Colombia, 1993, p. 6, Art 216, inciso 2)

Integrantes del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud),

- 1) Los Ministerios de Salud y Trabajo;
 - 2) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
 - 3) La Superintendencia Nacional en Salud;
2. Los Organismos de Administración y Financiación:
- a) Las Entidades Promotoras de Salud;
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;
 - c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.

Adicionalmente se disponen el aseguramiento y afiliación de las personas, en el que estarán obligadas de suministrar (dentro de los parámetros establecidos) a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización.

Decreto 4747 de 2008

Con este presente decreto se crean las disposiciones y regulaciones entre las EPS y la IPS, y sus mecanismos de pago. Este decreto es importante ya que también se identifican los requisitos mínimos para la suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, habilitaciones de este y las condiciones mínimas.

- **Requisitos**

IPS:

- 1) habilitación de servicios para prestar
- 2) Eficiencia, capacidad instalada
- 3) Modelo de prestación de servicios
- 4) Indicadores de calidad

EPS:

- 1) Información general de la población del acuerdo de voluntades
- 2) Modelo de atención
- 3) Diseño y organización de la red de servicios de salud, identificando los principios que sobresalen como la integridad, continuidad, accesibilidad, y oportunidad
- 4) Mecanismo y medios de difusión para la captación de pacientes

8. ÁREAS Y SERVICIOS QUE SON TERCERIZADOS EN EL SECTOR SALUD.

Dentro del sector salud, la tercerización (o subcontratación) se refiere a la contratación de servicios o personal a través de empresas externas, en lugar de ser gestionados directamente por la entidad pública o privada de salud. Esta práctica busca, en teoría, reducir costos, aumentar la eficiencia o suplir limitaciones del sistema. A continuación, se muestran los principales servicios y áreas que suelen tercerizarse en el sector salud, además de los laboratorios clínicos:

1. Servicios de laboratorio clínico y diagnóstico
 - Procesamiento de muestras
 - Pruebas especializadas (biología molecular, toxicología, etc.)
2. Servicios de imágenes diagnósticas
 - Radiología convencional
 - Resonancia magnética
 - Tomografía computarizada
 - Ecografías
3. Servicios de limpieza y desinfección hospitalaria
 - Aseo general de áreas clínicas y administrativas
 - Manejo de residuos hospitalarios
4. Seguridad y vigilancia
 - Control de accesos
 - Seguridad perimetral

5. Servicios de alimentación y nutrición
 - Preparación y distribución de alimentos para pacientes y personal
 - Planificación de dietas (en algunos casos también tercerizada)
6. Servicios de lavandería
 - Lavado, secado y planchado de ropa hospitalaria, uniformes y sábanas
7. Transporte asistencial y no asistencial
 - Ambulancias
 - Transporte de insumos y pacientes no urgentes
8. Mantenimiento de equipos médicos y hospitalarios
 - Equipos biomédicos
 - Aire acondicionado, sistemas eléctricos, etc.
9. Personal asistencial (contratado a través de cooperativas o empresas temporales)
 - Enfermeros/as
 - Médicos generales o especialistas
 - Técnicos en salud
10. Servicios de tecnología y sistemas de información
 - Soporte técnico
 - Desarrollo y mantenimiento de software clínico o administrativo
11. Call center y atención al usuario
 - Agendamiento de citas
 - Información y seguimiento a PQRS
12. Gestión documental y archivo clínico
 - Digitalización

- Custodia de historias clínicas

9. ANÁLISIS DEL SECTOR

La tercerización o externalización de procesos en Colombia se enmarca en un sistema de alta dependencia de contratación externa para poder suplir las necesidades de cada institución, según la circular 007 del ministerio del trabajo por medio de estadísticas, aproximadamente se tiene 163.116 personas por medio de contratación en tercerización o externalización de proceso corte 2020, donde no solo se terceriza la profesionalización, si no que de igual manera se terceriza la prestación de servicios por medio de outsourcing para la realización de exámenes, toma de laboratorios, realización de procedimientos. Sin embargo, de este personal solo 46.715 están vinculadas en las plantas de cada entidad, el restante está por medio de temporales, tercerizados e incluso otra forma de vinculación laboral, es decir que más del 50 % de los trabajadores en el sector están vinculados por medio de temporales o tercerizados (Ministerio del Trabajo de Colombia, 2020)

No obstante, esto refleja el deterioro de las diferentes condiciones laborales con los cuales se ha vinculado a las personas que prestan sus servicios en salud, en el que están los administrativos, enfermeros, doctores, especialistas y demás personas capacitadas para la labor.

La formalidad laboral es una de las muestras de tercerización o externalización de procesos en los cuales se ha evidenciado más el impacto, ya que estos al estar regidos por la normatividad colombiana se evidencia la vinculación laboral como una obligatoriedad, en el que el Art 53 de la constitución identifica los principios fundamentales de contratación, en el que el tercerizado estará obligado a vincular por medio de estas formas laborales dando una vinculación formal, igualdad laboral, y estabilidad. (Congreso de Colombia, 1991, art. 52).

Por otro lado, se refleja como los tercerizados o externalización a impulsado diferentes estrategias económicas para el mejoramiento de la competitividad, en el que no solo se concursa por un análisis de oferta, sino que también se deben tener en cuenta la experiencia mínima que exige cada institución para la vinculación de los tercerizados, un análisis realizado en la ciudad de Medellín sobre los servicios de apoyo arrojo que el 92% de las instituciones son de naturaleza privada y un 8% de carácter público (Bernal Rincón *et al.* , s . f . , p . 11)

En la siguiente grafica de podrá evidenciar como la tercerización se realiza en su mayoría por la profesionalización de servicios, y reducción de costos, esto con el fin de generar más oportunidad para los usuarios y dejando la complejidad de las instituciones de lado, ya que al profesionalizar los servicios genera una captación alta de pacientes, esto ayudando a las IPS a generar más ingresos.

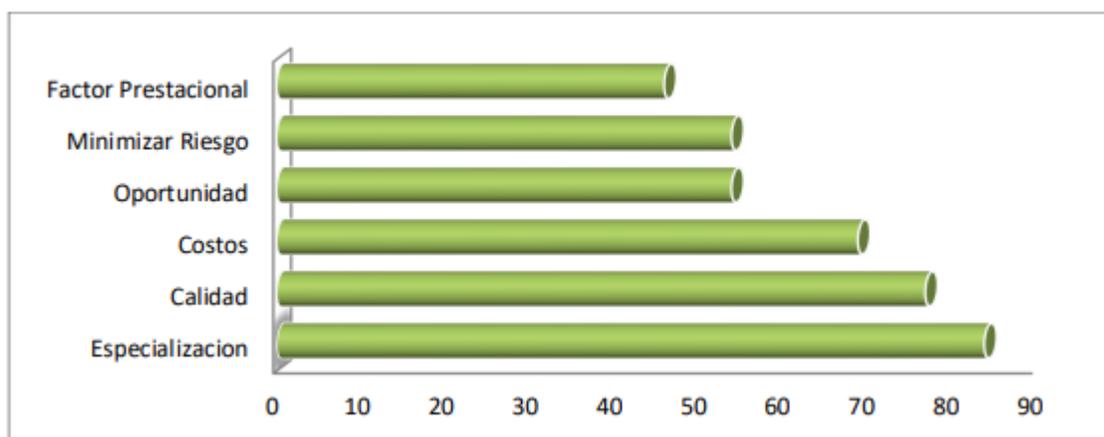


Imagen 1. Bernal Rincón *et al.*, s. f., p. 12. Porcentaje de los motivos por los cuales se terceriza. “ El 100% de las IPS tienen en cuenta, al momento de seleccionar la empresa con la cual tercerizan sus procesos el cumplimiento de la normatividad, experiencia y portafolio de servicios, para el 92% es importante la propuesta económica, para el 84.6% es relevante las certificaciones de calidad y para el 76.9% es significativo la responsabilidad social.

Según la Ley 80 de 1993 en que se especifican las formas de contratación, en el que se establece la contratación por medio de los principios sus principios

fundamentales los cuales están consagrados en la constitución política de Colombia como, el principio de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, imparcialidad y publicada (Art. 209 de la Constitución Política)

Esto con el fin de primero generar eficiencia y seguridad al momento de la contratación, y segundo generar la igualdad a las diferentes empresas licitadoras de servicios que desean contratar con el estado por medio de las IPS.

Según los análisis obtenidos en un estudio, se puede identificar que la tercerización ha disminuido sus costos operacionales en las entidades prestadoras de servicios, así como también se ha maximizado su eficiencia, esto con el fin de mejorar alternativas rápidas de solución sin que se deje de operar.

Es importante resaltar que la mayoría de las IPS indican que la tercerización estatal es la mejor alternativa para beneficiarse directa o indirectamente, el cual aporta apoyo a la prestación de servicios, puede ser operacionales o tecnológicos, en los cuales los operacionales pueden ser servicios como hemodinámica, gastroenterología, apoyo diagnóstico, etc. Y esto con el fin de que la institución se centre en las actividades misionales de cada entidad sin dejar de lado la eficiencia. (Bernal Rincón *et al.*, s. f., pp.11)

De acuerdo con esta información se puede evidenciar como los servicios han optimizado la operación de las ESE con el fin de que se puedan centrar en sus objetivos específicos como entidades sin perder de vista su misionalidad, sin embargo, es importante resaltar la auditoria (libre) que se ha evidenciado para el pago oportuno a los terceros, la gestión administrativa e incluso el flujo de contratos que se ha celebrado entre las ESE y las empresas prestadoras de servicios (terceros)

Según el PAA (Plan Anual de Adquisición) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte del año 2024, se puede evidenciar que el total de contratos tercerizados es de \$70.773.254.236 más el total de CPS \$156.000.000.000 es de \$226.723.254.236 y si a esto se le resta el presupuesto total que es \$319.188.693.406, se obtiene un presupuesto total de \$92.465.439.170 los que representa aproximadamente el 28.97% del presupuesto inicial y el otro 73% se gasta en tercerización, con esto evidenciamos como la administración ha enfocado una gran cantidad de dinero a la contratación o tercerización de procedimientos e insumos con el fin de lograr la eficacia y la eficiencia en la institución (PAA subred integrada de servicios de salud norte).

9.1 Análisis estadístico de la tercerización estatal en el sector salud de Bogotá y las diferentes políticas públicas de intervención

Para realizar un análisis estadístico con tendencias porcentuales sobre la tercerización estatal en el sector salud de Bogotá y las diferentes políticas públicas de intervención, se debe presentar un enfoque cuantitativo que evidencie los cambios a lo largo del tiempo en indicadores clave como el número de contratos tercerizados, la participación del gasto en salud orientado a la tercerización, el número de trabajadores vinculados por estas modalidades y el efecto de ciertas políticas públicas.

8.1.1 TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN TERCERIZADA EN BOGOTÁ (2010-2022)

Durante la última década, la tercerización ha sido una constante en el modelo de prestación de servicios en salud en Bogotá. Según datos del Observatorio de la Salud de Bogotá (OSB), en 2010 el 58,2 % del personal asistencial estaba vinculado mediante modalidades tercerizadas, como órdenes de prestación de servicios (OPS). Para 2022, este porcentaje se mantuvo en torno al 55,7 %, con variaciones interanuales, lo que

demuestra una estabilización en el uso de esta figura a pesar de las críticas legales y sociales (OSB, 2022).

8.1.2 DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL Y TERCERIZACIÓN (2015-2022)

Entre 2015 y 2022, el gasto del presupuesto distrital en salud destinado a contratos tercerizados se mantuvo en niveles superiores al 40 %. En 2015, el 41,3 % del total del gasto en recursos humanos fue canalizado por medio de contratos de prestación de servicios. En 2022, esta cifra fue del 43,9 %, a pesar de la implementación de políticas públicas como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) que buscaban fortalecer la planta pública (Secretaría Distrital de Salud, 2022). Esto indica que las políticas orientadas a la formalización no han logrado frenar la dependencia de la tercerización.

9.1.3 TERCERIZACIÓN Y CONDICIONES LABORALES

En términos de condiciones laborales, los trabajadores tercerizados presentan mayores niveles de inestabilidad. Según un estudio de la Universidad Nacional de Colombia (2021), el 72 % de los trabajadores bajo OPS en hospitales públicos de Bogotá manifestaron no contar con acceso a vacaciones remuneradas ni estabilidad contractual, mientras que solo el 19 % de la planta permanente reportó esas condiciones. Esto refleja una brecha estructural asociada directamente al modelo tercerizado.

9.1.4. IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS (2016-2022)

La política pública de dignificación laboral en salud (Acuerdo 641 de 2016) buscó reducir la tercerización. Sin embargo, su impacto ha sido limitado: entre 2016 y 2020, la proporción de personal formalizado aumentó solo un 6,1 %, pasando de 44,5 % a 50,6 %. A pesar del incremento, los contratos tercerizados siguieron predominando en áreas críticas como urgencias y consulta externa (Concejo de Bogotá, 2021).

9.1.5. EVOLUCIÓN DE LA TERCERIZACIÓN EN DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD

El análisis por niveles de complejidad muestra que la tercerización ha sido más persistente en servicios de alta complejidad. En hospitales de tercer nivel, el 63 % del personal médico estaba vinculado por OPS en 2022, frente al 49 % en hospitales de segundo nivel y al 39 % en centros de atención primaria (Secretaría Distrital de Salud, 2022). Esto sugiere que la tercerización responde también a una estrategia de flexibilidad operativa en entornos clínicos más exigentes.

10. PERCEPCIONES EXTERNAS, INTERNAS Y POSIBLES IMPLICACIONES A LOS TERCERIZADOS

Las encuestas son una herramienta fundamental en los trabajos de investigación ya que permiten recolectar, organizar y verificar diferentes enfoques específicos y las tomas de decisiones en diferentes aspectos.

En la tercerización o externalización de proceso es importante contar con estos aspectos tanto cualitativos como cuantitativos, ya que se identificará los patrones o tendencias por las cual los hospitales requieren este servicio especializado, adicional de medir variables específicas, y validar hipótesis.

Las encuestas o entrevistas se harán en dos factores, el primero se realizara a personal de la salud el cual no se encuentre tercerizado, como auxiliares, jefes y profesionales de salud, en el entorno de medir las garantías que el hospital da directamente al personal, esto se realizara por medio de entrevistas directas a una cierta población, y las encuestas se realizaran con preguntas muy específicas con el fin de identificar las carencias y beneficios que genera la contratación directa, por otro lado se realizará las mismas preguntas al personal capacitado y profesional que está en los servicios tercerizados con el fin de verificar igualmente beneficios y carencias.

De la misma forma y más importante aún se realizará encuestas a personas que requieran los servicios de salud, con el fin de validar la oportunidad que ha tenido tanto el tercero como el prestador de servicio directo, con el fin de identificar demoras en el servicio, inconsistencias o quejas que se tengan del usuario.

Y por último se genera entrevista a una persona especializada en el sector público que ha realizado contratación con el Estado y ha gestionado la idoneidad de la

tercerización, esta entrevista es de suma importancia porque garantizará por qué se debe tercerizar profesionales y servicios para cumplir con las metas previstas por la institución, y como ordenador del gasto como generaba impactó positivo en la comunidad, sin embargo, esta entrevista se realizará de manera anónima, con el fin de salvaguardar su palabra.

Tipos de encuestas:

- 1) Encuesta personal de salud sin tercerizar
- 2) Encuesta personal de salud tercerizado
- 3) Pacientes atendidos por servicios NO tercerizados
- 4) Pacientes atendidos por servicios tercerizados

El análisis de las encuestas se realizará de manera uniforme y generalizada, ya que al ser por la plataforma de FORMS, o físico para las personas que se les dificulte hacer uso del dispositivo móvil, dará una respuesta positiva o negativa dependiendo de la encuesta que se le aplique.

10.1 Análisis de percepción de los pacientes que son atendidos en la SUBRED y puede ser atendido por un tercero o por la SUBRED directamente

Antes de iniciar con las encuestas, se toman en cuenta unas consideraciones éticas y de protección de Datos, en el siguiente orden:

1. Consentimiento informado

Se informó a todos los encuestados sobre el objetivo de la encuesta, su carácter voluntario y el uso exclusivo para fines de análisis académico e institucional y otorgan un consentimiento informado, de manera verbal avalando su participación.

2. Anonimato

Todas las respuestas fueron anonimizadas. No se recolectaron nombres, documentos ni datos personales que permitieran identificar a los pacientes.

3. Salvaguarda de la información

La información recolectada será almacenada en una base de datos protegida con acceso restringido durante un periodo de 5 años, conforme a la normativa colombiana sobre ética en investigación (Resolución 8430 de 1993 y Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales).

Se realizan encuestas a 20 pacientes, en el contexto del servicio de gastroenterología tercerizado en el hospital Simón Bolívar. Realizando un análisis sobre aspectos éticos y de manejo de la información según estándares en investigación social y en salud.

Análisis cualitativo por encuestas: Servicio de Gastroenterología Tercerizado - Hospital Simón Bolívar

Criterios de inclusión: Usuarios atendidos por el servicio de gastroenterología del hospital Simón Bolívar en el último año.

1. ¿Cómo cree usted que el servicio de gastroenterología ha beneficiado su salud? (Gastroenterología tercerizado).

En la imagen 2 se observa la porcentualización de respuesta a la pregunta 1.

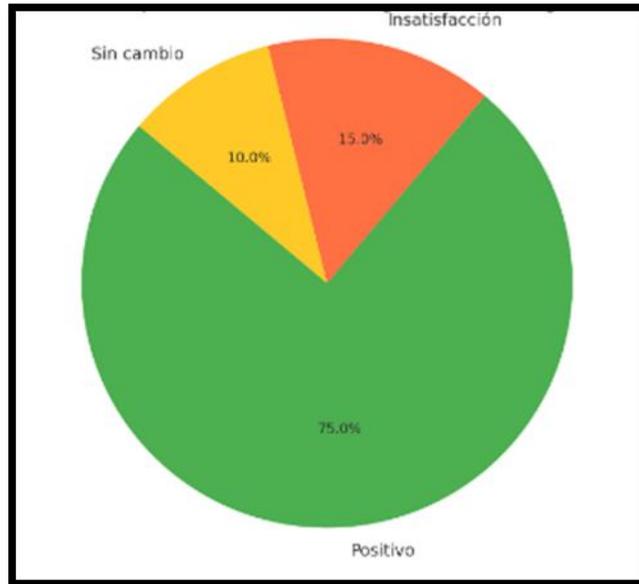


Imagen 2. Percepción del impacto del servicio de gastroenterología tercerizado. elaboración propia.

Se tiene que la percepción del servicio tercerizado en la salud de los encuestados es positivo, el 75% de los encuestados se sienten satisfechos con este servicio en gastroenterología, aparentemente en esta clínica u hospital se ha reflejado que el operador de tercerización está ejecutando la labor de manera positiva, hay que observar otros parámetros que se piensan medir en estas encuestas para aplomar las respuestas, se presume que el servicio tercerizado de gastroenterología ha sido beneficioso, mencionando como fortalezas la especialización del personal y la calidad técnica de la atención. Un 15% (3 pacientes) expresan insatisfacción, centrando sus críticas en demoras o falta de continuidad del tratamiento, lo cual puede evidenciar debilidades en la coordinación o gestión del servicio tercerizado; y un 10% (2 pacientes) no notan cambios significativos, lo que sugiere que, para algunos, los beneficios no han sido evidentes o el tratamiento aún no ha generado resultados perceptibles.

Análisis cualitativo:

15/20 pacientes expresaron que el servicio ha contribuido de forma positiva a su diagnóstico o tratamiento, destacando la especialización y atención técnica del personal tercerizado.

3 pacientes manifestaron insatisfacción, señalando demoras o falta de continuidad en el tratamiento.

2 pacientes dijeron no percibir un cambio significativo en su salud tras el proceso.

Códigos emergentes:

- Mejora en síntomas.
- Buen trato profesional.
- Espera prolongada.
- Falta de seguimiento.

2. ¿Cuánto tiempo duró en que le dieran la consulta de gastroenterología (asignada por la SUBRED)?

En la imagen 3 se observa la porcentualización de respuesta a la pregunta 2.

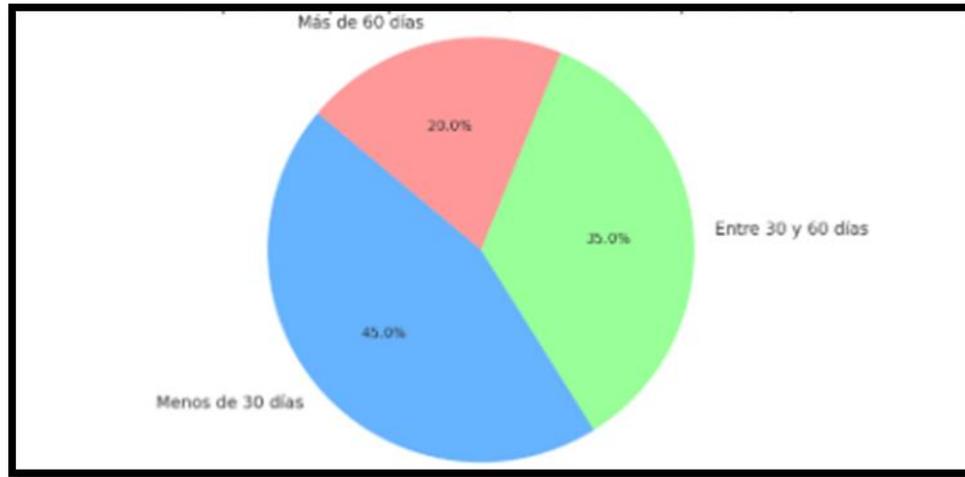


Imagen 3. Tiempo de espera para consulta de gastroenterología. Elaboración propia.

Como se observa en la imagen 3, la mayoría de los encuestados afirman que la cita para gastroenterología fue otorgada antes de los 30 días en términos generales se pensaría que es óptimo, sin embargo, se debe tener en cuenta que 30 días es relativamente un tiempo largo, habría que realizar una encuesta con tiempos más cortos. los pacientes recibieron atención en menos de 30 días, lo cual puede considerarse aceptable desde una perspectiva de oportunidad en la atención., por otra parte, el 35% tuvieron que esperar entre 30 y 60 días, lo que empieza a reflejar una demora que podría impactar en la evolución de patologías gastrointestinales crónicas. Finalmente, el 20% esperaron más de 60 días, un tiempo que puede considerarse excesivo y potencialmente riesgoso para el diagnóstico y tratamiento oportuno, especialmente en casos graves.

Resultados cualitativos (resumen de percepciones):

9 pacientes reportaron tiempos de espera menores a 30 días.

7 pacientes esperaron entre 30 y 60 días.

4 pacientes esperaron más de 60 días.

Tendencias:

Se percibe que el proceso administrativo por parte de la SUBRED influye significativamente en la rapidez para asignar consulta inicial.

3. ¿Cuánto tiempo duró en que le dieran la cita para su procedimiento de gastroenterología (tercerizado)?

En la imagen 4 se observa la porcentualización de respuesta a la pregunta 3.

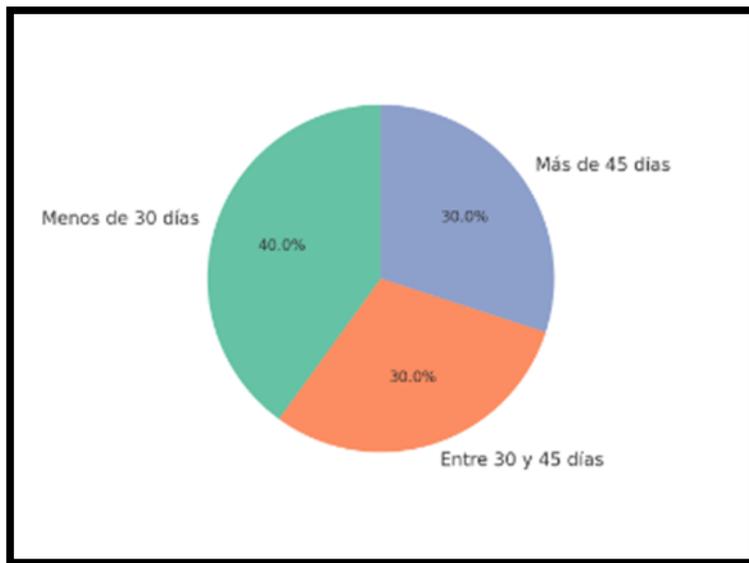


Imagen 4. Tiempo de espera para cita de gastroenterología. Elaboración propia.

En la imagen 4, se observa que menos de 30 días fue asignada la cita, la tercerización y el SUBRED y la tercerización tiene los resultados muy similares, lo que indica que en los pacientes no existe una clara diferenciación entre el SUBRED y la tercerización, por lo cual debe proponerse una serie de capacitaciones o charlas in situ de la diferencia entre estos dos tipos de prestación de servicio en el área de la salud: El 40% (8 pacientes) recibió su cita en un tiempo razonablemente rápido, lo cual puede indicar una eficiencia aceptable del servicio tercerizado en algunos casos. Entre 30 y 45 días: Un 30% (6 pacientes) experimentó una espera moderada, que podría ser preocupante dependiendo

de la urgencia clínica. Más de 45 días: El otro 30% (6 pacientes) reportó demoras significativas, lo que plantea preocupaciones éticas respecto al acceso oportuno y equitativo a la atención. Con base en estos resultados, y según los estándares en investigación social y en salud:

La espera prolongada para atención especializada puede afectar negativamente el principio de justicia y equidad.

Estos datos deben manejarse con confidencialidad y usarse para mejorar la calidad del servicio sin exponer individualmente a los pacientes.

Además, es esencial garantizar que la tercerización no se traduzca en barreras para el acceso oportuno y digno a la salud.

Resultados cualitativos:

8 pacientes dijeron recibir la cita en menos de 30 días.

6 pacientes la obtuvieron entre 30 y 45 días.

6 pacientes reportaron esperas superiores a 45 días.

Percepciones frecuentes:

Algunos pacientes destacan que, una vez asignada la consulta, el procedimiento se agiliza por la empresa tercerizada.

Otros señalan que hay confusión entre entidades y poca información sobre la programación.

4. Al hacer un comparativo entre gastroenterología (Tercerizado) y oftalmología u otra especialidad de la subred, ¿cuál duró más tiempo en atender su necesidad?

Percepciones:

11 pacientes indicaron que la especialidad de la SUBRED (ej. oftalmología) tuvo tiempos de espera más prolongados.

6 pacientes mencionaron que ambas especialidades tuvieron tiempos similares.

3 pacientes reportaron que la gastroenterología (tercerizada) demoró más.

Síntesis cualitativa:

Los pacientes identifican mayor eficiencia en la programación de citas y procedimientos cuando el servicio está tercerizado, aunque también señalan una desconexión institucional entre la subred y los prestadores externos.

5. ¿Cree usted que los servicios deben tercerizarse?

En la imagen 5, se observa los resultados de la pregunta 5

Opiniones:

12 pacientes se mostraron a favor, argumentando que “los tiempos son más rápidos”, “hay más control técnico”, o “los médicos son buenos”.

5 pacientes expresaron opiniones negativas, por desinformación o pérdida de contacto directo con el hospital.

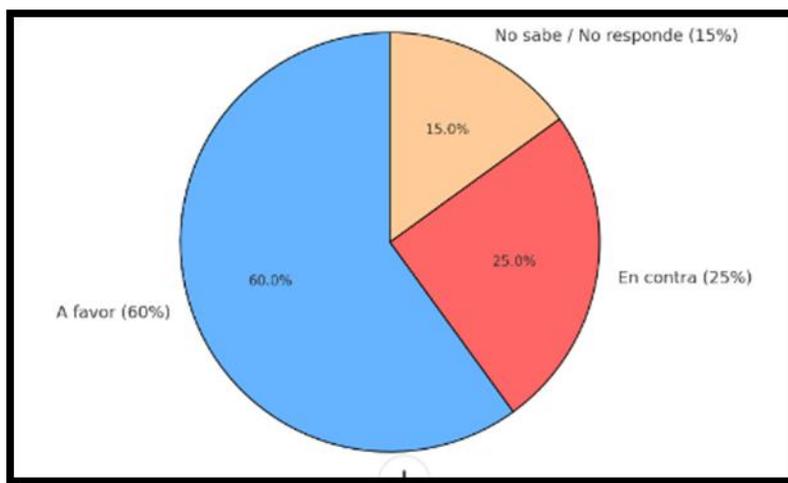


Imagen 5. Percepción respecto a los sectores que se tercerizan. Elaboración propia.

Al realizar un análisis de la imagen 5, se tiene que:

Mayoría favorable (60%): La mayoría de los pacientes valora positivamente la tercerización, asociándola con mayor agilidad, mejor atención técnica y profesionalismo. Desde el enfoque ético, este grupo refleja una percepción de eficiencia que puede justificarse en contextos de alta demanda, lo cual se alinea con principios de beneficencia y eficacia en la atención en salud.

Opiniones negativas (25%): Este grupo expresa preocupaciones relacionadas con la desinformación y la pérdida del vínculo directo con el hospital. Éticamente, esto plantea riesgos en términos de autonomía e información veraz, fundamentales en los estándares de investigación en salud y trato digno.

Indecisos o sin respuesta (15%): Refleja un déficit de comprensión o de comunicación institucional. Desde la ética de la investigación, esto señala la necesidad de mejorar los canales de información para garantizar decisiones informadas y participación consciente.

3 pacientes no tuvieron una postura clara o no sabían cómo responder.

Temas emergentes:

Rapidez vs. continuidad del cuidado.

Profesionalismo vs. fragmentación del servicio.

10.2 Encuesta realizada a un profesional de contratación de la SUBRED.

Antes de iniciar con la encuesta, se toman en cuenta unas consideraciones éticas y de protección de Datos, en el siguiente orden:

Consentimiento informado:

Se le informa al participante acerca del objetivo del estudio, que la participación es voluntaria, que pueden retirarse en cualquier momento, que sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y anónima.

Anonimato y confidencialidad:

Las respuestas no deben estar asociadas a nombres, cargos específicos o unidades de trabajo. Se deben utilizar códigos o seudónimos para mantener el anonimato. Los datos serán almacenados en un servidor o archivo protegido con contraseña.

Salvaguarda de la información:

La información recolectada será almacenada por un período máximo de cinco años (o el tiempo definido por el comité de ética de la institución).

Posteriormente será eliminada de forma segura, según normativas de manejo de datos sensibles.

No se compartirá con terceros sin autorización explícita del participante.

Encuesta:

1. Usted como persona intermedia entre la subred y el Tercerizado cree que,

¿Las garantías son las mismas?

Análisis:

La respuesta refleja una percepción general de desigualdad en las condiciones contractuales y de acceso a garantías entre los empleados directos de la SUBRED y los tercerizados. Se argumenta que el personal tercerizado no tiene acceso a beneficios como estabilidad laboral, vacaciones remuneradas o licencias médicas, lo que genera

una percepción de precarización. Esta diferencia en garantías afecta la moral laboral y puede influir en la calidad del servicio prestado.

2. ¿En dónde es más eficiente y eficaz la toma de consultas y procedimientos?

Análisis:

Se muestra una división en la respuesta, por un lado, se afirma que los servicios tercerizados operan con mayor agilidad administrativa, lo que mejora los tiempos de atención. Sin embargo, también se plantea la idea de que la SUBRED mantiene un mayor control sobre la calidad y seguimiento de los procesos. La eficiencia se percibe más elevada en el sector tercerizado, pero con riesgos asociados a la calidad y continuidad del servicio.

3. ¿Cree que es necesario tercerizar más servicios?

Análisis:

En esta pregunta también se genera una polarización. Por una parte, se considera que tercerizar más servicios podría ayudar a reducir cargas administrativas y costos operativos. Por otro lado, existe preocupación por la pérdida de control estatal, la desprotección laboral y la disminución de la calidad del servicio. Se observa una tendencia a sugerir que, en lugar de ampliar la tercerización, se debería fortalecer la capacidad operativa propia de la SUBRED.

4. Si tuviera la posibilidad de mitigar servicios o cerrar, ¿cuáles serían y por qué?

Análisis:

La respuesta se centra en áreas donde se perciben duplicidades, baja demanda o ineficiencia. Se mencionan servicios administrativos tercerizados que no generan valor agregado o áreas donde el modelo mixto genera conflictos de funciones. También se

sugiere integrar servicios fragmentados para optimizar recursos. La justificación principal es la eficiencia presupuestal y la mejora de la atención.

5. ¿Estos servicios hacen parte de la SUBRED o un Tercerizado?

Análisis:

Se evidencia una falta de claridad o confusión entre los profesionales sobre qué servicios son tercerizados. Esto sugiere la necesidad de mayor transparencia en la gestión institucional. También se menciona que algunos servicios comienzan bajo gestión directa, pero terminan en manos de operadores externos, lo que afecta la planificación.

6. ¿La fecha de pago de sus honorarios es óptima?

Análisis:

Se manifiestan retrasos en los pagos, lo que genera inconformidad y afecta su bienestar económico. Se vincula esto con problemas administrativos tanto de la SUBRED como de los intermediarios contratistas. Algunos señalan que los pagos de los trabajadores tercerizados suelen ser menos previsibles que los de planta.

10.3 Análisis de percepción de una visión aparte y sería de una persona con capacidad de tomar decisiones

Esta encuesta fue realizada al gerente de un reconocido hospital. Antes de iniciar con la encuesta, se toman en cuenta unas consideraciones éticas y de protección de Datos, en el siguiente orden:

Consentimiento informado:

Se le informa al participante acerca del objetivo del estudio, que la participación es voluntaria, que pueden retirarse en cualquier momento, que sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y anónima.

Anonimato y confidencialidad:

Las respuestas no deben estar asociadas a nombres, cargos específicos o unidades de trabajo. Se deben utilizar códigos o seudónimos para mantener el anonimato. Los datos serán almacenados en un servidor o archivo protegido con contraseña.

Salvaguarda de la información:

La información recolectada será almacenada por un período máximo de cinco años (o el tiempo definido por el comité de ética de la institución).

Posteriormente será eliminada de forma segura, según normativas de manejo de datos sensibles.

No se compartirá con terceros sin autorización explícita del participante.

Encuesta:

Para hacer un análisis cualitativo por encuestas, se parte del contenido textual de las respuestas del gerente, buscando patrones, significados, interpretaciones y relaciones temáticas. El objetivo no es cuantificar, sino comprender las percepciones, creencias y justificaciones en torno a la tercerización en salud.

1: ¿Por qué es necesario tercerizar procesos?

Respuesta del gerente:

"La tercerización permite al hospital centrarse en su misión principal, que es la atención clínica. Al delegar procesos como la limpieza, alimentación o algunos servicios

diagnósticos, logramos mayor eficiencia operativa y reducción de costos. Además, algunas empresas especializadas tienen más experiencia en ciertos procesos que el hospital no puede manejar directamente."

Análisis cualitativo:

Se identifican tres categorías emergentes:

Eficiencia y enfoque en la misión: El gerente considera que tercerizar permite enfocar esfuerzos en la atención médica directa, lo cual sugiere una visión estratégica de la tercerización.

Reducción de costos: Se resalta un objetivo financiero clave. La tercerización es vista como una estrategia de contención del gasto.

Especialización del proveedor: El reconocimiento de que otras entidades tienen más experticia en ciertas áreas refleja una lógica de complementariedad entre sectores.

Resultado:

La tercerización es percibida como una herramienta de gestión estratégica que favorece la especialización, permite el ahorro de recursos y ayuda al hospital a concentrarse en sus competencias clave.

2. ¿Por qué es importante generar una buena gestión y eficiencia en atención al paciente?

Respuesta del gerente:

"Porque de ello depende la satisfacción del usuario y la sostenibilidad del hospital. Una buena atención evita complicaciones, mejora la imagen institucional y permite que los recursos se usen mejor. Además, hoy en día los usuarios son más exigentes y están informados."

Análisis cualitativo:

Se identifican cuatro dimensiones clave:

Satisfacción del paciente: El discurso destaca la importancia del usuario como centro de la atención.

Sostenibilidad institucional: Se vincula la calidad con la viabilidad financiera del hospital.

Uso eficiente de recursos: Indica una preocupación por la racionalidad administrativa.

Contexto social cambiante: Reconoce a un paciente más crítico y empoderado.

Resultado:

La eficiencia en la atención es valorada no solo como un imperativo ético, sino también como un factor de competitividad y legitimidad institucional, en un entorno de mayor demanda y vigilancia ciudadana.

3. ¿Las garantías para el servicio tercerizado son las mismas que para un profesional contratado directamente?

Respuesta del gerente:

"En teoría deberían ser las mismas, pero en la práctica hay diferencias. Los profesionales tercerizados muchas veces tienen menos estabilidad y beneficios, lo cual puede afectar su motivación y calidad del servicio. Sin embargo, tratamos de hacer seguimiento para que el servicio no se vea afectado."

Análisis cualitativo:

Se identifican tensiones clave:

Diferencias en condiciones laborales: El gerente reconoce una desigualdad estructural.

Impacto en la motivación y calidad: Se admite un posible efecto negativo sobre la atención.

Mecanismos de seguimiento: Se intenta compensar las diferencias con gestión activa.

Resultado:

Existe una contradicción entre la igualdad normativa esperada y la realidad operativa. Aunque se pretende mantener estándares de calidad, las diferencias laborales generan un riesgo latente de precarización y afectación al servicio.

4. ¿Tercerizaría más servicios?

Respuesta del gerente:

"Sí, siempre que se garantice calidad y continuidad. Por ejemplo, algunos servicios administrativos o de apoyo podrían ser tercerizados si eso representa una mejora. Pero sería cuidadoso en tercerizar servicios clínicos directamente, porque afectan directamente la atención al paciente."

Análisis cualitativo:

Aparecen criterios de decisión clave:

Calidad y continuidad: Son condiciones mínimas para aceptar la tercerización.

Áreas susceptibles de tercerización: Hay apertura para áreas no clínicas.

Precaución con servicios clínicos: Se reconoce que tercerizar lo clínico puede tener efectos más delicados.

Resultado:

El gerente muestra una postura selectiva y cautelosa. La tercerización no es vista como una solución general, sino como una herramienta útil dependiendo del tipo de servicio y su impacto.

11. POSIBLES DESAFÍOS

La tercerización estatal en el sector salud de Bogotá presenta múltiples desafíos estructurales, administrativos y sociales. Estos se relacionan tanto con el modelo de gestión adoptado por el Estado como con las políticas públicas que buscan regularlo o reformarlo. A continuación, se enumeran los principales desafíos:

Uno de los efectos más notorios de la tercerización ha sido la pérdida de garantías laborales para los trabajadores de la salud. Muchos profesionales y técnicos son contratados mediante cooperativas, empresas temporales o contratos de prestación de servicios, lo que implica:

- Inestabilidad laboral.
- Falta de afiliación a seguridad social integral.
- Jornadas extendidas y condiciones laborales inadecuadas.
- Ausencia de mecanismos de negociación colectiva.

Por otra parte, se tiene que, la tercerización ha generado una estructura fragmentada en la prestación de servicios, donde diferentes operadores privados administran partes del sistema sin articulación efectiva, lo que provoca:

- Pérdida de continuidad en la atención al paciente.
- Dificultades en la trazabilidad de tratamientos y diagnósticos.
- Redundancia o ausencia de servicios esenciales.

En este contexto se tiene que el ejerce un débil control y supervisión, al delegar funciones a terceros, muchas veces no cuenta con herramientas eficaces para vigilar:

- La calidad del servicio prestado.
- El uso adecuado de recursos públicos.

- El cumplimiento de normas laborales y contractuales.
- Esto debilita la gobernanza del sistema y abre espacio a prácticas clientelistas o corrupción.

Aunque la tercerización pretende ampliar cobertura, en la práctica ha acentuado las brechas de acceso entre sectores poblacionales:

- Zonas periféricas y rurales presentan menor acceso a servicios tercerizados.
- Hay inequidad en la distribución del talento humano en salud.

El modelo tercerizado debilita la capacidad del Estado para ejercer su papel rector y garante del derecho a la salud, convirtiendo el servicio en un negocio más que en un derecho fundamental. Se ha tratado de implementar algunas políticas públicas relacionadas con la tercerización del sector salud, entre las que se encuentran:

- Diversas políticas han buscado regular o mitigar los efectos de la tercerización, pero con resultados limitados:
- Ley 100 de 1993 instauró el sistema general de seguridad social, que sentó las bases para la tercerización al promover la competencia entre aseguradores y prestadores.
- Sentencias de la Corte Constitucional han ordenado mejoras en condiciones laborales y la eliminación de formas ilegales de tercerización, pero su cumplimiento ha sido parcial.
- Planes de desarrollo distritales han incluido propuestas de formalización laboral en el sector salud, pero han enfrentado resistencia institucional y presupuestal.

- Reformas propuestas en los últimos años (como las del gobierno Petro) plantean recuperar la función pública de la salud, pero encuentran obstáculos políticos, financieros y de implementación.

12. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PUBLICA

12.1 Posibles acciones de política para pacientes que son atendidos en la SUBRED y puede ser atendido por un tercero o por la SUBRED directamente

Con base en los resultados cualitativos de las encuestas aplicadas a 20 pacientes del servicio de gastroenterología tercerizado en el Hospital Simón Bolívar, se pueden proponer tres políticas públicas en salud orientadas a mejorar la atención especializada, optimizar la tercerización y garantizar la continuidad del cuidado. Estas políticas responden directamente a los hallazgos en cuanto a tiempos de espera, percepción del servicio, fragmentación institucional y satisfacción del usuario.

1. Política de Integración Funcional entre la Subred y Prestadores Tercerizados

Objetivo:

Reducir la fragmentación del servicio y mejorar la continuidad del cuidado en los servicios tercerizados mediante canales de comunicación, interoperabilidad y seguimiento conjunto de pacientes.

Justificación:

Los pacientes destacaron beneficios clínicos del servicio tercerizado, pero señalaron dificultades relacionadas con la desarticulación entre la subred y los prestadores externos (falta de seguimiento, confusión en programación). Una política de integración garantizaría que el paciente sea seguido de forma continua, sin interrupciones ni pérdida de información.

Acciones clave:

Crear sistemas de referencia y contra referencia integrados con historias clínicas compartidas.

Establecer enlaces institucionales o gestores clínicos que acompañen al paciente durante su tránsito entre la subred y los servicios tercerizados.

Implementar protocolos conjuntos de atención y seguimiento.

2. Política de Transparencia y Educación al Usuario sobre Servicios Tercerizados

Objetivo:

Empoderar al usuario con información clara, accesible y oportuna sobre el funcionamiento, beneficios y limitaciones de los servicios tercerizados.

Justificación:

Cinco pacientes expresaron opiniones negativas frente a la tercerización debido a la desinformación y al desconocimiento sobre el rol de las empresas externas. Esto puede afectar la percepción del servicio y la adherencia al tratamiento.

Acciones clave:

Crear campañas de comunicación institucional sobre cómo funcionan los servicios tercerizados, derechos del usuario y canales de queja o reclamo.

Establecer mecanismos de orientación al paciente desde el primer contacto con la subred.

Desarrollar materiales educativos en formatos accesibles (infografías, videos, apps) en puntos de atención.

3. Política de Tiempos Máximos Garantizados para Atención y Procedimientos Especializados

Objetivo:

Establecer plazos máximos para asignación de consultas y procedimientos en especialidades priorizadas, incluyendo servicios tercerizados, con mecanismos de auditoría y cumplimiento.

Justificación:

Los resultados muestran que tanto en la subred como en el servicio tercerizado hay pacientes que esperan más de 45 o incluso 60 días para ser atendidos, lo cual puede afectar su salud. Sin embargo, la percepción es que los servicios tercerizados son más ágiles.

Formalizar estos tiempos permitiría garantizar equidad y calidad.

Acciones clave:

Definir y regular tiempos máximos por tipo de servicio (ej. 30 días para consulta, 45 días para procedimientos).

Implementar un sistema de alertas tempranas para demoras en asignación.

Sancionar o condicionar la renovación de contratos a prestadores tercerizados que no cumplan los tiempos establecidos.

Estas tres políticas abordan los principales hallazgos del análisis cualitativo: la percepción positiva del servicio tercerizado, la necesidad de articulación institucional, la fragmentación del cuidado y la urgencia de mayor transparencia. También son coherentes con los principios de eficiencia, calidad y acceso equitativo en salud.

13.2 Posible política para un profesional de contratación de la SUBRED.

Con base en el análisis cualitativo realizado a partir de las respuestas del profesional de contratación directa de la SUBRED, se pueden proponer tres políticas públicas en salud orientadas a mejorar la gestión de la tercerización, la eficiencia operativa y la equidad laboral en el contexto del sistema público de salud de Bogotá:

Objetivo General

Establecer condiciones laborales equitativas y dignas para los trabajadores de salud vinculados a través de esquemas de tercerización, procurando una equiparación progresiva

de derechos y beneficios respecto al personal de planta, como mecanismo para dignificar el trabajo, mejorar el clima organizacional y garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Justificación

El análisis institucional, así como las voces recogidas desde los distintos niveles operativos, evidencian una marcada percepción de desigualdad entre el personal de planta y el personal contratado bajo modalidades tercerizadas. Estas diferencias se reflejan en aspectos como la inestabilidad contractual, falta de garantías mínimas (afiliación a seguridad social, descansos remunerados, cumplimiento de pagos), y exclusión de mecanismos de participación o desarrollo profesional. Esta situación no solo vulnera derechos laborales fundamentales, sino que incide negativamente en la moral, la motivación y la calidad del servicio prestado, afectando el cumplimiento de metas institucionales y el derecho a la salud de la ciudadanía.

Líneas de Acción Propuestas

1.1. Marco Normativo Distrital: Impulsar la formulación e implementación de un marco regulatorio distrital que establezca condiciones laborales mínimas para el personal de salud vinculado mediante figuras de tercerización. Este marco deberá contemplar aspectos como estabilidad mínima, salario digno, afiliación a seguridad social, condiciones de bioseguridad, licencias, descansos y participación en procesos institucionales.

1.2. Cláusulas Contractuales Obligatorias: Incluir de forma obligatoria en los pliegos de condiciones y contratos de tercerización cláusulas que exijan a los operadores privados la equiparación de beneficios laborales respecto al personal de planta, tales como: pagos puntuales, jornadas razonables, afiliación oportuna al sistema de seguridad social, acceso a licencias remuneradas y condiciones de salud laboral.

1.3. Sistema de Vigilancia y Control Laboral: Crear un sistema de seguimiento y control desde la Secretaría Distrital de Salud y las SUBREDES, en coordinación con la Secretaría de Gobierno y la Secretaría de Desarrollo Económico, que permita verificar el cumplimiento de las condiciones contractuales y laborales, establecer sanciones a operadores que incumplan y dar voz a los trabajadores para denunciar irregularidades sin represalias.

2. Política de Transparencia y Eficiencia en la Gestión de Servicios Tercerizados

Objetivo General

Consolidar un sistema de gestión de servicios tercerizados basado en la transparencia, la trazabilidad y la eficiencia, que permita identificar con precisión qué servicios son tercerizados, cómo se ejecutan, quiénes los operan, y qué resultados generan, garantizando así una contratación responsable y orientada al interés público.

Justificación

Las evidencias recabadas durante el análisis de gestión reflejan una notoria fragmentación en la administración de servicios tercerizados. Se identifican dificultades para acceder a información clara y actualizada sobre estos contratos, duplicidad de funciones, falta de indicadores de desempeño y ausencia de seguimiento sistemático. Esta opacidad no solo propicia ineficiencias presupuestales y operativas, sino que debilita el control ciudadano, incrementa los riesgos de corrupción y merma la confianza institucional.

Líneas de Acción Propuestas

2.1. Registro Público de Servicios Tercerizados: Diseñar e implementar un sistema de información público, actualizado y de fácil consulta, que integre todos los servicios de salud tercerizados en Bogotá, incluyendo datos de identificación del operador, objeto contractual, duración, monto, indicadores de gestión, auditorías y resultados de evaluación.

2.2. Auditorías y Evaluaciones de Impacto: Institucionalizar auditorías periódicas (internas y externas) sobre los contratos de tercerización, con énfasis en su eficiencia técnica, cumplimiento de metas, calidad del servicio y pertinencia social. Estas auditorías deberán alimentar una evaluación global del modelo de tercerización a nivel distrital.

2.3. Plataforma de Gestión Contractual: Desarrollar una plataforma digital unificada que permita el monitoreo en tiempo real de la ejecución contractual, facilitando la trazabilidad de los recursos, el control de indicadores de calidad y eficiencia, y el acceso ciudadano a la información. La plataforma deberá contar con espacios de participación para veedurías ciudadanas, gremios y trabajadores de la salud.

3. Política de Reorganización Funcional de Servicios con Enfoque Integral en la SUBRED

Objetivo General

Reorganizar de forma estratégica la red de prestación de servicios de la SUBRED, disminuyendo la fragmentación operativa e institucional mediante la racionalización de contratos tercerizados y el fortalecimiento progresivo de la capacidad operativa estatal, bajo un modelo mixto y planificado.

Justificación

Las respuestas institucionales y los diagnósticos disponibles indican que la expansión del modelo de tercerización ha ocurrido en muchos casos sin una planeación coherente, lo cual ha derivado en duplicidades, ineficiencias, pérdida de capacidades institucionales y dependencia creciente de actores privados. En este contexto, se vuelve imperativa una reorganización funcional que permita al Estado retomar el liderazgo directo sobre servicios críticos, garantizar la integralidad del sistema y maximizar el uso de recursos públicos.

Líneas de Acción Propuestas

3.1. Diagnóstico Integral de la Red de Servicios: Realizar un estudio técnico y financiero de toda la red de prestación de servicios de salud de la ciudad, que identifique los servicios críticos, los duplicados, aquellos con bajo impacto o eficiencia, y los que pueden ser reintegrados al modelo de gestión pública.

3.2. Reversión Progresiva de Servicios Tercerizados: Establecer una hoja de ruta para la reversión de ciertos contratos tercerizados hacia la gestión directa por parte de la SUBRED, priorizando aquellos donde se demuestre mayor eficiencia, sostenibilidad y beneficio institucional en el manejo público.

3.3. Modelo Híbrido de Prestación Planificada: Diseñar e implementar un modelo de prestación híbrido que combine, de forma estratégica, la gestión directa estatal y las alianzas con terceros, bajo criterios claros de evaluación, resultados, control social y beneficio colectivo. Este modelo debe estar alineado con los principios de integralidad, continuidad, equidad y universalidad del sistema de salud.

12.3. Posibles decisiones de política pública

Con base en el análisis cualitativo realizado a las respuestas del gerente de hospital, se pueden formular tres políticas públicas en salud orientadas a mejorar la gestión hospitalaria, la equidad laboral y la calidad del servicio en contextos de tercerización. Estas políticas deben ser coherentes con los hallazgos: la necesidad de eficiencia, la preocupación por las condiciones laborales y la cautela frente a la tercerización de servicios clínicos.

1. "Política Nacional de Tercerización Responsable en Salud"

Objetivo:

Establecer lineamientos normativos y operativos para la tercerización de servicios en el sector salud, garantizando eficiencia sin afectar la calidad ni los derechos laborales.

Componentes clave:

Estándares mínimos de calidad para contratos de tercerización.

Requisitos de formación y acreditación para proveedores externos.

Auditoría periódica de procesos tercerizados.

Limitación o restricción de tercerización en áreas clínicas críticas.

Justificación:

Se responde a la necesidad de eficiencia y especialización mencionada por el gerente, pero bajo un enfoque normativo que evite la precarización laboral y proteja la atención directa al paciente.

2. "Programa Nacional de Equidad Laboral en Instituciones de Salud"

Objetivo:

Equiparar gradualmente las condiciones laborales entre profesionales de planta y tercerizados en el sector salud público y mixto.

Componentes clave:

Incentivos a instituciones que promuevan contratación directa.

Revisión de brechas salariales y acceso a beneficios (seguridad social, estabilidad).

Estrategias de formalización progresiva.

Creación de un observatorio de condiciones laborales en salud.

Justificación:

Atiende directamente la preocupación del gerente por la desigualdad entre contratados y tercerizados, buscando proteger la motivación del personal y, por ende, la calidad del servicio.

3."Sistema Integrado de Gestión para la Eficiencia y Satisfacción del Usuario en Salud"

Objetivo:

Fortalecer la gestión hospitalaria orientada al usuario, mediante herramientas de evaluación continua, transparencia y uso eficiente de recursos.

Componentes clave:

Indicadores de eficiencia y satisfacción del paciente.

Capacitación a directivos en gestión moderna y centrada en el usuario.

Implementación de sistemas tecnológicos de seguimiento a la atención.

Canales directos de retroalimentación del paciente.

Justificación:

Esta política responde a la valoración del gerente sobre la importancia de una buena atención para la sostenibilidad institucional, reconociendo el papel del paciente como actor informado y exigente.

13. CONCLUSIONES

1. La tercerización estatal en el sector salud ha provocado impactos profundos y significativos tanto en la calidad del servicio prestado como en la dinámica de la relación entre los pacientes y las instituciones de salud. En muchos casos, la ciudadanía percibe un deterioro en la atención, caracterizado por una mayor burocracia, demoras en la atención y una reducción en la calidez del trato recibido. Esto ha contribuido a una creciente desconfianza hacia el sistema público de salud, que se percibe como fragmentado e ineficiente. La tercerización, al priorizar criterios de rentabilidad y eficiencia operativa, ha desdibujado la dimensión humana del servicio, generando tensiones en la experiencia del usuario. Así, el modelo vigente parece alejarse de los principios de equidad y universalidad que deberían regir la atención en salud pública. La pérdida de identidad institucional también repercute en la cohesión entre trabajadores y en la continuidad de los cuidados. En última instancia, la percepción ciudadana se ve negativamente afectada, debilitando la legitimidad del sistema.

2. Las condiciones laborales del personal vinculado mediante esquemas de tercerización se han visto deterioradas, especialmente en aspectos como la estabilidad contractual, el nivel salarial y el acceso a derechos laborales básicos. Estos trabajadores enfrentan incertidumbre sobre la duración de sus contratos, rotaciones constantes y la ausencia de prestaciones sociales equivalentes a las de los empleados de planta. Esta precariedad incide directamente en su bienestar físico y emocional, lo que a su vez impacta en su desempeño profesional y en la calidad de la atención al paciente. La tercerización ha propiciado una segmentación laboral dentro de las instituciones de salud, generando inequidades que afectan la moral del equipo de trabajo. Además, muchos de estos

profesionales carecen de mecanismos efectivos para reclamar sus derechos o negociar condiciones dignas, quedando expuestos a la arbitrariedad de las entidades contratantes. Esta situación contradice los principios constitucionales de trabajo digno y justo, afectando no solo a los trabajadores sino a toda la estructura del sistema de salud.

3. La Ley 100 de 1993 representó un cambio estructural en el modelo de prestación de servicios de salud en Colombia, al introducir lógicas de mercado y fomentar la participación del sector privado. Uno de sus efectos más visibles ha sido la progresiva delegación de funciones estatales hacia entidades privadas, con el argumento de mejorar la eficiencia y ampliar la cobertura. No obstante, este proceso también ha generado consecuencias estructurales que van desde la fragmentación del sistema hasta la pérdida de control sobre los procesos fundamentales de atención. Si bien la ley permitió una expansión en la cobertura, no garantizó la calidad ni la equidad del servicio. Además, al priorizar la competencia entre entidades promotoras y prestadoras de salud, se instauró una lógica empresarial que ha debilitado el rol regulador del Estado. Esta transformación ha sido especialmente evidente en la forma como se gestiona el talento humano, privilegiando esquemas de contratación flexibles que afectan el núcleo del servicio: el cuidado de la salud de la población.

4. La supervisión estatal en el proceso de tercerización ha demostrado ser insuficiente, tanto en términos de control normativo como en el seguimiento a la calidad y transparencia de las contrataciones. En muchos casos, los entes estatales encargados de fiscalizar estas prácticas carecen de recursos, personal capacitado o incluso voluntad política para ejercer su labor de manera efectiva. Esta ausencia de control ha permitido que se consoliden prácticas lesivas para el interés público, como la subcontratación en cadena, los pagos tardíos a los trabajadores y la adjudicación de contratos a empresas sin

experiencia ni idoneidad. Sin una vigilancia rigurosa, la tercerización se convierte en un mecanismo vulnerable al abuso, que puede abrir espacios a la corrupción y a la ineficiencia en la gestión pública. La falta de sanciones efectivas frente a los incumplimientos contractuales agrava el problema y debilita la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud. En consecuencia, urge fortalecer los marcos de supervisión e implementar mecanismos de rendición de cuentas efectivos.

5. Las políticas públicas en salud adolecen de mecanismos eficaces de auditoría y evaluación, lo que ha favorecido escenarios donde la corrupción y la mala praxis pueden prosperar sin mayor resistencia institucional. Esta debilidad estructural compromete no solo la eficacia del sistema, sino también su legitimidad frente a los ciudadanos. Sin procesos de auditoría independientes y transparentes, es difícil identificar desviaciones, corregir fallas y sancionar a los responsables. En este contexto, la tercerización se convierte en un terreno fértil para el uso inadecuado de recursos públicos, ya que las contrataciones escapan al escrutinio riguroso que debería existir. La ausencia de auditorías también impide evaluar el impacto real de estas políticas sobre la salud de la población, limitando la capacidad del Estado para mejorar la toma de decisiones basada en evidencia. Es necesario establecer sistemas de auditoría integrales, con participación ciudadana y acompañamiento técnico, que garanticen una gestión ética, transparente y orientada al bien común.

6. Se ha identificado una desconexión significativa entre los objetivos formulados en las políticas públicas de salud y la manera en que estas se implementan en los centros de salud con servicios tercerizados. Aunque en el papel las políticas promueven principios como la equidad, la eficiencia y la humanización de la atención, en la práctica estos postulados no siempre se materializan. Esta brecha entre el diseño normativo y su ejecución práctica obedece, en parte, a la falta de articulación entre niveles de gobierno, debilidad

institucional y ausencia de controles efectivos. En los hospitales y centros de salud tercerizados, las decisiones operativas suelen estar determinadas por criterios económicos que chocan con la misión social del sistema de salud. Esta situación genera frustración tanto en los usuarios como en los trabajadores del sistema, quienes perciben una incoherencia entre lo que se promete y lo que efectivamente se hace. Por tanto, es necesario replantear los mecanismos de implementación para que respondan a las realidades locales y sean coherentes con los fines del sistema.

7. La experiencia de países desarrollados demuestra que la tercerización de servicios de salud puede ser viable sin sacrificar la calidad, siempre que se cuente con un marco normativo sólido, mecanismos de control rigurosos y una supervisión efectiva por parte del Estado. En estos contextos, la tercerización se implementa bajo criterios técnicos claros, con exigencias estrictas de calidad y cumplimiento de estándares laborales. Además, existen organismos independientes encargados de auditar continuamente los servicios prestados por terceros, lo que permite mantener altos niveles de transparencia y eficiencia. Esta comparación sugiere que el problema no radica en la tercerización en sí misma, sino en la forma en que se aplica y regula. Para el caso colombiano, adoptar buenas prácticas internacionales y adaptarlas al contexto local podría mejorar significativamente los resultados del modelo. No se trata de eliminar la tercerización, sino de encauzarla hacia objetivos sociales, con una gobernanza sólida y una ciudadanía activa que vigile su implementación.

8. Las entrevistas realizadas evidencian un descontento generalizado entre el personal de salud contratado mediante terceros, lo cual tiene efectos concretos en el clima laboral y en la calidad del servicio brindado. Los trabajadores manifestaron sentirse marginados, sin voz en las decisiones institucionales, y sometidos a condiciones laborales

injustas. Este malestar, además de afectar la motivación individual, repercute en el trabajo en equipo, en la continuidad de los procesos clínicos y en la experiencia del paciente. Las instituciones de salud que operan con altos niveles de tercerización presentan mayores tasas de rotación del personal, lo que afecta la estabilidad del servicio y la posibilidad de establecer relaciones terapéuticas de confianza. También se identificó una creciente sensación de inseguridad y falta de reconocimiento profesional, factores que inciden negativamente en la salud mental de los trabajadores. Por ello, atender el bienestar laboral del personal tercerizado no es solo una cuestión ética, sino también una necesidad estratégica para mejorar la calidad en salud.

9. Las propuestas de mejora al modelo actual de tercerización deben contemplar la implementación de auditorías independientes, el fortalecimiento institucional y la evaluación continua de los resultados obtenidos. Estas medidas permitirían detectar desviaciones, corregir errores y asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos en las políticas públicas. La auditoría independiente, en particular, representa una herramienta clave para garantizar la transparencia, evitar conflictos de interés y recuperar la confianza de la ciudadanía. Asimismo, es fundamental robustecer la capacidad técnica y operativa de las entidades estatales encargadas de coordinar y vigilar la tercerización. La evaluación de resultados debe ser constante, basada en indicadores objetivos de calidad, satisfacción del usuario y bienestar laboral. Solo así será posible transitar hacia un modelo más justo, eficiente y centrado en el derecho a la salud. Sin estos elementos, cualquier intento de reforma corre el riesgo de reproducir los mismos errores que han debilitado al sistema en las últimas décadas.

10. La formulación de nuevas políticas públicas en salud debe incorporar un enfoque participativo, que dé voz tanto a los usuarios como a los trabajadores del sistema.

Este enfoque reconoce que los actores involucrados en la atención –pacientes, médicos, enfermeros, administrativos– tienen conocimientos valiosos sobre las condiciones reales del sistema y pueden aportar soluciones prácticas y contextualizadas. Incluirlos en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas no solo fortalece la democracia participativa, sino que también mejora la eficacia de las intervenciones. Además, este proceso promueve una mayor corresponsabilidad en la gestión de la salud pública y contribuye a generar consensos sostenibles a largo plazo. La falta de participación ha sido uno de los principales déficits de las políticas de tercerización, que se han impuesto desde arriba, sin un diálogo genuino con las bases. Por tanto, es necesario establecer espacios institucionales donde estas voces puedan influir en la toma de decisiones y garantizar así un sistema más equitativo, humano y funcional.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, M. (2019). Reforma del Estado y privatización en América Latina: una crítica desde la economía política. Editorial Siglo XXI.

- Arrieta, E. (2022). Tercerización en el sistema de seguridad social en salud. Universidad del Magdalena.
- Barrera, D. (2020). Privatización y políticas públicas en América Latina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy* (2nd ed.). Open University Press.
- Calleja, C., & Londoño, J. L. (2020). *Reforma y políticas de salud en América Latina: retos y perspectivas*. Editorial Universidad del Rosario.
- Castro, F. (2014). *La salud en Colombia: entre el mercado y el Estado*. Universidad Nacional de Colombia.
- CEJIL. (2020). Derechos laborales del personal sanitario durante la pandemia en América Latina. Centro por la Justicia y el Derecho Internacional. <https://cejil.org>
- Chiavenato, I. (2015). *Administración de recursos humanos* (10.a ed.). McGraw-Hill.
- Congreso de Colombia. (2020). Ley 2022 de 2020: Por la cual se promueve la formalización del empleo en el sector salud. Diario Oficial 51.417.
- Corte Constitucional. (2009). Sentencia C-614/09. <https://www.corteconstitucional.gov.co>
- Espinosa, J. (2019). La tercerización laboral en el Estado colombiano: una mirada crítica. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Ewig, C., & Hernández, A. (2020). Health policy and inequality in Latin America: the challenge of inclusive universalism. *Latin American Politics and Society*, 62(1), 1-26. <https://doi.org/10.1017/lap.2019.42>

Fischer, F. (2003). *Reframing public policy: Discursive politics and deliberative practices*. Oxford University Press.

Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. M. (2010). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(2), 91–96. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.072785>

Garzón, J., & Rodríguez, M. (2017). Descentralización y gobernabilidad en salud en Colombia: Análisis de la gestión local. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 75-89. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.dgs>

Giedion, U., & Uribe, M. V. (2009). Colombia's universal health insurance system. *Health Affairs*, 28(3), 853–863. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.853>

Giedion, U., Uribe, M. V., & Acosta, O. L. (2009). *La reforma de salud en Colombia*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Gómez, E., & Atún, R. (2021). The challenges of equitable access to health services in Latin America: lessons from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Regional Health–Americas*, 3, 100056. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100056>

González, L. (2019). El Estado ausente: Políticas públicas de salud en Colombia. *Revista de Ciencias Sociales*, 25(2), 117-134.

González, L., & Yepes, M. (2020). Neoliberalismo y salud en Colombia: una aproximación crítica. *Revista Salud y Sociedad*, 18(1), 45–63.

González, P. (2020). Gestión pública y nuevas formas de provisión de servicios: una mirada comparada. Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES).

Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Akal

Hodge, G., & Greve, C. (2017). *Public-private partnerships: governance scheme or language game?*. *Australian Journal of Public Administration*, 76(3), 359–372.

<https://doi.org/10.1111/1467-8500.12240>

Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83–96.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.05.003>

Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems* (2nd ed.). Oxford University Press.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization.

Kingdon, J. W. (2011). *Agendas, alternatives, and public policies* (Updated 2nd ed.). Pearson Education.

Laurell, A. C. (2015). Impacto de las reformas neoliberales en el sector salud en América Latina. *Revista Ciencia & Saúde Coletiva*, 20(6), 1679-1688.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11242014>

Lindblom, C. E. (1959). The science of “muddling through”. *Public Administration Review*, 19(2), 79–88. <https://doi.org/10.2307/973677>

López, C., & Castillo, M. (2020). Tercerización del trabajo en el sector público colombiano: efectos y resistencias. *Revista Estudios Sociales*, (75), 40–60.

March, J. G., & Olsen, J. P. (1984). The new institutionalism: Organizational factors in political life. *American Political Science Review*, 78(3), 734–749.

<https://doi.org/10.2307/1961840>

Maceira, D. (2016). Inequidades en el acceso a la salud en América Latina. *Revista CEPAL*, (118), 137–158.

Martínez, D., & Ordóñez, A. (2022). Tercerización laboral y condiciones de trabajo en el sector salud colombiano. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 20(1), 105–120.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n1.94410>

Minsalud. (2020). Impacto del COVID-19 en el talento humano en salud en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

Mora, J., & Vélez, L. (2022). Política sanitaria y privatización en Colombia: un análisis estructural. *Revista Latinoamericana de Políticas Públicas*, 12(2), 78–92.

Navarro, V. (2007). *Neoliberalism, globalization, and inequalities: Consequences for health and quality of life*. Baywood Publishing.

Nussbaum, M. C. (2006). *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*. Harvard University Press.

Ocampo, L. (2021). Tercerización laboral en el sector salud: Retos y perspectivas. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 19(1), 45-56.

OPS. (2021). La salud universal y el rol del Estado. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe Mundial de la Salud 2022: financiación y cobertura universal*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052053>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2019). *Evaluación del desempeño del sistema de salud en Colombia*.

<https://doi.org/10.1787/9789264308530-es>

Pan American Health Organization [PAHO]. (2018). *La atención primaria de salud en las Américas: 40 años de historia*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50505>

Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251–267.

<https://doi.org/10.2307/2586011>

Ramírez, J. (2004). Historia de la salud en Colombia: De la beneficencia al aseguramiento. *Revista Historia y Sociedad*, (10), 25-45.

Ramírez, A. (2017). Privatización de los servicios públicos: análisis comparado y propuesta regulatoria. Universidad Externado de Colombia.

Restrepo, J., & Mesa, M. (2016). Subcontratación en hospitales públicos: ¿eficiencia o precariedad? *Salud, Ciencia y Sociedad*, 23(3), 201–215.

Restrepo, H. (2018). El sistema de salud colombiano: logros, desafíos y perspectivas. Fundación Santa Fe.

Rincón, H. (2015). Tercerización laboral y derechos fundamentales en el sector salud. *Estudios Socio-Jurídicos*, 17(2), 201-220. <https://doi.org/10.12804/esj17.02.2015.10>

Rincón, J. (2021). Precarización laboral en la salud pública: una evaluación desde la tercerización. *Revista Ciencia y Trabajo*, 23(71), 85–93.

Rodríguez, P., & Vargas, C. (2018). Tercerización laboral y atención en salud: una relación conflictiva. *Revista Salud Pública*, 20(3), 310–320.

Rhodes, R. A. W. (2007). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.

Ruelas Barajas, E. (2018). Servicios de salud pública: su papel frente al derecho a la salud. *Gaceta Médica de México*, 154(1), 1–6.

Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Westview Press.

Salazar, M., & Pinzón, E. (2018). El sistema de salud colombiano: Transformaciones, crisis y reformas. *Revista Latinoamericana de Políticas Públicas*, 10(1), 77-94.

Savas, E. (2000). *Privatization and public-private partnerships*. Chatham House.

Sen, A. (2000). *Development as freedom*. Anchor Books.

Simon, H. A. (1977). *Models of discovery and other topics in the methods of science*. Springer.

Uprimny, R., & Durán, A. (2005). La reforma a la salud en Colombia: Una visión crítica desde los derechos. DeJusticia. <https://www.dejusticia.org>

Vásquez, D., & Martínez, C. (2021). Tercerización laboral en Bogotá: El caso de los hospitales públicos. *Revista Foro Social*, 15(2), 34-50.

Vega, A. (2021). La salud como derecho y no como negocio: crítica al modelo de aseguramiento en Colombia. Editorial Universidad del Valle.

Velásquez, D. (2019). Privatización y tercerización: dos caras de la nueva gestión pública. *Revista de Administración Pública*, (48), 102–129.

World Health Organization (WHO). (2014). *Health system governance for universal health coverage: Action plan*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327421>

Bibliografía legal

Congreso de Colombia. (1993, 28 de octubre). *Ley 80 de 1993 - Estatuto General de Contratación de la Administración Pública*. Diario Oficial No. 41.094.

<https://www.funcionpublica.gov.co>

Gobierno de Colombia. (1971). Decreto 434 de 1971: Por el cual se dictan normas sobre reorganización administrativa y financiera de las entidades de previsión social de

carácter nacional, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 27 de marzo de 1971.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86741>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Misión, visión y principios*.

Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx>

Gobierno de Colombia. (2017). *Decreto 2265 de 2017: Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, adicionando el artículo 1.2.1.10, y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. *Diario Oficial*. Recuperado

de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=85063>

Gobierno de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Versión integrada con sus modificaciones, actualizada al 11 de junio de 2024). *Diario Oficial*.

<https://www.funcionpublica.gov.co>

Constitución Política de Colombia, art. 333 (1991). Recuperado de <https://colombia.justia.com/nacionales/constitucion-politica-de-colombia/titulo-xii/capitulo-1/>

Ley 50 de 1990. (1990, 28 de diciembre). *Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones*.¹ *Diario Oficial*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=281#:~:text=libertad>

[%20de%20estipulaci%C3%B3n.1..convenciones%20colectivas%20y%20fallos%20arbitral es.](#)

ley 100 de 1993, Función Pública;

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ministerio del Trabajo de Colombia. (2020, 10 de diciembre). *Circular 007 de 2020*. <http://periodismoinvestigativo.com.co/wp-content/uploads/2021/01/Circular-007-trabajadores-salud-revisada-DJGA-10-12-2020.pdf>

Congreso de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Diario Oficial N° 40.965. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

Plan Anual de adquisición 2024 sobre integrada de servicio de salud norte
<https://historico.subrednorte.gov.co/transparencia/contratacion/plan-anual-adquisiciones>