

LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS COMO ALTERNATIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

HÉCTOR OCHOA DÍAZ

Economista, Universidad de Antioquia. MBA, Syracuse University. Ph.D. Syracuse University.
Decano Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas de la Universidad Icesi.
Profesor-Investigador.

WILSON NABOR RENGIFO MUÑOZ

Médico y Cirujano de la Universidad del Cauca. Magister en Administración de Salud -
Universidad del Valle. Magister en Administración de Empresas -MBA- Universidad Icesi,
Gerente Inversiones Empresariales de Colombia S.A. (INVECOL S.A.)

Fecha de recepción: 9-12-2002

Fecha de aceptación: 10-6-2003

RESUMEN

Este artículo es el resultado de uno de los trabajos que se adelantan en el grupo de investigación de Políticas Públicas y Efectos Económicos, Fiscales y sobre Capital Humano en la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas de la Universidad Icesi. Su objetivo fue explorar la experiencia del Hospital San José, de la ciudad de Popayán, en Colombia, en la constitución y operación de la alianza estratégica con la empresa multinacional Renal Therapy Service, subsidiaria de Baxter International Corporation. Mediante esta figura un hospital de carácter oficial, con numerosas deficiencias originadas en su estructura legal y burocrática, en las difíciles relaciones sindicales con

sus empleados y en sus limitaciones financieras, logra ofrecer a los pacientes que sufren de deficiencias renales un servicio asistencial fundamental que exige una alta tecnología, y eficiencia en su prestación, para mejorarles la calidad de vida. En la investigación se exploraron las condiciones para que la alianza pudiera realizarse y luego se evaluaron los resultados de su operación, tanto médicos como financieros, en los primeros cinco años de su funcionamiento. Se encontró que sin esta alianza los pacientes de la ciudad de Popayán y vecindades no se hubieran podido beneficiar de este servicio oportunamente y en condiciones de calidad, lo cual hubiera repercutido en el aumento de la morbilidad.

PALABRAS CLAVES

Empresa Social del Estado (ESE); alianzas estratégicas; privatizaciones; Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); terapia renal; diálisis; servicios de salud; alianzas estratégicas entre entidades de salud públicas y empresas privadas.

Clasificación: A

ABSTRAC

This article is the result of one of the projects conducted by the research team at the Department of Administrative and Economic Sciences at ICESI University on the issues of «Public Policies and their Economic and Fiscal Effects» and «Human Capital». The purpose of this paper was to look into the experience of the San José Hospital located in Popayan, Colombia, with respect to the establishment and operation of a strategic alliance with Renal Therapy Service, a multinational subsidiary of Baxter International Corporation. Such an alliance enabled a public hospital with numerous deficiencies,

which resulted from its legal and bureaucratic structure, difficult relations with the workers' union, and financial limitation, to provide patients suffering from kidney deficiency with an essential assistance service that calls for high technology and performance to ensure improvement of their standards of living. Having thoroughly reviewed the conditions that made the alliance possible, an assessment was made of the medical and financial results of the alliance in its first five (5) years of operation. It was found that, without this alliance, patients living in Popayan and its surrounding areas would not have been able to benefit from this good quality service in a timely fashion, which would have led to an increased morbidity rate.

KEY WORDS

State-owned company for social welfare; strategic alliances, privatization, institutions that provide healthcare services; renal therapy, dialysis, healthcare services, strategic alliances between public healthcare institutions and private companies.

1. INTRODUCCIÓN

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

Colombia, como la mayoría de países en vías de desarrollo, consolidó, a partir de la Segunda Guerra Mundial un modelo nacionalista, centralizador y rígido en materia de industria y servicios en el esquema de una economía mixta, lo cual propició la expansión de las empresas estatales y la política de proteccionismo y de sustitución de importaciones. Durante un largo período disminuyó el desempleo, se generaron ventajosos contratos y se estimuló la demanda.

En la década de los años ochenta, surgieron en el país graves desequilibrios macroeconómicos reflejados posteriormente en el aumento de la deuda externa y en el estancamiento productivo. El Estado tenía numerosas empresas en sectores estratégicos y no estratégicos, con resultados negativos en la mayoría de ellas. Colombia, como los otros países de América Latina, imitó el modelo de Estado benefactor aplicado en los países desarrollados, en especial para la atención de la salud, con grandes deficiencias como resultado de la politización de los servicios, debido al carácter burocrático de su estructura y a la escasez de recursos financieros, lo cual impedía el acceso a los avances tecnológicos y científicos necesarios para una mejor atención.

Ante las presiones de los organismos financieros internacionales y los problemas económicos prevalecientes en el país, el gobierno colombiano inició

una política económica de estabilización y reestructuración consistente en la liberalización del comercio y la política industrial, la privatización de las empresas públicas y la desregulación de la inversión extranjera y de las actividades económicas internas.

Los procesos de liberalización y apertura de la economía se dirigieron a lograr un nivel de productividad y competitividad que permitiera una mejor integración al mercado internacional.

Las políticas de saneamiento de las finanzas públicas buscan promover una disminución del gasto improductivo, y la venta de las empresas paraestatales, lo cual ofrece tres resultados positivos. De un lado genera recursos para la inversión pública y de otro contribuye a racionalizar los gastos de funcionamiento del estado. En tercer lugar, se espera que el paso de las empresas al sector privado mejore la eficiencia y la eficacia de los servicios, tanto en su calidad como en su cobertura.

El sector salud no ha sido ajeno a los cambios económicos, prueba de ello es la expedición de la ley 100 de 1993, que da connotación sui generis a la empresa pública en salud, denominándola Empresa Social del Estado. Al dotarla de autonomía administrativa y financiera, le abre mayor posibilidad de negociación en el plano jurídico, y flexibiliza la rigidez del sector público en materia de salud. El hecho de que durante mucho tiempo los hospitales funcionaran sin escudriñar en el origen y el objetivo de un dinero gastado con igual desaprensión, fue causa de que tampoco se atendiera al impacto que esta situa-

ción producía en el bienestar del paciente.

El presente trabajo estudia la alianza estratégica en salud, realizada en 1997, entre un hospital público y una empresa privada, para la prestación de un servicio hospitalario, y la cual después de cinco años de funcionamiento exhibe viabilidad técnica y financiera y muestra resultados asistenciales positivos en la atención de los pacientes. Con el estudio de este caso se busca sensibilizar y motivar a los directivos de las empresas públicas en salud, para que busquen las alternativas empresariales existentes en las fortalezas del sector privado, para hacer viables las Empresas Sociales del Estado, todo ubicado en el marco jurídico pertinente, con las pautas administrativas objeto de este trabajo.

Para el grupo de investigación de Políticas Públicas y Efectos Económicos, Fiscales y sobre Capital Humano de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas de la Universidad Icesi, el desarrollo de este trabajo le permite documentar una forma de privatización diferente a la tradicional venta de una empresa estatal al sector privado. En esta investigación se encontró que una empresa estatal decide privatizar la prestación de uno de sus servicios, constituyendo para ello una nueva empresa de carácter privado, con un socio que aporta su propia tecnología y a cuyo cargo está la gestión del servicio. De esta forma se facilita el acceso de los pacientes con deficiencias renales a los tratamientos que requieren para mejorar su calidad de vida, y al mismo tiempo lograr una disminución de la morbilidad en la región.

MARCO TEÓRICO

A. Aspectos legales

La justificación de este trabajo reside en la fundamentación jurídica, económica y organizacional de las alianzas estratégicas realizadas entre los sectores privado y público de la salud. Se documenta en el caso del Hospital de San José, Empresa Social del Estado, ubicada en Popayán, Cauca, Colombia, y su asociación con Renal Therapy Service, empresa multinacional de propiedad de Baxter International Corporation. De la misma manera se pretende facilitar el conocimiento de este enfoque para la aplicación al manejo de otros servicios de una Empresa Social del Estado.

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

Es claro que la Ley 100 de 1993 pone en marcha algunos elementos esenciales de la Ley 10 de 1990, y que ac-

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

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

B. Revisión de la literatura de las alianzas estratégicas en los servicios de salud

Otro aspecto importante es que al existir participación privada no sólo introduce novedosos elementos de financiación a los diferentes servicios de salud, sino también sus valiosos aportes en procesos, procedimientos, sistemas de información y demás recursos de la administración, factores importantes para la competitividad

de las empresas de salud, en un entorno cada vez más exigente.

Se revisó el tema de alianzas estratégicas como aporte conceptual que respalda teóricamente las alianzas dentro de varios sectores de la economía. Es bien sabido que últimamente ha surgido un auge inusitado en las alianzas estratégicas de empresas correspondientes a los ámbitos nacional e internacional, siendo la causa fundamental afrontar de la mejor manera los vaivenes y complejidades que se presentan en el contexto de los negocios.

Como respuesta a los continuos cambios en el sector de la salud en el mundo, los hospitales han buscado la forma de realizar alianzas entre hospitales, empresas prestadoras de servicios de salud y aseguradoras con el fin de reducir costos, ampliar mercados y por supuesto prepararse para las continuas reformas de los Sistemas de Salud. En una entrevista realizada a los CEO por la National Research Co., en Estados Unidos el 45% de los hospitales había realizado algún tipo de alianza para afrontar el futuro y el 39% respondió que la mejor manera de prepararse para la reforma era a través de alianzas.¹

Las alianzas estratégicas han sido reconocidas como un mecanismo para superar la escasez de recursos sin perder el control político del hospital, manteniendo la propiedad de los activos y creando instituciones flexibles, sin incurrir en grandes erogaciones de inversión, ni en costos que puedan

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

ser requeridos en otros arreglos organizacionales.² Como respuesta a los continuos cambios en el sector de la salud en el mundo, los hospitales han buscado la forma de reducir costos, ampliar mercados, y prepararse para los continuos cambios en la tecnología, por medio de alianzas estratégicas entre los hospitales, las empresas productoras de equipos y procedimientos médicos, y las aseguradoras. Por ejemplo, Atena Global Benefits, una importante aseguradora, ha realizado alianzas con hospitales de gran categoría alrededor del mundo para garantizarles a los afiliados el acceso a los servicios en los sitios donde los necesiten.³ Las alianzas surgen también cuando dos hospitales encuentran que la manera de ofrecer la mejor calidad es uniendo esfuerzos en la prestación de servicios especializados, en un mercado cada vez más exigente y competitivo.⁴

Cuando las alianzas son positivas atraen personal altamente calificado, aportes de capital, y nuevas tecnologías, fortalecen la participación en el mercado, aprovechan las economías de escala, reducen costos y mejoran los procesos geren-

ciales.⁵ Los hospitales necesitan agregar valor a los servicios que ofrecen a sus clientes, lo cual pueden lograr mediante las alianzas, sin incrementar sus costos de operación.⁶

Los actores que participan en una alianza deben preguntarse: ¿Cómo puedo hacer que mi institución sea atractivo para otros?, ¿Cómo puedo acoplarme a otros?, ¿Cómo puedo aprender de otros a través de la cooperación?, ¿Cómo puedo facilitar el proceso de aliarse a otro? Si desde el comienzo cada participante se compromete en cooperar la alianza podrá generar una cultura colectiva.⁷ Otro factor importante en las alianzas es la realización de programas de prevención de salud efectuados entre la comunidad y los hospitales. Los hospitales especializados no sólo atacan las enfermedades sino que logran detectar los factores que desencadenan dichos procesos y por lo tanto pueden actuar directamente en las raíces del problema para prevenirlo y así darle un valor agregado al servicio.⁸

Existe un número importante de alianzas entre hospitales y empresas privadas, con mayor experiencia en la prestación de servicios como nutri-

2. Burns, L.R. «The Transformation of American Hospital: From Community Institution Toward Business Enterprise» *Comparative Social Research*, 12, 1990: 77-112.
3. <http://www.aetna.com/NewsWire>, Jan. 7, 2002.
4. Zuckerman, H. and D Annuno, T. «Hospital Alliances: Cooperative Strategy in a Competitive Environment», *Health Care Management Review*, V. 15, No. 2, Spring, 1990, pp.21-30.
5. Burns, L. R., op. cit.
6. Beckham, J.D., «Running with the herd: Building a Business Strategy», *Healthcare Forum Journal*, v. 38, No. 2, Summer 1992, pp. 247-58.
7. Reinecker, P., «Making Strategic Alliances Work», *Health Progress*, V. 75, No. 3, April 1994, pp. 68-72.
8. Lazarus, I.R., «Combining Service Marketing and Strategic Alliances in Health Care», *Health Care Strategic Management*, V. 11, No. 11, November 1993, pp. 14-17.

ción, hospedaje, mantenimiento de planta física y equipos, transporte de pacientes, suministros y apoyo logístico. Igualmente, con empresas que aportan equipos y su operación, como los de imágenes diagnósticas, laboratorios, quimioterapia, etc. Es notable la experiencia del hospital de Toronto, en Canadá, iniciada desde 1993, para disminuir sus costos, mejorar su calidad, reforzar la productividad de su personal, dentro de un ambiente de flexibilidad. Las alianzas se construyeron en un ambiente de mutua colaboración, según el principio de que ambos participantes logren ganar.⁹

Algunos estudios muestran los inconvenientes surgidos de alianzas debido a problemas de dominio organizacional entre el hospital y quienes participan en la alianza. Estas discrepancias se dan especialmente por falta de claridad en las responsabilidades de la gestión de cada socio, o en la forma de distribución de los beneficios. Cooperación, esfuerzos de coordinación organizacional y claridad en los compromisos, como resultado del proceso de la negociación de la alianza, son elementos esenciales para evitar los conflictos de intereses.¹⁰ Es importante aclarar la dirección de las alianzas desde el principio, no tener confusiones. La gerencia de la alianza debe determinar quién aprueba los planes estratégi-

cos, cómo se administra la evaluación del desempeño, cómo se aprueba el presupuesto, quién determina y cómo las compensaciones salariales. La representación del hospital y la empresa en la junta directiva de la alianza, sus funciones y las limitaciones que esta representación tiene son parte de la negociación previa.¹¹

C. *El sistema de salud inglés*

Se revisó el sistema de salud inglés por la experiencia de diez años de trabajo, mediante alianzas entre la empresa privada y el sistema público de prestación de servicios de salud. La iniciativa de financiación privada (PFI), fue lanzada en 1992 para promover la colaboración entre los sectores privado y público, sobre unas bases comerciales.

En el Servicio de Salud se utiliza la financiación privada para el diseño, construcción y funcionamiento de edificios y servicios de apoyo. El gobierno del partido laborista introdujo una legislación en 1997 para revitalizar el sistema, clarificando el poder de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (NHS) para firmar acuerdos con las PFI, hacer seguimiento y revisión de los hospitales que se habían proyectado con las PFI en Inglaterra, y a su vez iniciar un nuevo programa para construir nuevos hospitales.

9. Stonehouse, J.H. «The Toronto Hospital Experience», Conference Board of Canada, 1996.

10. Beckham, J.D., op.cit.

11. Green, J., «Alliances Have a New Strategy», Modern Healthcare, V. 25, No. 28, July, 1995, pp. 47-50.

Hasta entonces, 25 de los grandes hospitales se habían proyectado con las PFI en Inglaterra, por un valor alrededor de 2.200 millones de libras esterlinas. Este proyecto fue aprobado y se inició el desarrollo del mismo. Los hospitales fueron diseñados, construidos y puestos en funcionamiento bajo la propiedad del sector privado, pero podían ser rentados al NHS. Los servicios clínicos se prestarían con personal del NHS, y éste continuaría con el control de la planeación y las decisiones clínicas.¹²

Entre los resultados en el 2000, se puede citar el acuerdo entre el gobierno inglés y el sector privado, el cual permite que instituciones públicas puedan hacer uso de servicios de la red privada. Por ejemplo, para acortar los tiempos de cirugías programadas, el NHS puede utilizar la capacidad instalada de salas de cirugía de hospitales privados. Ocho de los grandes hospitales estaban funcionando con el sistema de iniciativa de financiación privada. Se habían logrado acuerdos para el establecimiento de farmacias comunitarias, centros de salud vecinales y unidades para el cuidado de pacientes crónicos comunes, para atender servicios tanto públicos como privados. Finalmente, se ha desarrollado una alianza entre el gobierno laborista y The Local Improvement Finance Trust, una ONG especializada en el mejoramiento de las finanzas de las municipalidades, para la inversión de un billón de libras en la construcción y dotación de faci-

dades para ser arrendadas a médicos generales y de familia, odontólogos, terapeutas y farmacéutas.

Una consecuencia de esta alianza ha sido el progreso en el sistema, ofreciendo más oportunidades a los pacientes, además la posibilidad de escoger las instituciones que brinden mayor confort a los mismos.

3. EL CASO DE ESTUDIO: LA SOCIEDAD NEFROLÓGICA SAN JOSÉ LTDA.

Para el estudio se escogió la Unidad Renal perteneciente a la Sociedad Nefrológica San José Ltda., la cual hace parte de la red de Unidades Renales de RTS (Renal Therapy Service) Colombia Ltda., ubicada en el segundo piso del Hospital Universitario San José de Popayán, en el Departamento del Cauca, Colombia.

La unidad renal, como dependencia del hospital, se estableció en 1981. Desde este año hasta 1991 se atendió un promedio de 10 pacientes por año. De 1991 a 1997, el número anual promedio de pacientes fue de 120, lo cual fue posible gracias a la ampliación del servicio.

No obstante el anterior crecimiento, la unidad enfrentó permanentemente problemas que impidieron poder atender a todos los pacientes que requerían el servicio y mejorar la calidad del mismo para disminuir la tasa de mortalidad. Entre las causas de los problemas se destacan las siguientes:

1. La sobrecarga laboral originada en

12. Social and Cultural Affairs, 13 Health Services, January, 1999.
<http://www.doh.gov.uk/pfi/nhsliftprospectus.htm>
<http://www.official-documents.co.uk/doh/newnhs/wpaper9.htm>

los daños de los equipos; dificultades para la compra de los insumos necesarios para los tratamientos; e insuficiencia de personal científico y asistencial. 2. Obsolescencia de los equipos de diálisis, los cuales habían sido adquiridos en 1981. 3. La centralización de la gestión y los recursos financieros del hospital, lo cual impedía darle prioridad al servicio de diálisis. 4. Los conflictos frecuentes con el sindicato de trabajadores del hospital y en general del Sistema Nacional de Salud, los cuales degeneraban en paros en la prestación de los servicios.

Ante estas dificultades, y el crecimiento del número de pacientes en la ciudad de Popayán y en la región de cobertura del hospital, y previendo la entrada de otros competidores, que ante el atractivo del mercado podían encontrar interesante su ingreso para ofrecer los tratamientos de diálisis, como ya había ocurrido en otras ciudades del país, los directivos del hospital deciden invitar a Renal Therapy Service a integrar una sociedad de carácter privado, con la participación accionaria del hospital, con una junta directiva en la cual participarían los socios y un gerente designado por esta junta.

Se convino en que Renal Therapy Service aportaría los equipos de última tecnología, igualmente los insumos necesarios para atender los tratamientos y haría la capacitación del personal administrativo, científico y asistencial.

La participación accionaria se estableció en 51% para RTS, 30% para el hospital y 19% para un grupo de médicos especialistas en aspectos renales. Para el hospital esta transacción fue favorable porque recibió \$350

millones de la sociedad para ceder los derechos que tenía en la unidad renal y como compensación por el mercado que estaba aportando, el cual había sido desarrollado por el hospital. Además, facilitó a la sociedad un local en arriendo para el funcionamiento de los servicios.

El valor de los \$350 millones fue calculado teniendo en cuenta el valor presente de los flujos de caja libres que se habrían podido generar en 10 años, a partir de 1997. Para el efecto se utilizó una tasa de descuento de 25%, correspondiente a una tasa DTF de 18% más un 7%, la cual estaba de acuerdo con las condiciones macroeconómicas que se tenían en ese momento y las proyecciones. Estos cálculos arrojaron un valor de \$514 millones, de ellos se descontó el pasivo que tenía el hospital con los proveedores de insumos para la unidad, los cuales fueron asumidos por la sociedad, por \$200 millones. Los \$314 millones restantes se tomaron como base para la negociación con RTS, llegando finalmente al valor concertado de \$350 millones de prima para el hospital.

El proceso de negociación requirió de seis meses, de los cuales la mayor parte se empleó en asuntos de consulta legal y en la sensibilización y motivación a los diferentes actores internos del hospital involucrados en las decisiones, y en especial el personal que laboraba en la unidad renal, los miembros del sindicato de los trabajadores y los miembros de la Junta Directiva del hospital. Estos tres grupos eran los más críticos para que la negociación pudiera tener éxito porque estaban en capacidad de bloquear el proceso y alargar los plazos. Se les dio a conocer los análisis eco-

nómicos y asistenciales y la necesidad de tomar una decisión pronta que permitiera darle continuidad al servicio renal con alta calidad y mayor cobertura. Finalmente se logró el respaldo para proceder a cerrar la negociación.

A su vez los entes de control fiscal del Estado, la Procuraduría y la Contraloría; y los de control de la gestión de los servicios de salud, la Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaría de Salud del Departamento del Cauca, se manifestaron favorablemente respecto a la negociación. No encontraron que se violaran las disposiciones legales, ni que hubiera desmedro patrimonial para el hospital. Consideraron que se podría asegurar un alto nivel de calidad en la atención de los pacientes y mejorar la cobertura.

Finalmente, en noviembre de 1997 se iniciaron los servicios de la nueva empresa con 11 máquinas de diálisis, 16 riñones artificiales y un equipo interprofesional conformado por médicos, enfermeras, nutricionista, psicólogo, trabajadora social y el personal administrativo. Se negociaron los contratos para la prestación del servicio con las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) de la región y con Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud. Además, la empresa puso a disposición de la Universidad del Cauca los equipos para desarrollar un proyecto de investigación en trasplantes renales, y para la especialización en Nefrología aprobada por el ICFES.

Para garantizar la calidad de la prestación del servicio se han adoptado los 27 protocolos que se emplean en los hospitales del orden internacional y en especial en el Massachussets General Hospital.¹³

4. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la investigación, se utilizaron las estadísticas e informaciones de Nefrológica San José; se recurrió a la información bibliográfica y, a través de internet y documental sobre el objeto del estudio. También se realizaron entrevistas a la gerente y a su equipo de colaboradores, cuyos resultados se encuentran consignados en los instrumentos de evaluación diseñados por el Ministerio de Salud.

Para la información referente al funcionamiento del área asistencial y administrativa del Hospital Universitario San José de Popayán, se utilizó el estudio realizado por la firma Affidco, mediante contrato de consultoría en 1999, para el reordenamiento administrativo y ajuste del hospital.

En un período de cuatro meses se efectuaron diferentes visitas de campo a Nefrológica San José, debidamente programadas con todo el personal, a fin de no entorpecer las actividades propias de la entidad. Los instrumentos fueron desarrollados con base en la información suministrada por la gerencia de la clínica en colaboración con los responsables operativos, quienes tienen conocimiento de cada uno de los procesos a

13. Weber J. y Wheelwright., «Massachussets General Hospital: CABG Surgery» Harvard Business School, Boston, Caso No. 9-696-015, April, 1999, pp.1-21

verificar. Se realizó en forma participativa y correlacionada con los flujogramas de cada proceso, permitiendo así verificar el funcionamiento de la parte administrativa y asistencial. Por lo tanto, se evitan los juicios subjetivos. Terminada la aplicación, se desarrollaron los instrumentos de registro para cada proceso o recurso de la administración.

Los análisis de los resultados tanto asistenciales como financieros del

período que va de 1997, cuando inició operaciones la empresa, hasta 2001, se presentan en los siguientes cuadros. En el primero, a continuación, se puede ver la evolución del servicio, la cobertura de pacientes que se ha logrado y los porcentajes de la mortalidad. Tanto los pacientes como las sesiones han aumentado, igualmente el número de nuevos pacientes. El porcentaje de mortalidad ha estado decreciendo.

Cuadro 1

Nefrológica San José. Popayán Productividad e indicadores de calidad en hemodiálisis.

Año	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
No. Pacientes (Enero)		30	67	65	40	202
No. Pacientes(Diciembre)	40	65	68	55	35	263
No. Pacientes promedio		48	67	61	37	53
No. Sesiones promedio	520	624	802	707	480	2.613
No. Ingresos de pacientes nuevos		30	32	30	19	111
No. Egresos de pacientes		5	21	34	14	74
Mortalidad %	9.6	7.1	9.5	17	4.3	10
Mortalidad Global %			8.8	14.2	8.7	11
Uso de hospitalización(mes) %			7.7	12	5	8

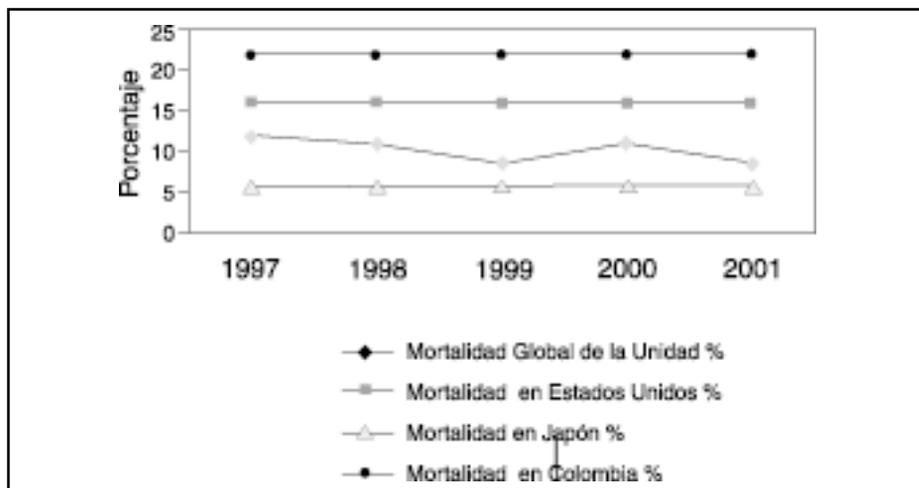
Fuente: Informes de Gestión Nefrológica San José Ltda., y cálculos del autor.

En el Gráfico 1 se observa una comparación internacional del comportamiento de la mortalidad de pacientes sometidos al tratamiento de diálisis. La mortalidad de pacientes que asisten a la empresa en Popayán se ha

mantenido por debajo del indicador para Colombia, y para Estados Unidos, por encima del indicador para Japón, pero ha estado decreciendo, excepto en 1999.

Gráfico 1

Unidad Nefrológica San José Tasa de mortalidad comparativa 1997-2001



Fuente: Informes de Gestión Nefrológica San José Ltda., y cálculos del autor.

Respecto a los resultados financieros que se pueden ver en el Cuadro 2 a continuación, los indicadores son satisfactorios, en especial el margen bruto sobre las ventas, el cual se ha mantenido por encima de 30%, el margen neto por encima de 11%, la rentabilidad de los activos por encima de 17% y 28%, respectivamente, y el nivel de endeudamiento entre 55% y 58%, lo que representa un bajo

riesgo. El más deficiente ha sido el indicador de la rotación de la cartera debido a que uno de los clientes, el Instituto de los Seguros Sociales, entidad del Estado, ha tenido en los últimos años demoras en la cancelación de los servicios prestados por los hospitales del país a sus afiliados, quienes suman cerca de 2.5 millones de personas.¹⁴

14. *El Tiempo*, «Así fue el saqueo del Seguro Social», Bogotá, edición No. 32.364, Junio 23, 2002, p. 1.

Cuadro 2

Unidad Nefrológica San José Análisis del recurso financiero Popayán 1998-2001

Resumen Estado de Resultados (En millones de pesos)							
	1998	1999	▲ %	2000	▲ %	2001	▲ %
Ingresos operacionales	3,485	4,922	41	5,067	3	3,212	-37
Costo de venta	2,277	3,152	38	3,473	10	2,183	-37
Utilidad bruta	1,208	1,770	47	1,594	-10	1,028	-36
Gastos operacionales	320	395	23	664	68	399	-40
Utilidad operacional	888	1,376	55	930	-32	629	-32
Utilidad antes de impuestos	862	1,315	53	917	-30	572	-38
Utilidad Neta	552	833	51	534	-36	405	-24

Resumen Balance General (En millones de pesos)							
	1998	1999	▲ %	2000	▲ %	2001	▲ %
Activo	2,631	3,233	23	3,569	10	3,795	6
Activo corriente	2,230	2,827	27	3,112	10	3,796	18
Deudores	1,989	2,475	24	3,020	22	3,749	19
Activo no corriente	401	406	1	457	13	470	3
Pasivo	1,450	1,611	11	2,078	29	2,211	6
Pasivo corriente	1,450	1,611	11	2,078	29	2,211	6
Patrimonio	1,181	1,621	37	1,491	-8	2,055	27

Indicadores financieros				
	1998	1999	2000	2001
Margen bruto de utilidad %	35	36	31	32
Margen operativo %	25	28	18	20
Margen neto %	16	17	11	13
Rentabilidad del activo %	34	43	26	17
Rentabilidad del patrimonio(A.I) %	73	81	62	28
Rentabilidad del patrimonio(D.I) %	47	51	36	20
Nivel de endeudamiento %	55	50	58	58
Capital de trabajo	1.5	1.8	1.5	1.7
Rotación de cartera (Días)	205	181	215	420
El índice de Du-Pont	21	26	15	11

Fuente: Informes de Gestión, Nefrológica San José Ltda., y cálculos del autor.

Después de analizar la producción de los servicios asistenciales y el manejo de los recursos utilizados por Nefrológica San José y del Hospital Universitario de Popayán, se hace un cuadro comparativo que ilustra el

funcionamiento de los mismos en el período utilizado en el presente estudio. Igualmente se hace una descripción de los beneficios e inconvenientes observados en la alianza entre estas dos empresas en salud, de los sectores privado y público.

Cuadro comparativo de las condiciones de operación de Nefrológica San José Ltda. y el Hospital San José en el año 2000

Características operacionales	Nefrológica San José	Servicios del Hospital
<ul style="list-style-type: none"> • Producción de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Estandarización de la producción, mediante 27 protocolos basados en la medicina de la evidencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen protocolos de producción de servicios basados en la medicina de la evidencia
<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Planta de personal acorde con la estructura orgánica definida en el manual de responsabilidades. • Selección por competencias. • Capacitación permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado número de personas por cama hospitalaria. • Trabajadores oficiales, sindicalizados, con numerosas prebendas. • Falta de personal idóneo, especialmente en algunos servicios asistenciales. • Ausencia de educación continuada. • Desmotivación por el retraso de quince meses, en el pago de la nómina.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministro y recurso tecnológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Las adquisiciones responden a los requerimientos de consumo basados en estándares de producción de servicios. • Se compra directamente a las casas matrices. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de suministros, incluso en servicios fundamentales como banco de sangre. • No existe planeación en la compra de suministros y medicamentos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fijación de políticas para pronto pago, con buenos descuentos. • Gran parte de la tecnología asistencial es adquirida a través de comodatos, disminuyendo los costos de inversión. • Se tienen hojas de vida de los equipos. • Existen contratos de mantenimiento preventivo, predictivo y recuperativo, con las casas comerciales proveedoras. • Inventario físico realizado periódicamente. • Adecuada rotación de inventario. • Cruce de información entre actividades realizadas e insumos despachados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por la emergencia se compran suministros de contado, a costos elevados. • El 70% de los equipos se encuentra en proceso de reparación. • La mayoría de los equipos presenta una vida media superior a doce años y no tiene ningún tipo de mantenimiento. • Planta física se encuentra totalmente deteriorada. • Imágenes Diagnósticas con equipos de tecnología de punta está fuera de servicio. • No existen inventarios actualizados en los diferentes servicios, ni hay control de los mismos.
<ul style="list-style-type: none"> • Mercadeo y contratación 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de la contratación a todos los niveles de la administración. • Buen control de la ejecución de los contratos. • Flexibilidad en la negociación de compraventa de servicios. • Se contratan estudios de demanda de servicios. • Oferta de servicios acorde con las necesidades de los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación normativa para dar valor agregado a productos. • Restricción en la producción de los diferentes servicios, por lo tanto la prestación a los clientes es la mínima. • Desorganización en la ejecución de los pocos contratos vigentes. • Escasa comunicación sobre contratación en los diferentes niveles de la organización.

<ul style="list-style-type: none"> • Facturación 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación continua sobre el proceso de facturación, a todos los niveles de la organización. • Sistematización del proceso de facturación. • Incentivos para el cliente interno y externo que produzca resultados de mejoramiento en el proceso de facturación. • Claridad en los instrumentos de captura de información. • Definición correcta de los flujos de información, de acuerdo con la generación de documentos soporte. • Bajo porcentaje de glosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe capacitación al respecto. • No se encuentran sistematizados los procesos de facturación. • El proceso de automatización de facturación ha sido difícil, a pesar de que su implementación es coordinada por el Ministerio de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Contabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de estados financieros mensualmente, y de su respectivo análisis. • Debido a políticas de la empresa, después del cierre mensual, cualquier ajuste contable se reflejará en el mes siguiente. • Realización mensual del flujo de efectivo. • Realización del presupuesto anual y análisis de la ejecución mensual del mismo. • Seguimiento a los costos financieros por deudas contraídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los informes contables no coinciden año a año. • Las clasificaciones de los balances son inadecuadas y distintas para cada año, obedeciendo a políticas del Ministerio de Salud. • Grandes inconvenientes relacionados con el proceso de sistematización y automatización de los procesos contables. • Retrasos en la generación de los informes financieros. • Ausencia de un sistema de costos por servicios.

- Cartera
 - Control estricto de la deuda, mediante el sistema de ficha por cliente.
 - Políticas establecidas que permiten contar con una cartera corriente.
 - Existe comité de cartera.
- No está depurada ni actualizada.
- Gran cantidad de cartera vencida e irrecuperable.

Situación financiera

a 31 de diciembre de 2002

- Ingresos operacionales con un crecimiento progresivo, excepto para el 2001, debido a la entrada de la competencia y a la falta de infraestructura física.
- Utilidad bruta y operacional positivas.
- Aumento progresivo de los activos.
- Capital de trabajo positivo.
- Aumento patrimonial por la generación de utilidades.
- Apalancamiento por parte de uno de los mayores proveedores de insumos, sin ningún cargo financiero.
- Inconsistencia en los registros contables y presupuestales, debido a las diferentes clasificaciones para cada año, obedeciendo a políticas del Ministerio de Salud.
- Pérdida progresiva de ingresos.
- Rubros de gasto mayores que los de ingreso.
- Decrecimiento de los activos.
- Pérdida progresiva del patrimonio.
- Incremento de cuentas por cobrar de difícil recuperación.
- Déficit aproximado a la fecha de 20.000 millones de pesos.

5. BENEFICIOS E INCONVENIENTES ENCONTRADOS EN LA ALIANZA ENTRE EL HOSPITAL Y LA EMPRESA PRIVADA

A. Para el sector privado

El hospital representa un socio estratégico debido a su connotación de Universitario que afianza la ciencia y la investigación, lo cual se traduce en mejoramiento continuo en la calidad del servicio. Constituye, además, el único centro de referencia de alta complejidad en el departamento del Cauca que apoya en igual forma a los departamentos vecinos como son: Nariño, Huila, Putumayo y el sur del Valle.

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

No obstante, debido a los cambios que implicó la ley 100 para los hospitales públicos, las expectativas de la empresa privada se han visto disminuidas por la permanente crisis que ha sufrido en los últimos tres años el Hospital San José, tales como paros y asambleas permanentes, demoras en la asignación de los recursos por el Ministerio de Salud, burocratización en la contratación de los servicios y en las compras de insumos.

B. Para el Hospital

- Ampliación de la Unidad Renal.
- Nueva tecnología dialítica.

- Futuro proyecto de trasplante renal, el cual permitirá una mayor utilización de sus salas de cirugía y recuperación y la conformación de equipos médicos y de investigación de avanzada.
- Liberación del presupuesto que debía asignar al servicio renal.
- Eliminación de la carga laboral de su Unidad Renal.
- Recepción de una prima por concepto de goodwill en el momento de la venta del servicio a la nueva empresa.
- Participación de utilidades proporcional a sus aportes sociales.
- Ingresos por el arrendamiento mensual del local donde funciona la unidad renal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

Desde el punto de vista organizativo, los servicios hospitalarios han pasado por varias etapas: la primera se remonta a la creación de los sitios donde llegaban las personas de bajos recursos. La segunda, en la cual la organización tuvo como objetivo la asistencia. Y la actual, correspondien-

te a los hospitales que prestan sus servicios como respuesta a las obligaciones del Estado de brindar atención a sus ciudadanos. Estas instituciones están sometidas al influjo de las teorías económicas y administrativas, para optimizar recursos y bajar costos. Hoy en día la legislación ofrece la oportunidad de apoyarse en el sector privado, mediante la figura de alianzas.

Como resultado del análisis de Nefrológica San José, se plantea la posibilidad de que los servicios de los hospitales públicos establezcan una nueva forma de funcionar que responda a alcanzar la máxima producción, mediante la estandarización de procesos y procedimientos apoyados en la utilización eficiente de los recursos.

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

Es importante que en estas instituciones se comience a hablar de compras conjuntas, de servicios de apoyo diagnóstico compartidos, de complementación de servicios y de todas aquellas formas de asociación que de una u otra manera beneficien a las partes. Las comunidades se diferencian por su capacidad de crear nuevas asociaciones con el fin de lograr propósitos comunes. Las alianzas, como una nueva forma de hacer negocios, en el mundo globalizado, ad-

quieran particular trascendencia en el caso colombiano en el sector de la salud, porque se comienza a romper el paradigma, cerrado e individualista, que mostraron por tantos años, las empresas y sobre todo las del sector público del país.

La experiencia del presente estudio se refuerza en el marco conceptual y operativo del sistema de salud inglés, y en las experiencias conceptuales del marco teórico, las cuales muestran un progreso positivo en el sistema caracterizado por: una mayor disponibilidad de servicios, más confort para los usuarios, menor tiempo de espera en la programación de procedimientos medicoquirúrgicos, racionalización de la capacidad instalada e incorporación cada vez mayor de grandes hospitales a la iniciativa privada. Lo anterior se desarrolla con el apoyo y control del Estado.

Al hacer el cuadro comparativo del funcionamiento de los servicios del Hospital Universitario San José, confrontados con el servicio de Nefrología, se concluye que mientras la institución pública está al borde del cierre, Nefrológica San José se encuentra posicionada en el mercado local, con un gran proyecto de expansión. Refuerza el resultado positivo de la alianza estratégica entre una empresa privada y una empresa pública en la prestación de servicios hospitalarios.

7. REFERENCIAS

- Badaraco, Jr., Joseph L. Alianzas Estratégicas, El caso de General Motors e IBM.
- Constitución Política Nacional de 1991.
- Diario Oficial, ley 10 de 1990.
- Diario Oficial, ley 80 de 1993.
- Diario Oficial, ley 100 de 1993.
- Diario Oficial, ley 715 de 2001.
- Gapenski, Louis C. «Financial Analysis & decision. Making for Healthcare Organizations». Irwin, USA, 1997.
- García Oscar León, Administración Financiera. 3ª. Edición, Prensa Moderna Impresores, Cali, 1999
- Green, J. «Alliances have a new strategy», Modern Healthcare, Vol 25 No. 28, 10 July 1995, pp. 47-50.
- Harrigan, K. R. Strategic Alliances: Their New Roles in Global Competition. Columbia Journal of World Business, 22 (2): 67-70. 1987.
- L.A. y E.F. Carlos E. Herrera Aven-
daño. «Valoración de em-
presas». Administrate Hoy. Méxi-
co. Año VI. No. 68 (Diciembre
de 1999). 60-67 p.
- López Lubián Francisco y Walter de
Luna. «Valoración de empresas
en la práctica». McGraw-Hill,
Madrid, 2001.
- Reinecker, P., «Making strategic alli-
ances work», Health Progress,
vol. 75 No. 3, April 1994, pp.
68-72.
- Temes Montes J.L., V.P Aldaguer, J.L.
Díaz Fernández, Manual de
Gestión Hospitalaria, 2ª. Edi-
ción, McGraw-Hill, Madrid,
1997.
- Zuckerman, H. and D'Annuno, T.,
«Hospital alliances: coopera-
tive strategy in a competitive
environment», Health Care
Management Review, Vol. 15
No. 2, Spring 1990, pp. 21-30