

**LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL PARA LA CONTRATACION DE
LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – HOSPITALES PUBLICOS CON
OPERADORES EXTERNOS PARA LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS DE
SALUD.- SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

ALUMNOS

**INDIRA TATIS
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS**

**KATERINE ARZUZA
ENFERMERA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**TEMATICA
CONTRATACION DE SERVICIOS POR TERCERIZACION**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
COHORTE XVI
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
MARZO DE 2011**

**LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL PARA LA CONTRATACION DE
LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – HOSPITALES PUBLICOS CON
OPERADORES EXTERNOS PARA LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS DE
SALUD.- SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

**INDIRA TATIS
ADMINISTRADORA DE MEPRESAS**

**KATERINE ARZUZA
ENFERMERA**

Proyecto de Grado para Optar al Título de Especialista en Gerencia en Salud

FERNAN EUGENIO FORTICH PALENCIA MBA
Director del Proyecto

DRA. MONICA DE LAVALLE
Coordinador de la Especialización

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
COHORTE XV
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.
MARZO 2011

JURADOS

NOMBRE DEL JURADO	CARGO O PROFESION

ACEPTACIÓN

NOTA DE ACEPTACION

Cartagena de Indias; Marzo de 2011

DEDICATORIA.

A;

INDIRA

A.

KATERINE

RELACION DE ANEXOS

Anexo No.1

Anexo No.2

RELACION DE CUADROS

Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

RELACION DE GRAFICOS

Grafico No. 1

Grafico No.2

Grafico No. 3

RELACION DE TABLAS

Tabla No. 1

Tabla No. 2

Tabla No.3

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERAL

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3. JUSTIFICACIÓN

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO HISTÓRICO

4.2 MARCO INVESTIGATIVO

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.4 MARCO JURÍDICO

4.5 MARCO INSTITUCIONAL

4.6 ESTANDARIZACION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

6. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL - DIMENSION TELEOLOGICA DEL OUTSOURCING EN HOSPITALES PUBLICOS

7. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA JURIDICA DEL OUTSOURCING EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

8. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA OPERATIVA DEL OUTSOURCING EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

9. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA ADMINISTRATIVA DEL OUTSOURCING EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

10. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA FINANCIERA DEL OUTSOURCIN EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL PARA LA CONTRATACION DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – HOSPITALES PUBLICOS CON OPERADORES EXTERNOS PARA LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS DE SALUD.- SEGUNDO SEMESTRE DE 2010

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A todos los que han estudiado los temas gerenciales, les han enseñado que las tendencias del desarrollo de los países, las empresas y la gestión administrativa; se enmarcan dentro de los contextos de la Globalización; del aprovechamiento del auge informático; de cómo encaremos en términos productivos la gestión del conocimiento en transformación al manejo de datos, información; y su expresión máxima de competencias que es la sabiduría; el cambio demográfico que estipula nuevos nichos de mercado en países donde son más viejos y en otros donde son más jóvenes o niños; la metropolización que genera consumidores y oferentes más urbanos y el cambio en la estructura familiar que determina cuáles son los comportamientos y hábitos del concepto de familia en las nuevas tendencias poblacionales.

Lo anterior a hecho que los modelos económicos actuales den prelación a conceptos tales como apertura de mercados, simplificación de regulaciones, regionalización, entrada de inversionistas extranjeros, sin trabas arancelarias y sin restricciones comerciales buscando mercados comunes; con el objeto de generar ventajas en el mercado internacional donde se especialicen las naciones, se aumente su poder financiero propiciando una balanza comercial favorable, jalonando el desarrollo sobre el fomento de las exportaciones, completando la falta de autosuficiencia, un mejor grado de competencia en los mercados internos y la eficiencia productiva.

Lo Anterior ha implicado que las nuevas reglas de juego para los sectores de la economía y los sectores sociales se tengan que implementar en nuestro país en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud; expresados en la

Ley 100 de 1993; Ley 715 de 2001; Ley 1122 de 2007 y hoy en boga La ley 1438 de Enero 19 de 2011 entre otras conexas en donde las políticas públicas de salud acogen dichos lineamientos en el cumplimiento misional de LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICAS Y PRIVADAS y se concretiza dicha prestación de servicios de salud de los hospitales públicos por parte de operadores externos.

Igualmente; a instancias de las anteriores políticas la Ley 100 de 1993, la 1122 de 2007 y la 1438 de 2011 es decir la trireforma de la salud en Colombia que consolidaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud; han buscado la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado; buscando una mayor autonomía de la gestión empresarial en salud; separando las funciones de financiamiento del sistema, con la compra y provisión de servicios por parte de las IPS,s en sus diferentes categorías públicas y privadas, generando unos nuevos mecanismos de pago; introduciendo un esquema de competencias; integrando los servicios de salud a través de redes de prestación de servicios con la referencia y Contra referencia debida; incentivando la participación social; priorizando la efectividad del servicio con la garantía de la calidad y satisfacción del usuario; adaptándose a la aceleración del cambio tecnológico, mejorando la formación basada en competencias del recurso humano, haciendo los ajustes pertinentes de la oferta de servicios y mejorando los niveles de resolutivez con tendencia a la especialización de servicios y propiciando nuevos requerimientos gerenciales de conformidad con el cambio en el proceso del negocio de la salud donde la diversificación y sustitución de servicios generan la productividad, competitividad y la rentabilidad económica y social del modelo de atención.¹ También sacó del mercado a Muchos de estos Hospitales públicos no importando los niveles de complejidad y resolutivez.²

¹ V. Congreso nacional de Mi pymes en Salud; Conferencia Hacia donde van los Hospitales Públicos – ESE,s Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Salud, Ponencia Iván Jaramillo. Junio 2008 Bogotá.

² Fundacion Para el Desarrollo de los Saberes – FUNDASABERES – Informe de Evaluacion de los Operadores Externos del Hospital Universitario ESE – CARI - Pagina 8 (introduccion) – Agosto 2010

Denotamos que el Ministerio de Protección Social ha diagnosticado la problemática de la prestación de servicios de salud de la siguiente manera:³

“Múltiples han sido los diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia. Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud.”

“Dicha problemática puede clasificarse en dos grupos, de una parte los problemas acumulados, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.”

- PROBLEMAS ACUMULADOS
 - Baja capacidad resolutive
 - Inflexibilidad del Régimen laboral del Sector Publico
 - Pasivos Prestacional de los hospitales Públicos
 - Falta del sistema integral de información en Salud
 - Ausencia de Un sistema de rendición de Cuentas
 - Debilidad en los procesos de Articulación Departamento/Municipio
 - Debilidades en la Gestión
 - No se ha logrado la Universalidad en el aseguramiento

³ Ministerio de la Protección Social – Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud – Bogotá
Noviembre de 2005

- PROBLEMAS EMERGENTES

- Fragmentación y atomización en la prestación de servicios
- El SOGC no ha desarrollado el sistema de información
- No se ha desarrollado un sistema de incentivos
- Desequilibrio en la relación/Aseguradores Prestadores
- Limitaciones en los sistemas de contratación y pagos utilizados para la compra de servicios de salud
- Desequilibrio de la Oferta de servicios de salud frente a la demanda

Sin embargo muchos de estos problemas han venido reglamentándose a instancias del Ministerio de Protección Social, fortaleciendo el desarrollo empresarial hospitalario, sobre todo en lo que tiene que ver con la garantía de la calidad en salud, Para hacer los ajustes de la reforma de la reforma del Sistema General de seguridad social en salud, expidió la Ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011 con el fin de resolver en forma integral en la Prestación de los Servicios de Salud, el siguiente ámbito problemático latente.

- Deficiente organización de las redes de prestación de servicios.
- Tarifas e Integración Vertical - POSICION DOMINANTE EPS
- Inspección vigilancia y control débil.
- Crisis hospitales públicos.
- Problemas Financiación
- Calidad y oportunidad en la prestación de servicios.
- Cartera elevada y lento flujo de fondos
- Las instituciones no se han modernizado

Como uno de los grandes problemas ha sido el Modelo de Prestación de los servicios de salud realizado por los hospitales públicos para auto sostenerse económica y administrativamente, como solución a garantizar la crisis iliquidez e insolvencia de una gran cantidad sobre todos de II Nivel de Complejidad y Hospitales Universitarios se ha optado por la Administración Delegada; tercerización o administración mediante la

contratación con operadores Externos Públicos y privados; estos también han tenido un ámbito problemático creciente el cual se puede concretizar en el siguiente contexto:⁴

- Estudios de conveniencia y oportunidad sin la justificación económica y administrativa acertada sobre los compromisos jurídicos, operativos y económicos de los operadores externos
- Términos de referencia acomodados para determinar y favorecer intereses particulares en la adjudicación del operador externo
- Mala planeación de la operacionalización del servicio prestado
- No determinación jurídica correcta del tipo de contrato que se efectúa
- Los compromisos de aportes entre las partes no se clarifican y se cumplen
- Mala redacción del objeto del contrato que no permite con claridad el accionar de control del hospital sobre el operador externo
- Se adjudica a un operador externo sin cumplir los requisitos, con la cedula y en el afán de abrir los servicios no garantizan los recursos ex ante para la habilitación, si no que la va cumpliendo con la misma facturación del contrato
- Las pólizas de seguros muchas veces no atienden a el compromiso contractual
- La forma de distribución de los recursos muchas veces es mal determinada y no se dividen los recursos en forma justa en detrimento del patrimonio de la ESE
- No se maneja en forma correcta el patrimonio autónomo del contrato a través del encargo fiduciario y los recursos del contrato pasan a manos del hospital distorsionando sus estados financieros y la destinación específica de sus beneficiarios
- No hay comportamiento entre las partes de generar las dinámicas propias de Outsourcing como aliados estratégicos
- No existe en forma correcta el funcionamiento de las interdependencias de servicios y su integración funcional en red.
- Muchos proyectos fracasan y era mejor prestarlos autónomamente y su causa es la mala escogencia del asociado

⁴ Fortich Palencia, Fernan Eugenio. "Modelo de Negocios de Mypimes en Salud Como Operadores Externos de los Hospitales Publicos Colombianos" En Edicion Bogotá - VI Congreso Nacional de Gestion de PYMES del sector salud en Colombia – Abril 8 y 9 de 2011.

- Cada administración del hospital público impone nuevas condiciones al operador externo distorsionando el contrato

Como solución a la problemática de gestión de los hospitales públicos, se generalizó en Colombia a instancias del programa de modernización de redes de prestación de servicios del ministerio de protección social con más fuerza después de la ley 1122 de 2007 y del plan nacional de desarrollo del anterior gobierno la prestación de los servicios de salud mediante la contratación con operadores externos públicos y privados, como el caso en nuestro departamento de los Hospitales Públicos como el Universitario del Caribe; El II nivel de Carmen de Bolívar; Mompox y Primer nivel de Simiti y están próximos a desarrollar lo mismo el de Turbaco y Zambrano y en el Caso de toda la Costa casi todos los hospitales públicos de II nivel y Universitarios tienen contratos por administración de servicios con operadores externos.

Como quiera que ya llegó la hora de que se evalúen los resultados de esta clase de operación de servicios y contratación donde muchos llevan ya 5 años operando, los organismos de control y demás evaluadores *ex post* contratados por las juntas directivas de estos hospitales han encontrado pros y contras de cada uno de los procesos que deben ser re direccionando y ajustados institucionalmente para la ganancias de las dos partes pero cuyo ganador principal sea el usuario, sobre todo en lo que respecta a la Capacidad Jurídica; Capacidad Económica; Capacidad de Garantía de la Calidad en Salud y Capacidad Financiera que permitan cumplir con su misión institucional, pero lo que hace más crítico esta clase de contratos que deben regularizarse con líneas de acción y gestión clara en cada ítem, es la nulidad proferida por el consejo de estado del decreto 536 de 2004 que reglamentaba el artículo 192 de la ley 100 de 1993, que a pesar de que las causas no influyen en el seguimiento a esta clase de contratos, si ponen en alerta a los órganos de gobierno de los hospitales públicos a todo nivel para que no existan desventajas que lesionen la exposición de motivos por la cual los llevo como filosofía de Auto sostenibilidad a que la tercerización o el Outsourcing fueran la solución a la gestión de su desarrollo empresarial hospitalario, para lo cual estas entidades como preceptos orientadores

ex ante de la contratación o en la renovación de los mismos deben tener en cuenta, lo cual pretendemos establecerlos como guías para la acción de mejoramiento de estos procesos, objeto del presente trabajo de grado.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es La falta de unos Lineamientos Gerenciales Técnicos, científicos, Administrativos; Jurídicos y Financieros, los que hacen que los Hospitales públicos tengan debilidades y desventajas en la Contratación Con los operadores externos públicos y privados?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERAL

Plantear la Estructura de Los lineamientos de Gestión Jurídicos; Económicos; Operativos y de Garantía de la Capacidad técnico científica; Financieros y de desarrollo Empresarial hospitalario, que sirvan de guía para una buena contratación de sus servicios de salud por Outsourcing de los hospitales públicos – ESE con operadores externos a fin de contribuir a su fortalecimiento institucional y auto sostenibilidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los criterios técnicos de los Estudios de Conveniencia y Oportunidad que justifican el por qué la ESE o el Hospital público debe contratar sus servicios con operadores externos.
- Establecer la Parametrización de los términos de referencia y requisitos exigidos para adjudicar los Contratos de Operador Externo.
- Determinar y desarrollar los lineamientos y procesos a tener en cuenta en la tercerización en la capacidad jurídica de los contratos con operadores externos
- Establecer los lineamientos y procesos estratégicos a tener en cuenta en la Capacidad Económica de los Contratos de los Hospitales públicos para la contratación de los operadores externos de sus servicios.
- Presentar las Líneas gerenciales a implementar por parte del operador externo para garantizar la ejecución de los Procesos operativos;

administrativos y financieros de calidad de la prestación de servicios con el operador externo.

3. JUSTIFICACIÓN

En La redefinición de los hospitales públicos en Empresas Sociales del estado, establecidos en la reglamentación vigente; el gobierno nacional las materializó como empresas industriales y comerciales del estado del orden nacional, departamental y municipal cuya autonomía se enmarca en la Auto sostenibilidad, ya que no hay traslado de recursos directos del estado para su funcionamiento y estos deben posicionarlos y buscarlos en el mercado del aseguramiento en salud,, bajo un esquema de cumplir múltiples funciones y promover múltiples productos; con uso intensivo de mano de obra competente y productiva, porque ya no se le pueden trasladar sus costos ni al paciente ni al estado; para lo cual se requiere una visión sistémica y estratégica que garanticen emprendimientos de posicionamiento en el mercado de la salud.

Los hospitales públicos como empresas sociales del estado pueden prestar directamente el servicio de salud en su nivel de resolutivead, también lo pueden hacer por tercerización, como también por alianzas estratégicas o riesgo compartido; lo cual en los cualquiera de los tres casos; debemos propender por una gestión viable, donde el desempeño institucional de la ESE, dependerá del Trabajo en Equipo; valores y Centrado en el paciente, para lo cual hay que generar las ejecutorias pertinentes mediante un enfoque basado en procesos que genera valor agregado si tenemos en cuenta los siguientes preceptos:

La gerencia de una ESE debe tener la disposición de transformar la Empresa de salud como exitosa en el futuro inmediato. Se tratará de establecer el modelo de gestión en salud de competencia regulada de la ESE.

Como nuevo motor del desarrollo empresarial hospitalario está el repensar las organizaciones de salud mediante la implantación de unidades estratégicas de negocios de los servicios de salud prestados, de acuerdo al nivel de resolutivead; donde se detectará cómo funcionan las áreas y unidades funcionales del hospital lo más integralmente posible.

El Recurso humano hospitalario es más valioso cuando actúan como si fueran dueños del servicio de salud que prestan; sometido a reglas para lo cual se mirará el desempeño del recurso humano en el contexto del desempeño institucional que se debe hacer con valores, trabajo en equipo y centrado en el usuario.

El Estilo Gerencial para sacar adelante las Instituciones de Salud, tendrá como puntos focales los procesos administrativos de una gerencia con metas y resultados concretos. Estableceremos el estilo gerencial de la actual administración.

Las estructuras más efectivas y rentables de los hospitales del futuro; se dirigen a tener un pequeño núcleo de empleados fijos que protegen las ventajas competitivas de prestar los servicios de salud.

Uno de los pilares básicos del desarrollo empresarial hospitalario, es el sistema de información en salud para la calidad y ello habrá que evaluarlo y hacer proposiciones al respecto en el trabajo.

El conocimiento es el activo más importante de una empresa de salud, no el sistema de información por sí mismo. Se mirarán los procesos operativos para determinar cómo pueden hacer direccionamiento estratégico al respecto.

Las empresas de salud que triunfarán tendrán que operar en red prestadora de servicios. Se determinará cómo funciona la referencia y Contra referencia y se propondrán acciones de mejoramiento si hay lugar.

Las Instituciones Hospitalarias no admiten corrupción, ineficiencia, ni sobrecostos. Hasta donde se permita. Se mirará si hay sobrecostos o desperdicios en los procesos de atención del hospital y se propondrán los ajustes pertinentes.⁵

⁵ Fortich, Palencia Fernán Eugenio; Modulo de Habilidades Gerenciales, Especialización Gerencia en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia – 2007..

Por ello, el presente trabajo se justifica como futuros Gerentes de servicios de salud, debemos tener claridad y líneas de acción claras para cuando se tomen decisiones de contratación con operadores privados cuyo objeto contractual no tienen en la actualidad una metodología para llevar a cabo estos procesos sobre todo centrado en criterios operativos y financieros de gestión viable para que con productividad, competitividad y rentabilidad económica y social, debe atender los siguientes requerimientos:

- Si Afronta su hospital problemas financieros con iliquidez e insolvencia
- Si Necesita hacer grandes inversiones en infraestructura física y dotación tecnológica, pero no cuenta con los recursos necesarios para tener la habilitación al 100%
- Si Tiene algunos servicios tercerizados con varios operadores y en la actualidad presenta no conformidades con algunos de ellos, y no se logran poner de acuerdo con temas como la facturación, la auditoría de la calidad, la conciliación de cuentas médicas
- Si La existencia de múltiples operadores al interior de la ESE ha convertido el negocio en algo muy complejo en la gestión de suministros, recursos humano y físico y es pertinente regularlos.

Lo anterior hace más que justificable nuestro trabajo de grado ya que pretendemos hacer unos aportes gerenciales a la gestión de los hospitales públicos para contratar con operadores externos públicos y privados en salvaguarda de los intereses de las políticas públicas hospitalarias.

3.1 DELIMITACION DEL ESTUDIO

Los lineamientos que se van a establecer en el presente trabajo, se delimitaran a la experiencia de los autores que trabajan actualmente con operador externo en Maternidad Rafael calvo y Hospital universitario de Cartagena; a los Trabajos

realizados por los docentes de la universidad de Cartagena sobre estudios para adjudicación de operadores externos, al comportamiento de los operadores externos del Departamento de Bolívar en su seguimiento como es el caso de Simiti; Mompo; Carmen de Bolívar y a los Estudios realizados por el Director del proyecto especialmente en la costa teniendo como estudio de caso su trabajo en la ESE – Hospital universitario ESE _ CARI de Barranquilla y demás abordaje a los gerentes que en la costa hemos tenido conocimiento que ha futuro por la situación financiera han sacado a licitación la adjudicación de servicios de operadores externos como últimamente el caso de la ESE- hospital local de Turbaco, donde el Director de nuestro proyecto fue el asesor del proceso.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO HISTÓRICO

En el contexto mundial hay evidencias de la creciente importancia del Outsourcing (Prestación de Servicios por Terceros), es decir que las empresas cada vez implementan una metodología de contratar una mayor cantidad de funciones que Producen grandes éxitos en procesos de cambio organizacional.

En el Sector de la Salud en los Estados Unidos la implementación de esta estrategia tiene un crecimiento mayor al de la industria en general, lo cual sus investigaciones al respecto han abordado aspectos tales como:⁶

- Las razones para la contratación con este nuevo modelo
- Las estrategias que las empresas adoptan cuando eligen este modelo de contratación.
- La efectividad y el impacto de esta contratación en las características organizacionales de la empresa.
- Las medidas de desempeño con este nuevo modelo de contratación

La integración vertical, la contratación de servicios altamente especializados en el mercado y las alianzas estratégicas son las formas más conocidas de realizar el intercambio económico de productos, servicios y procesos.

La denominación y conceptualización del Outsourcing, como un aspecto particular de la vida de las instituciones depende de la perspectiva desde la que se mire.

Desde el punto de vista del derecho administrativo se observa el papel de los contratos, desde la economía se analizan los costos de utilización de los mercados o las empresas, desde la teoría organizacional se analizan las relaciones de cooperación bajo el mando de un líder y finalmente desde la perspectiva de la

⁶ Modelo de Evaluación y Gestión del Equipamiento y Biotecnología Medico - Ministerio de la Proteccion Social - 2008

estrategia se miran con especial detenimiento la adecuación de las estructuras institucionales a los objetivos de la organización.

En el Sector Salud en Colombia se puede afirmar que es una estrategia que tiene una alta penetración favorecida por las políticas nacionales implementadas en el gobierno anterior por el Ministerio de la Protección Social, especialmente en los Planes Nacionales de Desarrollo “Hacia Un estado comunitario” de 2002 -2006 con la Ley 812 de Junio 16 de 2003, como en el 2006 – 2010 con la Ley 1151 de Julio 24 de 2007, en conexidad con la ley 715 de 2001; CONPES 3204 de 2002 donde se establecen los lineamientos de las políticas de prestación de servicios de salud para los Hospitales públicos; complementadas luego con la Ley 1176 y 1122 de 2007 y Decretos reglamentarios de administración delegada en lo pertinente.

En Colombia no se han realizado profundos estudios sobre este tema, las únicas Indagaciones que se han hecho se refieren en alguna medida a la importancia que esta estrategia tiene entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y hasta ahora es que se están fijando mejores reglas de juego técnicas; donde se generen dinámicas de riesgo compartido, donde la relación beneficio/costo no sea lesiva para las partes en términos del principio contractual de equilibrio económico, pero sobre todo en cumplimiento de la calidad de los servicios de salud para los mas pobres y vulnerables que sean los reales ganadores del pago de la deuda social en salud en el contexto de:⁷

- Estimular a las instituciones para que ofrezcan servicios en condiciones de eficiencia y calidad.
- Promocionar modelos de atención que mejoren la accesibilidad, reduzcan costos, incrementen el nivel de satisfacción de los usuarios y permitan obtener logros en salud pública.

⁷ Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios – Ministerio de la Protección Social - 2006

- Desarrollar el programa de ajuste y modernización de la red de prestadores públicos de servicios.
- Implementación del sistema único de habilitación y acreditación.
- Establecer la concurrencia de los Sectores Público y Privado que permita solucionar las deficiencias en la Oferta de las IPS Públicas en aquellos municipios donde la prestación de los servicios lo requiera.

Así las cosas; El Outsourcing en nuestro sector de la seguridad social en salud; se puede definir como una estrategia de Desarrollo Empresarial Hospitalario; por medio de la cual una Institución prestadora de servicios de salud pública o privada; en atención a su nivel de resolutivez; delega formalmente funciones misionales y no misionales; para dar respuesta con mayor cobertura, eficiencia y calidad a los Usuarios/pacientes y/o clientes adscritos a su área social de mercado que si lo hiciera autónomamente.⁸

Es importante destacar que preferiblemente deberían ser no misionales, pero como lo anotamos anteriormente muchas veces las funciones que por competencias se deben ejercer no es posible que en la realidad se ejecuten por la carencia de recursos.

También se puede afirmar que cuando una organización decide delegar cualquiera de estas funciones lo debe hacer en una empresa fuertemente especializada. La propiedad de los activos productivos involucrados en la actividad objeto de este modelo de contratación se transfieren de manera vinculante a un tercero que se convierte en proveedor de la institución o empresa.

La realidad es que el Outsourcing de un servicio con un tercero es deseable que sea a largo plazo y dentro de este referente es igualmente deseable que se

⁸ **Fortich, Fernán E, Modulo de habilidades Gerenciales en Salud; Universidad de Cartagena, Especialización Gerencia de Servicios de Salud - 2010**

establezca una relación entre las partes con una clara definición de la independencia de los actores, en la que prevalezca la acción conjunta sobre la competencia (corresponsabilidad). Para el efecto, las modalidades más comunes de contratación por este modelo que se conocen son entre otras; Modalidad de Renta de Equipos; Modalidad de Leasing; Modalidad Contrato de Concesión; Modalidad de Riesgo Compartido y Modalidad de Arrendamiento de Inmueble.

Las instituciones o empresas pueden optar por el Outsourcing cuando buscan introducir en sus servicios o productos, innovaciones que estas no podrían hacer con ventajas respecto a aquellas o aquellos a los cuales entrega la actividad en Outsourcing.

Es importante destacar que las actividades que pueden ser objeto de Outsourcing en el Sector Salud de acuerdo a su naturaleza se clasifican en tres grupos:

- 1 Actividades Operativas Médicas
- 2 Actividades Administrativas
- 3 Actividades de Apoyo Logísticos

Las Actividades Operativas Médicas son aquellas con una gran capacidad instalada que requieren tecnología avanzada o de punta, las cuales por lo general generan altos costos en su adquisición, actualización y mantenimiento como: Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Pediátrico y Adulto; Servicios Integrales de Imagenología, Laboratorio Clínico, Servicios de Hemodinámica; Cardiovascular y Unidad Renal principalmente.

Las Actividades Administrativas se concentran fundamentalmente en los servicios de facturación, Servicios de Call Center, Manejo de Desechos Patógenos y Suministros de Medicamentos.

Las Actividades de Apoyo Logísticos incluyen principalmente los servicios de aseo, cafetería, vigilancia, transporte y lavandería.

En virtud a que las en la evaluación de los resultados de los contratos actuales de operadores privados al momento de liquidar la participación financiera, económica y social no se viene teniendo en cuenta un análisis operativo y financiero y de calidad del servicio expost; que permita establecer unos indicadores de producción, capacidad técnico científica y operación de los servicios del hospital ex post para determinar la conveniencia socioeconómica y viabilidad financiera del margen de participación de dichos contratos, que permitan su Auto sostenibilidad administrativa, jurídica y financiera para las partes; es necesario fijar lineamientos estructurales para el fortalecimiento institucional y sectorial en esta clase de contratos que ya se ha hecho normal.

4.2 MARCO INVESTIGATIVO

De acuerdo al desarrollo del estado del arte tenemos el siguiente contexto investigativo:

4.2.1 PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CRÉDITO BID 1742/OC-CO⁹ Gestión del acceso a la prestación de servicios de salud.

“Lo primero, es garantizar que la población pueda obtener los servicios de salud que se tienen previstos para recuperar o mantener sus condiciones de salud.

Para el efecto, una primera actividad o proceso es fomentar que la población conozca el sistema para que pueda acceder a el con facilidad.

Entendiendo que la prioridad para la atención en salud, es la población pobre y vulnerable, la siguiente actividad o proceso es la identificación de esta población.

⁹ Ministerio de La Protección Social – Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud Asociación Centro de Gestión Hospitalaria; Bogotá 2007

En el modelo de seguridad social en salud Colombiano, la población pobre y vulnerable, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con las metas de aseguramiento, tiene dos opciones. Ser atendida directamente mediante subsidios de oferta o mediante la atención a través del sistema de aseguramiento del régimen subsidiado.

En la primera opción, el ente territorial se asimila a una entidad de aseguramiento, que le da cobertura en diferentes tipos de servicios según las competencias municipales, distritales o departamentales. En este caso, el modelo acoge los estándares aplicables a entidades de aseguramiento ya existentes en el sistema de acreditación Colombiano.

En la segunda opción, el ente territorial, garantiza el acceso a los servicios de salud, mediante un sistema de aseguramiento con la contratación de entidades de aseguramiento, EPS.

En ambas opciones, no es el ente territorial quien presta directamente los servicios. Sus actividades van dirigidas a la planeación, coordinación de actores, contratación de operadores (o administración directa de prestadores en algunos casos en la atención en salud mediante subsidios a la oferta), y evaluación, seguimiento y control de la prestación directa de los servicios.

Estas actividades se concretan en gestión de la prestación, administración de operadores del subsidio y evaluación y supervisión del acceso.”

4.2.2 POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD¹⁰

ESTRATEGIA 9. Generación de mecanismos jurídicos, administrativos y técnicos para la modernización institucional de los prestadores públicos.

¹⁰ Ministerio de la Protección Social – Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud
Bogotá Noviembre de 2005

LÍNEAS DE ACCIÓN:

1. Revisión y ajuste del régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado.

- Revisión, ajuste y modernización del régimen de la naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado.
- Evaluación, revisión y ajuste del régimen salarial de las Empresas Sociales Del Estado.
- Desarrollo del marco regulatorio para la evaluación de la gestión de gerentes Y juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado.
- Desarrollo del marco regulatorio para la operación conjunta de entidades Territoriales en la prestación de los servicios.
- Desarrollo del régimen de fusiones y supresiones de Empresas Sociales del Estado.

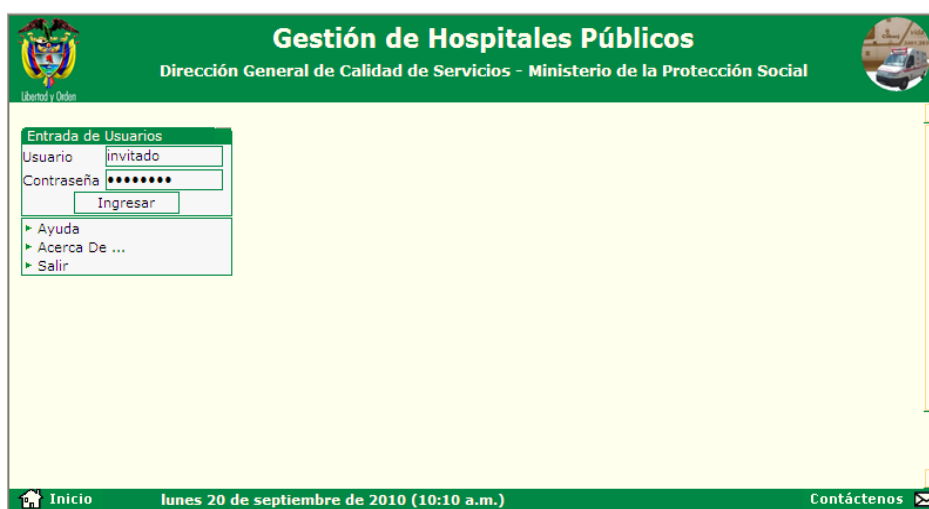
2. Fomento a nuevas formas de operación de los prestadores públicos con Participación del sector privado y/o solidario y/o tercer sector.

Proyecto para la participación del sector privado, solidario y tercer sector en la operación de los prestadores públicos.

4.2.3 GESTION DE HOSPITALES PUBLICOS

El Documento CONPES 3204 del 6 de noviembre de 2002, que establece la Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud determina como uno de los lineamientos de política el establecimiento de un sistema de evaluación y monitoreo de la oferta y la demanda que sirva de base para identificar, por un lado, excedentes que puedan reubicarse, reestructurarse o fusionarse y, por otro, deficiencias en la oferta para establecer un plan de inversión con concurrencia de recursos públicos y privados, fortaleciendo la oferta pública en aquellos municipios donde la Prestación de servicios lo requiera. “El Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación establecerán mediante

circular conjunta, Las características de la información que será reportada por las entidades obligadas a presentarla, la cual incluirá variables de carácter contable, presupuestal, financiero, de capacidad instalada, recurso humano, calidad y producción de servicios, así como los instrumentos y procedimientos para su presentación. La información solicitada deberá ser certificada y firmada por el gerente o director de la institución pública prestadora de servicios de salud, y el director departamental, municipal o distrital de salud”¹¹. Cuya estructura en la página web del Ministerio de la protección Social es la siguiente:



4.2.4 POLITICAS, LÍNEAS DE ACCIÓN, ESTRATEGIAS Y METAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.¹²

El Ministerio de la Protección Social en cumplimiento de sus competencias, para orientar el correcto y armónico trabajo de las instituciones públicas y privadas, las cuales en su conjunto conforman la red de prestación de servicios de salud del país, implemento el Programa Nacional de Salud para la vigencia 2002 – 2006, en el cual quedaron claramente definidas las políticas, metas, líneas de acción, y estrategias entre las que destacamos algunas que se consideran fundamentales para la modernización de la prestación de servicios de salud, a saber:

¹¹ La Resolución 2193 de 2004 es la reguladora de la gestión de los hospitales públicos

¹² Plan Nacional de Desarrollo – PIna Nacional de Salud 2002 – 2006 Ministerio de la Protección Social Noviembre 2005

DIAGNOSTICO LÍNEA DE ACCIÓN META A 4 AÑOS

DIAGNOSTICO	LÍNEA DE ACCIÓN	META A 5 AÑOS
Se han identificado grandes dificultades en la prestación de los servicios, así como en los aspectos financieros, de mercado y de gestión en la prestación en general.	Ordenamiento y ajuste de las IPS que están operando con el fin de prepararlas para la competencia de acuerdo con las condiciones de la Demanda.	Implementar un plan de manejo para el municipio como prestador único en un 100%. Gasto en sistema público de prestación reducido en 75%.
Existen dificultades en la operación y gestión de las ESE para ajustarse a las necesidades del Mercado.	Plan de modernización de Las ESE.	Contar con una red pública de prestadores Modernizada. Plan de modernización cumplido en un 100%
Necesidad de encontrar Alternativas de gestión.	Administración delegada. Promover el Outsourcing.	Introducir sistemas de administración delegada En las IPS. Generar sistemas alternativos de Operación y gestión. Plan de promoción del outsourcing cumplido al 100%.
Hay un claro deterioro y desactualización de la Infraestructura actual. Más del 50% de la infraestructura hospitalaria del sector público tiene más de 40 años. La infraestructura es un	Adecuar y mejorar la inversión en infraestructura y Equipamiento.	Hospitales públicos Mejorados. Normas y guías técnicas Actualizadas. Plan de inversiones en

patrimonio que no se puede dejar decaer, por lo Tanto debe ser prioritaria su conservación y adecuación.	Actualización y formulación de normas Técnicas.	infraestructura y equipamiento en un 100%.
Obsolescencia y desactualización tecnológica en gran parte De las ESE públicas. El país como importador de tecnología biomédica debe utilizar por períodos más largos equipos de generaciones menos Recientes. Se debe unificar la gama de equipos a importar y extremar su rendimiento así como estimular el outsourcing en la prestación de servicios con el fin de limitar la Inversión pública.	Adecuación tecnológica de las ESE mediante actualización de equipos Biomédicos. Adquisición, mantenimiento, recuperación o potenciamiento de equipos disponibles o estimulación del Outsourcing. Actualización y formulación de instructivos, normas, Guías. Implementación banco de Datos.	20% de las ESE Actualizadas y mejoradas. Normas, Guías e instructivos desarrollados O actualizados. Banco de datos implementados

Fuente: Modelo de Evaluación y Gestión de Equipamiento Medico Minproteccion Social 2008.

En consideración a lo anterior, y a manera de síntesis, se puede afirmar que el Outsourcing (Tercerización o Externalización), ha pasado de ser un simple proyecto teórico para convertirse en un modelo nacional, avalado por el Gobierno Nacional, soportado legalmente por La Ley 812 del 16 de Junio de 2003 por medio de la cual se estableció el Plan de Desarrollo Nacional 2003 - 2006 "Hacia un Estado

Comunitario”, acogido por El Ministerio de la Protección Social en su Programa Nacional de Salud para el periodo 2002 - 2006.

FACTORES A TENER EN CUENTA PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA¹³

En la tecnología de alta complejidad y en general en la tecnología biomédica, respondiendo a los anteriores interrogantes, se identifican ciertos factores que es necesario señalarlos para tenerlos presentes cuando se requiere reponer o adquirir ciertos equipos de tal forma que permita contrarrestar los problemas como los esbozados en el Programa Nacional de Salud del Ministerio de Protección Social para la vigencia 2002 – 2006, estos factores son:

- 1 La capacidad de producción en términos de calidad y cantidad.
- 2 La reducción de costos.
- 3 La necesidad de salir de un equipo obsoleto y desgastado a tal punto que su baja y reposición se haga evidente.
- 4 La insuficiencia del equipo frente a su demanda permanente y creciente.
- 5 La seguridad, la oportunidad en el servicio y la necesidad de ser competitivo.

Estas y las anteriores consideraciones son obvias. Sin embargo, cabe preguntarnos, ¿cuál sería el mejor camino para acceder a la tecnología moderna en situaciones como las de nuestras Entidades Territoriales y Empresas Sociales del Estado con sensibles limitaciones de recursos? Una vez analizadas las anteriores consideraciones normativas y técnicas sobre las alternativas de solución para resolver los problemas de tecnología de mediana y alta complejidad en los hospitales públicos es importante profundizar en los fundamentos conceptuales del Outsourcing (Tercerización o Externalización)

¹³ La Tecnología biomédica abarca la aplicación de los conocimientos científicos representados en medicamentos, dispositivos, equipos, procedimientos médicos quirúrgicos y los sistemas de administración y apoyo. Res. 434/01

4.2.5 NULA LA NORMA QUE POSIBILITA LA CONTRATACION DE LAS ESES CON OPERADORES EXTERNOS

La sección primera del Consejo de Estado mediante sentencia del pasado 19 de agosto, determinó la nulidad del Decreto 536 de 2004 que establecía que las Empresas Sociales del Estado de las entidades territoriales, podían desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos.

Con ponencia del magistrado Rafael Ostau de Lafont Pianeta, el alto tribunal tomó la decisión luego que el ciudadano Yesid Camacho, en representación de los trabajadores del sector salud colombiano, presentara demanda de nulidad, por considerar que al expedir el Decreto 536 de 2004, el Presidente de la República desbordó las facultades reglamentarias que le otorga la Constitución Política de Colombia. Junto con la demanda de nulidad de Yesid Camacho, más de 160 ciudadanos coadyuvaron la petición al Consejo de Estado¹⁴

4.3 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DEL OUTSOURCING¹⁵

La integración vertical, la contratación de servicios altamente especializados en el mercado y las alianzas estratégicas son las formas más conocidas de realizar el intercambio económico de productos, servicios y procesos.

La denominación y conceptualización del Outsourcing, como un aspecto particular de la vida de las instituciones depende de la perspectiva desde la que se mire.

Desde el punto de vista del derecho administrativo se observa el papel de los contratos, desde la economía se analizan los costos de utilización de los mercados o

¹⁴ Opinión y Salud Septiembre 10 de 2010.

¹⁵ Sistemas de Gestión de la Tecnología, Charles Handy - 1989

las empresas, desde la teoría organizacional se analizan las relaciones de cooperación bajo el mando de un líder y finalmente desde la perspectiva de la estrategia se miran con especial detenimiento la adecuación de las estructuras institucionales a los objetivos de la organización.

Con lo anterior se identifican elementos de la organización relacionados con el intercambio económico, los cuales se integran en la definición operativa de la forma de mando de la institución en la cual se identifican cuatro elementos fundamentales:

1. El tipo de relación
2. Los mecanismos de control
3. La modalidad del control legal
4. Los incentivos económicos que tienen los responsables para su actuación.

El Outsourcing se puede definir como una estrategia empresarial por medio de la cual una organización delega formalmente funciones misionales y no misionales.

Es importante destacar que preferiblemente deberían ser no misionales, pero como lo anotamos anteriormente muchas veces las funciones que por competencias se deben ejercer no es posible que en la realidad se ejecuten por la carencia de recursos.

También se puede afirmar que cuando una organización decide delegar cualquiera de estas funciones lo debe hacer en una empresa fuertemente especializada.

La propiedad de los activos productivos involucrados en la actividad objeto de este modelo de contratación se transfieren de manera vinculante a un tercero que se convierte en proveedor de la institución o empresa.

La realidad es que el Outsourcing de un servicio con un tercero es deseable que sea a largo plazo y dentro de este referente es igualmente deseable que se establezca una relación entre las partes con una clara definición de la independencia de los

actores, en la que prevalezca la acción conjunta sobre la competencia (corresponsabilidad). Esta es una forma de organización del intercambio económico con propiedad independiente pero que tiene algunas características de los acuerdos de cooperación

MODALIDADES DE OUTSOURCING.¹⁶

Modalidad de Renta de Equipos.

Modalidad de Leasing.

Modalidad Contrato de Concesión.

Modalidad de Riesgo Compartido.

Modalidad de Arrendamiento de Inmueble

RAZONES PARA EL OUTSOURCING

A partir del reconocimiento de las múltiples formas que existen para organizar el intercambio económico y de su complejidad, se conocen varias explicaciones sobre las decisiones que toman los responsables de una institución sobre la forma de organizar la producción e intercambio de bienes y servicios.

Podemos afirmar que estas explicaciones provienen desde las diferentes ciencias sociales que abordan el estudio de las organizaciones como: la economía, el derecho y la sociología; estas tiene su reflejo en los campos del conocimiento que constituyen la disciplina de la administración, en la cual es importante resaltar la teoría organizacional, la dirección estratégica y el comportamiento organizacional.

Desde la Ciencia Económica se encuentran dos corrientes: la Organización Industrial y la Economía de los Costos de Transacción. La Organización Industrial afirma que la empresas emplean el Outsourcing en el mercado cuando esta es la forma que le permite la reducción de costos de producción vía economías de escala. Dentro de este paradigma adicionalmente se afirma que acudir al mercado es

¹⁶ Ibidem

adecuado cuando los agentes económicos pueden imponer precios y condiciones de intercambio, siempre y cuando, tenga poder de mercado, lo que quiere decir, bajo esta premisa que las empresas emplean este modelo de contratación cuando pueden imponer precios a sus proveedores. En el sector Salud varios autores muestran en términos conceptuales que las economías de escala afectan la decisión de integración vertical entre varios prestadores de salud en los sistemas de aseguramiento.

Teniendo presente este enfoque se puede afirmar que las empresas utilizan el Outsourcing en ciertas actividades necesarias para el negocio, pero lo hacen buscando reducción de sus costos fijos, lo que les permite tener mayor flexibilidad estratégica en situaciones de fluctuación de la demanda.

Desde el campo de la Dirección Estratégica se acude a la explicación de la selección de estas nuevas formas de contratación de una institución o empresa considerando profundamente sus recursos y capacidades para lograr exitosamente el cumplimiento de sus objetivos y metas.¹⁷

En consideración a la teoría de los recursos y capacidades se afirma que el logro de ventajas competitivas está asociado con la disposición de recursos y de capacidades altamente específicas e inimitables, necesarias para la introducción en los mercados de bienes y/o servicios copiosamente demandados por los mercados.

Por lo tanto, el logro de ventajas competitivas está relacionado con el proceso que siguen las instituciones o las empresas de desarrollo y adquisición de recursos y capacidades, lo cual es acumulativo en el tiempo y caracterizado por ser en gran medida irreversible.

La contratación de una empresa que ofrece productos o servicios en el mercado, desde esta aproximación teórica, se explica por la necesidad de las organizaciones

¹⁷ Modelo de Evaluación y Gestión de Equipamiento Médico – Tecnología biomédica – Minprotección Social 2009

en concentrarse en el desarrollo de recursos y capacidades que se conviertan en una fuerte ventaja competitiva y en entregar al mercado aquellas actividades que son esenciales y/o complementarias de su actividad central.

En este sentido, las instituciones o empresas pueden optar por el Outsourcing cuando buscan introducir en sus servicios o productos, innovaciones que estas no podrían hacer con ventajas respecto a aquellas o aquellos a los cuales entrega la actividad en Outsourcing.

Es importante destacar que las actividades que pueden ser objeto de outsourcing en el Sector Salud de acuerdo a su naturaleza se clasifican en tres grupos:

1. Actividades Médicas
2. Actividades Administrativas
3. Actividades de Apoyo Logísticos

Las Actividades Médicas son aquellas con una gran capacidad instalada que requieren tecnología avanzada o de punta, las cuales por lo general generan altos costos en su adquisición, actualización y mantenimiento como: Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Pediátrico y Adulto; Servicios Integrales de Imagenología, Laboratorio Clínico, Servicios de Hemodinamia y Cardiovascular, principalmente.

Las Actividades Administrativas se concentran fundamentalmente en los servicios de facturación, Servicios de Call Center, Manejo de Desechos Patógenos y Suministros de Medicamentos.

Las Actividades de Apoyo Logísticos incluyen principalmente los servicios de aseo, cafetería, vigilancia, transporte y lavandería.¹⁸

Los principales conceptos inherentes utilizados en los procesos de contratación con operadores externos son:

¹⁸ Ibidem

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO O ESE: Se entiende como la organización prestadora de servicios de salud del nivel de complejidad correspondiente con personería jurídica; autonomía administrativa y patrimonio propio, Dirigida por una Junta directiva y un gerente.

EL HOSPITAL O HOSPITAL PUBLICO: Conjunto de bienes muebles e inmuebles, con capacidad técnico científica en forma integrada para prestar servicios de salud y hospitalarios en un municipio o departamento, como también de la nación y quien será el Contratante en los términos de referencia.

EL CONTRATISTA: Es el proponente con quien se celebra el contrato, es decir, la persona jurídica que se ha obligado, por medio del contrato a cumplir los términos, especificaciones y condiciones que se estipulan en estos términos de referencia y demás documentos conexos integrantes de la convocatoria publica.

EL PROPONENTE U OFERENTE: Es la persona Jurídica que presenta Propuesta, bien en forma individual o como consorcio o unión temporal siempre que no viole el acuerdo 061 del Minproteccion social.

CONTRATO: Es el acto jurídico generador de obligaciones, derivado del ejercicio de la autonomía de la voluntad de las partes que lo suscriben.

EL INTERVENTOR O SUPERVISOR DEL CONTRATO: Es la persona natural o jurídica designada por la ESE para desarrollar la vigilancia y control del contrato y todo el personal bajo su dependencia.

CONDICIONES DE LA PROPUESTA: Conjunto de estipulaciones u obligaciones a cargo del contratista para el desarrollo de los servicios misionales de la Empresa Social del Estado, según los estándares de habilitación y acreditación para prestadores definidos por las normas vigentes sobre Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que expide el Ministerio de la Protección Social.

ADENDO U OTRO SI AL PLIEGO DE CONDICIONES: Adiciones, aclaraciones y/o modificaciones a los términos de referencia.

NIVEL DE COMPLEJIDAD O RESOLUTIVIDAD: Hace referencia a los diferentes grados de diferenciación o especialización que pueden presentar los servicios asistenciales de un hospital público en este caso y que corresponden a la descripción hecha de cada servicio en los formularios de registro especial de prestadores de servicios de salud del sistema único de habilitación.

AMPLIACION DE SERVICIOS O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: Comprende todas las actividades necesarias para aumentar la cobertura y/o mejorar la calidad de los servicios ofertados, con los que se entrega el Hospital, de acuerdo a la cantidad de usuarios atendidos o de las opciones y modalidades de servicio que se presten.

APERTURA DE SERVICIOS: Corresponde a la habilitación de nuevos servicios, y su debido reporte como novedad de la habilitación, que sean distintos a los que se entreguen en el acta de iniciación del contrato.

GASTOS DE OPERACIÓN: Serán todos aquellos costos y gastos en que se incurra para la prestación del servicio y que afectan los rubros pertinentes en el Presupuesto de la ESE; es decir, a título meramente enunciativo, los costos y gastos en que se incurra en materia de personal, insumos, oxígeno y medicamentos, servicios públicos, aseo, vigilancia, eliminación de desechos, impuestos en general, incluidos los impuestos de valorización, predial y de vehículos, seguros, tasas, multas, sanciones y contribuciones (fiscales y parafiscales), combustibles, servicios auxiliares, repuestos de maquinaria y vehículos, mantenimiento de inmueble, mantenimiento de equipos, reposición de equipos, ampliación de servicios, y en general todos aquellos gastos que sean necesarios para el cumplimiento del objeto contractual, y todo pago cualquiera que sea la modalidad de adquisición por parte del CONTRATISTA.

ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO – ERP: “Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales”. (Decreto 4747 de 2007, artículo 3º literal b).

FACTURACION NETA: Valor neto del servicio facturado descontado las glosas definitivas según la reglamentación legal.

INGRESOS: Los ingresos se entienden como la totalidad de los recursos que le ingresen al CONTRATISTA, como producto de la ejecución del contrato, a cualquier título y en virtud de los servicios inherentes al mismo, tales como: Los pagos que hagan las entidades responsables del mismo; las cuotas moderadoras; copagos y cuotas de recuperación y todos los recursos que se captan por el proceso misional de la ESE.

MANTENIMIENTO DE EQUIPOS: Todas las actividades predictivas, preventivas, correctivas y de mejoramiento continuo, tendientes a conservar los equipos biomédicos y no biomédicos destinados al uso hospitalario, en forma preventiva o correctiva, garantizando las condiciones de su funcionamiento seguro, eficiente y económico, previniendo daños o reparándolos cuando ya se hubieran producido.

MANTENIMIENTO DE INMUEBLE: Todas las actividades preventivas y correctivas tendientes a conservar los bienes inmuebles en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y económico, previniendo daños o reparándolos cuando ya se hubieran producido.

MODERNIZACION DE EQUIPOS: Actividad dirigida a mejorar los equipos existentes, para aprovechar los adelantos de tecnología en eficiencia, precisión, costo de uso, velocidad de respuesta y versatilidad; ya sea por agotamiento de su vida útil o por incapacidad para volverlo a colocar técnicamente en servicio.

REPOSICION DE EQUIPOS: Cambio que se debe efectuar sobre los equipos biomédicos o no biomédicos que se entregarán en custodia y utilización al CONTRATISTA o de los que durante la administración se adquieran en el futuro, que no implique la actualización de la tecnología, pero que garantice la prestación de servicios con calidad, eficiencia, seguridad y oportunidad a los pacientes.

4.4 MARCO JURÍDICO

Podemos establecer el marco jurídico de la contratación con operadores externos de los hospitales públicos así:

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA.- ARTICULO 365. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. Si por razones de soberanía o de interés social, el Estado, mediante ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra cámara, por iniciativa del Gobierno decide reservarse determinadas actividades estratégicas o servicios públicos, deberá indemnizar previa y plenamente a las personas que en virtud de dicha ley, queden privadas del ejercicio de una actividad lícita.

La contratación de las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, se regirán por el derecho privado, conforme lo establece la Ley 100 de 1993, Ley 489 de 1998; Ley 1122 de 2007 y demás normas reglamentarias y concordantes en materia civil y comercial pero, podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública (Ley 80 de 1993, Decreto 2170; Ley 1150 y demás que la complementen o modifiquen.

La contratación que celebren las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO; se debe ajustar a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, de conformidad con los postulados que rigen la función administrativa. Igualmente se aplicarán en las mismas las normas que regulan la conducta de los servidores públicos, las reglas de interpretación, los principios generales del derecho y los particulares del derecho administrativo.

La finalidad fundamental que asiste a las EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO, al celebrar cualquier tipo de contrato, es el cumplimiento eficiente y oportuno del servicio público a su cargo, orientado a la satisfacción del interés general y/o el Usuario; al que está obligado como Empresa Social del Estado.

La Ley 812 del 16 de Junio de 2003 por medio de la cual se estableció el Plan de Desarrollo Nacional 2003 – 2006 “Hacia un Estado Comunitario” en su capítulo II, el artículo 18 del literal c, titulado: CONSTRUIR EQUIDAD SOCIAL, dice lo siguiente:

“a) Aumentar la eficiencia del gasto social para que los mayores recursos se Traduzcan en mejores resultados”

En su artículo N° 39 en lo que a criterios de habilitación de las entidades de la Salud se refiere, señala: “Para la habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios, Administradoras del Régimen Subsidiado y Empresas Promotoras de Salud, se deberán tener en cuenta criterios de entorno ambiental, accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios a los usuarios, así como las condiciones técnicas, administrativas y financieras que garanticen la prestación adecuada de los servicios y la administración del riesgo en salud”.

El Ministerio de la Protección Social en su Programa Nacional de Salud para el Periodo 2002 – 2006 en su capítulo segundo alusivo al diagnóstico de la salud en lo que tiene que ver con la prestación de servicios de salud en la Red Pública Hospitalaria evidencio un conjunto de debilidades institucionales, destacando que si bien se han logrado importantes avances, estas aún impiden a los hospitales su

adecuado funcionamiento. Es así como hoy en día, después de 17 años de promulgada la Ley 100 de 1993, reiteradamente se ven casos de hospitales públicos incluso con operadores externos, en unas condiciones lamentables por múltiples factores cuyo origen los cita el Ministerio así:

- 1 Sobredimensionamiento de las plantas de personal frente a la demanda por Servicios y al conjunto de la oferta de instituciones prestadoras.
- 2 Baja capacidad productiva y bajos niveles de rendimiento del recurso humano.
- 3 Altos costos de operación debido a la alta carga salarial y prestacional.
- 4 Deterioro de la planta física y de los equipos.
- 5 Bajo sentido de pertenencia y compromiso por parte de los empleados de las organizaciones.

Lo anterior, sin nombrar otros aspectos de tipo estructural que estaban fuera del alcance de los hospitales (los de tipo financiero y del propio sistema), y en particular el de mayor impacto como lo viene siendo aún en muchos hospitales, como es el marcado desequilibrio entre la estructura de costos y gastos de producción de servicios y su verdadero potencial de generación de ingresos a pesar de la aparición del nuevo enfoque de Empresa Social del Estado – ESE (autosuficientes y sostenibles.).

Es muy preocupante la situación actual, dado que a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de la Protección Social, y las Entidades Territoriales para afrontar estos problemas, en muchas oportunidades se han cerrado muchos hospitales con la repercusión de la suspensión obligada de los servicios de salud a la población más vulnerable. Esta situación se ha presentado por la sumatoria de múltiples factores, entre los que se destacan, entre otros, el desempeño de muchos aseguradores, que operan como intermediarios, o sea que funcionan como administradores de recursos y no como administradores del riesgo como lo exige el concepto de aseguramiento.

Pero quizá una de las causas más importante se centra en la falta de gestión por parte de quienes están al frente de la dirección de las ESE.

En consonancia con lo establecido en la Ley 715 de 2001, el Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES - expidió su documento 3204 de 2002, en donde se establecen los lineamientos de la Política de Prestación de Servicios para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y la prioridad del proceso de modernización de los hospitales públicos. Por lo tanto, la asignación de recursos para el SGSSS del Presupuesto de la Nación fundamentalmente estaba orientado a:

- 1 Disminuir el impacto negativo del gasto hospitalario en el déficit fiscal territorial.
- 2 Mejorar el desempeño de los hospitales públicos dentro del mercado, en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad.
- 3 Favorecer la ampliación de la cobertura de aseguramiento en salud de la población pobre del país.

En este sentido, algunas de las líneas de política de prestación de servicios están orientadas a lo siguiente:

1. Estimular a las instituciones para que ofrezcan servicios en condiciones de Eficiencia y calidad.
2. Promocionar modelos de atención que mejoren la accesibilidad, reduzcan costos, incrementen el nivel de satisfacción de los usuarios y permitan obtener logros en salud pública.
3. Desarrollar el programa de ajuste y modernización de la red de prestadores públicos de servicios.
4. Implementación del sistema único de habilitación y acreditación.
5. Establecer la concurrencia de los Sectores Público y Privado que permita solucionar las deficiencias en la Oferta de las IPS Públicas en aquellos municipios donde la prestación de los servicios lo requiera.

El Plan de Desarrollo ha planteado la promoción y adopción de mecanismos de

Accreditación para mejorar la calidad y creación de redes como propósito fundamental del mejoramiento de la eficiencia de la oferta de servicios, haciendo a los hospitales más competitivos en calidad y servicio. Es así como en el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios se incluye la adecuación de la tecnología a la capacidad de oferta de servicios y a la implementación de procedimientos dirigidos al control de la producción y productividad de los servicios.

Este marco legal se reafirma con la Ley 1151 de Julio 24 de 2007, por medio de la cual se expide el nuevo Plan Nacional de Desarrollo Nacional 2006 – 2010 “Estado Comunitario: Desarrollo para Todos”.

Es importante destacar que esta ley en el Título II, Capítulo II, Artículo 6° alusivo a la descripción de los principales programas de inversión en el programa “Reducción de la Pobreza y Promoción del Empleo y la Equidad”, específicamente en el Sistema de Protección Social, determina que una premisa fundamental para tener una mayor eficiencia de los recursos del Sector Salud, es la operación eficiente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas. Para el logro de este propósito igualmente se deberá fortalecer la gestión de las entidades territoriales en el manejo de la Red de Prestadores Públicos, garantizando así el acceso, la calidad, la eficiencia, y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la Red.

4.6 MARCO INSTITUCIONAL

El Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano concibió los Hospitales Públicos como SISTEMAS EMPRESARIALES CON UNA FINALIDAD SOCIAL EXPLÍCITA Y CREADAS POR EL ESTADO.

“La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la

ley, las asambleas o concejos, según el caso y sometidas al régimen jurídico descrito en el art. 195". (Ley 100/93 art. 194).

LOS HOSPITALES E.S.E.: SISTEMAS EMPRESARIALES CON UN FIN SOCIAL¹⁹

Los Hospitales E.S.E. son sistemas sociales autónomos que cumplen una finalidad específica creados para lograr una FINALIDAD DE BENEFICIO SOCIAL, entendida como la contribución que el Hospital hace al desarrollo de las comunidades donde actúan, generando tanto los servicios de salud que la población necesita, como un consumidor de los recursos que la misma comunidad provee (incluido el talento humano de sus pobladores), y que en conjunto con los demás actores sociales potencian el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas dentro de su ámbito de influencia.

Por otra parte, un Hospital E.S.E debe lograr una "AUTONOMIA ECONÓMICA", lo que significa que para alcanzar su razón de ser, debe tener la intención de obtener los recursos necesarios para lograr un equilibrio en su funcionamiento, buscando que como mínimo, sus ingresos económicos producto de su venta de servicios de salud sean iguales a sus gastos. Sin esta condición la E.S.E. no podrá sobrevivir y por tanto cumplir con su MISIÓN SOCIAL. Incluso, una E.S.E. en plenas condiciones de eficiencia, podría generar utilidades, logrando un nivel de ingresos por encima del nivel de gastos con lo que podría no sólo sobrevivir, sino también crecer y desarrollarse.

Las E.S.E., están conformadas por un conjunto de procesos gerenciales, administrativos, logísticos y asistenciales (y en ocasiones de tipo docente y de investigación científica) organizados y sometidos a unas normas de funcionamiento (acuerdos de la junta directiva, estatutos, regímenes, códigos, Legislación, estándares, metas, manuales de procedimientos, protocolos, etc.), dentro de los

¹⁹ República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. 2000

cuales se toman RECURSOS FINANCIEROS, HUMANOS, FÍSICOS Y DE INFORMACIÓN, y se procesan o transforman a través de un procedimiento predeterminado agregándoles valor, para producir finalmente servicios (de Urgencias, Ambulatorios, Hospitalarios, Quirúrgicos, etc.), con los que se deben satisfacer plenamente las necesidades de salud y expectativas de atención de los usuarios y sus familias.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LOS HOSPITALES E.S.E.²⁰

Los Hospitales Públicos han debido iniciar un proceso de transición para transformarse en sistemas empresariales, pasando de un modelo de beneficencia Estatal Dependiente a un modelo de Sistema Empresarial Autónomo, lo que ha hecho necesario que:

Se busque alcanzar una AUTONOMÍA POLÍTICO-ADMINISTRATIVA, asumiendo una personería jurídica propia al ser creadas como E.S.E. por la nación, las asambleas departamentales o los concejos municipales, al incorporar en su estructura un centro máximo de poder para la toma de decisiones, en cabeza de una Junta Directiva y al avalar sus propios estatutos.

Como los Hospitales públicos son patrimonio de las comunidades, sus juntas Directivas se han de conformar por miembros que la sociedad designe como sus representantes, garantizando la participación de diferentes sectores, definidos por la ley como el político administrativo, el científico y la comunidad.

Se adquiera una autonomía financiera, realizando todos los ajustes y reformas Necesarias para adecuar su estructura y dinámica de funcionamiento, hacia un sistema en capacidad de operar en condiciones de equilibrio. Se hace necesario que el Hospital E.S.E. rediseñe y preste servicios ajustados a las necesidades y expectativas de sus clientes en el mercado de servicios donde funcione, planeando la producción, los recursos que necesita, los y sus gastos

²⁰ ibidem

Esperados, con base en un sistema de Presupuestación prospectivo.

La E.S.E. que mejor y más rápido se adapta a su entorno y a los cambios, es la más apta para sobrevivir, crecer y desarrollarse, y alcanzar a su vez niveles mayores de autonomía y de control sobre el medio.

LOS HOSPITALES E.S.E. Y SU FUNCIONAMIENTO EN EQUILIBRIO²¹

Como la totalidad de los Hospitales transformados en E.S.E., son entidades que vienen prestando servicios de salud en el país durante décadas y siglos, estos han debido iniciar un proceso de transformación que les ha obligado a realizar notorios cambios tanto en su estructura como en su dinámica de funcionamiento tradicional, procurando ajustarse a la necesidad de convertirse en un sistema empresarial autónomo que debe funcionar en condiciones de equilibrio interior y con su entorno.

En la actualidad, la necesidad de sobrevivencia constituye el motivador de reforma más importante, puesto que las estructuras organizacionales y culturales y la dinámica de funcionamiento del hospital de beneficencia estatal no le permiten mantenerse en medio del nuevo esquema de funcionamiento de la Prestación de servicios de Salud en el país, bajo el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Durante este periodo de transición y de implementación del nuevo esquema, se han evidenciado los notorios desequilibrios que han traído históricamente consigo estas entidades y que han sido permanentemente cubiertas por los recursos provenientes de transferencias estatales directas, lo que es evidente en situaciones como:

1. Hospitales ineficientes, con un bajo perfil profesional y de compromiso en sus niveles directivos y/o en sus agremiaciones de trabajadores ante la entidad y ante sus usuarios, obrando primordialmente en búsqueda de beneficios individuales.

²¹ Ibidem

2. Hospitales de alta complejidad, con elevados costos de operación, que históricamente han funcionado manteniendo un fuerte híbrido con las universidades, aumentando el gasto en insumos, fortaleciendo la cultura de la caridad y el poder unívoco del personal médico especializado y confundiendo los niveles jerárquicos y organizacionales de gerencia de empresa.

3. Y aquellos hospitales que operan dentro de un entorno de mercado que no les permite ser entes autónomos viables funcionando en condiciones de equilibrio (y en donde tampoco aparecen por la misma razón oferentes privados) y que por tanto podrían permanecer bajo la dirección y financiación del Estado en cualquiera de sus niveles (Nación, Departamentos, Distritos o Municipios), para conservar su finalidad de beneficio social.

Esto ocurre en comunidades donde la puesta en funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud ha sido lenta o mal manejada por los actores locales (en particular con la focalización y sisbenización de la población en condiciones de vulnerabilidad y pobreza y la puesta en marcha del régimen subsidiado), o en regiones con muy bajos niveles de desarrollo económico y social donde no hay condiciones para que operen las “fuerzas” del mercado (pobladores sin capacidad de compra o sin subsidio), zonas en procesos de colonización, zonas en conflictos armados, Por ejemplo.

Por ello, es necesario revisar cómo debe funcionar un Hospital E.S.E. en equilibrio y qué debe hacer para que se realicen todas las transformaciones indispensables para lograr su sobrevivencia y alcanzar su finalidad.²²

4.7 ESTANDARIZACION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
TIPOLOGIA DE CONTRATACION CON OPERADORES EXTERNOS	EL ACUERDO DE VOLUNTADES ES LA FORMA EN QUE SE REGULAN LOS PROCESOS PRODUCTIVOS EN SALUD PARA	LA CONTRATACION CON OPERADORES EXTERNOS DE LAS ESES ES EL MECANISMO QUE BUSCA GENERAR LAS DINAMICAS DE	No. De Servicios Contratados por Outsourcing/No. Total de Servicios del Portafolio Capacidad Instalada Por Outsourcing/Capacidad

²² Ibidem

	PRESTAR UN SERVICIO EN CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DE LAS PARTES OBLIGADAS CON EFICIENCIA, COBERTURA, CALIDAD Y CALIDEZ DEL SERVICIO	UNA ATENCION EN SALUD EFICIENTE Y EFICAZ DONDE LE GANADOR SEA EL USUARIO	instalada total del hospital No. De pacientes contratados por Outsourcing/ No., total de pacientes contratados por la ESE
CRITERIOS DE ADUDICACION DE UN CONTRATO	ESTABLECER LOS SERVICIOS QUE SE PUEDEN DAR EN CONTRATACION CON OPERADOR EXTERNO	DETERMINAR LOS CRITERIOS DE LA FUNCION DE PRODUCCION, FUNCION DE MERCADEO, FUNCION DE GARANTIA DE CALIDAD, FUNCION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS; FUNCION GERENCIAL E INTERVENTORA Y FUNCION FINANCIERA DE UN CONTRATO CON OPERADOR EXTERNO	Indicadores de prestación de servicios y monitorización Capacidad instalada Calidad del servicio Centinelas Alertas tempranas Notificación obligatoria
CAPACIDAD JURIDICA DEL OPERADOR EXTERNO	Garantías de prestar el servicio con los requisitos como persona jurídica vigente	Clase de persona jurídica Experiencia en prestación del servicio de salud a prestar Prohibición de Unión temporal con EAPB Cumplimiento de la Habilitación Seguridad social y parafiscales de los empleados Pólizas de Seguros y seriedad de las ofertas Encargo fiduciario Solvencia y buen Nombre Recurso humano con capacidad técnico científica Estructura organizacional Modelo de prestación de servicio planteado	No. De requisitos Cumplidos por el Operador externo/No. Total de requisitos exigidos a los operadores externos.
CAPACIDAD ECONOMICA DEL OPERADOR EXTERNO	Es la garantía que tiene el operador para desarrollar los procesos de inversión, tecnología,	Condiciones de aportes de Inversión en infraestructura y dotación, manejo de	Numero de Requisitos de capacidad económica cumplidos por el operador externo/ Numero de

	funcionamiento y operación del servicio o entidad a adjudicarla en forma autónoma.	insumos e instrumental para operar el servicio Capacidad para operar el servicio Respaldo económico para atención en salud autónoma	requisitos exigidos de capacidad económica a los oferentes
CAPACIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD	Garantía de Desarrollo de las condiciones técnico científicas y de indicadores de prestación de servicios exigidos en el SOGCS.	SISTEMA UNICO DE HABILITACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACION SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PAMEC	No. De Requisitos de Capacidad técnico Científica cumplidos/No de requisitos de capacidad técnico científica exigidos Indicadores de oportunidad del servicio Indicadores de gestión del riesgo Indicadores de satisfacción
CAPACIDAD FINANCIERA DEL OPERADOR EXTERNO	Medida en términos de sus estados financieros como balance general y estado de resultados	Establecer si el operador privado registra la suficiente liquidez, solvencia, capital de trabajo y apalancamiento financiero para garantizar el contrato	Análisis de liquidez Análisis de rentabilidad y solvencia Capital de trabajo Apalancamiento Contribución financiera Ciclo de caja Flujo de caja libre.
CALIFICACION DE LA PROPUESTA	Estándares de medición democráticas para los oferentes	Medición de la capacidad jurídica. Económica; financiera y técnico científica de las propuestas.	Indicadores de Capacidad jurídica Indicadores de capacidad económica Indicadores de Capacidad de calidad de servicios Indicadores de Capacidad financiera.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que desarrollaremos será de tipo descriptivo y evaluativo en el sentido de determinar los contextos que se dan en cada una de las capacidades que hay que tener en cuenta para realizar como ESE un contrato de operador externo, evaluativo por que a cada capacidad estableceremos sus ventajas y desventajas operativas para cada una de las partes y prospectiva porque fijaremos criterios metodológicos a tener en cuenta en el tiempo inmediato para el gana gana de las partes y se asegure al usuario como nicho central de la negociación.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 POBLACIÓN

En general tomaremos los que dicen los expertos a nivel nacional que han tenido experiencia en estos procesos, es decir por todas las ESE, s del país.

5.2.2 MUESTRA

Estableceremos de acuerdo a lo comentado por los expertos casos puntuales indistintos de las ESE,s que en nuestra región Caribe, vienen prestando sus servicios con este modelo de negocios.

5.2.3 FUENTES DE INFORMACION

PRIMARIAS: Abordaremos de acuerdo a cada caso por teléfono o internet a los trabajadores amigos o compañeros de estudios que laboran en las ESE,s que tienen contratos de operadores externos, en una agenda abierta.

SECUNDARIAS: Las que recabemos de documentos del Ministerio de la Protección Social, Supersalud y demás organismos del estado que tengan información al respecto

INTERNAS: Las que recabemos de las ESE,s con este modelo de negocio en bolívar y la de las empresas donde laboramos que tienen contratos como operadores externo.

5.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

VARIABLES	DIMENSIONES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
TIPOLOGIA DE CONTRATACION CON OPERADORES EXTERNOS	LA CONTRATACION CON OPERADORES EXTERNOS DE LAS ESES ES EL MECANISMO QUE BUSCA GENERAR LAS DINAMICAS DE UNA ATENCION EN SALUD EFICIENTE Y EFICAZ DONDE LE GANADOR SEA EL USUARIO	documental	Libros y documentos al respecto, normatividad de contratación	Secundaria
CRITERIOS DE ADUDICACION DE UN CONTRATO	DETERMINAR LOS CRITERIOS DE LA FUNCION DE PRODUCCION, FUNCION DE MERCADEO, FUNCION DE GARANTIA DE CALIDAD, FUNCION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS; FUNCION GERENCIAL E INTERVENTORA Y FUNCION FINANCIERA DE UN CONTRATO CON OPERADOR EXTERNO	Normatividad	Reglamentación vigente y procesos operativos inherentes	Internas y secundaria
CAPACIDAD JURIDICA DEL OPERADOR EXTERNO	Clase de persona jurídica Experiencia en prestación del servicio de salud a prestar Prohibición de Unión temporal con EAPB	documental	Persona Jurídica Apta y viable.	Secundaria

	<p>Cumplimiento de la Habilitación Seguridad social y parafiscales de los empleados Pólizas de Seguros y seriedad de las ofertas Encargo fiduciario Solvencia y buen Nombre Recurso humano con capacidad técnico científica Estructura organizacional Modelo de prestación de servicio planteado</p>			
CAPACIDAD ECONOMICA DEL OPERADOR EXTERNO	<p>Condiciones de aportes de Inversión en infraestructura y dotación, manejo de insumos e instrumental Capacidad para operar el servicio Respaldo económico para atención en salud autónoma</p>	Soporte documental	Evaluativa	Primaria
CAPACIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD	<p>SISTEMA UNICO DE HABILITACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACION SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PAMEC</p>	Soporte documental	Cumplimiento normativo	Primaria
CAPACIDAD FINANCIERA DEL OPERADOR EXTERNO	<p>Establecer si el operador privado registra la suficiente liquidez, solvencia, capital de trabajo y apalancamiento financiero para garantizar el contrato</p>	Soporte Documental	Análisis estados financieros	Secundaria
CALIFICACION DE LA PROPUESTA	<p>Medición de la capacidad jurídica. Económica; financiera y técnico científica de las propuestas.</p>	Mapa de procesos	Estandarización de variables	Secundaria

6. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL - DIMENSION TELEOLOGICA DEL OUTSOURCING EN HOSPITALES PUBLICOS

6.1 CONDICIONES BASICAS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS

Independiente a quien realice en el hospital público el proceso de dar en administración con operadores externos estos no pueden darse en forma eficiente si:

- ✓ No hay confianza en quien las realiza, si hay sesgos o desconocimiento del proyecto
- ✓ Si no se involucra a quienes pueden y deben corregir las desviaciones e implantar recomendaciones
- ✓ Si no hay autonomía o falta de recursos para éstas actividades programadas en los mismos proyectos de operador privado de la unidad o área funcional.
- ✓ Si no hay seguimiento Físico-Financiero, de metas de indicadores, Presupuestal, Contable, a contratos y cualitativo para apoyar su desempeño

Y entender que debe hacerse con toda la neutralidad valorativa e independencia mental para que lo que planteamos para los gerentes del hospital público permanezcan en el tiempo en forma:

1. Sostenible: No poner en riesgo la existencia de estas empresa
2. Humano: existimos por la gente
3. Innovador: reinventarnos día a día

6.2 MODELO DE GESTION HOSPITALARIA PARA SUS TRANSFORMACIONES INSTITUCIONALES.

Para desarrollar el modelo de Gestión hospitalario de las ESE,s en virtud de sus transformaciones institucionales con operadores externos; los actores responsables de su dirección y control deben:

- Generar una cosmovisión y actuar en consecuencia sobre los procesos operativos, administrativos, de calidad, financieros y logísticos del Desarrollo Empresarial hospitalario, de tal manera que sus estrategias de transformación garantice la auto sostenibilidad integral del mismo.
- Tener como foco central a la población más pobre y vulnerable y no cambiar de este nicho de mercado.
- Generar un nivel de resolutivez y capacidad técnico científica a las necesidades del usuario que no distinga entre la autónoma del hospital y la del operador externo
- Desarrollar el modelo de negocio de la salud con operadores externo como un bien económico en términos de productividad hospitalaria, competitividad hospitalaria y rentabilidad económica y social de la asociación.
- Definir el papel de referencia y contra referencia en forma clara, la integración funcional y la interdependencia de servicios, que garanticen la operatividad de calidad con el, operador externo.
- Garantizar la capacidad técnico científico en mejor forma que si prestara el servicio autónomo, en virtud de la inversión del operador externo en habilitación, acreditación, sistema de información y auditoria de la calidad del servicio

- Definir los mecanismos de alianza estratégica con el operador externo en términos de acertada contratación, adecuada facturación y óptimo recaudo.

6.3 ASEGURAMIENTO DEL ÉXITO DEL OUTSOURCING SI Y SOLO SI

- ❖ Los miembros de la alta gerencia se reúnen en forma regular.
- ❖ Los pagos se relacionan con los resultados del negocio o con un volumen específico de desempeño, no con volúmenes fijos de trabajo.
- ❖ Un contrato a más de una vigencia(5años)
- ❖ Revelación mutua de costos y beneficios
- ❖ Participación en la planeación estratégica del otro.
- ❖ Dificultad para distinguir al personal de cada empresa
- ❖ El socio no se selecciona con base en un proceso de un concurso competitivo
- ❖ Cada socio busca formas para reducir los costos totales
- ❖ Cada socio agrega valor en forma real.

6.4 FACTORES IMPORTANTES AL ELEGIR UN OPERADOR EXTERNO

- Experiencia del proveedor
- La calidad de sus servicios
- El precio del servicio ofertado
- Capacidad de compromiso de un esquema de compensación por resultados
- Conocimiento de la tecnología
- Outsourcing como línea central de su negocio
- Capacidad de implementación y referencia de mercado
- Capacidad financiera y de inversión de capital
- Flexibilidad contractual
- Capacidad para reducir y manejar riesgos

7. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA JURIDICA DEL OUTSOURCING EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

7.1 TIPOS DE CONTRATOS

Los Sujetos contractuales en este tipo de contratos serian; las asociaciones de especialistas, empresas especializadas en servicios, cooperativas especializadas, cooperativas de Trabajo Asociado especializadas en Salud. Y las IPS, S HABILITADAS.

Los Modelos Contractuales para la Operación externa, más conocidas serian la concesión, convenio, concierto, producción de servicios de salud, contratos de riesgo y de asociación, todos deben tener el concepto de alianza estratégica.

En cuanto a la contratación estatal o estatuto de contratación del sector público, se definen como:

- Concesión: Su objeto es otorgar a un concesionario la prestación, operación, explotación u operación total o parcial de un servicio público, o la construcción, explotación y conservación de una obra o bien destinados al servicio o uso público, a cambio de una remuneración que puede consistir en derechos, tasa, tarifas, valorización o participación en la explotación.
- Encargos fiduciarios y fiducia pública: Su objeto es la transferencia a una Entidad Fiduciaria vigilada por la SFC de recursos vinculados a los contratos estatales para su administración y manejo. Tiene reglas especiales respecto de la fiducia mercantil y control especial.
- Prestación de servicios: Su objeto es desarrollar actividades relacionadas con la administración y funcionamiento de una entidad. Solo se pueden celebrar con personas naturales cuando la planta no tenga el personal especializado y

no generan relación laboral con la Entidad. EL CUAL ATAÑE PERFECTAMENTE AL TEMA TRATADO.

7.2 FORMAS DE ASOCIACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

7.2.1 CONTEXTO NORMATIVO MAS INMEDIATO

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales; consorcios u otra figura jurídica con instituciones prestadoras de salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinaran la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia. (Artículo 62 de la Ley 1438 de 2011- CONFORMACION DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD)

El Inciso Primero del Numeral 6 de la Circular Externa 066 del 23 de Diciembre de 2010 Practicas Autorizadas en la prestación de servicios de salud; establece;

“Los prestadores de Servicios de salud podrán contratar individualmente la prestación de servicios de salud o podrá contratar la prestación de servicios mediante la figura de asociación o de alianzas estratégicas con otros Operadores Privados o Públicos mediante sistemas negociables mercantiles que faciliten su cumplimiento, generen economía de costos y optimicen la gestión, obteniéndose una participación razonable en el margen de rentabilidad logrado por el operador de servicios, buscando a través de esta asociación o alianza, la optimización de los recursos destinados a la salud, reduciendo el costo que para las entidades responsables de pago de servicios de salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes adicionales de salud, los particulares y demás pagadores del sistema, podrían significar el tener contratos con cada prestador brindando los servicios de salud en un paquete integral o interdisciplinario de servicio”

De igual manera; el Inciso Cuarto del Numeral 6 de la Circular Externa 066 del 23 de Diciembre de 2010 Practicas Autorizadas en la prestación de servicios de salud; establece;

“Del mismo modo, el Prestador de Servicios de Salud podrá ofertar y vender sus servicios habilitados, a través de un asociado o aliado por Outsourcing, por tercerización, o por externalizarían, esto es, mediante la asociación o contratación de un tercero no habilitado, para el suministro de los servicios de salud habilitados por el prestador de servicios de salud, bajo la figura de la asociación o contratación por Outsourcing, por tercerización o por externalizarían de estos servicios”

El Numeral 6.1 de la Circular Externa 066 del 23 de Diciembre de 2010 Formas de asociación o alianzas estratégicas para la prestación de servicios de salud; establece;

“Los prestadores de servicios de salud podrán entre otras figuras, realizar asociaciones o alianzas estratégicas tales como:

1. La conformación de una asociación o alianza estratégica con otros prestadores de servicios de salud, para poder ofertar en conjunto los servicios de salud, siempre que no configure la doble habilitación de un mismo servicio o la subcontratación o intermediación de servicios de salud claramente prohibida en el Sistema general de seguridad social en salud.
2. La contratación de un tercero operador de servicios de salud, persona natural o persona jurídica, o la asociación o alianza estratégica con este, para el suministro de los servicios de salud, bajo la figura de tercerización; Outsourcing o externalizarían para la prestación de servicios de salud, sin que dicho tercero operador, habilite los servicios objeto de la contratación o asociación.”

7.2.2 CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES

La Circular Externa 061 de la Superintendencia Nacional de Salud establece que los Consorcios y Uniones Temporales no pueden contratar con EPS²³

La Superintendencia Nacional de Salud, hace una amplia exposición de motivos para declarar inviable la suscripción de contratos entre EAPB y consorcios o uniones temporales, para lo cual en primera instancia lista las ocho (8) obligaciones principales que tienen las IPS para poder formar parte de una red de prestadores de servicios de salud:

- 1) Tener habilitados los servicios que ofrece y busca contratar.
- 2) Estar con registro vigente en el Registro Único de Prestadores del MPS
- 3) Tener posesionado un revisor fiscal ante la SNS.
- 4) Estar a paz y salvo con la tasa de contribución a la SNS.
- 5) Estar al día con el reporte de información a la SNS.
- 6) Definir en la relación contractual el modelo de atención, el sistema de referencia y contra referencia, los procesos de auditoría y los indicadores.
- 7) Garantizar el acceso a la atención, y 8) Soportar la suficiencia para prestar los servicios por contratar a partir de la capacidad instalada.

De lo anterior, concluye la Superintendencia, se desprende que las obligaciones surgen entre las entidades responsables del pago ERP, y los prestadores de salud debidamente habilitados, quedando por tanto excluidos los consorcios y/o uniones

²³ www. Consultorsalud.org.co Noviembre 2010

temporales que carecen del requisito sine qua non; es decir, la habilitación, otorgada por las respectivas entidades departamentales, lo cual conllevaría a configurarse una intermediación, figura prohibida en el SGSSS conforme a lo dispuesto en el párrafo del artículo sexto del Decreto 515 de 2004.

Sin embargo existe un concepto previo de la oficina jurídica del Ministerio de la Protección Social, firmado por el Dr. Juan Fernando Romero, quien mediante oficio Radicación Interno 135952 del 10 de octubre de 2003, se pronunció con relación a la posibilidad de que los consorcios o las uniones temporales contraten la prestación de servicios de salud con EPS y ARS, en los siguientes términos:

"En el caso de uniones temporales, consorcios u otras formas de asociación para prestar servicios de salud, será posible la contratación por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Salud, siempre y cuando los prestadores de servicios de salud que la conformen sean socios de éstas y se encuentren cada uno debidamente habilitados e inscritos en el registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud."

La CIRCULAR EXTERNA 067 de Diciembre 27 de 2010, Superintendencia Nacional de Salud; Asociación o Alianza Estratégica para la Prestación de Servicios de Salud.

Numeral 3 Asociación o alianza estratégica entre prestadores de servicios de salud para la oferta y contratación conjunta de los servicios de salud.

Numeral 3.1 Consorcios o Uniones temporales. Se entiende por consorcio o Unión temporal; cuando dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente de todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato. Mientras en el CONSORCIO, las actuaciones hechos y omisiones que se presenten en el desarrollo de la propuesta y del contrato afectarán a todos los miembros que la conforman; en la UNION TEMPORAL, las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se

impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de dicha unión temporal.

7.2.3 TERCERIZACION O OUTSOURCING

EL Numeral 4.3 de la circular 067 OUTOSURCING, TERCERIZACION O EXTERNALIZACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD; establece en su inciso tercero:

“El prestador de servicios de salud que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe; independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares”.

Es importante resaltar, el inciso cuatro del numeral 4.3.2 HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD SUMINISTRADOS POR OUTSOURCING, TERCERIZACION O EXTERNALIZACION; que a la letra contempla:

Los servicios objeto del contrato o de la asociación por Outsourcing, tercerización o Externalización, serán prestados por el tercero contratado o asociado por Outosourcing, tercerización, Externalización, agente tercerizados o externalizador, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, bajo los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes, así como aquellos que las partes definan de manera concertada.

7.3 OBJETO DEL CONTRATO

Estos contratos por lo general de acuerdo a la tipificación anterior, deben girar alrededor de los siguientes contextos:

7.3.1 Si la ESE, tiene toda la infraestructura, dotación y biotecnología; entonces el aliado tiene como objeto la operación y administración del servicio

7.3.2 Si es un proyecto nuevo, se estipula que las dos partes pueden invertir y poner entonces el objeto del contrato es desarrollar en las instalaciones físicas de la ESE, una alianza estratégica y asociación en forma conjunta; para el montaje, operación y mantenimiento de los servicios integrales de la especialidad o área funcional de servicios; que demandan los usuarios de su actual contratación en el nivel de resolutivez correspondiente y con la descripción del portafolio a prestar.

7.3.3 Si es un proyecto nuevo o continuo pero el inversionista Principal es el operador externo entonces, se estipula entonces el objeto sería regular y establecer todas las condiciones, derechos, obligaciones, responsabilidades y estipulaciones bajo las cuales se pone en marcha el montaje, operación y mantenimiento en sus instalaciones de alta complejidad, de la unidad especializada para la prestación de los servicios diagnósticos y terapéuticos en el área de la especialidad del nivel de complejidad correspondiente en su totalidad y de manera exclusiva en el desarrollo del siguiente portafolio que se discrimina.

7.4 DOCUMENTOS DE LEGALIZACIÓN DE ESTOS CONTRATOS

Los principales documentos que deben aportar los operadores externos en este tipo de contratos los podemos clasificar de la siguiente manera:

- a) La propuesta con sus anexos presentada por el asociado
- b) La certificación de los aportes a seguridades sociales y parafiscales si hay lugar.
- c) Manual de contratación del hospital el cual reconoce el asociado y demás documentos que se produzcan con ocasión de su ejecución
- d) Las especificaciones técnicas, guías de manejo, facturación y tarifas pactadas con los diferentes clientes al momento de firmar el presente contrato.
- e) El manual de interventoría del hospital
- d) Carta de presentación de la Oferta
- f) Certificado de Existencia y Representación legal

- g) Garantía de seriedad de la oferta
- h) Certificado de Inscripción del revisor fiscal ante la Supersalud.
- i) Certificado de antecedentes disciplinarios del revisor fiscal
- j) Certificado de antecedentes y responsabilidad fiscal del operador externo
- k) fotocopia del RUT
- l) Fotocopia de c.c. del representante legal del operador externo
- LI) Manifestación por escrito de los equipos que al final del contrato pasan a Manos de la ESE Hospital público.

7.5 LEGALIZACIÓN DE LAS POLIZAS DE SEGUROS DEL CONTRATO.

En virtud de salvaguardar los incumplimientos y contingencias del objeto del contrato y compromisos de ley en el contrato es menester que el operador externo blinde la negociación expidiendo las siguientes pólizas de seguros ante un asegurador registrado ante la superintendencia financiera de Colombia:

La garantía bancaria o póliza de seguro debe cubrir los riesgos cuyo porcentaje se aplicara para el primer años de operación sobre los ingresos brutos proyectados en la oferta para ese periodo, para los años subsiguientes de ejecución del contrato los porcentajes se aplicaran sobre los ingresos brutos de operación de la unidad en el año inmediatamente anterior certificado por el hospital.

A) De cumplimiento equivalente al (pactado) % del valor de los ingresos por el termino de un año prorrogable por términos iguales durante todo el plazo de ejecución del contrato.

B) De buena calidad del servicio generado de los bienes aportados a la asociación equivalente al (pactado) % del valor de los ingresos, por el termino de un año prorrogable por términos iguales durante todo el plazo de ejecución del contrato.

C) De pago de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones del personal, en caso que el asociado emplee para la ejecución del contrato terceras personas para

el cumplimiento por el termino de (pactados) años prorrogable anualmente por términos iguales durante el plazo de ejecución del contrato.

D) De responsabilidad civil frente a terceros derivados de la ejecución del contrato, a través de un amparo autónomo contenido en póliza anexa por el término de un año prorrogable por términos iguales durante todo el plazo de ejecución de contrato equivalente a (pactado) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

E) De responsabilidad civil profesional derivada de la prestación de servicios de salud por una suma de (pactados) salarios mínimos legales mensuales vigentes por el término de un año prorrogable por términos iguales durante todo el plazo de ejecución del contrato.

8. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA OPERATIVA DEL OUTOSURCING EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

8.1 FUNCION DE PRODUCCION PARA LAS PARTES

Desarrollar la prestación de los servicios especializados en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías de su especialidad, mediante la utilización del conocimiento clínico y quirúrgico en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías de su formación por competencias clínicas con apoyo diagnóstico y terapéutico utilizando las tecnologías y técnicas más modernas de las ciencias medicas a los usuarios de hospital de acuerdo al portafolio exigidos en los términos de referencia.

Garantizar el funcionamiento continuo de los servicios las 24 horas del día los 365 días de año. De la unidad especializada para operar a su cargo en la ESE- Hospital Público; aportando en su totalidad el recurso humano, materiales, insumo y medicamentos inherentes a cada servicio.

Generar las Dinámicas pertinentes a la coordinación intrainstitucional para cumplir con la atención a los pacientes con patologías de la especialidad y el reporte de los resultados e indicadores normativos y exigidos por el SGSSS para los prestadores de servicios de salud del nivel de complejidad correspondiente a la ESE.

Utilizar los servicios integrales de apoyo diagnóstico y terapéutico y de hospitalización ofertados por el hospital para los paciente que siendo atendidos en la unidad dada en operación lo requieran; para lo cual la ESE hospital público, regulará y estandarizará la interdependencia e integración funcional de servicios con las demás áreas y unidades funcionales y la red integrada de servicios.

Las partes deben disponer de un plan de contingencia que permita la ejecución de todas las actividades a desarrollar según el objeto del contrato que permita la atención oportuna e integral de los pacientes que por alguna situación eventual no puedan ser atendidos en las instalaciones de la ESE - HOSPITAL

El operador externo en la prestación de servicios a su cargo, debe mantener durante la ejecución del contrato la tecnología ofertada e instalada de los equipos de conformidad con lo dispuesto por las condiciones técnico científicas de la habilitación y reponerla por obsolescencia o deterioro en los que garantice que no hay un desmejoramiento en la tecnología ofertada e instalada para la operación de la responsabilidad dada.

8.3 FUNCION DE GARANTIA DE LA CALIDAD POR LAS PARTES

8.3.1 SISTEMA UNICO DE HABILITACION

En el punto 2 del numeral 6.1 de la circular externa 066 del 23 de diciembre de 2010 formas de asociación o alianzas estratégicas para la prestación de servicios de salud; en cuanto a la habilitación se establece;

“La contratación de un tercero operador de servicios de salud, persona natural o persona jurídica, o la asociación o alianza estratégica con este, para el suministro de los servicios de salud, bajo la figura de tercerización; Outsourcing o externalizarían para la prestación de servicios de salud, sin que dicho tercero operador, habilite los servicios objeto de la contratación o asociación.”

Es Menester que el Operador; acompañe al hospital en el proceso de habilitación ante la dirección territorial de salud respectiva; aportando los requisitos que le competen.

EL Numeral 4.3 de la circular 067 OUTOSURCING, TERCERIZACION O EXTERNALIZACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD; establece en su inciso tercero:

“El prestador de servicios de salud que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe;

independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares”.

La explotación del servicio operado hace parte de la explotación de los servicios integrales del hospital para aplicar el concepto de paciente integral atendido.

8.3.2 SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

En el cumplimiento de la ruta crítica de la acreditación es imprescindible que la ESE-HOSPITAL involucre al operador externo.

Las responsabilidades de los estándares y las inversiones para cumplirlos deben ser sufragadas por el contrato de asociación con el operador externo e involucrar a su personal en las metas y logros correspondientes.

8.3.3 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA LA CALIDAD EN SALUD – PAMEC

Los procesos diagnósticos de la calidad observada versus la calidad obtenida, es importante hacer unos acuerdos de trabajos con flujogramas integrales entre las partes para que la auditoria clínica, de calidad y medica de cuentas se haga en forma conjunta y sin colisión de competencias, Para lo cual la ESE HOSPITAL PUBLICO hará integración funcional de procesos de atención y manejo de interdependencia de servicios y permitirá y facilitará la participación de operador en los procesos de Capacidad técnico Científica, en especial las juntas medicas; los comités técnico científicos; el seguimiento a riesgo, la referencia y contra referencia.

Lo anterior; permite un PAMEC unificado y el diligenciamiento de la lista de chequeo de habilitación y la auditoria concurrente y medica de cuentas incluidas la contestación clínica de las glosas.

8.3.4 SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD EN SALUD - SIISC

La ESE – HOSPITAL público, en virtud de tener la habilitación del servicio por parte de la dirección territorial de salud; debe buscar mecanismos expeditos para integrar el sistema de información y los reportes como la obligación del Decreto 2193 de 2004 y los indicadores trazadores de la resolución 1446 de 2006 y circular única de la Supersalud incluyendo los del operador externo.

Las partes deben acordar la implementación de un sistema de información y facturación compatible del operador externo con el que cuenta el hospital para evitar trastornos en el manejo de los procesos de atención en salud, administrativos y financieros al respecto.

8.4 DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DOCENCIA – SERVICIO E INVESTIGACIÓN

En el caso de los hospitales de segundo, tercero y universitarios, es menester atender los requerimientos de ley en dicho contrato de operador externo, para implementar la gestión del conocimiento y el desarrollo científico de la institución en los convenios docencia servicios.

Por tanto, se hace necesario por parte del operador externo apoyar y viabilizar el desarrollo de los programas de docencia – servicio que el hospital realice con las universidades con las cuales mantenga convenio vigente y del mismo modo debe apoyar la implementación y desarrollo de programas de investigación en asocio con las universidades u otros organismos que auspicien estas actividades, en las áreas específicas de la especialidad que desarrolla, promoviendo las publicaciones en revistas de reconocido prestigio nacional o internacional.

Denotamos lo contemplado en el Parágrafo 2° NUMERAL 2 DEL ARTICULO 13 TITULO III DE LA LEY 1164 DE 2007 sobre los requisitos para ser Hospital Universitario:

1. Debe contemplar un programa de docencia – investigación y extensión
2. Debe ejecutar un programa propio de educación medica continuada permanente y exclusiva e independiente de las universidades
3. Debe tener sus propios grupos de investigaciones registrados ante COLCIENCIAS independientes de las universidades
4. Debe generar proyectos de extensión autónomos o en concertación o como compensación.

De igual manera; el Decreto Número 2376 de 1 Julio de 2010 expedido por el Ministerio de la Protección Social "Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud contempla las Responsabilidades de la ESE – HOSPITAL PUBLICO en docencia servicio para ser hospital universitario como escenario de prácticas debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Incluir en su misión la vocación universitaria
- Estar habilitado y acreditado
- Disponer de una Capacidad Técnico Científica adecuada
- Mantener servicios prioritarios de prácticas en pregrado y postgrado
- Cumplir con los criterios de evaluación
- Por lo menos tener un grupo reconocido en COLCIENCIAS.
- Para las practicas de especialidades medico quirúrgicas vincular profesionales con idoneidad científica e investigativa
- escenarios exclusivos de prácticas y áreas docentes
- modelo de evaluación de las practicas formativas

9. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA ADMINISTRATIVA DEL OUTSOURCING EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

9.1 MANEJO DE LOS RECURSOS FISICOS

El operador debe asegurar el cumplimiento en las unidades o servicios entregados de un programa de mantenimiento preventivo, predictivo correctivo y de calibración de los equipos aportados por el asociado y por el hospital, de acuerdo con las especificaciones de cada uno de ellos y bajo la supervisión del hospital; lo anterior debe hacerse de acuerdo a los parámetros establecidos en la normatividad vigente y el libro blanco de equipamiento hospitalario expedido por el Ministerio de la Protección Social.

9.2 FUNCION DE MERCADEO DE LOS SERVICIOS

En virtud a que en el contrato de asociación no debe existir capacidad ociosa en la prestación de los servicios para emplear en forma eficiente todos los recursos empleados y la facturación estimula que si el operador externo trae clientes al hospital sin hacer competencia desleal, este le asegura un% menor de la facturación de los clientes de la ESE; uno de los compromisos que debe surtirse entre las partes es la de mercadear los servicios operados para ampliar el número de pacientes e incrementar el porcentaje de ocupación de la unidad, especialmente en el régimen contributivo y excepcional que no son del resorte misional de los hospitales públicos.

9.3 DESARROLLO CONJUNTO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Las partes deben conocer y garantizar los mecanismos de funcionamiento de los procesos y procedimientos administrativos, los cuales proponemos así:

PROCESO O ACTIVIDAD A TENER AL DIA	FECHA DE ACTUALIZACION
3. ACTUALIZACION DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS	CADA DOS AÑOS

REORGANIZACION FUNCIONAL DE LAS BIOESTADISTICAS, LOS RIPS, LAS HISTORIAS CLINICAS Y EL SIISC	CADA DOS AÑOS O EN SU DEFECTO AJUSTARLO DE ACUERDO A LAS NORMAS QUE SE EMITAN
5. MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE QUEJAS Y RECLAMOS	CADA AÑO
6. PARAMETRIZACION DE LOS CONTRATOS	CADA AÑO EN EL MES DE ABRIL
7. REORGANIZACION FUNCIONAL DE LA FACTURACION, AUDITORIA MEDICA DE CUENTAS Y CARTERA	CADA AÑO EN EL MES DE DICIEMBRE
11. MANUAL DEL USUARIO	CADA AÑO EN EL SEGUNDO SEMESTRE
14. MECI 1000: 2005	DE CONFORMIDAD CON LOS TIEMPOS QUE INDICA LA NORMA
15. MEJORAMIENTO DEL PAMEC	CADA 6 MESES EN JUNIO Y DICIEMBRE
16. ACTUALIZACION DE ESTATUTOS	CADA TRES AÑOS
17. MEJORAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	CADA DOS AÑOS
18. ELABORACION DEL MAPA DE RIESGO	CADA AÑO Y CONDICIONADO AL MECI Y SOGCS
19. SISTEMA UNICO DE HABILITACION AUTOEVALUACION	CADA DOS AÑOS Y DE ACUERDO A LAS EXIGENCIAS DE LA NORMA
20. REGLAMENTO DE PSS	CADA DOS AÑOS
21. LICENCIA DE SOFTWARE	CADA AÑO
22. GUIAS DE PRACTICA CLINICA	CADA AÑO EN OCTUBRE
23. REGLAMENTO DE HIGIENE Y RIESGOS LABORALES	CADA TRES AÑOS O AJUSTARLO A LA EXPEDICION DE NORMAS

10. LINEAMIENTOS DE GESTION INSTITUCIONAL – PLATAFORMA FINANCIERA DEL OUTSOURCIN EN LOS HOSPITALES PUBLICOS

10.1 AUTOSOSTENIBILIDAD DE LA ASOCIACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS.

10.1 PROCESO DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD

En los procesos de contratación de la ESE – HOSPITAL; con la red de servicios, en donde por derecho propio tienen la obligación de contratar el 60% del régimen subsidiado; el 100% de los del subsidio a la oferta y para el primer nivel los programas de salud pública de intervenciones colectivas el municipio en salud pública, es importante que el operador externo conozca de primera mano los servicios contratados con las distintas entidades responsables de pago, para lo cual deben parametrizarse y los compromisos adquiridos en la atención en salud a los usuarios para actuar en consecuencia.

Dichos contratos lo mismo que los que consigan los operadores externos debe ser objeto de tenencia de una contabilidad general y por centros de costos que le permita al hospital a través de la interventoría determinar el estado financiero y contable del negocio. Esto no es óbice para que las contabilidades y estados financieros de cada parte se reserven el derecho a publicarlos entre sí.

10.2 PROCESO DE FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD

El operador externo, deberá participar al hospital del % porcentaje de la facturación bruta descontados los montos correspondientes a impuestos y descuentos que no sean constitutivos de la tarifa resultante de la explotación de este servicio cuando los contratos sean portados por el hospital y una participación % porcentual de la facturación bruta descontados los montos correspondientes a impuestos y descuentos que no sean constitutivos de la tarifa resultante de la explotación de este servicio cuando las contrataciones sean gestionadas por este. Esta participación de

ambas modalidades, deberán estar estipuladas previamente mediante un estudio de conveniencia y oportunidad del proceso de adjudicación.

En la Segunda Semana de cada mes tanto el interventor de la ESE HOSPITAL PUBLICO como el auditor del Operador Externo, deben liquidar mediante acta pertinente, la facturación y tramite de glosas correspondientes del corte de cada mes cumplido en virtud al tiempo de las cuentas medicas, formatos de atención y manual único de glosas del Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y la ley 1438 de 2011.

En el anterior proceso, se deberán tener en cuenta los siguientes procesos de las cuentas médicas de ley así:

TIEMPOS DE CUENTAS MEDICAS EN EL PROCESO DE CONTRATACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NO CAPITADOS						
NORMA	DIAS DE RADICACION	DIAS DE SEGUIMIENTO	DIAS DE CONTESTACION GLOSAS	LEVANTAMIENTO O CONCILIACION GLOSAS	DIAS DE PAGO	INTERES DE MORA
LEY 1438 DE 2011 (ARTICULO 56 Y 57)	20 DIAS HABILES CORTE MES	20 DIAS HABILES A LA RECEPCION	15 DIAS AL RECIBO	10 DIAS HABILES - 7 ADICIONALES SI ES SUBSANABLE	5 DIAS HABILES A SU LEVANTAMIENTO	DIAN
DECRETO 4747 DE DICIEMBRE 7 DE 2007 (ARTICULOS 22, 23 Y 24)	20 DIAS HABILES CORTE MES	20 DIAS HABILES A LA RECEPCION	15 DIAS AL RECIBO	10 DIAS HABILES - 7 ADICIONALES SI ES SUBSANABLE	5 DIAS HABILES A SU LEVANTAMIENTO	Artículo 7º del Decreto Ley 1281 DE 2002

10.3 GESTION CARTERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

10.3.1 GENERACION DE LA CARTERA

De acuerdo a lo pactado es menester cumplir con los tiempos de las cuentas medicas por parte de quien tenga la responsabilidad en el contrato previo ya sea la ESE – HOSPITAL O EL OPERADOR.

Es fundamental que los auditores de ambas partes liquiden la facturación, revisen la preparación de las cuentas medicas y ordenen las cuentas de cobro antes de radicarlas ante los responsables de pago, para lo cual la generación de la cartera se inicia con esta radicación.

10.3.2 SEGUIMIENTO DE LA CARTERA

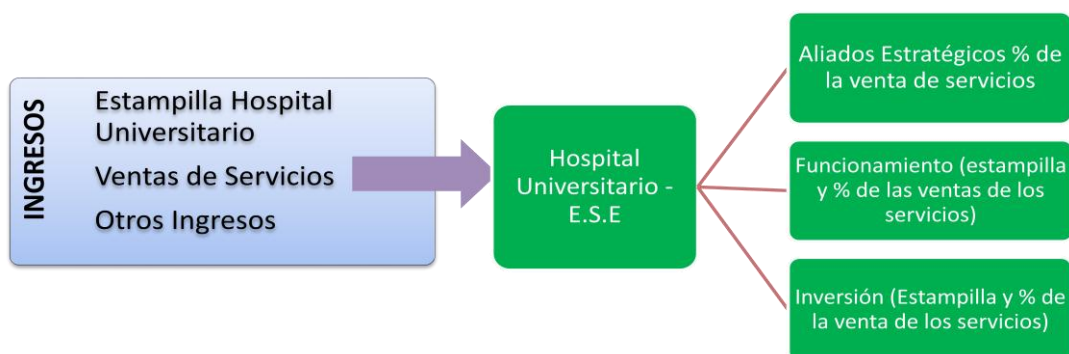
Las glosas y objeciones deben ser contestadas por ambas partes y corregidas por la dependencia que las origino, pero los dos auditores de las partes deben evaluarlas al llegar devueltas de las Entidades responsables de pagos, monitorizarlas para su respuesta y levante y conciliación en caso de no ser aceptadas; en cumplimiento del manual único de glosas de la Resolución 3047 de 2008.

10.3.3 RECAUDO DE LA CARTERA - ENCARGO FIDUCIARIO

En cuanto a blindar el manejo de los recursos del contrato con operador externo, LA ESE – HOSPITAL PUBLICO; debe establecer una estructura financiera solida y con el criterio de patrimonio autónomo y destinación específica de los beneficiarios y la mejor opción de constituir y garantizar un esquema de administración y fuente de pago viable para las partes es a través de un encargo fiduciario para el recaudo y gestión de las la rentas procedentes de las entidades responsables de pago de los servicios de salud prestados.

10.3.3.1 Actual Modelo de Recaudo

Partiendo de la mayor complejidad los Hospitales Universitarios - ESE,s en la actualidad tiene como base de ingresos los aportes que reciben por parte del departamento, de los giros directos que este hace de la Estampilla Hospital Universitario aprobada por las asambleas departamentales y la contratación con las entidades responsables de pago.



Fuente: Construcción Estudiantes.

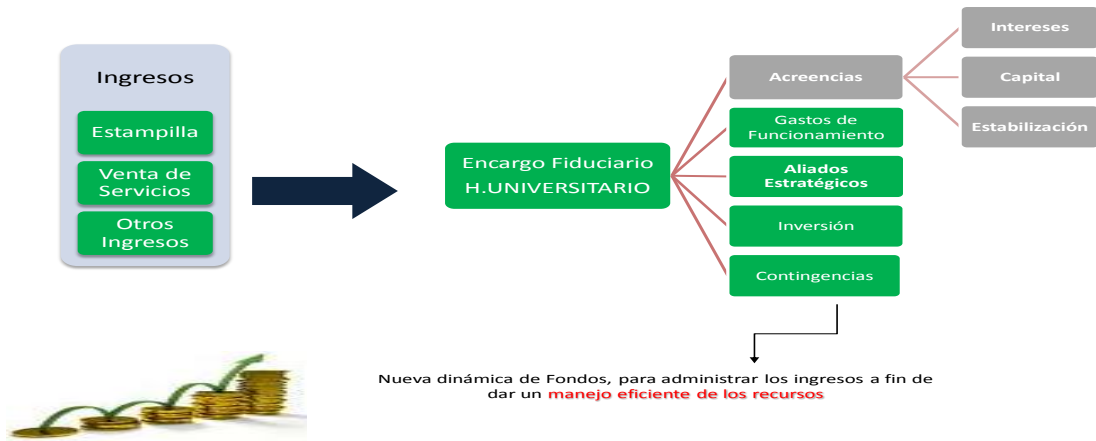
La Estampilla recibe una transferencia directa de la Gobernación, según instrucciones de la secretaria de salud, estas estampillas pueden pignorarse sobre créditos, no existen vigencias futuras y debe existir una programación anualizada de la estampilla

La venta de servicios y los otros el giro lo recibe directamente de las Entidades Responsables de Pagos.

10.3.3.2 Desventajas del Actual Modelo de Recaudo de la ESE sin Encargo Fiduciario de estos contratos.

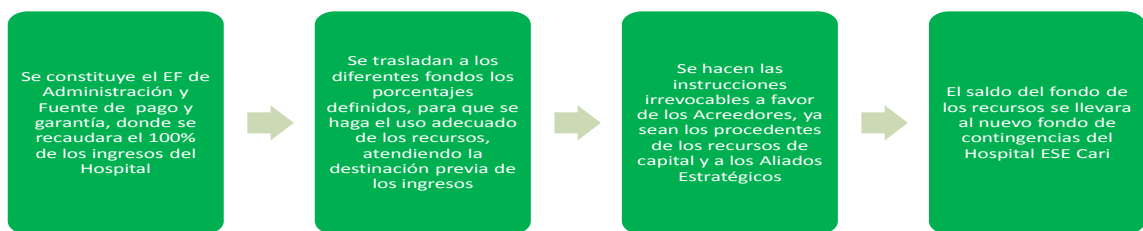
1. El modelo no ofrece garantías a los Aliados estratégicos
2. No existe una administración adecuada de los recursos, las fuentes aunque están definida su destinación, no llegan con la celeridad necesaria a sus beneficiarios (el objeto social del hospital no es administrar recursos monetarios)
3. El Hospital no puede hacer una planeación de largo plazo con la fuente Estampilla, por lo tanto no existe una precisión en el gasto en el Marco Fiscal de Mediano Plazo
4. Los planes de inversión del hospital se ven limitados a la vigencia corriente, la cuentas por pagar a proveedores en promedio cuando superan los 90 días de mora, generando un deterioro en el servicio
5. Puede ser objeto de embargos y comprometer los recursos del aliado estratégico
6. Genera la falsa creencia de que al solucionar sus problemas de proveedores y salarios de su recurso humano utilizando los recursos de los aliados no mira realmente su verdadero estado financiero de auto sostenibilidad y se expone a que más tarde cuando tenga que pagar al aliado se vea abocado a un déficit estructural peligroso para el umbral económico y normalización del servicio, con exposición de liquidación si es irreversible su recuperación.

10.3.4 CARACTERÍSTICAS DE LA NUEVA ESTRUCTURA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS



Fuente: Conferencia Outsourcing; Fortich Fernán; Congreso Pymes en Salud-Bogotá 2011

10.3.5 CARACTERÍSTICAS DEL ENCARGO FIDUCIARIO DE ADMINISTRACIÓN FUENTE DE PAGO Y GARANTÍA



Se asegura la **destinación específica de los recursos**, reduciendo el riesgo de incumplimiento y de no pago, lo que **mejora las expectativas de confianza** hacia el Hospital Universitario o de II Nivel



Fuente: Conferencia Outsourcing; Fortich Fernán; Congreso Pymes en Salud-Bogotá 2011

10.4 OTRAS FUENTES DE INGRESOS Y PAGOS DEL CONTRATO CON OPERADORES EXTERNOS

El operador externo podrá pagar al hospital público; o ambas partes lo deducen de los ingresos brutos; de acuerdo a la conveniencia socioeconómica y factibilidades técnicas contempladas en los términos de referencia como pactada inicialmente los siguientes rubros:

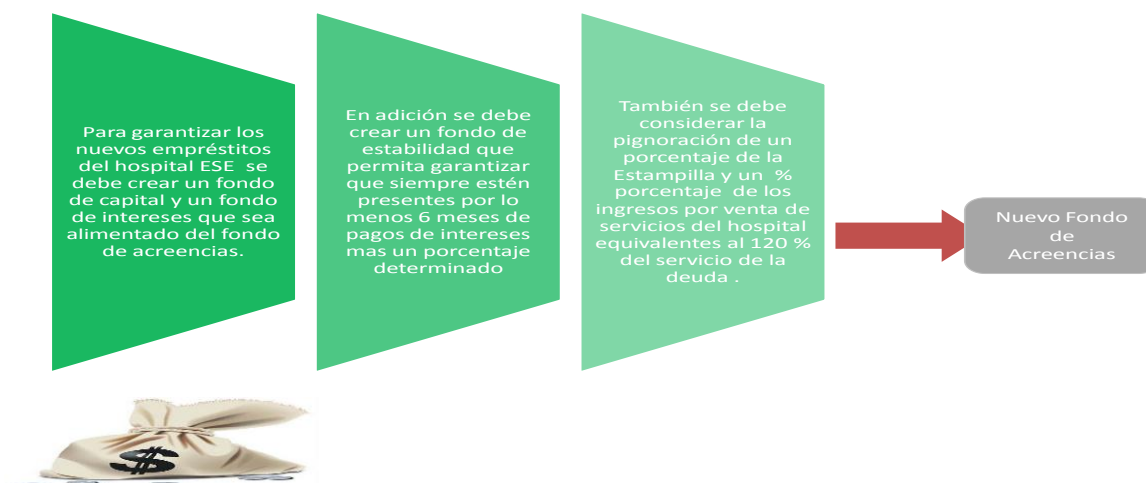
- ✓ Compensación o Arriendo por el Área utilizada
- ✓ Servicios públicos consumidos
- ✓ Gastos de administración de los procesos del contrato
- ✓ Impuestos; Tasas y Contribuciones
- ✓ Servicios de interventoría
- ✓ Disposición de residuos hospitalarios
- ✓ Esterilización
- ✓ Capacitación
- ✓ Vigilancia y aseo

10.2 FUENTES DE INVERSION PARA APALANCAR LOS PROYECTOS O FINANCIAR ACREENCIAS

En el caso de que el hospital decida no administrar la tercerización por encargo fiduciario y maneje autónomamente los recursos, lo más común es que incluya dentro de su giro normal de recursos el % de los aliados y ello ha conllevado a no saber cual es realmente sus resultados financieros y utilidades, lo que muchas veces no se da cuenta de su crisis cuando debe cumplir con dicho retorno; la experiencia nos dice que puede acudir a crédito privado o público para su resarcimiento o para invertir y tomamos los lineamientos que podría emplear para el efecto sobre todo si es universitario por el esquema de recursos que maneja.

10.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA NUEVA DE ACREENCIAS

NUEVO MODELO DE GARANTÍAS



Fuente: Metis Valores – Barranquilla Marzo 2011

10.1.2 RIESGOS Y MITIGACIÓN CON LA NUEVA ESTRUCTURACIÓN Y LAS FUENTES DE INGRESOS PARA LA OPERACIÓN DE CRÉDITO PÚBLICO

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Mitigación
Faltante y Volatilidad de la Fuente	Baja	Alto	Con la creación de los fondos del Fondo de Acreencias y las cuentas de Capital, Interés y Estabilización
Riesgo de Administraciones Futuras (continuidad)	Alta	Medio	Reformas Administrativas y del Estatuto tributario del Departamento con relación a la Estampilla
Entrar en la Ley 550	Baja	Alto	Con el Fondo de Contingencias se puede disminuir el riesgo de incumplimientos de embargos y existe el fondo necesarios para mitigar un embargo
Discrecionalidad para el uso del Fondo de Acreencias			Pignoración de una fracción de rentas
Incumplimiento de Covenants	Baja	Medio	La Distribución de los ingresos en los diversos fondos, el incumplimiento acelera el pago total del crédito
Riesgo Legal (Acciones populares en contra de l Hospital)	Media	Alto	Estructuración Legal - manejo de recursos en el fondo de Contingencias
Riesgo de Contraparte,	Bajo	Alto	La constitución del Encargo Fiduciario

Fuente: Metis Valores – Barranquilla Marzo 2011

10.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS OPERACIONES DE CRÉDITO CONDICIONES GENERALES.

Deudor	• Hospital Universitario E.S.E
Fuentes	• % Estampilla Hospital Universitario y % Ventas de Servicios
Monto	• COP \$15.000.000.000
Plazo	• 5 años
Sustitución de Pasivos	• COP \$10.000.000.000
Recurso Inversión	• COP \$ 5.000.000.000
Capitalización	• Plazo Trimestral de Forma Vencida
Tasa de Referencia	• DTF

Las Operación de crédito Publico son unas de las alternativa de Inversión para el Desarrollo y el Bienestar Social



Fuente: Metis Valores – Barranquilla Marzo 2011

10. 2 LIQUIDACION DEL CONTRATO DE OUTSOURCING

Una vez cumplido los tiempos del contrato deberá expedirse un acta de liquidación del mismo y recibirse la unidad o área funcional dada en operación externa dentro de las siguientes condiciones:

- ❖ En operador externo deberá entregar las obras físicas y equipos que actualmente y mediante inventario actualizado en el tiempo ha aportado, con áreas físicas pertinentes incluidas las aledañas como parqueaderos y archivos.
- ❖ Liquidar el valor de la facturación, los pagos por diferentes conceptos de funcionamiento y los que adeuden cada una de las partes por prestación de servicios con cruces de cuentas estableciendo la conciliación de saldos, la conciliación de glosas y la conciliación de pagos, condicionado a los pagos de las entidades responsables de pagos.

- ❖ Decidir si el servicio lo sigue manejando autónomamente mediante una evaluación técnica y socioeconómica de conveniencia y factibilidad o abre una nueva licitación en caso que no se concrete la prorroga con el asociado actual, con nuevas condiciones del mercado.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Podemos concluir que las Ventajas de Tener Alianzas estratégicas por parte de las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – HOSPITALES PUBLICO, para operar o prestar sus servicios de salud, de acuerdo al nivel de resolutivez, cuando no tiene ni capacidad de inversión, ni técnico científica en forma autónoma las concretizamos de la siguiente manera:

Genera economías de escala que la ESE por sí sola no podría para dar capacidad de respuesta a sus usuarios en el tratamiento y la rehabilitación que demandan.

Realiza esfuerzos especializados en los servicios de mediana y alta complejidad; ya que los especialistas de las ciencias medicas si tienen la capacidad técnica científica pertinente demostrada.

Reducción de Costos: Cuando el estudio de conveniencia demuestra que es más oneroso para la ESE HOSPITAL PUBLICO, prestar el servicio que no tenia y por tanto debía hacer el Montaje e implantación directamente que en alianza estratégica, además de no contar en su momento con el recurso de inversión y la capacidad técnico científica inherente, el asociado se hace más importante.

Mayor eficiencia, porque la capacidad técnico científica registra los especialistas de las distintas áreas de las ciencias medicas, acordes a las necesidades de respuesta que necesitan las patologías de los usuarios y la ESE HOSPITAL PUBLICO al no tenerlo, se convierte en un servicio nuevo.

Menor Ineficacia; porque para que la ESE HOSPITAL PUBLICO se desarrolle científicamente sobre todo los hospitales universitarios y de mediana complejidad, debían garantizárseles la relación docente servicio y una mejor atención en salud por competencias e investigación, la cual existen aliados muy competentes en el manejo de sus líneas de investigaciones medicas, con gran aporte a la cadena de valor social para el portafolio de servicios de estos hospitales

Ventajas Comparativas: Si un Buen Aliado; posee los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros para que las ESE,s Hospitales públicos cumplan con la habilitación en los servicios que se les ha encomendado de su especialización, es menester atender el proceso de Outsourcing en ese sentido.

Libre Asociación: Podría en derecho privado como ESE buscar aliado o contratos de asociación de conformidad con el artículo 38 de la constitución política de Colombia vigente.

Porque el contrato de asociación busca beneficios compartidos.

La contratación de operadores externos para los hospitales públicos con la ley 1438 de enero 19 de 2011 no tiene reversa y por ende debemos prepararnos para que esta modalidad pueda garantizar la generación de la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social del esquema de aseguramiento exigida para las Empresas Sociales del Estado en el SGSSS vigente, para lo cual deben implementar las transformaciones institucionales correspondientes, que demanda el desarrollo de los procesos de CONTRATACION; MANEJO DE ADMISIONES Y ATENCION AL USUARIO; UNA RELACION MEDICO PACIENTE O SERVICIOS ASISTENCIALES – PACIENTE CON CALIDEZ HUMANA Y CALIDAD DEL SERVICIO; MANEJO DE LAS CUENTAS MEDICAS; MERCADEO DE LA SALUD; MANUALES TARIFARIOS; AUDITORIA MEDICA DE CUENTAS ; GESTION CARTERA, MANEJO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO; EL SIIS, SOFTWARE Y HARDWARE Y TELEMEDICINA; LOS CENTROS DE COSTOS; LAS HISTORIAS CLINICAS Y RIPS Y EL CONTROL E INDICADORES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES; QUE DESCANSA TODO ELLO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD EN SU 4 COMPONENTES GRUESOS COMO SON EL SISTEMA UNICO DE HABILITACION, LA ACREDITACION, EL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL PAMEC; Que permitan con la estrategia de atención primaria, el control de los riesgos para coadyuvar a las metas de salud positiva; indicadores de mortalidad evitables; estilo de vida saludable en la promoción de la

salud, prevención de la enfermedad; tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los niveles de atención como bien meritorio para la población que demanda los servicios.

En función de los contratos tripartitos la ESE, debe resolver con su portafolio de servicios de salud de acuerdo a su nivel de resolutivez; la UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD Y EFICIENCIA del sistema; mediante un modelo de atención viable, cuyos procesos de gestión gerencial, administrativa y financiera, enfocada la salud como bien económico deben generar la productividad, competitividad y rentabilidad económica y social sometidas a las reglas del modelo de pluralismo estructurado de la Ley 100 de 1993 y sus reformas Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011 con sus reglamentarios en lo pertinente. Por ello; El modelo de gestión implementado por la ESE en virtud de las transformaciones institucionales que demanda el sistema local de seguridad social en salud; buscando manejar su portafolio de servicios con una acertada contratación; una adecuada facturación y un óptimo recaudo por los servicios prestados, ha sido el de las alianzas estratégicas con Joint venture y los operadores externos son su mejor aliados para cumplir su objeto social en forma responsable.

BIBLIOGRAFIA

1. Leuro, Mauricio y Fortich Fernán, Facturación por Ventas de Servicios de Salud, Editorial Printed Neiva Huila 2001.
2. Congreso Nacional de Mi pymes en Salud; Conferencia Hacia dónde van los Hospitales Públicos – ESE, s Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Salud, Ponencia Iván Jaramillo. Junio 2008 Bogotá.
3. Fundación Para el Desarrollo de los Saberes – FUNDASABERES – Informe de Evaluación de los Operadores Externos Del Hospital Universitario ESE – CARI - Pagina 8 (introducción) – Agosto 2010
4. Fortich, Palencia Fernán Eugenio; Modulo de Habilidades Gerenciales, Especialización Gerencia en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia – 2007.
5. Ministerio de Protección Social- Supersolidaria - Seminario de tercerización con CTA. Bogotá Abril de 2007
6. Modelo de Evaluación y Gestión del Equipamiento y Biotecnología Medico – Ministerio de la Protección Social – Bogotá 2008
7. República de Colombia Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia MINISTERIO DE SALUD Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud Re-Crear la Prestación de Servicios de Salud en los Hospitales E.S.E. en el S.G.S.S.S. 2000
8. Fortich Palencia, Fernán Eugenio. “Modelo de Negocios de Mypimes en Salud Como Operadores Externos de los Hospitales Públicos Colombianos” En Edición Bogotá - VI Congreso Nacional de Gestión de PYMES del sector salud en Colombia – Abril 8 y 9 de 2011.

