

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

Análisis Sectorial De Las Tendencias De Contratación De Aseguramiento En Salud
Por Parte De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud En Santander.

Nancy Guaitero Mojica

Plan de Trabajo de Grado para Optar el título de
Maestría Gerencia de Negocios MBA

Directora

Docente Edna Roció Bravo Ibarra
Experta en innovación , Docente titular UIS

Universidad Industrial de Santander
Facultad de Fisicomecánicas
Escuela de Estudios Industriales y Empresariales
Bucaramanga
2022

TABLA DE CONTENIDO

1. LISTA DE ABREVIATURAS	6
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. PLANTEAMIENTO PROBLEMA	10
3.1. Configuración del problema de investigación	10
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	12
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	14
6. PROPOSICIÓN.....	14
7. MARCO TEORICO	14
7.1. Modelo de aseguramiento en salud en Colombia:	14
7.2. Procesos de negociación y acuerdos de voluntades	15
7.3. Modalidades de contratación y/o mecanismos de pago.....	17
7.3.1. Pago por capitación.....	17
7.3.2. Pago por evento.....	18
7.3.3. Pagos por paquete o conjunto integral de atenciones	19
7.3.4. Pago global prospectivo.....	20
7.3.5. Pagos sin transferencia de riesgo primario de incidencia	21
7.3.6. Pagos con transferencia de riesgo primario de incidencia.....	21
8. MARCO LEGAL	24
8.1. Sector salud en Colombia:	24
8.2. Condicionantes legales de la contratación	25
8.2.1. Pago por capitación.....	25
8.2.2. Pago por evento.....	27
8.2.3. Pagos por paquete o conjunto integral de atenciones	28
8.2.4. Pago global prospectivo.....	28

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

8.2.5.	Pago fijo global prospectivo por actividad final	29
9.	OBJETIVOS.....	29
9.1.	Objetivo general.....	29
9.2.	Objetivos específicos	29
10.	METODOLOGÍA	30
10.1.	Caracterización modelos de contratación en salud en Colombia.....	30
10.2.	Estrategia de búsqueda:.....	30
	La caracterización se realiza de la siguiente manera:	30
	Tendencias de las modalidades de contratación en salud	34
10.3.	Descripción de los criterios de búsqueda.....	34
10.3.1.	Trabajo de campo.....	34
10.3.2.	Establecimiento del alcance de la investigación:.....	34
11.	RESULTADOS.....	37
11.1.	Entrevistas individuales	37
11.1.1.	Entrevistas a gerentes y subgerentes, auditores, del área metropolitana Bucaramanga	37
11.1.1.1.	Gerente N. 1	38
11.1.1.2.	Gerente N. 2	39
11.1.1.3.	Gerente N. 3	40
11.1.1.4.	Gerente N. 4	42
11.1.1.5.	Gerente N. 5	43
11.2.	Cuestionarios.....	44
11.2.1.	Formación profesional	45
11.2.2.	Experiencia laboral	46
11.3.	Definición del modelo de toma de decisiones en el modelo de contratación. .	52

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

11.3.1. Instrumento guía para la toma de decisiones al momento de contratar las diferentes modalidades	53
11.4. Definiciones	54
12. CONCLUSIONES.....	55
13. BIBLIOGRAFÍA.....	57
14. ANEXOS	60
14.1. Empresas referentes del proyecto	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Sectores económicos de seguridad social de Colombia.....</i>	12
Figura 2. <i>Mecanismos de pago de salud.....</i>	23
Figura 3. <i>Mecanismos de pago prospectivos</i>	23
Figura 4. <i>Percepción de las modalidades de contratación en salud - Survey Overview</i>	44
Figura 5. <i>Porcentaje de participantes</i>	45
Figura 6. <i>Porcentaje de especialización de participantes.....</i>	45
Figura 7. <i>Porcentaje de edad de participantes</i>	46
Figura 8. <i>Nivel de atención es la institución en la que labora</i>	46
Figura 9. <i>Modalidad de atención que actualmente manejan en la institución que labora son:</i>	47
Figura 10. <i>Puntos críticos de contratación.....</i>	48
Figura 11. <i>Calidad de contratación de servicios de salud.....</i>	49
Figura 12. <i>Beneficios para el paciente, IPS y aseguradoras</i>	49
Figura 13. <i>Previsibles negativos y positivos</i>	50
Figura 14. <i>Eventos previsibles</i>	51

Figura 15. Instrumentos guía para la toma de decisiones en modelos de contratación

.....53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Módulos de contratación.....33

Tabla 2. *Instituciones privadas del área metropolitana*36

Tabla 3. *Eventos visuales previsibles*.....51

1. LISTA DE ABREVIATURAS

- **ADRES:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud Aerocivil Aeronáutica Civil
- **APB:** Administradoras de pagos de beneficios
- **CIA:** Conjunto integral de atenciones
- **CNPM:** Comisión Nacional de Precios de los Medicamentos
- **CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- **CUPS:** Código único de procedimientos médicos
- **DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- **DM:** Dispositivos médicos
- **EAPB:** Empresas administradoras de planes de beneficios
- **ERP:** Entidades Responsables de Pago - Se consideran como tales las Entidades Promotoras de Salud –EPS.
- **IPS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud
- **RIAS:** Ruta Integral de Atención en Salud -
- **GRD:** Grupos relacionados de diagnóstico
- **HCCI:** Health Care Cost Institute
- **IPC:** Índice de precios al consumidor
- **IPPS-PxS:** Índice de precios de procedimientos en salud para mecanismo de pago por servicio IPS Institución prestadora de servicios de salud Lista de abreviaturas
- **ISS:** Instituto de Seguro Social
- **MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud
- **MSS:** Mercado de servicios de salud
- **OMSS:** Observatorio del mercado de procedimientos en salud
- **PGP:** Pago global prospectivo
- **PRI:** precio internacional de referencia
- **RCD:** Régimen de control directo
- **RIPS:** Registro individual de prestaciones en salud
- **SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud
- **SMDLV:** Salario mínimo diario legal vigente
- **SOAT:** Seguro obligatorio de accidentes de tránsito
- **UPC:** Unidad de pago por capitación

2. INTRODUCCIÓN

En relación a la aseguradoras (IPS) y prestadoras (EPS) del sistema general de seguridad en salud en Colombia, están establecidos los diferentes mecanismos o modalidades de contratación, en este documento se procederá a analizar la dinámica que cada uno de estos tiene y en el beneficio, tanto para las IPS como para las EPS y además del impacto que tiene en la prestación de los servicios de salud, como es establecido en la ley estatutaria 1751 del 2015 que comprende el derecho fundamental a la salud, el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. (UPC-2021-regimen-contributivo-y-subsidiado-Resolucion-2503-de, 2020)

En las normas establecidas por el sistema legislativo, normativos y jurisprudencia del país, se establecen las pautas para garantizar que los sistemas de salud y atención sean de manera oportuna, de calidad y eficacia, con el objetivo de proteger el derecho fundamental de la salud. A pesar de los esfuerzos generados año tras año no se ha logrado resultados de impacto como se pretende tener. (Castaño R. &., 2018)

Los diferentes mecanismos de contratación vigentes en el SGSSS y según las negociaciones de los mismos, tienen un efecto directo en los costos de las aseguradoras y prestadores de servicios de salud y por consecuencia también generan impacto en la calidad, eficacia y eficiencia en todos los procesos asistenciales y administrativos, por tanto se debe tener una balanza para lograr mantener sistemas de salud rentables y sostenibles, a través de contrataciones que le permitan a las IPS los ingresos adecuados para su prestación de servicios y a la aseguradora una estructura de costos que no sobresalgan de los presupuestos contratados. Entre los posibles factores que confluyen para la condición económica de las instituciones se vea tan afectadas se relaciona lo siguiente:

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

- Modalidades de contratación y pagos de servicio de salud que no reconocen los riesgos en salud y por lo tanto los costos de la operación de los sistemas de salud.
- Desconocimiento en la diversificación de las modalidades de contrato y la forma de mezclarlos entre sí para mantener un buen flujo de caja y capacidad de monitorear el mercado de servicios de salud.
- Alternancia en precios para las IPS y EPS su dependencia de referencias de precios a través de los manuales tarifarios los cuales da referente de precios en algunos segmentos de mercado.
- Problemas en el flujo de los recursos desde los aseguradores que cuentan con deudas pendientes a los prestadores y entes territoriales, por ende, se ve afectado el pago al personal, proveedores y prestadores de servicio, donde deben adquirir insumos y medicamentos de bajo costo para poder cubrir con todos los requerimientos de prestación del servicio.
- Costos operacionales en los prestadores que cuentan con un gran número de contratos y vinculaciones, que han tenido que ampliar contrataciones del personal por empresas de servicios temporales, contrataciones directas por prestación de servicios y otras modalidades
- Conflictos en la gestión de recursos y la creación de nuevas fuentes de financiación en los modelos de contratación los cuales son segmentados por la clasificación en niveles de atención y por ende las instituciones no cuentan con posiciones equilibradas frente a la prestación de la carta de servicios.
- Base de datos endeble que no soportan la conformación de redes sólidas, que permitan visualizar y mejorar la calidad y eficiencia de la atención en salud. (Leuro Martinez M. &, 2017)

Recientemente en diferentes medios de información, se han manifestado en la crisis de la red pública hospitalaria en todo el país y son atribuidos a las modalidades de contratación y el pago de servicios, presentan análisis de la producción y la facturación de los servicios prestados en las Empresas sociales del estado, donde comparan los servicios individuales y pagos por evento según tarifa SOAT, se identifica una disminución en la facturación a las empresas promotoras de salud, cuando se plantea pagos por evento. (Gomez L. , 2015)

Para establecer las tarifas de cada actividad, intervenciones y procedimiento en salud ,ajustados al Plan Obligatorio de salud (POS) definido por el ministerio de salud y se encuentra codificado de acuerdo con la clasificación Única de procedimientos de salud

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

(CUPS) son utilizados los manuales tarifarios el cual son instrumentos de referencia de precios , conocidos como (tarifas SOAT) por su sigla del listado de procedimientos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito se liquida con base al SMLV y manual tarifario ISS 2001 (instituto de seguros sociales) quien toma base la UVR (unidad de valor relativo constante)(Oviedo & Leuro, 2016)

Este trabajo de investigación es una herramienta informativa, es un instrumento para la actualización y la resolución de inquietudes respecto a los modelos de contratación en salud, y para tener mejor dominio del tema. Los recursos utilizados para su realización son accesibles, las bases de datos están disponibles gratuitamente para la búsqueda de información, y el tiempo invertido en la búsqueda y análisis es retribuido con conocimiento, es importante destacar que “Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas” (Tobar, Rosenfeld, & Reale, 2000)

Es un tema de gran relevancia, ya que el desconocimiento de este, por parte del Gerente y Administradores en salud, puede llevar a malos resultados, uso innecesario de recursos, malas negociación y falta de credibilidad; circunstancias que podrían generar un gran fracaso a nivel laboral y profesional, que afecta no solo a las personas que hacen parte de una IPS, también perturban las negociaciones y contrataciones que ya se hayan pactado, con lo anterior mencionado se evidencia la necesidad de contar con iniciativas de instrumentos que orienten hacia la transformación en la toma de decisiones en un modelo adecuado tanto para el sector salud como para los paciente . (Carlos Humberto, 2020)

Es imperioso tener en cuenta que, al ser el proceso de contratación, una actividad donde están implicadas muchas personas, es importante tener claridad sobre el tema de los modelos, para tomar decisiones acertadas que contribuyan con la equidad de acceso y la

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

eficiencia de la prestación del servicio en salud, mas no que beneficie solo un bien personal que afecta el funcionamiento normal de la Entidad. (Carlos Humberto, 2020)

El proceso de contratación en salud es una herramienta fundamental para fortalecer los sistemas de salud; aunque es claro que existen varios tipos de contratación, es elemental comprender que la contratación no se limita solo a la compra de servicios, se debe fortalecer y tratar de conservar relaciones entre los agentes interesados; por lo cual se deben tener adecuadas herramientas de comunicación, para facilitar el proceso de negociación y contratación. (Carlos Humberto, 2020)

Para ello se plantea exponer las características de los modelos de contratación en el sistema de aseguramiento en salud en Colombia, identificado las tendencias en modelos de contratación y las negociaciones con los aseguradores en las instituciones prestadoras de servicio de salud pública y privada en el área metropolitana Bucaramanga, a través de esto identificar cual es modelo de contratación que le permita tener mayor Flujo de caja y satisfacción en la atención del usuario en las instituciones prestadoras de servicios de salud. (VANEGAS M.,2019)

3. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

3.1. Configuración del problema de investigación

Las entidades responsables de pago (ERP) según el artículo 15 de la ley 1122 de 2007, tienen como función decidir el tipo de contratación, el modo de pago, incentivos, tarifas y precios por medio de los contratos entre empresas promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), donde su mayor objetivo es generar un servicio de salud con mayor calidad, pero **principalmente controlar y reducir costos**, por tanto esto ha generado la necesidad del conocimiento sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de contratación y el cumplimiento de las condiciones de los contrato por lo

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

anterior se requieren enfoques más innovadores para mezclarlos entre sí y evolucionarlos en el tiempo, y así poder ofrecer mejores prestaciones de salud

Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS y las Entidades promotoras de salud EPS, se enlazan entre sí por medio de los contratos de acuerdos en las dos partes donde hay una obligación de cumplir todas las indicaciones dadas en la prestación de servicios de salud. El objetivo es realizar un análisis del Sector donde se identifique qué tipo de contrato es más viable para manejarlo teniendo en cuenta sus ventajas y sus desventajas y lograr un enfoque estructurado en la aplicación de negociaciones de las modalidades de contratación en salud, logrando aumentar el flujo de caja, calidad, cobertura y finanzas sostenibles , y verlos reflejados en la prestación del servicio de las Instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, sistemas de aseguramiento, paciente familiar y/o cuidador en el área metropolitana de Bucaramanga. (Valdivieso S. , (2013))

El principal problema que presenta que presentan las IPS es que quedan sometidas a las acciones de varios intermediarios, que les giran los recursos en lugar de recibirlos directamente y la falta de conocimiento sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de contratación y que solo el cumplimiento de las condiciones del contrato hace que las partes garanticen la calidad en la prestación de servicios” (Valdivieso S. , (2013))

Para llevar a cabo la prestación de los servicios de salud y lograr una amplia cobertura, se estableció la participación de entidades públicas o privadas, donde son las EPS las encargadas de adoptar los modelos de contratación y pagos, derivados de la prestación de los servicios en salud, ya que son quienes manejan los recursos.

Se debe por lo tanto analizar los modelos de contratación actuales en salud, para lograr el equilibrio financiero y mejorar la relación entre prestadores y aseguradoras, para el beneficio de ambas partes. También analizar dos factores importantes: el factor social, donde se relacionan varios actores unos colaboradores y otros conflictivos y el factor económico

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

donde se relacionan los flujos de los recursos y se desarrollan bienes y servicios. Cada modelo de contratación tiene ventajas y desventajas y estos varían según el contexto en que se utilicen

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad es necesario e imprescindible tener los conocimientos básicos y oportunos acerca de cómo es el manejo de los recursos del país y de cómo se invierten los impuestos que cómo habitantes estamos obligados a pagar y a su vez entender como es el funcionamiento de los diferentes sectores económicos, en nuestro caso específico el de la salud.

Figura 1.

Sectores económicos de seguridad social de Colombia



Se distribuyeron esos \$4.1 billones que pagaron las EPS, situación que nos permitiría interpretar entre otras cosas, la participación de los circuitos público y privado en la oferta de servicios. (S.A.S, 2021)

En Colombia el Sistema Social de Seguridad Social garantiza el adecuado cumplimiento de los derechos irrenunciables de las personas para que así tengan una mejor calidad de vida, otorgando entre muchos otros beneficios una cobertura universal, integral y oportuna en salud.

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

Por lo mencionado anteriormente se puede deducir que los modelos de contratación en Colombia han tenido un fuerte impacto ya que de una u otra forma facilitan la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Los servicios de salud en Colombia se financian gracias a contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, contribuciones del gobierno y contribuciones de los empleadores, las cuales van a un fondo (Adres) que se encarga de redistribuir a las Entidades Prestadoras de Servicio (EPS) según el número de usuarios que tengan y estas a su vez contratan, mediante los diferentes modelos, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para que atiendan las necesidades de la población y presten los servicios requeridos por esta.

Por esto es de gran conveniencia conocer el sistema de pago y los modelos de contratación de los servicios de salud en Colombia, debido al impacto directo que tiene en la prestación y calidad de los servicios.

Es ineludible aclarar que tanto las Entidades Prestadoras de Servicio como los responsables del pago, están en la capacidad y en la completa libertad de escoger o seleccionar las tarifas, los servicios y las modalidades de contratación según el marco de la Política de Atención Integral en Salud.

La realización de este estudio es muy pertinente porque desde la Ley 100 el área de la salud ha tenido constantes cambios y reformas por esto es importante estar actualizado todo el tiempo; además permitirá generar, ampliar y retroalimentar la formación como profesionales de salud en lo que respecta al tema de modelos de contratación para conocer más a fondo aspectos de la relación entre las EPS y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Es realmente valioso e imperativo el hecho de que como gerentes de IPS se cuente con el conocimiento necesario para saber cómo funcionan los diferentes modelos de

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

contratación de salud en Colombia y así establecer qué tipo de contrato es más viable manejar teniendo en cuenta sus ventajas y sus desventajas y como estas podrían influenciar en el adecuado funcionamiento del establecimiento donde se desempeñe el cargo, para de esta forma crear nuevos y mejores elementos y lograr ser profesionales objetivos e integrales que velan por prestar un servicio adecuado a la población.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el mejor modelo de contratación tanto para las IPS como para las EPS que generen mayor Flujo de caja en los recursos del sector salud y satisfacción en la atención de los usuarios?

6. PROPOSICIÓN

Al establecer herramientas que faciliten la toma de decisión con la caracterización y percepción de actores en salud, en los distintos modelos de contratación de salud en Colombia, se pueden mitigar los riesgos en los aumentos de costos y establecer una modalidad de contratación que logran aumentar el flujo de caja, calidad, cobertura, finanzas sostenibles y verlos reflejados en la prestación del servicio.

7. MARCO TEORICO

7.1. Modelo de aseguramiento en salud en Colombia:

En Colombia, en el año 1973, se creó el Sistema Nacional de Salud, de manera centralizada y asistencial a la población que acudiera al subsistema público. El modelo de salud que existía antes de la ley 100 era de carácter principalmente público, y el Ministerio de Salud era el encargado de transferir los recursos a las direcciones seccionales, así como planificar y nombrar el personal, vigilar el desempeño de los hospitales universitarios y

regionales, y donde una misma entidad podría direccionar y ser parte de un proceso de control.

El decreto 780 de 2016, las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las IPS tienen libertad para seleccionar las tecnologías en salud a contratar, las tarifas, los precios, las modalidades de contratación y de pago y los incentivos en el marco de la Política de Atención Integral en Salud.

El modelo de aseguramiento en salud en Colombia incluye variaciones de un modelo de prestación de servicios para grupos de poblaciones diversos; estos regímenes comparten características de financiamiento mixto, prestación, sistema de regulación propia y vigilancia de la satisfacción por parte de los usuarios dentro de un sistema de calidad.

- Las principales diferencias entre los regímenes de aseguramiento en Colombia se observan en el valor de la UPC y el plan de beneficios.

- El porcentaje de satisfacción general de los usuarios no refleja el mayor valor de la UPC y la cobertura más amplia del plan de beneficios, como en el caso de los usuarios del magisterio y Policía Nacional y Fuerzas Militares.

7.2. Procesos de negociación y acuerdos de voluntades

En la actualidad tenemos la normatividad SGSSS donde se especifican los requisitos mínimos para el proceso de negociación y acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, además establece las condiciones independientemente la modalidad de contrato, para que estas sean descritas en los contratos de prestación de servicios.

Los modelos de contratación son herramientas de gestión que permiten operar el gasto, las entidades responsables de pago y los prestadores de servicio de salud pueden recurrir a las siguientes modalidades de pago y de contratación (pago por capitación, pago por evento, pago por episodio de atención, pago integral por grupo de riesgo, pago global prospectivo)

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

A continuación, y según el artículo 5 Decreto 4747, del 2007, establece los requisitos mínimos para la negociación entre prestadores y aseguradores:

1. Prestadores (IPS/ESE)

- Indicadores de calidad en la prestación de servicios en la prestación de servicios definidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad
- Modelo de prestación de servicios definido por el IPS/ESE
- Soporte de la suficiencia para prestar los servicios de acuerdo con la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población contratante que va a ser atendida.
- Habilitación de los servicios a prestar.

2. Aseguradoras (EPS/EAPB)

- Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia.
- Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos por el sistema obligatorio de garantía.
- Medios y mecanismos de difusión y comunicación de la red de prestación de servicio de los usuarios
- Información general de la población objeto (Ubicación Geográfica y perfil democrático)
- Relación red de servicios de salud con ubicación, nivel de complejidad.

Además, se establecen unas condiciones de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios entre aseguradores y prestadores, según el artículo 6 Decreto 4747 del 2007

Condiciones mínimas:

- Términos de duración

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

- Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo
- Base de datos con información general de la población objeto (ubicación geográfica y perfil demográfico)
- Servicios contratados
- Mecanismos de forma de pago
- Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago
- Proceso y operación del sistema de referencia y contra referencia
- Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y revisoría de cuentas.
- Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- Mecanismos para la solución de conflictos
- Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de contratos.

7.3. Modalidades de contratación y/o mecanismos de pago

7.3.1. Pago por capitación

Modalidad mediante el cual se establece un pago de una suma por grupo de personas para la atención en salud de la demanda de un conjunto establecido de servicios y/o tecnologías de baja complejidad durante un periodo de tiempo definido, el valor pactado por cada usuario o perca pita debe ser pagado por **anticipado** con la suma fija pactada, basado en la definición de cada año que hace el gobierno nacional de la Unidad de pago por capitación (UPC). El monto lo dan las empresas promotoras de salud anualmente y CRES (Comisión regulación en salud) este varía dependiendo de algunas especificaciones de la población como: edad, genero, ubicación geográfica; este valor se desagrega en la estructura de costos

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

por grupo de edad donde las edades mayores de 75 años y menores de un año, tiene un mayor reconocimiento económico.(ver tabla n.1)

En el régimen subsidiado y contributivo varia la UPC (Unidad de pago por capitación) ya que en el régimen contributivo son de gran importantes factores como la edad, sexo y ubicación geográfica, se realizan cuotas moderadoras y/o copagos y con el régimen subsidiado se tiene en cuenta el factor ubicación geográfica y no se realizan cobros de cuotas ni copagos.

Características especiales:

- El pago debe girarse por parte de la EPS de forma anticipada por cada persona con la suma fija pactada a la IPS.
- La liquidación periódica del número de personas debe ser incluido en la base de datos con el valor fijo por persona
- Estandarizar el grupo de servicios de la IPS y garantizar la prestación de los usuarios asignados.
- Determinación del tiempo establecido en el contrato donde se estipulan los servicios que prestara la IPS.

Teniendo en cuenta lo anterior en la modalidad de pago por capitación tendrán mejores ingresos, si tienen más afiliados, pero no por cantidad de servicios de salud prestados.

7.3.2. Pago por evento

Modalidad mediante el cual la EPS/EAPB determinan tarifas especificas previamente pactadas por actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, durante una atención y va acogida por una patología especifica y esta es pagada a la IPS /ESE que presta el servicio de salud, este contrato tiene las siguientes características;

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

- Dependiendo del portafolio de servicios y habilitaciones el contratista define listados de eventos a atender.
- El contrato se realiza a través de negociaciones entre la aseguradora y prestadora de servicios de salud, donde se generan acuerdos de precios y pagos.
- Este **pago se genera de manera retrospectiva**, por medio de la factura generada en la prestación del servicio
- Se pueden generar una o varias actividades por evento de un solo paciente
- En el contrato por evento el usuario debe contar con autorización de servicios emitido por la EPS, para su atención. En los servicios de urgencias la orden de atención no aplica ya que el usuario debe ser atendido sin ninguna restricción.
- En la atención en salud no se supone la transferencia de riesgo.

El estado determina el valor anual de la UPC para los dos regímenes , la cual financia la progresividad de las coberturas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud , el ministerio de salud fijó a través de la resolución 2503 del 2020 incluyó anexos técnicos , la unidad de pago por capitación del 2021 en \$938.826 para el régimen contributivo y en \$ 872.496 corresponde a un valor diario de \$2.607,85 para el subsidiado, corresponde a un valor diario \$2.423,60, los ingresos por conceptos de UPC se deben destinar para gastos administrativos 10% y gastos en salud 90%.

7.3.3. Pagos por paquete o conjunto integral de atenciones

Modalidad mediante el cual se pacta contrato por paquete o conjunto integral de atención, en el cual son pagados los procedimientos, actividades, intervenciones, insumos y medicamentos, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico, el pago se da mediante a la generación de cada caso es decir cada paquete de

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

servicios prestados, con unas tarifas pactadas previamente, este contrato tiene las siguientes características;

- El valor de cada atención (conjunto de intervenciones o según diagnóstico, pruebas, insumos asociados a la enfermedad o evento específico) se constituye por un valor médico y administrativo, el cual es establecido en el contrato.
- El valor es establecido por un promedio de las atenciones en salud es decir paquetes o conjunto integral de atención, donde se toman referentes de otras instituciones o de análisis de un número de series en un tiempo determinado.
- La EPS realiza los pagos con la base en la demanda efectiva atendida en un periodo determinado, este valor es **pagado de forma retrospectiva**.
- La transferencia de riesgo está sujeta parcialmente al incremento de costos de la atención como base al promedio del valor pactado.

7.3.4. Pago global prospectivo

“Es la suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de la IPS, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año, con el acuerdo de plan de servicios; episodios de atención por tecnologías pactados entre aseguradora y prestador, en este contrato se establece un máximo y un mínimo de número de atenciones y se presenta el monto presupuestado.

Con este modelo se busca controlar el riesgo de las aseguradoras, mejorar el acceso a la salud, el proceso de autorizaciones sea siempre igual y se mejore el impacto de la atención en salud.

Los pagos prospectivos se clasifican en dos grupos:

1. Los que no involucran transferencia de riesgo primario de incidencia
2. Los que si involucran transferencia de riesgo primario de incidencia.

7.3.5. Pagos sin transferencia de riesgo primario de incidencia

Esta modalidad tiene una característica importante es que cada caso genera un nuevo pago y por tanto el prestador está protegido frente al riesgo primario de incidencia, esta categoría contempla tres grupos:

1. **Pago por episodio:** pago por una suma fija pactada para la atención en un tiempo definido tiene un inicio en la atención y finaliza con el tratamiento ejemplo: atención parta
2. **Pago por grupo de riesgo:** pago por una suma fija por la atención de una condición médica crónica o una enfermedad de larga duración, en esta modalidad se expone al riesgo primario de severidad, el valor por cada atención es el mismo.
3. **Otras modalidades**
 - 3.1. **Pago por contacto por especialidad:** pago consiste en una suma fija que realiza el asegurador por un periodo de tiempo para una atención con especialista.
 - 3.2. **Pago por escenario de atención:** pago que realiza el asegurador por un periodo de tiempo definido para una atención en un escenario, ejemplo: atención domiciliaria.
 - 3.3 **Pago por tipo de servicios:** pago fijo por parte del asegurador por un tiempo establecido para realizar un servicio que sea definido, ejemplo: ciclo de quimioterapia.

7.3.6. Pagos con transferencia de riesgo primario de incidencia

Esta modalidad también definida como “global “ya que se atiende una población en una zona democrática y durante un tiempo definido, es importante conocer la población afiliada ya que el prestador se expone al riesgo primario de incidencia, a continuación, los grupos:

1. **Pago global prospectivo por episodio:** pago fijo por la atención del episodio, este pago se genera mensualmente, en un área geográfica específica, se expone al riesgo primario de incidencia porque el número de episodios puede ser variable, mientras que

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

el pago es una suma fija, lo que obliga al prestador a realizar actividades de detección temprana y atención oportuna para resolver a un menor costo los episodios que aquí se presenten y por los cuales se paguen.

2. **Pago global prospectivo por grupo de riesgo:** pago fijo por la atención de enfermedades crónicas en población, zona geográfica y durante en tiempo establecido, ejemplos pacientes con hipertensión por lo tanto se deben tener un plan de intervención con control y prevención de la enfermedad
3. **Otras modalidades de pagos prospectivos con transferencias de riesgo primario de incidencia:**

3.1. **Pago global prospectivo por especialidad:** Pago fijo por atenciones a diagnósticos definidos solamente a condiciones médicas que se incluyan en esos diagnósticos en un tiempo determinado, es importante detección temprana de enfermedades y atención oportuna para disminuir el riesgo y que sean costo efectivas,

3.2. **Pago global prospectivo por nivel de complejidad:** Pago fijo para los prestadores que estén integrados a una red de servicios y puede ser de varios niveles de complejidad.

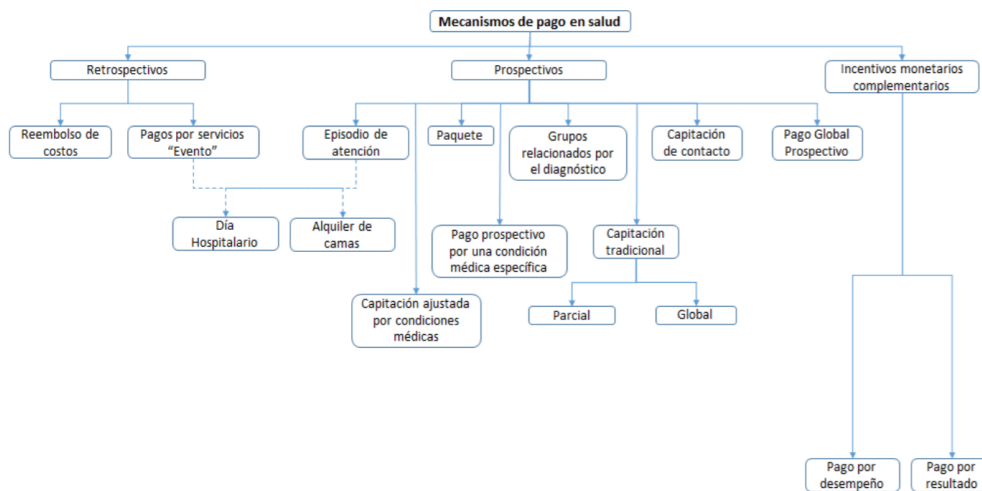
3.3. **Pago global prospectivo por escenario de atención:** Pago fijo a prestadores para un escenario de atención, donde el escenario se entiende por estructura donde se prestan servicios establecidos como, por ejemplo: atención domiciliaria o urgencias, en este modelo de atención se paga un monto fijo por los servicios sin importar el número de atenciones prestadas.

3.4. **Pago global prospectivo por tipo de servicio:** pago fijo que se da para las atenciones de un servicio establecido que se de en un tiempo, en una población y área geográfica definida. Ejemplo: laboratorio clínico

3.5. **Pagos complementarios:** También llamados pagos adicionales, solo representan entre el 1% y el 10% de ingresos para el prestador, como, por ejemplo: una Re-hospitalización.

Figura 2.

Mecanismos de pago de salud



Nota. Capítulo desarrollado a partir del libro “Mecanismos de pago en salud, anatomía, fisiología y fisiopatología” de Ramón Abel Castaño (18).

Figura 3. *Mecanismos de pago prospectivos*



Nota. Moreano, D. (2019, julio 20). Descripción Mecanismos de pago agrupado Pagos globales prospectivos — MD & CO Consulting Group. MD & CO Consulting Group.

8. MARCO LEGAL

8.1. Sector salud en Colombia:

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada.

Según El decreto 1011 del 3 de abril del 2006, se define calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Teniendo en cuenta dicha definición el financiamiento constituiría la puerta de entrada en la valoración de la calidad de un sistema; y la satisfacción del usuario respecto a ejecución del plan de beneficios para determinado modelo o sistema, el determinante final de medición de calidad. El gasto nacional en salud relacionado con el PIB se puede utilizar como un indicador de priorización de la atención en salud, pero se deben tener en cuenta otros factores como destino de los recursos y la calidad de del gasto en términos de equidad, eficiencia y efectividad. (Molina et al, 2000)

Referente: The health system of Colombia /2019.Ramiro Guerrero, M en C, (1) Ana Isabel Gallego, BS, (2) Víctor Becerril-Montekio, Lic. en Ec, M en Soc., (3) Johanna Vásquez, M Sc. (4).

8.2. Condicionantes legales de la contratación

8.2.1. Pago por capitación

La ley 100 de 1993 en el artículo 179, en el artículo 6 se estableció que las EPS contratarán los servicios de salud con las IPS, con la finalidad de racionalizar la demanda por servicios y así podrán optar por las modalidades de contratación y pago como capitación o de presupuesto global fijo.

Decreto 723 de 1997 se establece que los contratos deben tener las siguientes reglas:

1. Ningún contrato por capitación podrá implicar traslado de las responsabilidades de las EPS/EAPB, como los siguientes: calidad de los servicios, garantía del libre acceso, escogencia de los afiliados en lugar de prestación de servicios, control de la atención integral.
2. La IPS no podrá ofertar servicios que no estén certificadas en su capacidad real de resolución en la calidad de la atención al usuario.
3. Las EPS y IPS deben contar con instrumentos permanentes y /o personal destinado a la recepción de quejas y reclamos, con el fin de garantizar y exigir la buena atención en salud.
4. Las IPS contratadas deberán garantizar opciones y/o opción de atención en el lugar donde el afiliado se encuentre o un lugar cercano con fácil acceso.

Decreto 050 de 1993 se establece medidas para optimizar el flujo financiero del régimen subsidiado, a continuación, reglas dictadas:

1. Las contrataciones a terceros para la prestación de servicios de salud deben estar habilitadas y tener el cumplimiento conforme a la norma
2. En el contrato se debe especificar los servicios prestados directos o por terceros.
3. La EPS será responsable de los incumplimientos de las subcontrataciones cuando esta esté autorizada.

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

4. Las EPS /EAPB deberán solicitar periódicamente al ministerio de salud, la información sobre a servicios prestados frente a patologías y frecuencias, para la renovación o cancelación de contratos con las IPS/ESE
5. La EPS en el modelo de capitación no podrán contratar todos los servicios en una misma institución prestadora de servicios de salud (IPS/ESE).

Ley 1438 de 2011 en el artículo 52 la capitación solamente a los servicios de baja complejidad.

Decreto 515 articulo 6 se establece prohibición a las prácticas de intermediación en la prestación de servicios entre aseguradores y prestadores.

Decreto 4747 de 207 que reglamenta la Ley 1122 del artículo 7, señala las siguientes condiciones en los acuerdos de voluntades de la prestación de servicios:

- Pago anticipado de la suma fija por cada persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo.
- Perfil epidemiológico de la población objeto de contrato
- Base de datos con los usuarios relacionados en el contrato
- Dinero que debe ser pagado por la EPS por cada persona y/o grupo con el marco de servicios y convenios
- De acuerdo con la codificación del ministerio de salud y protección social, identificar las actividades, intervenciones, procedimientos, insumos y medicamentos
- Establecer precio a las novedades de ingreso y retiro a cargo de la entidad responsable.
- según la normatividad vigente metas de cobertura, oportunidad en la atención y resolutivas

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

- En caso de que el afiliado requiera de remisión y /o atención de servicios de salud y sea llevado a otro prestador la EPS es responsable y pagara su atención, por tanto, podrá descontar el monto al contrato capitado.
- La modalidad de pago por capitación no puede transferir obligaciones de las EPS/EAPB a las IPS, como lo es la gestión de riesgo o gestión de riesgo en salud.

La ley 100 contenida en la ley 1438 del 2011, artículo 52 establece las siguientes condiciones:

- Se podrá contratar por capitación los servicios de baja complejidad con la condición de que el asegurado y el prestador deben reportar con oportunidad y calidad los servicios prestados.
- Las EPS son responsables de la gestión del riesgo, la capitación no los libera de la responsabilidad
- En las actividades de promoción y prevención en el contrato de capitación, deben ser indicadores y evaluación de resultados en salud

Decreto 971 del 2011 artículo 9, se establece mecanismos de giro directamente a la EPS a LAS IPS prestadoras contratadas por capitación, lo cual permite un flujo de caja entre las mismas.

La ley 1122 del 2007 artículo 13 establece el acuerdo de contratación entre EPS pagaran a los prestadores mes anticipado 100% si el contrato es capitado.

8.2.2. Pago por evento

Las condiciones establecidas para este tipo de contrato están contempladas en el Decreto 4747 del 2007 en el artículo 8, acuerdos de voluntades:

- El prestador de servicios de salud debe suministrar actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, acordados en

listado y/o descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.

- Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico deben ser aplicados las tarifas acordadas
- La clasificación única de procedimiento en salud –(CUPS) contiene la identificación y denominación de los procedimientos en salud.

La ley 1122 del 2017 artículo 13 suscribe la modalidad de evento en cuanto el flujo de caja, donde indica que las EPS pagaran un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los 5 días posteriores a su atención y el saldo se pagara dentro de los 30 días siguientes si no se presenta glosa alguna.

8.2.3. Pagos por paquete o conjunto integral de atenciones

Las condiciones legales y reglamentación de esta modalidad están descritas en los siguientes artículos:

- Artículo 53 Ley 1438 del 2011 se establece la prohibición para el sistema de salud, establecer mecanismos de pago o acuerdos en la contratación de servicios donde limiten el acceso de la atención en salud, restrinjan continuidades de tratamiento, oportunidad en la atención y calidad o que propicien fragmentación en la atención de los usuarios.

8.2.4. Pago global prospectivo

La ley 1122 del 2017 artículo 13 suscribe la modalidad de evento en cuanto el flujo de caja, donde indica que las EPS pagaran un pago anticipado un pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su presentación de servicios.

8.2.5. Pago fijo global prospectivo por actividad final

Decreto 4747 plantea esta modalidad y la define de la siguiente manera: mecanismo mediante el cual se pagan conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

9. OBJETIVOS

9.1. Objetivo general

Diseñar un instrumento para tomar decisiones en el sistema de contratación en salud, entre actores que contratan y prestadores de servicio de salud, basado en la caracterización de los modelos de contratación y en la percepción de gerentes, subgerentes y auditores de instituciones privadas del área metropolitana de Bucaramanga.

9.2. Objetivos específicos

1. Generar documento simplificado con la caracterización de los modelos de contratación en el sistema de aseguramiento en salud en Colombia.
2. Establecer cuáles son las tendencias de las modalidades de contratación en salud, según la percepción de los gerentes y subgerentes y/o auditores médicos, que le permitan tener mayor flujo de caja en las instituciones prestadoras de servicio de salud pública y privada en el área metropolitana Bucaramanga.
3. Definir el modelo de toma de decisiones en el modelo de contratación basado en la caracterización y en la percepción de los actores del sistema de seguridad social en salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud del área metropolitana de Bucaramanga.

10. METODOLOGÍA

10.1. Caracterización modelos de contratación en salud en Colombia

10.2. Estrategia de búsqueda:

La caracterización de las modalidad de contratación obedece a una metodología de revisión de literatura, investigación mixta ,que se recopila información a través de técnicas cualitativas, cuantitativas, utilizando variadas fuentes de información; asimismo, se realiza análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos ,priorizar dentro las más convenientes y para prevenir y mitigar riesgos, teniendo en cuenta que cuentan con características identitarias. No se especificará tiempo determinado ya que es importante revisar los resultados de las modalidades en el tiempo. se excluirán artículos publicados después del año 2000. Búsquedas en (Google Académico, recursos electrónicos de la biblioteca UIS) Science Direct, Springer ,OXFORD, ProQuest, One Academic, Scopus, entre otros. Fuente: (Heno, Agosto de 2019) Consideraciones y pautas técnicas para la elaboración de estudios de caracterización de grupos de valor, de interés y partes interesadas. Muestra de 60 artículos , revistas de investigación , bases de datos , se registran y se clasifican en la bitácora de Búsqueda.

La caracterización se realiza de la siguiente manera:

1. Identificación de parámetros para realizar una caracterización. Según la Real Academia de la Lengua, el término “caracterizar” se define como “determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás”.
2. Identificación de variables fundamentales en cada una de las modalidades de contratación

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

3. Selección de la muestra y construcción del instrumento de recolección de la información Palabras claves: Modelos de contratación en salud, tipos de contratos, Mecanismo de pago, Incentivos monetarios, reforma a la salud.
4. Procesamiento de la información (elaboración, clasificación y descripción de las variables). Criterios de selección: material bibliográfico de artículos, trabajos de grado, monografías, resolución entre otros, que realicen la descripción de los modelos de contratación en salud en Colombia., legislación y normatividad.
5. Revisión y selección de las variables y Simplificar argumento en uno o dos párrafos, manteniendo el rigor de la comprensión del texto con su respectiva cita.
6. Articular los párrafos en su respectivo orden, de la manera que dé lugar a el documento de dos o tres páginas.
7. Determinación de tipos o subsistemas

Diseño de la base de la caracterización:

Elementos de la caracterización más relevantes para la toma de decisión al momento de escoger la modalidad de contrato, para que sea tomada como herramienta, definir con exactitud cuál será nuestras variables de interés a estudiar. Según Bolaños (1999).

Matriz de análisis de la base de la caracterización:

Se establece variables de cruce de información que permitan fortalecer la toma de decisión y realizar análisis del conjunto de datos, para la obtención de conclusiones correctamente soportadas en la costo efectividad de los contratos en salud.

Esta matriz se basa en la descripción de los sistemas de pago en función de dos dimensiones: la modalidad de contratación que utilizan y la distribución de riesgos financieros entre el prestador de la atención médica y el financiador.

Estructura de principales distinciones

Variable para evaluar:

- Modelos de contratación
- Mecanismo de pago
- Incentivos monetarios complementarios a los mecanismos de pago

Estos consideran pagos adicionales o retenciones de los pagos acordados, que se entregan al prestador posteriormente en función del cumplimiento de indicadores de estructura, proceso, producto y resultado. En general, se consideran dos categorías, el pago por desempeño, que se concentra en indicadores de estructura, proceso y volúmenes de producción, y el pago por resultados clínicos y de calidad de vida (18).

Pago por desempeño: valor monetario con base en el

cumplimiento de indicadores de estructura, de proceso o de volúmenes de producción.

Pago por resultados clínicos y de calidad de vida: En algunas condiciones médicas y episodios es posible establecer una compensación por resultados. Hay tres condiciones necesarias para que esto se pueda dar: 1) que el proceso este altamente estandarizado, lo cual permite que el resultado sea altamente predecible; 2) que el resultado sea observable; y 3) que el resultado se obtenga en un plazo de tiempo razonable que permite que sea observado (18).

- Riesgo financiero ERP
- Riesgo financiero IPS
- Utilización de recursos

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

A continuación, tabla de caracterización: como se puede apreciar en la siguiente tabla los modelos de contratación, características, y características específicas de cada una de ellas según la literatura encontrada.

Tabla 1. Módulos de contratación

Modelos de contratación	Características	Mecanismo de pago	Incentivos de pago	RIESGO FINANCIERO IPS (Institución prestadora de servicios de salud)	RIESGO FINANCIERO ERP (Entidad responsable de pago)	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad	Negociaciones
Evento o "pago por actividad"	Pago por los servicios o actividad, incluye honorarios médicos, suministros, medicamentos y servicios quirúrgicos.	Retrospectivo (Pago 100% posterior a la atención)	No se generan incentivos, para evitar los episodios en las condiciones crónicas. Bajo esta modalidad se paga para atender los episodios de la enfermedad y no por evitarlos.	Riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos de los insumos gastados durante la atención por una tarifa prefijada.	Riesgo abuso * riesgo moral, Sobre utilización ,pago por actividad / Actividad medica productiva / servicio de paciente por modalidad recompensa. Demanda inducida por el prestador (Radwin 1993) incluso sin mala intención.	a. No prevención b. Alta tecnología y calidad c. Inducción a la demanda d. "Corrupción" e. Discriminación de tarifas f. Desigualdad	Incentiva actividad y sobreutilización	Buena	Tarifas máximas ,contratos deberá pactarse lo siguiente: 1. Tecnologías en salud incluidas. 2. Tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud. 3. En la modalidad de contratación y de pago por servicio se podrá estipular el uso de protocolos y guías de atención.
Paquete	Pago por grupo de tipos de servicios ,procesos, insumos o factores de producción en un "paquete "al cual se le establece un precio previamente. Usualmente se utiliza para paquetes de Cirugía	Prospectivo (pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su radicación)	No se generan incentivos . No provee , compensación por disminuir o adoptar protocolos o guías que ahorren recursos.	El mayor riesgos ,es que el prestador recibe el mismo pago por cualquier paciente, este puede tratar de seleccionar aquellos que tienen una mayor probabilidad de consumir menos recursos de los esperados, y tratar de rechazar aquellos que tienen mayor probabilidad de consumir mayores recursos.	Riesgo abuso * riesgo moral . Se maximiza el numero de paquetes de atencion medica.	a. Alto nivel de estandarización b.No prevención c. Prestador puede caer en la tentación de disminuir la calidad. utilizando insumos o mano de obra baratos	Incentiva actividad del paquete y disminuir costos frente a la atención	Buena	Prestador debe haber estandarizado muy bien el proceso de atención, de modo que reduzca la variabilidad en el uso de los recursos y, por lo tanto, disminuya el riesgo técnico.
Capitación o valor fijo por usuario contratado	Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona, que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo. Servicios de baja complejidad.	Prospectivo (pagará mes anticipado el 100%) dentro de los cinco primeros días del respectivo mes	Si se generan incentivos , estimula a mayor atención en patrones epidemiología de mortalidad y cuidados que ahorren recursos.	Maximiza la afiliación y minimizar los costes de la asistencia Per cápita sin ajustes: riesgo sobre el prestador	Ajuste del valor contractual: reglas (Ajuste de riesgo, Ajuste por desviaciones extremas del costo, Franja de riesgo) Objeto de proteger la calidad de la atención por las variaciones en los costos. Artículo 2.5.3.4.2.5 Per cápita ajustado : riesgo sobre el financiador	a. Prevención b. Derivación c. Selección de riesgos	Fomento de la integración de servicios y de la prevención cuando es eficiente.	Control de calidad por estándares y fomento de la prevención.	las negociaciones y contrato a las Entidades Promotoras de Salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.
PGP (pago global prospectivo)	Pago que se establece por anticipado ,una suma global para cubrir durante un periodo determinado de tiempo, prestaciones en salud a una población definida dentro de un área geográfica.Se mantiene Flujo de caja.	Prospectivo (pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su radicación)	Pago por desempeño / Pago por resultados clínicos y de calidad de vida.	a. Si no se ajusta el pago (riesgos) el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean mas caras. B. Si se ajusta las tarifas según los costes esperables, el riesgo cae sobre el financiador.	Maximiza el numero de atenciones y minimizar el costo de la estancia. Objeto de proteger la calidad de la atención por las variaciones en los costos , Se anexa al contrato: Artículo 2.5.3.4.2.5.Ajuste del valor contractual: reglas (Ajuste de riesgo, Ajuste por desviaciones extremas del costo, Franja de riesgo)	a. Aumenta el numero de atenciones b. Mínimo coste de las estancias c. Ingresos hospitalarios innecesarios d. Discriminación en tecnologías y exámenes diagnósticos e. Margen de maniobra del prestador f. costos "controlados" por las IPS g. la negación de servicios medicamentos	a. Puede incentivar a la no utilización de los recursos b. Baja dimensión medica. C. la creación de barreras de acceso d. Diseño de sistemas mixtos , metodo acolchonamiento e. Debilidad en el riesgo de la complejidad	Bajas Garantías y disminución de la calidad	L a negociacion se prioriza que cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.artículo 57 de la Ley 1438 de 2011
Episodio de atención	Pago por un episodio que incluye uno o varios servicios, procesos , insumos.: Incluyen tres mecanismos pago por paquetes, pago por grupos relacionados de diagnóstico y capitación de contacto	Prospectivo (pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su radicación)	No se generan incentivos. No provee , compensación por disminuir o adoptar protocolos o guías que ahorren recursos.	Suele caer sobre el prestador ,si no se tiene en cuenta particularidades	Maximiza el numero de atenciones y minimizar el costo de la estancia. objeto de proteger la calidad de la atención por las variaciones en los costos , Se anexa al contrato: Artículo 2.5.3.4.2.5.Ajuste del valor contractual: reglas (Ajuste de riesgo, Ajuste por desviaciones extremas del costo, Franja de riesgo)	a. Planificación compatibles b. Margen de maniobra del prestador c . Mínimo de costos en la atención	se fomenta la actividad de la atención	limites a la atención de episodios.	los contratos deberá pactarse lo siguiente: 1. Definición del episodio de atención con su inicio y su fin. 2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos. 3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados. 4. Monto por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas. 5. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención

Fuente: Información consolidada por la autora de Informe

Tendencias de las modalidades de contratación en salud

10.3. Descripción de los criterios de búsqueda.

10.3.1. Trabajo de campo

- Se identifico y segmento muestra: (Gerentes, subgerentes, auditores de las IPS privadas del área metropolitana de Bucaramanga)
 - Identificación y segmentación del área a aplicar la encuesta: **Empresas que será objeto del trabajo:** Instituciones privadas prestadoras de servicios de salud en el área metropolitana de Bucaramanga
 - Total, de entrevistados 75 profesionales
 - Tipo de instrumentos
1. Entrevista cualitativa individual (cuestionarios **Questionpro**) 70
 2. Entrevista cualitativa individual (preguntas semiestructuradas) 5
- Recopilación de información con entrevista

10.3.2. Establecimiento del alcance de la investigación:

Alcances

- **Geográfico:** Las estrategias en este trabajo estarán aplicadas para el mercado de las prestadoras de servicio de salud en el área metropolitana de Bucaramanga.
- **Metodológico:**

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

1. Este trabajo se enfoca directamente al segmento de contrataciones en el sistema de salud y los modelos de salud que ha estado incorporando en el ministerio de salud.
 2. Las estrategias desarrolladas, son planteamientos para que los funcionarios de sector salud administrativo o gerencial identifiquen las congruencias, discrepancias de las relaciones con el costo beneficio de las modalidades de contratación en salud.
- **Institucionales:** se realizarán el ingreso a las instituciones prestadoras de servicio de salud con todas las normas de bioseguridad según sean reglamentadas internamente en la institución

Identificación y segmentación de participantes:

Para iniciar la aplicación de las encuestas de investigación fue necesario identificar y clasificar las diferentes características que debe tener el participante:

1. Trabajadores en la institución prestadora de servicios de salud privado y/o público.
2. Cargo perteneciente a la gerencia, subgerencia o auditoría
3. Tener visión propia de la visión empresarial en servicios de salud
4. Tener conocimiento sobre las modalidades de contratación en Colombia

Tabla 2.

Instituciones privadas del área metropolitana

COMPLEJIDAD BAJA – MEDIAL – ALTA
1. CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S
2. CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA
3. CLINICA PIEDECUESTA S.A.
4. CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE (POLICLINICA)
5. CLINICA CHICAMOCHA SA (Rosita , AV , Conucos
6. IPS CLÍNICA GESTIONARBIENESTAR
6. SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
7. FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA - INSTITUTO CARDIOVASCULAR
8. HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA
9. FUNDACION FOSUNAB
10. FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL
11. LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA
12. FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. UNIDAD RENAL FOSCAL
13. INSUASTY ONCOLOGIA E INVESTIGACIONES S.A.S
14. IPS SALUD MEDICAL S.A.S
15. RTS SUCURSAL BUCARAMANGA
16. DAVITA BUCARAMANGA

Nota. Elaboración propia.

-Muestra total de 75 profesionales (4.6 por institución)

11. RESULTADOS

11.1. Entrevistas individuales

11.1.1. Entrevistas a gerentes y subgerentes, auditores, del área metropolitana Bucaramanga

El objetivo de esta Entrevista con preguntas semi estructuradas, es conocer la percepción de algunos profesionales, respecto a los modelos de contratación de salud, en Colombia.

1. Desde su experiencia ¿Cuál son los modelos de contratación más beneficiosos en que existen actualmente entre IPS y EPS?
2. ¿Cuáles son los elementos de éxito en las contrataciones de salud que han generado impacto en su institución?
3. ¿Qué consejos daría, al momento de tomar decisiones en las negociaciones de las diferentes modalidades de contratación y cómo generar una rentabilidad a las instituciones prestadoras de servicios de salud?
4. ¿Mencione cuál es el modelo de contratación que considera, es el más negativo, para los usuarios y por qué?
5. ¿Según su experiencia laboral cuál es la modalidad que permite mayor flujo de caja para las instituciones prestadoras de servicios de salud?

Respuestas:

11.1.1.1. Gerente N. 1

1. La modalidad del evento permite que el paciente tenga todos los servicios sin limitaciones, para nosotros nos permite hacer un adecuado recobro en las diferentes atenciones prestadas, contando con los instructivos pertinentes para cada servicio.
2. Los elementos de éxito en las contrataciones de salud son:
 - Brindando una excelente atención en salud
 - Diversificación de contratos
 - Formación a todo el personal de facturación en prevención de glosas
 - Control y seguimiento de procedimientos, atenciones, procedimiento entre otros con justificaciones en historias clínicas.
 - Prestación de servicios de alta calidad, practicas a la acreditación de servicios.
3. En el momento de negociar la prestación de servicios de salud, una buena práctica es tener diversificación de contratos ,desarrollando estrategias en cada una de ellas , a nivel institucional se ha migrado a mantenernos en la competitividad en el momento de las contrataciones, para una buena rentabilidad hay que hacer visible al personal el significado de cada contratación, modificando su visión frente al auto sostenimiento de la empresa , que finalmente se ve reflejado en la atención con calidad, dando un nuevo concepto al recurso humano y es pensar en la compra y venta de servicios de salud.
- 4.Considero que ninguna modalidad es negativa , lo que se está evidenciando es que nos estamos viendo obligados a tener supervivencia en el mercado , prima más la oferta y la demanda, algunos prestadores se ven obligados a realizar negociaciones por debajo de las tarifas estándar, donde se pone en peligro estabilidad financiera de las instituciones, generando acciones para disminuir costos en la atención (transferir costo, limitación de procedimientos y exámenes, disminuir la calidad entre otros)

5. Para mi concepto es el PGP permite un buen flujo de caja mensual, esta modalidad conlleva a que algunas IPS se sobrecarguen con contratos sobrevendiendo sus capacidades de atención al usuario, generando un mayor flujo de caja, pero a su vez demoras en la atención en salud y disminuyendo la calidad del servicio.

11.1.1.2. Gerente N. 2

1. Los modelos que hayamos experimentado acá y de los que hemos obtenido una buena operación en el sentido de que en la integridad del paciente se maneja los indicadores con buenos resultados y adicional a eso la rentabilidad del ingreso mensual, ha sido el modelo de pago global prospectivo PGP y otros que se denomina PITP pagos integrales con techos presupuestales, que es algo muy similar o parecido a lo que corresponde al modelo PGP.
2. Elementos de éxito en las contrataciones de salud
 - Tener notas técnicas donde están definidos los diagnósticos y el paquete del manejo integral del paciente para la eliminación de las barreras en la prestación, adicional el personal tiene que cobrar solo los paquetes el cual ya está estipulado.
 - Poder dejar en los anexos: las evaluaciones a los modelos deben hacerse trimestral, frecuencias, volumen de pacientes e indicadores. Con eso se determinar en qué se falla y en qué se debe mejorar, si se debe ajustar
3. A tener en cuenta:
 - Especificar claramente el tema de recobros cuando procede o no en la atención, es decir si el paciente está en otras zonas del país y por cuestiones externas no puedes ser atendidos en la institución en estas situaciones no debe ser atribuible a la institución
 - Dejar claro la portabilidad de los pacientes (número de pacientes atendidos) al inicio del año, porque como ven que para la zona del país (Santander) tenemos una buena

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

modalidad de contratación entonces la EPS, empieza a traerse de alguna manera los pacientes de otras poblaciones y cuando se contrata siempre se mira la cantidad de pacientes entonces con el tiempo va aumentando y sigue siendo el mismo valor que paga la EPS o el acuerdo a ajustarse las tarifas del acuerdo.

- Dejar escrito las condiciones de incremento tarifario, explícitas en el contrato así sea un porcentaje de acuerdo entre las partes o en su defecto de acuerdo al aumento de la del IPC.
4. Modalidad evento porque se lleva el paciente está expuesto a estar en el desgaste administrativo es decir él está en medio hasta que no le autoricen los servicios y el modelo de salud de nuestro país nos lleva a la deficiencia en esos procesos que de alguna manera la también hacen contención y eso dilata el tiempo de oportunidades de atención.
 5. Claramente los modelos de contratación PGP porque garantizan un flujo de caja efectivo todos los meses ingresa al mismo valor y con eso se presupuesta entonces esos modelos pagan de manera anticipada y para nosotros han sido realmente beneficiosos en la parte financiera.

11.1.1.3. Gerente N. 3

1. La modalidad pago global prospectivo PGP maneja atenciones integrales con notas técnicas y están empaquetados Con todos los procesos y servicios de atención, esto permite que tanto las IPS y las EPS tengan control del presupuesto pactado y libertad financiera. El mejoramiento continuo de la calidad en la prestación del servicio es más se ha observado que los usuarios encuentran instituciones aliadas donde encuentran todos los servicios, mejorando los tiempos de respuesta.

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

2. Elementos de éxito en mi institución ha sido el contar con personal muy entrenado y capacitado, con amplia experiencia en el abordaje de las contrataciones, recobros, facturadores, profesionales de salud y los auditores internos deben tener perfil clínico y así logran contribuir y entender mejor todos los mecanismos, y a su vez el relacionamiento con los diferentes pagadores, tener siempre en cuenta que nos beneficia a las dos partes.
3. Mis apreciaciones son;
 - Durante las negociaciones anuales o cada renovación de contrato se debe dejar estipuladas las pautas y de forma muy concisa en cada cláusula todo lo pactado con los diferentes servicios que, incluyendo en el contrato, de esta manera se asegura el cumplimiento del contrato y no se incurre en fallas que finalmente se ven reflejadas en el servicio de salud.
 - En las modalidades con pagos prospectivos es importante estipular quien asume los riesgos, porque se ha observado que las entidades pagadoras incurren que lo que está pactado es el valor pagado y cuando el paciente llega a nuestras instalaciones se le da manejo en su totalidad lo cual se incurre en gastos que finalmente asume el prestador del servicio.
 - Hacer valida la norma en el pago de incentivos monetarios, dejando estipulaciones en el contrato, en procesos de evaluación de indicadores, esto permite demostrar la mejora en el proceso y así la buena utilización de los recursos.
4. Modalidad evento tiene muchas barreras ya que, para las autorizaciones de especialistas, procedimientos entre otros, deben ser solicitadas en cada atención, es decir hay un desgaste tanto de la parte administrativa cuando se tiene pacientes hospitalizados o como del usuario y/o familia en ambulatorio.

5. El pago global prospectivo permite que las instituciones manejen un presupuesto mensual, y por ende mayor flujo de caja, además nos permite planear la asignación de recursos a los proveedores.

11.1.1.4. Gerente N. 4

1. El modelo que actualmente favorece a las dos partes, Pagos Global prospectivo PGP, ya que permiten tener un recurso mensual en la caja y adicional a las IPS se disminuye el riesgo del desperdicio y sobreutilización del recurso.
2. Tener en cuenta mis capacidades en estructura y servicios, partiendo de esto genero varias contrataciones con los diferentes pagadores, haciendo un MIX en las modalidades de pago y así genero pagos prospectivos y retrospectivos. Adicional contar con personal entrenado para la monitorización, vigilancia y control del cobro de cada uno de los procesos de cobros.
3. Teniendo en cuenta puntos críticos en el momento de contratar como es el poder de negociación, oferta y demanda, donde actualmente tenemos que es mayor la oferta, es abarcar el mayor número de contratos con los pagadores, claramente no sobrevendiendo la capacidad instalada y a si mismo hay limitaciones para el acceso a las subespecialidades.
4. El modelo de capitación se da con el desarrollo administrativo, el asistencial entre otros, bueno y siento que este servicio de primer nivel no deja tanta rentabilidad como los como los servicios de alta complejidad que contratamos, adicional los usuarios se ven obligados a asistir a los lugares donde este el contrato de capitados, por esta razón dependiente de los contratos que realicen los pagadores pueden tener diferentes puntos de atención.
5. Considero que los mecanismos los cuales son pagos son retrospectivos, como Evento, paquete, donde la condición es que el pagador tiene una ventaja partiendo que es él,

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

quien dispone del capital financiero, esto hace que tengan un poder en las condiciones de la negociación, sobre el prestador.

Claramente es el PGP ya que nos entrega unos recursos antes de la atención del paciente.

11.1.1.5. Gerente N. 5

1. las contrataciones que me han beneficiado y también benefician a la ERP son capitados y evento. De los capitados solo el 60 a 70% consultan lo cual genera un gran ahorro para las EPS, y los evento son situaciones en la que consultan por servicios de urg agudos , y los crónicos se deben atender en su domicilio y así evitan agudizar los gastos en la atención.
2. Puntos clave:
 - Revisar tipo de población , riesgos , comorbilidades ,entre otros
 - Generar modelos de atención en cada procesos y servicio
 - Capacidad instalada y capacidad de profesionales de salud
 - Garantizar contratos con la triple meta en atención en salud
 - Recurso humano sincronizado
 - Parametrización de tarifas y servicios por medio de herramientas tecnológicas.
3. lo más importante en el momento de contratar o pactar servicios es que se cumpla la triple meta (Satisfacción del usuario , resultados en salud y sostenibilidad financiera) teniendo en cuenta esto, debemos determinar el tipo de población que se va ha atender , las intervenciones y la frecuencia de atenciones. Determinar patologías crónicas y personas sanas .realizando un buen análisis se logra controlar el riesgo de desequilibrio financiero, prestar servicios dependiendo a mi capacidad hospitalaria y generando resultados en la atención.

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

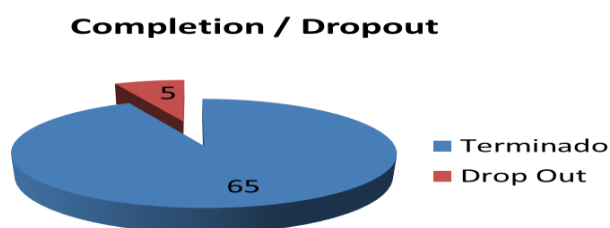
4. Considero que ninguno es negativo , dependiendo de la capacidad de asumir riesgos como prestador de servicios de salud y si brindas excelentes procesos administrativos , asistenciales y gerenciamiento de cada área, se previene gastos y sobrecostos en la atención.
5. Sin lugar a duda algunos generan mas flujo de caja , como el PGP y Capitado , pero no siempre se requiere contar con el dinero anticipado , se debe revisar el tipo de paciente para no caer en sobrecostos.

11.2. Cuestionarios

A continuación los resultados obtenidos de los 70 cuestionarios , realizados a gerentes subgerentes y auditores de las instituciones anteriormente mencionados.

Figura 4.

Personas que contestaron la encuesta /- Survey Overview



Visto	Empezado	Terminado	Completion Rate	Drop Outs (After Starting)
86	70	65	92.86%	5

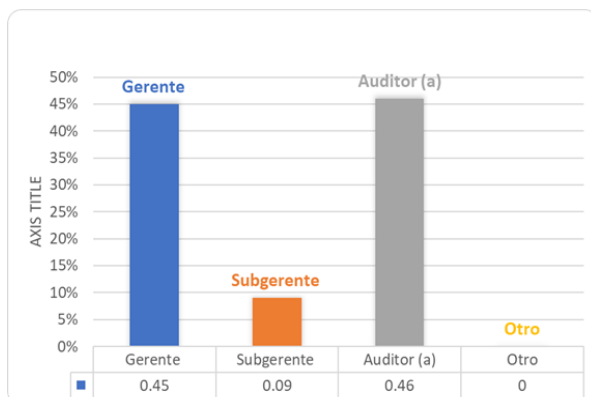
Nota. Elaboración propia.

En la figura 4 muestra que 86 personas abrieron el cuestionario de estas 70 iniciaron y 65 la terminaron en su totalidad, es decir que 5 personar no completaron la encuesta.

Cargo actual:

Figura 5.

Porcentaje de participantes

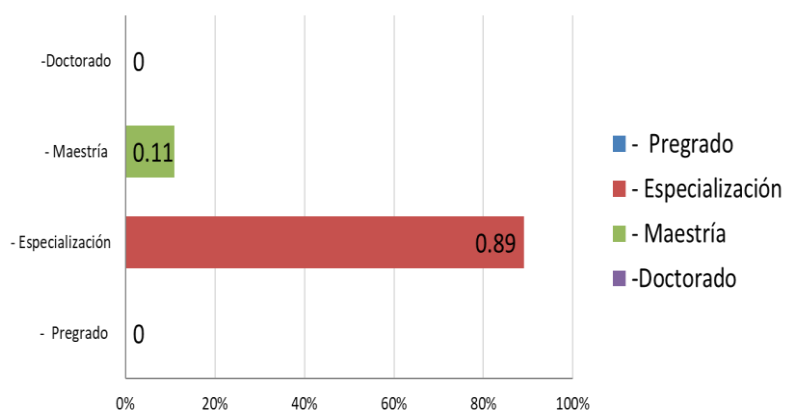


Nota. Elaboración propia.

En la figura 5 muestra que del total de participantes 65 encuestas entre estas tuvimos que: el 44.62% con 29 encuestas son gerentes generales y gerentes del área administrativa, el 9.23% con 6 encuestas, corresponde a las subgerencias médicas y de Enfermería, el 46.15% con 30 encuestas son auditores internos médicos y Enfermería.

Figura 6.

Porcentaje de especialización de participantes



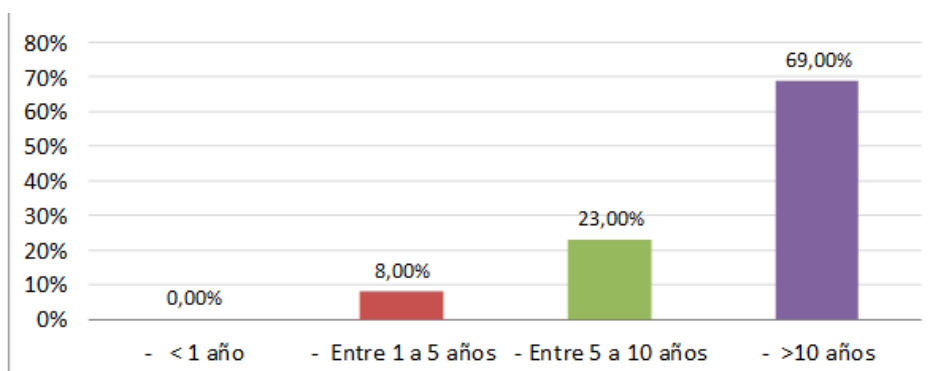
Nota. Elaboración propia.

11.2.1. Formación profesional

. En esta figura 6 se muestra que la formación profesional de los participantes 89.23% cuentan con Especialización y el 10.77% cuentan con maestría.

Figura 7.

Porcentaje de años de experiencia de los participantes



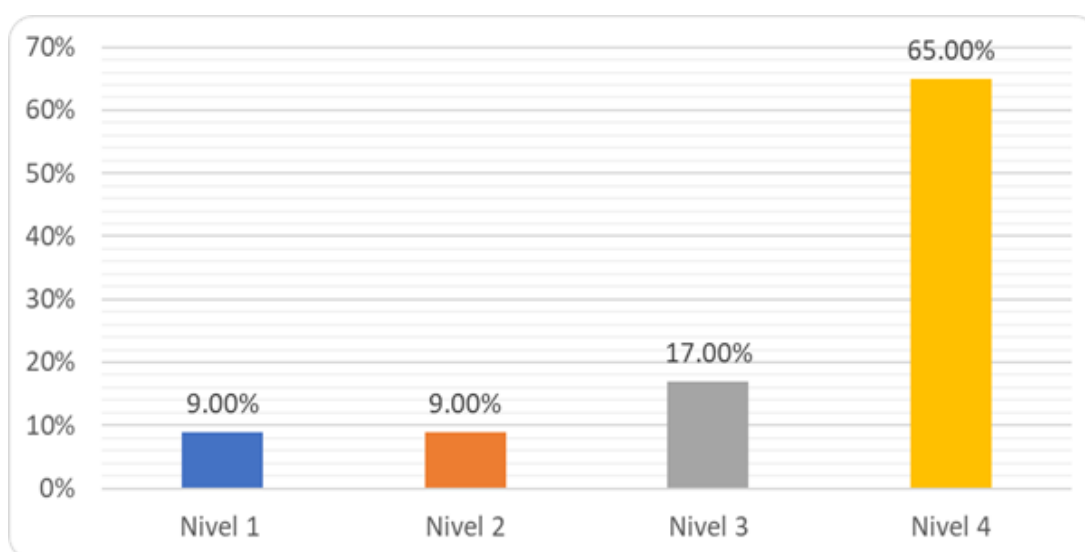
Nota. Elaboración propia.

11.2.2. Experiencia laboral

En esta figura 7 se identifica que el total de los participantes tiene una gran experiencia laboral donde el 69.23% tiene más de 10 años laborando, el 23.08% tiene de 5 a 10 años laborando y el 8% tiene entre 1 a 5 años, lo cual indica que, a pesar de no contar con muchos profesionales con maestría y doctorado, tiene amplia experiencia.

Figura 8.

Nivel de atención es la institución en la que labora



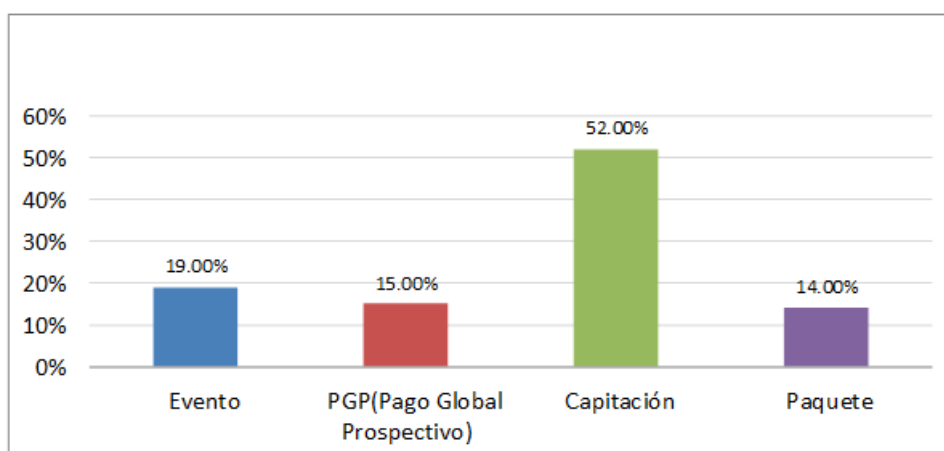
Nota. Elaboración propia

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

En esta figura 8 se identifica que los participantes el 65% labora en instituciones de 4 nivel , el 17% labora en nivel 3, el 9% labora en nivel 1 y el 9% labora 2 nivel, partiendo que el area metropolitana contamos con instituciones de mayor nivel de atencion, por lo tanto es mayor respecto a los de nivel 1 y 2.

Figura 9.

Modalidad de atención que actualmente manejan en la institución que labora son:

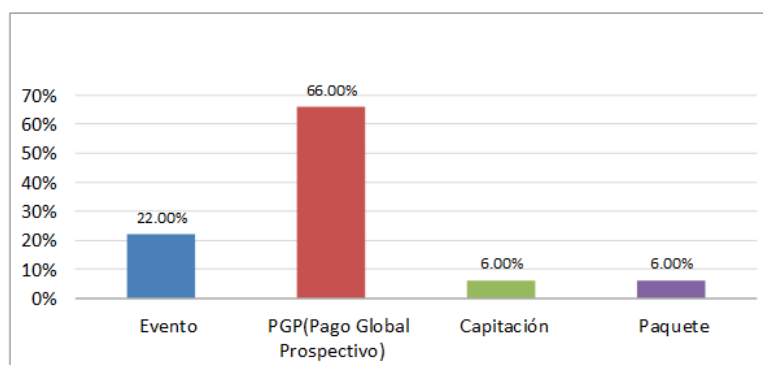


Nota. Elaboración propia.

La figura 9 muestra que del 100% de la muestra el 52 % cuentan dentro de sus contrataciones la modalidad de capitalación, el 19% modalidad evento y el 14 % paquete, el 15% PGP, con esta grafica identificamos que en las mezclas al momento de contratar siempre se contrata por capitalación, posterior continua Evento, actualmente está teniendo fuerza el PGP y por último el paquete.

- 6. ¿Según su experiencia laboral cuales son las modalidades que permite mayor flujo de caja para las instituciones prestadoras de servicios de salud?**

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN



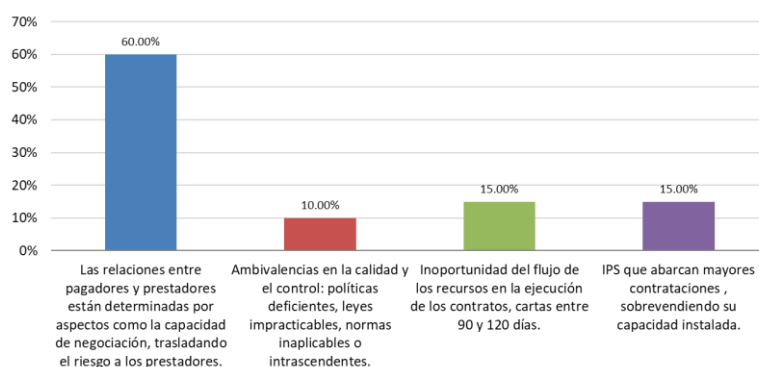
Nota. Elaboración propia.

La figura 10 muestra que el 66% de los profesionales tienen conocimiento que la modalidad PGP, genera mayor flujo de caja con pagos prospectivos y por ende más beneficios para la institución respecto a la capacidad de pagos oportunos a proveedores y trabajadores entre otros, posterior esta la modalidad evento con 22% donde se puede facturar varios eventos y esto genera buen margen de rentabilidad, y en bajo percepción capacitación y paquete.

7. Cuáles de los siguientes ítems considera puntos críticos del proceso de contratación es:

Figura 11.

Puntos críticos de contratación



Nota. Elaboración propia.

la figura 11 muestra que el 60% de participantes consideran que en puntos críticos del proceso de contratación está en la capacidad de la negociación y el riesgo que pueda asumir

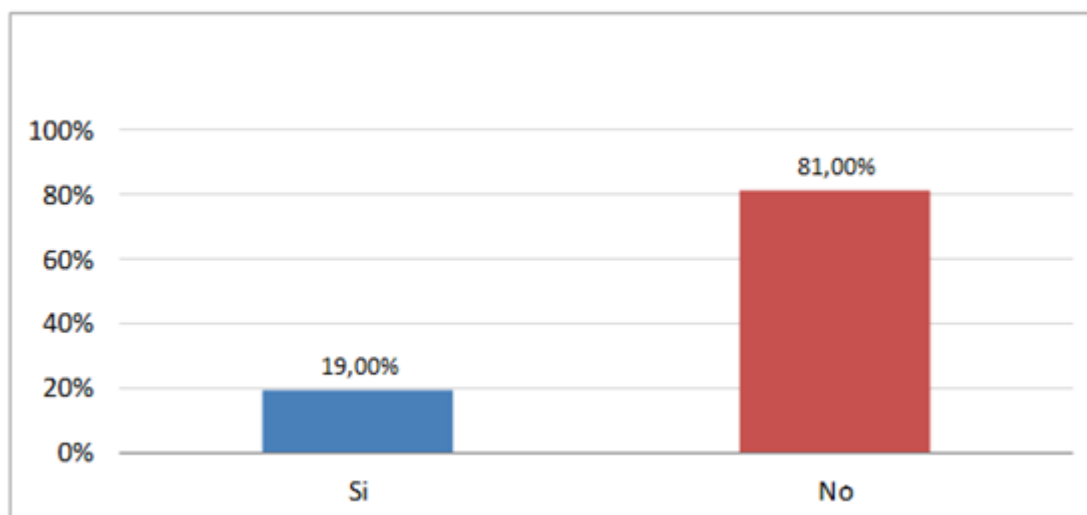
ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

el prestador, el 15% aportan que la inoportunidad en el pago, y el 15% que algunas IPS abarcan más contratos sobrevendiendo su capacidad instalada, esto como lo menciona la literatura genera que haya retrasos en la atención, y por último el 15% la ambivalencia entre las leyes y controles.

8. ¿Considera que la calidad en la atención en la prestación de servicios de salud se ve afectada por la modalidad de contratación PGP?

Figura 12.

Calidad de contratación de servicios de salud PGP



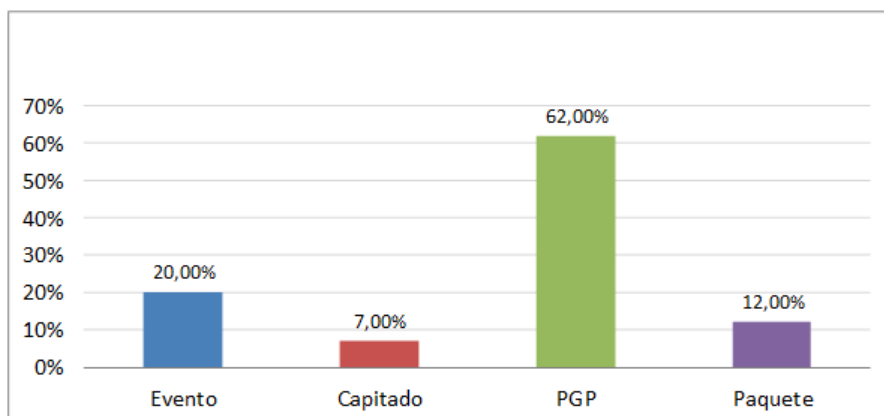
Nota. Elaboración propia.

La figura 12 muestra que la percepción de los participantes es que el 81% refiere que el PGP no afecta la prestación de los servicios, sin embargo, el 19% afirma que si afecta.

9. ¿Cuáles modalidades de contratación considera, que permite beneficios equilibrados para el paciente, IPS y aseguradoras?

Figura 10.

Beneficios para el paciente, IPS y aseguradoras



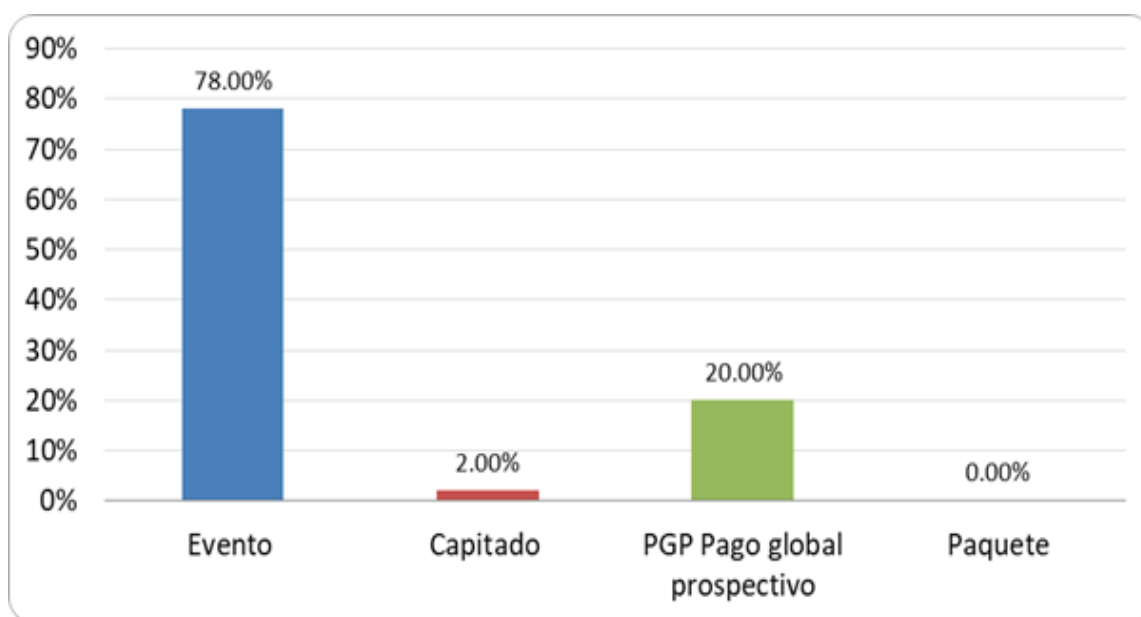
Nota. Elaboración propia.

La figura 12 muestra que el 62% afirma que la modalidad que mantiene el equilibrio entre las tres partes en el PGP, por otro lado, el evento tiene un 20% y por último 12% paquete y el 7% capitado.

10. ¿Seleccione una modalidad de contratación que considera con más efectos previsibles negativos y positivos?

Figura 11.

Previsibles negativos y positivos



Nota. Elaboración propia.

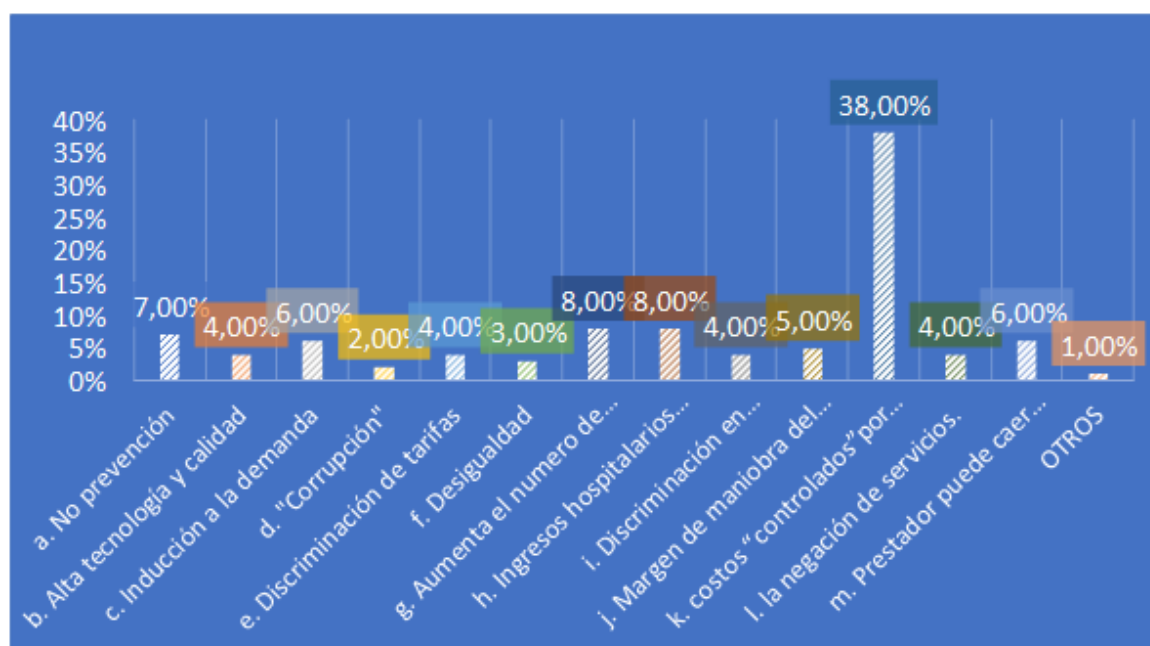
ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

La figura 13 muestra que de los participantes indican que el 78% considera que es la modalidad con más efectos previsibles, que el 20% el PGP, el 2% capitado.

11. Según la respuesta anterior, ¿cuáles son los eventos previsibles de la modalidad mencionada

Figura 12.

Eventos previsibles



Nota. Elaboración propia.

Tabla 3.

Eventos previsibles

Enser	Contar	Parcent
a. No prevención	11	6.96%
b. Alta tecnología y calidad	6	3.80%
c. Inducción a la demanda	9	5.70%
d. Corrupción	3	1.90%
e. Discriminación de tarifas	7	4.43%
f. Desigualdad	4	2.53%
g. Aumenta el número de atenciones	12	7.59%
h. Ingresos hospitalarios innecesarios	13	8.23%

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

i. Discriminación en tecnologías y exámenes diagnósticos	7	4.43%
j. Margen de maniobra del prestador	8	5.06%
k. costos “controlados “por las IPS	6	37.97%
l. la negación de servicios.	6	3.80%
m. Prestador puede caer en la tentación de disminuir la calidad.	1	6.33%
OTROS	2	1.27%
Total	158	100%

Nota. Elaboración propia.

La figura 14 muestra dentro de los eventos previsibles con mayor presencia son: el 38% está en los costos controlados por las IPS, el 8.2% ingresos hospitalarios innecesarios, 8% con número de atenciones en aumento, adicional el 7% indican que no hay prevención, por lo tanto, según la respuesta anterior las, modalidades evento y PGP, tienen una mayor pronunciación en efectos previsibles negativos.

11.3. Definición del modelo de toma de decisiones en el modelo de contratación.

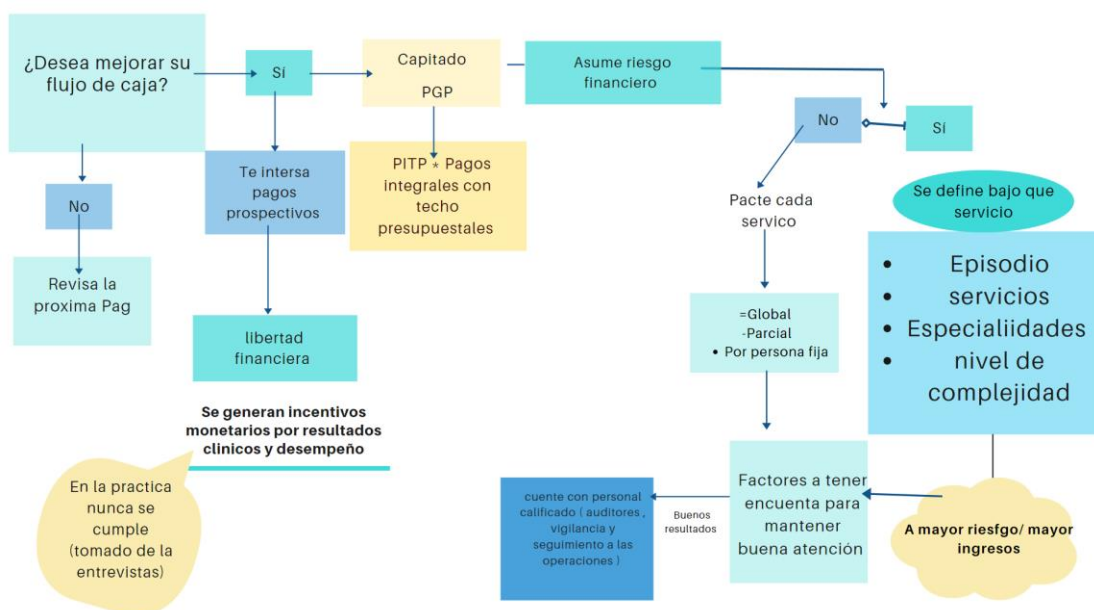
Se realiza búsqueda activa del modelo más ilustrativo en la toma de decisiones, acorde a los resultados encontrados dentro de la caracterización y las encuestas aplicadas ,y para nuestro objetivo principal generando un entregable ilustrativo como estrategia didáctica , que integre la teoría con la experiencia de los diferentes expertos mencionados anteriormente , se utilizara la herramienta CANVA como recurso tecnológico y guía que tendrán los profesionales en salud al momento de contratar las diferentes modalidades de contratación.

11.3.1. Instrumento guía para la toma de decisiones al momento de contratar las diferentes modalidades

Figura 13.

Instrumentos guía para la toma de decisiones en modelos de contratación

Guía N 1.

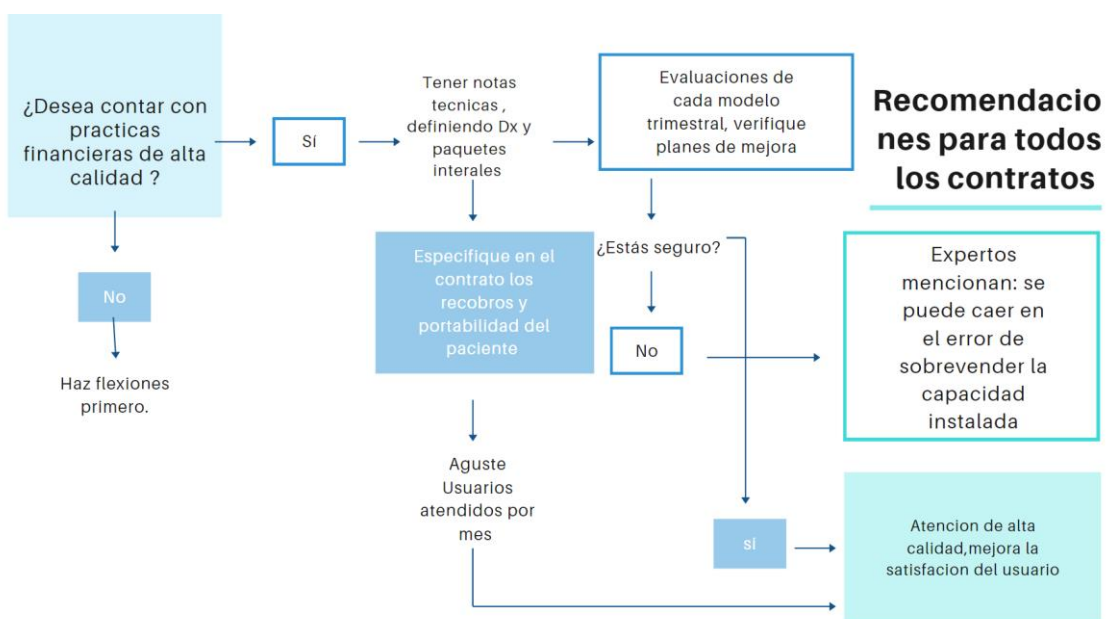


Guía N 2.

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN



Guía N 3.



Nota. Elaboración propia.

11.4. Definiciones

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

- Ajuste de riesgo. Consiste en el pago diferencial en función de la severidad de las condiciones individuales de salud y el consumo de tecnologías en salud. Exige la definición de criterios para la identificación de las variaciones relacionadas con la severidad de la condición individual de salud, el consumo de tecnologías en salud y los montos a ser reconocidos.
- Ajuste por desviaciones extremas del costo. Consiste en el reconocimiento de pagos adicionales por encima del monto pactado destinado a cubrir costos muy altos e inusuales en la atención de pacientes específicos. Aplica exclusivamente a las modalidades de contratación y de pago por episodio, grupo de riesgo y pago global prospectivo y exige la determinación del valor a partir del cual se reconocen dichos pagos.
- Franja de riesgo. Consiste en la definición de un rango del valor pactado, expresado en términos porcentuales por encima y por debajo de dicho valor, a partir del cual se produce el reconocimiento de un pago adicional o la participación en los ahorros cuando el valor resultante está por fuera de dicho rango. Aplica únicamente para las modalidades de contratación y de pago por grupo de riesgo y pago global prospectivo.

12. CONCLUSIONES

La presente investigación integró una metodología mixta, involucrando las técnicas: Documental: caracterización de las modalidades de contratación, incluyó la revisión de documentos, bases de datos de la Universidad, el sistema de información administrado en la Oficina de Egresados de la Institución y algunas bases de datos de entidades externas públicas y privadas. b) Cuantitativas: mediante la aplicación de 70 encuestas y 5 entrevistas con preguntas semiestructuradas aplicada a gerentes, subgerentes y auditores del área de la salud que laboraran en el área metropolitana de Bucaramanga en entidades privadas, donde se indaga sobre la percepción frente a los contratos y las estrategias para mantener un flujo de

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

caja adecuado, teniendo en cuenta el bienestar del paciente y que las partes contractuales estén satisfechas en las negociaciones.

Por tanto, a través de las entrevistas realizadas, donde se analizaron las experiencias de cada uno de los participantes, relacionándolas con la literatura, dando a conocer en especial el énfasis con la práctica e interacciones del contexto del día a día. Adicionalmente se revisó por parte de los ERP entidades responsables de pago, los requisitos para hacer negociaciones con las IPS, y teniendo en cuenta que las entidades pagadoras tienen una ventaja en el poder de negociación, se aseguran que las instituciones de salud cuenten con unos reglamentos mínimo de condiciones, como lo es la habilitación de servicios por prestar, soporte de la suficiente capacidad instalada y condiciones demográficas y epidemiológicas, indicadores de calidad de la prestación del servicio los cuales son obligatorios por parte de la Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En la literatura se encontró que las entidades responsables de pago tienen como objetivo principal la rentabilidad financiera, manteniéndose en el mercado de oferta y demanda, donde seleccionan las IPS para negociaciones en la prestación del servicio de salud, donde se pagan tarifas de los diferentes servicios y a entregar el riesgo al prestador del servicio.

En este trabajo se identificó la base de referencia hacia factores locales en esta tendencia de las contrataciones en salud en las instituciones prestadoras de salud privadas del área de Santander, Bucaramanga., se identificó cual genera más flujo de caja y rentabilidad sostenible y ofreciendo los mejores resultados en prestación de servicios de salud, el cual se menciona en la caracterización evidenciado en literatura y al relacionarlo con la práctica actual de profesionales con amplia experiencia, destacan que la modalidad de PGP pago global prospectivo, genera buenos resultados en operación, rentabilidad e ingresos mensuales esto permite que tengan libertad financiera para pago de proveedores y empleados

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

, entre otros , así mismo se identificó que se debe tener unas pautas para que estos pagos prospectivos generen una adecuada atención al paciente , teniendo en cuenta consideraciones importante al momento de la negociación como : tener notas técnicas definiendo diagnósticos y paquetes de atención integral , evaluaciones de cada modelo trimestral , identificando planes de mejora, identificar en el contrato los recobros y número de pacientes atendidos por mes , pactar el incremento tarifario , esto nos contribuye a contar con prácticas seguras y atención de alta cálida con acreditaciones de servicios de salud

Se generaron 3 herramientas para la toma de decisiones 1. Desea mejorar su flujo de caja 2. Desea mejorar operación secuencialmente 3. Recomendaciones en todos los contratos.

13. BIBLIOGRAFÍA

Leuro Martinez, M., & Calorina, G. (2017). *Contratacion para los servicios de salud*.

Bogota.

(Gomez L. , 2015)

Baldiris, Y. (2016). Naturaleza jurídica de los contratos en las ESE Hospitales Nature of the contracts in social State companies.

Dagoberto, & Laverde. (2020). Salarios, aumentos e incentivos en instituciones de servicios de salud: caso villavicencio· Alternate title: salaries, raises and incentives in health care institutions: the case of Villavicencio (Colombia); salarios, aumentos e incentivos . *Revista científica* , 111-125.

Oviedo, Irsa; Leuro, Mauricio. (2016). *facturación & auditoría de cuentas en salud. Serie: Year of publication: (Vol. 5a ed)*. Bogota, Bogota: Publisher: Ecoe Ediciones.

Gómez, L. (s.f.). LA CRISIS HOSPITALARIA: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN Y EL PAGO POR SERVICIOS INDIVIDUALES DE SALUD EN UN HOSPITAL DE

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED PÚBLICA DE BBOGOTA . Vol.2
(2), , p.61 .

Valdivieso, S. (2013). Formas de contratación de los servicios de urgencias: una aproximación desde la economía de los costos de transacción. *Revista de Economía Institucional*, 12, 143.

Muñoz, D. M.-R. (Año:2016). ANÁLISIS DEL DISEÑO DE UNA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. *SALUD* , vol.:19 ([0120-6346]), 2733-2742.

Republica., C. d. (2007). *Ley 1122* . (2021).

UPC-2021-regimen-contributivo-y-subsidiado-Resolucion-2503-de-2020-. Consultorsalud.

Castaño, R., & Marín., F. (2018). *Mecanismos de pago prospectivo* .

Carlos, J. I. (s.f.). Estudio de mercados y precios de los servicios de salud en Colombia y el Departamento de Risaralda: Un análisis descriptivo para el periodo 2013-2016.

Freire, J.-M. (Año:2011). Buen gobierno corporativo de los servicios públicos de salud *Ciência e Saúde Coletiva* [1413-8123]. vol.:16 iss:6 , pág.:2733 -2742.

(Catalina Rocha y Maicol Silva de BrandStrat, Marzo 2020)

(Freire, Año:2011)

(República., 2007) Ley 1438 de 2011. Congreso de la Republica.

(UPC-2021-regimen-contributivo-y-subsidiado-Resolucion-2503-de-2020-, 2021)

Decreto número 4747 de 2007 (diciembre 7)

Ministerio de salud y protección social. Política de atención integral en salud (GUIA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, Marzo 2020)

(Castaño & Marín., 2018)2018_ContratacionServiciosSalud.pdf

<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11632/1/AtehortuaSonia> Gestión Integral del Riesgo en Salud, Rol del Asegurador e Incentivos, Min Salud Colombia 2016

ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

Decreto 780 de 2016. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud

(CARRERA, 2014) La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada.

(Orozco., 20 febrero 2022) Techos o presupuestos máximos para servicios no incluidos en el PBS, ¿eliminación de los recobros o traslado del riesgo?

14. ANEXOS

14.1. Empresas referentes del proyecto



ANÁLISIS SECTORIAL DE LAS TENDENCIAS DE CONTRATACIÓN

