

Conformación estratégica de alianzas público- privadas para la constitución de nuevas estructuras de salud, el caso de la Unidad de sanidad militar ubicada en Melgar, Tolima y Médicos Asociados S.A. Nueva Clínica San Sebastián, Girardot, Tolima.

Ensayo presentado como requisito de grado para optar al grado de especialista en finanzas y administración pública

Presentado por

Lizeth Vanessa Romero Calle

Universidad Militar Nueva Granada

Facultad Ciencias Económicas

Bogotá noviembre de 2013

Conformación estratégica de alianzas público- privadas para la constitución de nuevas estructuras de salud, el caso de la Unidad de sanidad militar ubicada en Melgar, Tolima y Médicos Asociados S.A. Nueva Clínica San Sebastián, Girardot, Tolima.

Lizeth Vanessa Romero Calle¹

Resumen

El presente ensayo se destaca el grado y la naturaleza de la colaboración entre sector público (Sanidad Militar FAC) y sector privado (Clínica San Sebastián), que inciden en el desarrollo de las estrategias de largo plazo y en la forma en que se implementan a través de programas e incentivos, en un marco de bien público. Esto es lo que los autores denominan “alianza público-privada”, tema fundamental desarrollado en el presente escrito. Las experiencias seleccionadas muestran que la formulación de estrategias consensuadas e inteligentes, y la institucionalidad público-privada que la acompaña, tienen íntima relación con la eficacia de las políticas y programas que las sustentan.

Palabras clave: Alianzas estratégicas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, servicios de salud; Entidades de salud públicas y empresas privadas.

Abstract

The present test is outlined the degree and the nature of the collaboration between public sector (Military Health FAC) and private sector (Clinic San Sebastian), that affect in the development of the strategies of long term and in the form in which they are implemented

¹ Administradora de empresas de la Universidad Militar Nueva Granada, funcionaria del grupo Helm Bank, Lis5551@hotmail.com

across programs and incentives, in a frame of common good. This is what the authors name " alliance public - private road ", fundamental topic developed in the written present.. The selected experiences show that the formulation of agreed by consensus and intelligent strategies, and the institutions public - private road who accompanies her, they have intimate relation with the efficiency of the policies and programs that sustain them.

Keywords: Strategic Alliances, Lending Institutions Health Services, health services, public health institutions and private companies.

Introducción

Como bien se sabe Colombia es uno de los países que adopto el sistema que representa una transformación en la forma en la que concebimos lo político o mejor dicho la relación que existe entre estado y sociedad, denominado, el neoliberalismo. La liberalización del capital, la reducción del gasto público bajo la noción de disciplina fiscal y el fortalecimiento de su aparato represor, son algunas de las características que nos permiten evidenciar que en nuestro país existe el neoliberalismo.

Una de las razones por las cuales cualquier sociedad necesita vivir en un estado permanente de cambio y transformación es la de superar ineficiencias, incorporar innovaciones tecnológicas, solucionar problemas que se han resistido al cambio y resolver los nuevos conflictos que surgen. Cuando las entidades públicas dejan de ofrecer los bienes o los servicios esperados por los ciudadanos, por satisfacer los intereses económicos o políticos de algunos grupos, o por la falta de competencia de sus dirigentes que hace que se pierda la dinámica de cambio, surgen las crisis sociales y políticas. Por ello es necesario realizar un examen continuo del quehacer institucional del sector público.

Actualmente, se vive en una época de cambio reflejada en la globalización, apertura comercial, privatización de empresas públicas y reformas constitucionales.

Colombia, como muchos de los países en vías de desarrollo, afianzo, a partir de la Segunda Guerra Mundial un modelo nacionalista, centralizador y rígido en materia de industria y servicios en el esquema de una economía mixta, lo que permitió la expansión y afianzamiento de las entidades estatales y la política de proteccionismo. Durante un período largo disminuyó el desempleo, se generaron ventajosos contratos y se estimuló la demanda.

Durante la década de los años ochenta, el país atravesó por graves desequilibrios macroeconómicos manifestados mas adelante en el aumento de la deuda externa y en el estancamiento productivo. El Estado contaba con diferentes empresas en sectores estratégicos y no estratégicos, con resultados negativos en la mayoría de ellas. Colombia, como los otros países de América Latina, implanto el modelo utilizado por los países desarrollados, de Estado benefactor especialmente para la atención de la salud, con grandes dificultades producto de la politización de los servicios, como resultado del carácter burocrático de su estructura y a la falta de recursos financieros, lo cual no permitía contar con el acceso suficiente a los avances tecnológicos y científicos necesarios para una mejor atención.

Muchos de los cambios sufridos por el estado fueron causados entre otras por las presiones de los organismos financieros internacionales y los problemas económicos prevalecientes en el país, originando que el gobierno colombiano iniciara una política económica de estabilización y reestructuración consistente en la liberalización del comercio y la política industrial, la desregulación de la inversión extranjera y de las actividades económicas internas y la privatización de las empresas públicas

Dichos cambios permitieron que los procesos de liberalización y apertura de la economía se enfocaran en alcanzar un nivel de productividad, desarrollo y competitividad que permitiera una mejor integración al mercado internacional. Con la implantación de las políticas de saneamiento de las finanzas públicas que permitían una disminución del gasto improductivo, y por otro lado la venta de las empresas paraestatales, lo cual generaba recursos para la inversión pública y así mismo contribuía con la racionalización de los gastos de funcionamiento del estado. Con lo que se esperaba que el paso de las empresas al

sector privado mejorara la eficiencia y eficiencia de los servicios ofrecidos tanto en su calidad como en su cobertura.

El sector salud no ha sido ajeno a los cambios económicos, prueba de ello es la expedición de la ley 100 de 1993, al otorgarle autonomía administrativa y financiera, que le da mayor oportunidad de negociación en el plano jurídico, y flexibiliza la rigidez del sector público en materia de salud.

El presente trabajo estudia la alianza estratégica en salud, realizada entre una entidad publica para nuestro caso Unidad de Sanidad Militar Melgar de la fuerza Aérea Colombiana y una empresa privada, para la prestación de servicios médicos, ambulatorios y hospitalarios y todas las actividades, intervenciones, procedimientos, para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las fuerzas militares, y la cual después de años de funcionamiento exhibe viabilidad técnica y financiera y muestra resultados asistenciales positivos en la atención de los pacientes. Con el estudio de este caso se busca difundir los efectos que los directivos de las empresas públicas en salud de buscar alternativas empresariales existentes en las fortalezas del sector privado, para hacer viables las Empresas Sociales del Estado, todo ubicado en el marco jurídico pertinente, con las pautas administrativas objeto de este trabajo.

Adicional permite documentar una forma de privatización diferente a la tradicional venta de una empresa estatal al sector privado. En este documento se observa que una entidad pública (FAC) decide privatizar la prestación de uno de sus servicios, constituyendo para ello una nueva empresa de carácter privado, con un socio que aporta su propia tecnología y a cuyo cargo está la gestión del servicio.

La pregunta es ¿Por qué se han constituido tantas alianzas publico-privadas en estos últimos años? Para el sector salud en la población de Melgar, Tolima al analizar el por que se presenta esta situación con la alianza entre estas dos entidades se entenderá si se trata de la constitución de estructuras que permanecerán, dado que responden a las necesidades del campo de la salud que no son adecuadamente satisfechas por las estructuras e instituciones tradicionales.

Normatividad vigente

La justificación de este trabajo se fundamenta en los aspectos jurídico, económico y organizacional de las alianzas estratégicas empleadas entre los sectores privado y público de la salud. Se documenta en el caso de el establecimiento de sanidad militar, Empresa Social del Estado, ubicada en Melgar, Tolima, Colombia, y su asociación con Médicos Asociados S.A. nueva Clínica San Sebastián. De la misma manera se pretende facilitar el conocimiento de este enfoque para la aplicación al manejo de otros servicios de una Empresa Social del Estado.

En el año 1997, la Ley 352 reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (SSMP), este sistema está integrado por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los afiliados y beneficiarios del mismo.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es autónomo y se rige exclusivamente por las disposiciones de la Ley 352 de 1997, su administración se desarrolla de forma descentralizada y desconcentrada de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares, además, los recursos se manejan en fondos cuenta de manera independiente.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional tiene como objeto prestar el servicio de Salud esencial de la logística Militar y Policial inherente a su organización y funcionamiento, ofreciendo un servicio Integral de Salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación tanto del personal activo, retirados, pensionados y beneficiarios (Artículo 2 Ley 352 de 1997.)

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y Hospital Militar Central, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

En la actual Constitución Política se plasma un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. En lo referente a la salud, la Constitución establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como servicio público obligatorio cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia (artículo 48). La Constitución establece nuevos principios sociales y administrativos para el sector de la salud. Igualmente se garantiza la atención de la misma y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado (artículo 49). En su prestación pueden concurrir agentes tanto públicos como privados, y estos últimos participan con el objetivo de ayudar al Estado en la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social.

Es claro que la Ley 100 de 1993 sigue algunos elementos esenciales de la Ley 10 de 1990, y que opera con base en las capacidades y facultades que la Constitución concede al Estado para delegar la realización de algunas tareas que hasta el presente ha venido cumpliendo en forma directa. Con este propósito se debe plantear la reorganización del sector para lo cual resulta definitivo la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, como categoría especial de entidad pública descentralizada, con el régimen de personal previsto en la Ley 10 de 1990 y regida por el derecho privado en materia contractual.

Desde estas consideraciones es viable buscar la asociación con las empresas privadas, en el entendido de que la Ley 100, al transformar los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, les dio una mayor estabilidad de gestión y en consecuencia podrán desarrollar planes de inversión, reorganizarse con un poder de negociación frente al conjunto del sistema y asociarse con empresas privadas.

Antecedentes de las alianzas estratégicas en los servicios de salud

Históricamente Colombia no ha sido ajena al comportamiento de los demás países latinoamericanos al acoger la agenda presentada por el Banco Mundial en el año 1987, la cual trataba sobre “El financiamiento de los Servicios de Salud en los Países Subdesarrollados”. Dicha agenda destacaba que la causa fundamental del bajo desempeño del sector salud era la obligación gubernamental de sufragar con recursos fiscales los costos necesarios para una atención universal, propone restringir el gasto público en salud con beneficios para toda la población.

Posteriormente, en 1993, el informe sobre el desarrollo mundial, “invertir en salud”, se convierte prácticamente en la política de salud y en el informe técnico instrumental para los diferentes países latinoamericanos. Entre las estrategias mas relevantes planteadas en el informe pueden incluirse: intervenciones costo efectivas; definición de externalidades; focalización del gasto público; riesgos compartidos entre financistas y prestadores; separación entre las funciones de prestación, administración, financiamiento y modulación; copagos y cuotas moderadoras, entre otras.

Aspectos significativos a tener en cuenta en este tipo de alianzas publico – privadas es que al existir estas participaciones por parte del sector privado no solo se incluye novedosos elementos de financiación a los distintos servicios de salud, sino que a su vez con aportes en los diferentes procesos, procedimientos, sistemas de información y demás practicas y recursos administrativos, son factores transcendentales para la competitividad entre las empresas de salud, en un entorno cada vez mas cambiante y exigente.

Se indago acerca del tema de este tipo de alianzas como aporte conceptual que sirve como base teórica de las alianzas dentro de varios sectores de la economía. Como bien se sabe actualmente ha surgido un auge inusual en las alianzas estratégicas de entidades

procedentes tanto del ámbito nacional como internacional, siendo la causa principal a desafiar y afrontar de la mejor forma los vaivenes y complejidades que se presentan en el contexto de los negocios.

Como respuesta a estos permanentes cambios en el sector de la salud de todo el mundo, los diferentes hospitales han buscado la manera de conseguir alianzas entre hospitales, entidades prestadoras de dicho servicio como también aseguradoras con el fin de minimizar costos, extender mercados y prepararse para las continuas reformas de los sistemas de salud. En una entrevista realizada a los CEO por la National Research Co., en Estados Unidos el 45% de los hospitales había realizado algún tipo de alianza para afrontar el futuro y el 39% respondió que la mejor manera de prepararse para la reforma era a través de alianzas. (Jensen, 1994, p. 24)

Las alianzas estratégicas han sido reconocidas como un mecanismo para superar la escasez de recursos sin perder el control político del hospital, manteniendo la propiedad de los activos y creando instituciones flexibles, sin incurrir en grandes erogaciones de inversión, ni en costos que puedan ser requeridos en otros arreglos organizacionales. (Burns, 1990, p. 77). Avances en materia de democratización y descentralización, han permitido la participación en diferentes grados de responsabilidad al sector privado con el objetivo de fortalecer la capacidad de prestación de servicios y mejorar el acceso a la atención a los usuarios, mas sin embargo, se mantienen ciertas funciones propias y de naturaleza publicas en la adopción de políticas y establecimiento de regulaciones.

Como solución a los diferentes cambios en el sector de la salud en el mundo, los hospitales han hallado la forma de reducir costos, ampliar mercados, y prepararse para los continuos cambios en la tecnología, por medio de alianzas estratégicas entre los hospitales, las empresas productoras de equipos y procedimientos médicos. Por ejemplo, Atena Global Benefits, una importante aseguradora, ha realizado alianzas con hospitales de gran categoría alrededor del mundo para garantizarles a los afiliados el acceso a los servicios en los sitios donde los necesiten.

Según Zuckerman “Las alianzas surgen también cuando dos hospitales encuentran que la manera de ofrecer la mejor calidad es uniendo esfuerzos en la prestación de servicios especializados, en un mercado cada vez más exigente y competitivo”. (1990, p. 21). Actualmente gobiernos y entidades internacionales han comprendido la importancia y relevancia que encierra la unión estratégica público – privada para mejorar procesos y por consiguiente resultados en salud, pero no resulta fácil determinar el grado óptimo de implantación del sector privado en un sistema de salud, puesto que no se trata de un aspecto técnico, sino que depende en gran medida de los valores políticos de cada sociedad o país, y de su preferencia por un sector público amplio

Burns (1990) dice que cuando las alianzas son positivas atraen personal altamente calificado, aportes de capital, y nuevas tecnologías, fortalecen la participación en el mercado, aprovechan las economías de escala, reducen costos y mejoran los procesos gerenciales.

Para Beckham (1992) Los hospitales necesitan agregar valor a los servicios que ofrecen a sus clientes, lo cual pueden lograr mediante las alianzas, sin incrementar sus costos de operación.. En términos del fortalecimiento del sistema de salud, la separación de funciones de los actores del sistema es esencial para el desempeño del mismo. La mezcla público- privada depende, para ser exitosa, de que la acción de los diferentes agentes interesados, tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios, se produzca sobre bases claramente definidas.

En una conferencia ofrecida por Stonehouse acerca de “la experiencia del hospital de Toronto” nos indica que

“Existe un número importante de alianzas entre hospitales y empresas privadas, con mayor experiencia en la prestación de servicios como nutrición, hospedaje, mantenimiento de planta física y equipos, transporte de pacientes, suministros y apoyo logístico. Igualmente, con empresas que aportan equipos y su operación, como los de imágenes diagnósticas, laboratorios, quimioterapia, etc. Es notable la

experiencia del hospital de Toronto, en Canadá, iniciada desde 1993, para disminuir sus costos, mejorar su calidad, reforzar la productividad de su personal, dentro de un ambiente de flexibilidad. Las alianzas se construyeron en un ambiente de mutua colaboración, según el principio de que ambos participantes logren ganar”. (1996)

Diferentes estudios realizados evidencian los problemas encontrados a raíz de alianzas producto de inconvenientes de índole organizacional entre los distintos actores involucrados en dicha alianza. Estas diferencias se producen principalmente por la falta de claridad en las responsabilidades de la gestión de cada parte involucrada, o en su defecto por la manera de distribución de los beneficios. Para Beckham (1992) la cooperación, esfuerzos de coordinación organizacional y claridad en los compromisos, como resultado del proceso de la negociación de la alianza, son elementos esenciales para evitar los conflictos de intereses y Green (1995) nos menciona lo importante de aclarar la dirección de las alianzas desde el principio, no tener confusiones. La gerencia de la alianza debe determinar quién aprueba los planes estratégicos, cómo se administra la evaluación del desempeño, cómo se aprueba el presupuesto, quién determina y cómo las compensaciones salariales. La representación del hospital y la empresa en la junta directiva de la alianza, sus funciones y las limitaciones que esta representación tiene son parte de la negociación previa.

El caso de estudio. Unidad de sanidad militar ubicada en Melgar, Tolima, Colombia.

Unidad de Sanidad Militar Melgar FAC

La Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, cuenta con el Plan Obligatorio de Salud más completo del país. Con cobertura a nivel nacional, equipos y tecnología médica y con el personal médico y asistencial más calificado que trabaja para darle el mejor servicio a los usuarios.

Los afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, Sanidad Fuerza Aérea son de dos clases:

(Decreto 1795 de 2000)

Afiliados sometidos a régimen de cotización

- Los miembros de las Fuerzas Militares en servicio activo.
- Los miembros de las Fuerzas Militares en goce de retiro o pensión.
- El personal civil o activo o pensionado del ministerio de defensa y el personal no uniformado, activo o pensionado que se haya vinculado al Ministerio de Defensa con anterioridad a la vigencia de la ley 100 de 1993.
- Soldados voluntarios.
- Soldados profesionales en servicio activo y goce de pensión.
- Servidores públicos y pensionados de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa, personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa que se rige por ley 100 y se encuentre afiliado al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Los beneficiarios de pensión por muerte del soldado profesional activo o pensionado de las Fuerzas Militares.
- Beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo pensionado o retirado de las Fuerzas Militares.
- Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional.

Afiliados no sometidos al régimen de cotización (no tendrán beneficiarios)

- Los alumnos de escuelas de formación de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares.
- Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

Quienes son los beneficiarios

Para los afiliados, serán beneficiarios los siguientes:

- El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero(a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años.

- Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.
- A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

“Parágrafo 1º. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) del presente artículo, se define como invalidez absoluta y permanente, el estado proveniente de lesiones o afecciones patológicas no susceptibles de recuperación que incapaciten de forma total y permanente la capacidad laboral a la persona para ejercer un trabajo. Para determinar la invalidez se creará en cada Subsistema un Comité de valoración, de conformidad con lo que disponga el CSSMP.”

Médicos Asociados S.A. Nueva Clínica San Sebastián, Girardot, Tolima

La calidad y la política es el objetivo fundamental y prioritario de la Nueva Clínica San Sebastián. Para cumplir con ese propósito se dispone de un departamento a la satisfacción del usuario y a los indicadores de gestión responsable del seguimiento y evaluación de la prestación del servicio en la institución que permita la satisfacción de sus usuarios.

Cuenta con un programa de seguridad del paciente desde el cual se monitorea y se gestionan los eventos adversos. Los informes de la unidad de calidad se constituyen en el pilar fundamental para la toma de decisiones y para poder establecer los planes de mejoramiento que sean necesarios para mantener altos niveles de calidad. Facilitando de igual manera la auditoria externa y concurrente para sus clientes.

Para ejemplarizar nuestro caso de las alianzas estratégicas se tomo al establecimiento de sanidad militar y a Médicos Asociados S.A. Nueva Clínica San Sebastián la cual se compromete a la prestación integral de servicios médicos, ambulatorios y hospitalarios de II y III nivel de atención y complejidad que incluya todas las actividades, intervenciones, procedimientos, unidad renal en una institución con la capacidad instalada para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las fuerzas militares en el ESM a todo costo, con el talento humano calificado requerido y según protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional.

Condiciones en la formación de la alianza por parte de Médicos Asociados S.A. Nueva Clínica San Sebastián

La clínica que prestará los servicios médicos ambulatorios y especializados se obliga a verificar los derechos de los afiliados que pertenecen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través del documento de identidad y el carnet de servicios médicos vigentes; evitando así la suplantación y uso fraudulento de la afiliación. Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el registro de nacido vivo hasta treinta (30) días de edad y en adelante con el carnet expedido por la Dirección General de Sanidad Militar. Cualquier verificación de identificación deberá realizarse ante el Establecimiento de Sanidad Militar, la Dirección General de Sanidad Militar Grupo de Afiliación y Validación de Derechos o a través de los Centros Regionales de Afiliación.

La clínica solo prestara los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, presentando los siguientes documentos: a) Carne y/o constancia vigente no mayor de 30 días de expedición, b) Documento de identidad original, c) Orden de servicio autorizada d) Formato de referencia y contrarreferencia debidamente diligenciado.

De acuerdo con la legislación vigente la Clínica debe comprometerse a diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud

involucrado; permitiendo al contratante el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoría.

Formular y suministrar los medicamentos contemplados en el acuerdo 042 de 2005 y 046 de 2007 o la norma que los modifique, emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para lo cual se entregara a la red externa contratada copia del manual único de medicamentos y terapéutica para el sistema de salud militar y policial según lo prescrito en la normatividad vigente; así como de las demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan, si la Clínica considera indispensable el suministro de medicamentos ambulatorios o intra hospitalarios no contenidos en el acuerdo 042; deberá tramitar previamente ante el Comité Técnico Científico del contratante la aprobación, donde se determine o concluya la autorización identificando y justificando los medicamentos no contenidos en el Manual Único de Medicamentos para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, grupo terapéutico, principios activos individuales o combinados, concentración, forma terapéutica, número de días, tratamiento, número de dosis, y cantidad autorizada; adicionalmente deberá anexar documentos completos del paciente, fórmula médica elaborada por el médico tratante con firma y registro médico, resumen de la historia clínica con el diagnóstico, descripción, código, análisis del caso y demás requisitos legales; para casos excepcionales de Urgencia Vital se justificara con el Comité técnico Científico del contratante obligándose a informar por escrito a las 24 horas de sucedido el caso de excepción so pena de no asumir el costo de los medicamentos suministrados.

Capacitar y socializar a los médicos adscritos a la institución contratada, en los contenidos del Plan Integral de Salud contenido en los Acuerdos 002 y 010 de 2001 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional o normas que los modifiquen, y de manera análoga comprometerlos para que ordenen los tratamientos contenidos en dicho plan. Cuando por circunstancias que respondan a evidencia médica, el manejo de una patología o diagnóstico deba ser tratado por fuera de la cobertura del Plan Integral de Sanidad Militar, dicho tratamiento se debe soportar con el documento de justificación, autorización del ESM y del Comité Técnico Científico.

La Clínica se obliga a contar con el capital de trabajo necesario para financiar la cartera, los gastos de operación del servicio, el personal médico altamente especializado y actualizado, y demás recurso humano requerido para oportuna y eficiente prestación del servicio a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Demás condiciones

la Clínica presentará la facturación debidamente diligenciada con sus documentos soportes señalados en la resolución 3047 de agosto de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social correspondiente a cada paciente atendido durante el mes, debe estar firmada por el médico tratante, relacionando y discriminando los servicios prestados con sus correspondientes valores, los cuales deberán ser remitidos a la Auditoría Médica con copia del oficio remisivo a la Sección Administrativa de la unidad dentro de los quince (15) primeros días de cada mes anexando los RIPS en medio magnético. La Unidad dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a la CLINICA las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en la resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Protección Social y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado.

En todo caso por tratarse de una entidad pública cuyos recursos se rigen por las normas del ministerio de hacienda y crédito público los pagos se sujetaran a las mismas y a los cupos PAC asignados. Las asignaciones que de la misma existen en el Presupuesto del año 2013, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 113 del 09 de enero de 2013 de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea.

Características operacionales

Recurso humano: Planta de personal acorde con la estructura orgánica definida en el manual de responsabilidades, selección por competencias y capacitación permanente por parte de todo el equipo de trabajo.

Suministro y recurso tecnológico: Las adquisiciones responden a los requerimientos de consumo basados en estándares de producción de servicios, Fijación de políticas para pronto pago, con buenos descuentos, gran parte de la tecnología asistencial es adquirida a través de comodatos, disminuyendo los costos de inversión, existen contratos de mantenimiento preventivo, predictivo y recuperativo y Cruce de información entre actividades realizadas e insumos despachados.

Mercadeo y contratación: Socialización de la contratación a todos los niveles de la administración, buen control de la ejecución de los contratos, se contratan estudios de demanda de servicios y oferta de servicios acorde con las necesidades de los usuarios.

Facturación: Una capacitación continúa sobre el proceso de facturación, a todos los niveles de la organización, sistematización del proceso de facturación, claridad en los instrumentos de captura de información y definición correcta de los flujos de información, de acuerdo con la generación de documentos soporte.

Alianza estratégica

Descripción de la necesidad que la entidad pretende satisfacer con la contratación.

El establecimiento de sanidad militar del Comando Aéreo de Combate, requiere contratar la prestación integral de servicios médicos, ambulatorios y hospitalarios de II y III nivel de atención y complejidad que incluya todas las actividades, intervenciones, procedimientos, unidad renal en una institución con la capacidad instalada para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de las fuerzas militares a todo costo, con el talento humano calificado requerido y según protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional.

El Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares ha establecido el cubrimiento de ciertos servicios de salud de acuerdo con el nivel de complejidad y atención de las instituciones prestadoras de los mismos. En concordancia, el establecimiento de sanidad militar del Comando Aéreo de Combate como establecimiento de Nivel I de atención y complejidad, debe cumplir con la atención de los servicios contemplados en dicho nivel, debiendo contratar los servicios médico-hospitalarios de Nivel II y III de atención y complejidad en instituciones con la capacidad instalada para tales propósitos.

La misión del Establecimiento de Sanidad Militar, es la de prestar servicios integrales de salud en el primer nivel de atención y complejidad. Motivo por el cual, se hace necesario continuar su red externa para garantizar a los usuarios asignados, los servicios en los niveles II y III médico-hospitalarios cumpliendo así con la misión asignada.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta que semanalmente se autorizan en promedio sesenta servicios de niveles II y III, así como la remisión y atención de urgencias, es necesaria esta alianza ya que de lo contrario no podría continuar con el propósito de cumplir la misión asignada, viéndose afectada la función principal del establecimiento de sanidad de brindar el servicio de salud en forma oportuna, suficiente y dentro de los parámetros de calidad a todos los usuarios del subsistema, garantizando de esta manera el derecho fundamental y constitucional a la salud a todos los usuarios asignados al Establecimiento de sanidad militar bajo el cumplimiento de los parámetros legales y constitucionales.

La Ley 996 de 2005, dentro de las excepciones señala que las entidades Sanitarias y Hospitalarias; cumplen la Función en especial la de Sanidad Militar de prestar el servicio integral de salud a todos los usuarios y beneficiarios de conformidad con lo establecido en la Ley 352 de 1997 y en el Decreto Ley 1795 de 2000, siendo la prestación de los servicios de salud, un servicio Público Esencial, el cual garantiza la salud, vida e integridad de los usuarios.

Dependencia y número de personas que requieren el producto a contratar

La población objeto son todos los usuarios y beneficiarios afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que asisten al Establecimiento de Sanidad Militar y que de acuerdo al censo poblacional vigente (2013) es de 3000 usuarios; entre oficiales, suboficiales, pensionados, beneficiarios de estos y soldados, distribuidos entre los municipios de Melgar, Carmen de Apicala, Flandes, Espinal, Girardot, Nilo, Agua de Dios y demás municipios circunvecinos.

Beneficios e inconvenientes encontrados en la alianza entre el hospital y la empresa privada

A. Para el sector privado

La clínica representa un socio estratégico que afianza la ciencia y la investigación, lo cual se traduce en mejoramiento continuo en la calidad del servicio.

Funcionar dentro de la Clínica, como una unidad estratégica de negocios, permite a la empresa privada contar con otros servicios complementarios y de apoyo, lo que constituye una fortaleza por la inmediatez en la prestación de los mismos y la seguridad que da al paciente ser atendido ante cualquier complicación.

Además del aporte financiero, la Clínica San Sebastián reivindica una asociación con una entidad respetada que trabaja por el bien público. De esta manera, la Clínica suaviza su imagen, independientemente de estar preocupada solo por el lucro, demuestra así mismo que le interesa la salud de las personas. Así pues, la alianza significa igualmente una inversión en marketing y en imagen de marca.

B. Para sanidad militar

Fortalecimiento de la red de Urgencias, sistemas de referencia y contrarreferencia, criterios médicos para priorizar traslados, ajustes y actualización de los planes de emergencia, atención prehospitalaria.

Recursos tecnológicos de punta, Capacidad Instalada; se obtuvo mejoras en la calidad de la atención en salud, recursos tecnológicos de punta y portafolio de Servicios; Mejoraron el acceso a los servicios de salud.

Cobertura en la prestación de servicios, Compra centralizada de medicamentos, recursos financieros; se generó eficiencia en la prestación de servicios de salud y se logró la sostenibilidad financiera.

Prestación de Servicios de III y IV nivel, estructura de procesos, direccionamiento Estratégico y red externa contratada.

Conclusiones y recomendaciones

Los entes públicos prestadores de servicios de salud en desarrollo de la ley 10 de 1990, concordante con la ley 100 de 1993 y apoyados en la ley 715 de 2001, obtienen autonomía administrativa con el fin de prestar servicios de una manera eficiente, otorgándoles la posibilidad de asociarse con el sector privado, a través de alianzas estratégicas, de tal manera que se logre aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, a unos costos razonables.

Como resultado del caso de esta alianza entre Sanidad Militar y la Clínica San Sebastián, se plantea la probabilidad de que los servicios de los hospitales públicos dispongan una nueva forma de funcionar que responda a lograr la máxima producción, a través de la estandarización de procesos y procedimientos apoyados en la utilización eficiente de los recursos.

El sector público de la salud, debe respaldarse en la flexibilidad jurídica mencionada para consolidar y fortalecer su ventaja comparativa.

Es de suma importancia que en estas entidades empiecen a pensar aspectos como realizar compras conjuntas, servicios de apoyo diagnóstico compartidos, complementación de servicios y de todas aquellas formas de asociación que de una u otra manera beneficien a las partes. Las alianzas, concebida hoy como una nueva manera de hacer negocios, en el mundo globalizado, alcanzan particular trascendencia en el caso colombiano en el sector de la salud, porque se empieza a romper el paradigma, cerrado e individualista, que se vio por tantos años, las empresas y sobre todo las del sector público del país.

El desarrollo del presente trabajo se respalda en el marco conceptual y en las referencias conceptuales del marco teórico, en las que se evidencia un avance positivo en el sistema caracterizado por: una mayor disponibilidad de servicios, más confort para los

usuarios, menor tiempo de espera en la programación de procedimientos medicocirúrgicos, racionalización de la capacidad instalada e incorporación cada vez mayor de grandes hospitales a la iniciativa privada. Lo anterior se desarrolla con el apoyo y control del Estado.

Por lo tanto, resulta necesario que las diferentes entidades (Sanidad militar y Clínica San Sebastián) instituciones del sistema de salud tanto público como privado, cuenten con procesos transparentes en la toma de decisiones, en la asignación y ejercicio de los recursos, así como en la prestación de servicios. De igual manera, es necesario contar con mecanismos claros para la evaluación de los prestadores de servicios, que reflejen verdaderamente calidad y desempeño. Por otra parte, las reglas a las que están sujetos tanto administradores como prestadores de servicios, deben ser claras y estar vinculadas a instancias reguladoras que no sólo evalúen su desempeño sino también tengan atribuciones para sancionarlos si así fuese el caso.

Bibliografía

Beckham, J.D. (1992). *Running with the herd: Building a Business Strategy*. Healthcare Forum Journal, v. 38, No. 2.

Burns, L.R. (1990). *The Transformation of American Hospital: From Community Institution toward Business Enterprise. Comparative Social Research*. Craig Calhoun, Departamento de sociología Universidad del Norte de Carolina, Chapel Hill. Londres, Inglaterra

Congreso de la Republica. Constitución Política Nacional de 1991.

Capítulo I Ley 352 de 1997

Devlin, Robert y Moguillansky, Graciela. (2009). *Alianzas publico-privadas para una nueva visión estratégica del desarrollo*. Naciones Unidas, Secretaria General Iberoamericana. Chile.

Green, J. (1995). *Alliances Have a New Strategy*, *Modern Healthcare*, V. 25, No. 28.

<http://www.aetna.com/NewsWire>, Jan. 7, 2002.

Jensen. (1994). *CEOs Confirm Importance of Partnership*. *Modern Healthcare* 24(32): 148, Aug.8.

Ley 100 de 1993

Maceira, D (1998) *Income distribution and the public-private mix in health care provision: the Latin American case*. Banco Interamericano de Desarrollo, Office of the Chief Economist, Working paper N. 391. Washington, D. C.

OMS. (2002). *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud. Ginebra, OMS.

Standing H, Bloom G (2002) *Beyond public and private? Unorganised markets in health care delivery*. Oxford, *World Development Report (WDR) 2003/4*, presentado en Making Services Work for Poor People Instituto de Estudios Del Desarrollo, Universidad de Sussex. Oxford.

Unidad de Sanidad Militar Fuerza Aérea Colombiana

Zuckerman, H. y D Annuno, T. (1990). *Hospital Alliances: Cooperative Strategy in a Competitive Environment*, *Health Care Management Review*. V. 15, No. 2.