

**Contratación de servicios de salud entre las Entidades Responsables de Pago
y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud**

**Recruitment of health services between Payment Responsible Entities and the
Institutions that provide health services**

Sonia María Atehortúa Mira

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoria en Salud

**Director
Juan Edgar Marín Restrepo
Abogado, Mg Ciencias Políticas**

**Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia
Medellín
2018**

Tabla de contenido

	Pág.
Introducción.	7
1. Objetivos	9
1.1 Objetivo general	9
1.2 Objetivos específicos	9
2. Metodología	10
3. Capítulos	11
3.1 Contexto histórico de la salud en Colombia	11
3.2 Algunos conceptos clave para comprender la contratación de servicios de salud	13
3.3 Soporte normativo	17
3.4 Mecanismos de pago en salud	20
3.4.1 Pagos retrospectivos	22
3.4.2 Pagos prospectivos	24
3.4.3 Incentivos monetarios complementarios a los mecanismos de pago	29
3.5 Relaciones contractuales	30
3.6 Puntos críticos en el proceso de contratación	31
4. Conclusiones	35
Referencias bibliográficas	36

Lista de cuadros

	Pág.
Cuadro 1. Soporte normativo para la contratación de servicios de salud	17

Lista de figuras

Figura 1. Mecanismos de pago en salud	Pág. 21
--	-------------------

Resumen

La contratación de servicios de salud entre Entidades Responsables de Pago y prestadores de servicios de salud es el mecanismo para que la población tenga acceso efectivo a los servicios de salud. **Objetivo:** describir el proceso de contratación de servicios de salud entre las Entidades Responsables de pago y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud. **Metodología:** el trabajo se desarrolló como una monografía, dado que es una descripción del proceso de contratación. **Capítulos:** Contexto histórico de la salud en Colombia, conceptos clave para comprender la contratación de servicios de salud, soporte normativo, mecanismos de pago en salud, relaciones contractuales y puntos críticos en el proceso de contratación. **Conclusión:** la contratación de servicios de salud en Colombia requiere de cambios estructurales, actualmente ningún mecanismo de pago es ideal, pues todos, aunque implican incentivos positivos que llevan a respuestas positivas, también generan incentivos perversos, que llevan a respuestas negativas.

Palabras clave: Pago, contrato, servicios de salud, normatividad, contractual

Abstract

The contracting of health services between Payment Responsible Entities and health service providers is the mechanism for the population to have effective access to health services. Objective: to describe the process of contracting health services between the entities responsible for payment and the institutions providing health services. Methodology: the work was developed as a monograph, given that it is a description of the hiring process. Chapters: Historical context of health in Colombia, key concepts to understand the contracting of health services, regulatory support, payment mechanisms in health, contractual relations and critical points in the hiring process. Conclusion: the hiring of health services in Colombia requires structural changes, currently no payment mechanism is ideal, since all of them, although they involve positive incentives that lead to positive responses, also generate perverse incentives, which lead to negative responses.

Keywords: Payment, contract, health services, regulations, contractual

Introducción

Con la promulgación de la ley 100 de 1993 nace el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS-, reemplazando al Sistema Nacional de salud, el cual regulaba la salud en Colombia desde la década de los 70.

El SGSSS se da como parte de la reforma del Estado, orientada internacionalmente bajo directrices neoliberales, las cuales privilegian la privatización, el mercado y la competencia, la reducción del rol del Estado y la descentralización de la gestión en salud a los municipios” (1).

Este sistema está integrado por El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud –EPS-, responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de Beneficios a los afiliados; y las instituciones prestadoras de salud –IPS-, que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud (2).

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el medio para lograr el acceso de la población a la atención, y la contratación de servicios entre aseguradores y prestadores es el mecanismo para el acceso efectivo a los servicios (3).

Así las cosas, para que la atención en salud a los usuarios se concrete se debe realizar primero el proceso de contratación de servicios de salud entre pagadores y prestadores, es así como la contratación entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud cobra vital importancia, ya que de esta dependerá en gran medida la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención en salud, de esta forma, los diferentes tipos de contratación tienen efectos sobre la calidad, el acceso, los costos, la eficiencia y eficacia, y el desempeño del sector (4).

Algunos estudios han evidenciado que hay constantes tensiones interinstitucionales relacionadas con la posición dominante de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB-, del mismo modo, que la mayor tensión entre contratante y contratista se genera por la definición de las tarifas, dada la tendencia a su disminución progresiva por parte de las EAPB, el incremento en las obligaciones exigidas a las IPS y la desactualización de los manuales tarifarios, lo que repercute directamente en la prestación del servicio (5).

Pese a la relevancia de este tema, el desarrollo de la investigación en materia de contratación de servicios de salud es incipiente, la información que se tiene sobre cómo repercute está en la prestación de servicios es escasa, así como también es insuficiente la información respecto a cómo se desarrolla este proceso en el país y

más aún cuando se ve enfrentado a cambios constantes en la normatividad que lo rige.

El interés de este trabajo radica, entonces, en ofrecer una descripción de dicho proceso, que permita un acercamiento a un componente del SGSSS que es de vital importancia, pero del que se conoce poco.

1. Objetivos

1.1 General

Describir el proceso de contratación de servicios d salud entre las Entidades Responsables de pago y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud.

1.2 Específicos

- Identificar los principales mecanismos de pago entre Entidades Responsables de pago y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud.
- Reconocer los elementos que influyen en las relaciones contractuales entre Entidades Responsables de pago y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud.
- Identificar puntos críticos en la contratación de servicios de salud entre Entidades Responsables de pago y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud.

2. Metodología

De acuerdo a los objetivos del trabajo se optó por realizar una monografía, dado que esta es una descripción, narración o exposición explicativa, sobre un tema concreto, o sobre un asunto en particular.

“Como su nombre lo indica -mono, (uno)-, es un estudio específico tratado de manera circunscripta, es decir, limitado a una cuestión bien determinada. Es un género discursivo con una estructura y un propósito particulares” (6).

Para la construcción de este trabajo se desarrollaron cuatro etapas:

- a. Elección del tema, es decir, la cuestión concreta que se propone investigar dentro de un determinado ámbito o área científica:** En este caso se seleccionó el tema de la contratación de servicios de salud entre Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud, por considerarse un elemento estructural para el funcionamiento de SGSSS.
- b. La elaboración de guiones para esbozar el contenido y la estructuración de la monografía:** Para el desarrollo del tema se estructuraron seis capítulos a saber: contexto histórico, algunos conceptos clave para comprender la contratación de servicios de salud, soporte normativo, formas de contratación, relaciones contractuales y puntos críticos en la atención en salud.
- c. Búsqueda y la recolección de datos e información pertinente y necesaria para llevar a cabo el trabajo:** La búsqueda de información se realizó a través de motores de búsqueda como Pubmed y Google académico, así mismo, se revisó material impreso, como libros, revistas y trabajos de grado de la Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana y el CES de contratación en salud, del mismo modo, se revisó y analizó la normativa vigente en el país para el tema de contratación de servicios de salud entre prestadores y aseguradores; también se acudió a la asesoría de expertos en el tema.
- d. Redacción de la monografía:** Una vez recogida la información se procedió a analizarla y a estructurar el cuerpo del trabajo, el cual se fue nutriendo de cada texto revisado.

3. Capítulos

3.1 Contexto histórico de la salud en Colombia

En 1993, con la promulgación de la Ley 100 se le puso fin al Sistema Nacional de Salud, el cual tenía el propósito de garantizar a toda la población servicios integrales de buena calidad mediante el subsidio a la oferta (7), el sistema funcionaba de manera estructurada, desde el ministerio de salud se controlaban los servicios seccionales de salud, que a su vez controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (hospitales universitarios) y los de segundo nivel de atención (hospitales regionales), los que a su vez controlaban a hospitales locales, centros de salud y puestos de salud (8).

Se trataba principalmente de un servicio de predominio público, financiado de recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaban los servicios, se administraban los recursos financieros, se nombraba el recurso humano en salud, se vigilaban y controlaban los indicadores básicos de salud pública y se ejercía inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros (8). Con la ley 100 de 1993 nace el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual

Establece un nuevo concepto en la orientación de la salud al buscar el aseguramiento como esquema dominante, dejando de lado los subsidios a la oferta, mediante el énfasis en los subsidios a la demanda y en la competencia entre prestadoras (IPS) y administradoras (EPS). Plantea un paquete básico POS (Plan Obligatorio de Salud) que debe ser financiado con los recaudos por cotizaciones salariales, por otras cotizaciones voluntarias de los no asalariados del país y por los recursos fiscales para la salud. Cada persona tiene asignado un monto de recursos, denominado Unidad de Pago por Cápita – UPC-, cuya estimación está en función de sus características socio-económicas. Toda la población debe afiliarse a alguna Empresa Promotora de Salud –EPS-, la que recibirá por cada afiliado su correspondiente UPC. Con estos recursos la EPS debe garantizar la prestación de servicios médicos incluidos en el POS, contratándolos con alguna Institución Prestadora de Salud –IPS-. Los servicios no incluidos en el POS serán ofrecidos en planes complementarios y su financiación voluntaria estará a cargo del usuario, bien sea por mecanismos de aseguramientos u otros (7).

Así las cosas, el sistema de contratación que se adopte entre las EPS y las IPS tienen claras incidencias sobre la calidad y el costo de los servicios, sin embargo. La relación entre estas dos se tornaba cada vez más compleja y una de las principales causas de esta tensión se debía a escasa normativa para regular las relaciones contractuales, especialmente en lo relacionado a la contratación con la propia red de prestadores.

En el 2007, después de muchos debates y con la finalidad de corregir desviaciones en la relación entre las EPS y las IPS, consistentes en que las primeras estaban

contratando prácticamente en forma exclusiva con su propia red de prestadores, la Ley 1122 fijó las reglas sobre regulación de la integración vertical y la contratación con las Empresas Sociales del Estado –ESE- (9).

El propósito de esta ley fue mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios, por lo que fue necesario realizar ajustes en el tema de contratación, específicamente en las obligaciones de pago oportuno, contratación de prestadores por EPS del régimen subsidiado y EPS públicas del régimen contributivo, regulación en la prestación de los servicios de salud y actividades de inspección, vigilancia y control (9).

Para este mismo año se implementó el Decreto 4747, el cual pretendió regular la relación de los prestadores de servicios y las entidades responsables de pago en cuatro aspectos a saber: condiciones para la contratación de servicios de salud, proceso de atención de la población cubierta y autorización de los servicios, mecanismos de pago y facturación y glosas (10).

Para el 2011 se sancionó la ley 1438, la cual buscó fortalecer el SGSSS a través de la universalización del aseguramiento, el cubrimiento en todo el territorio nacional, y la unificación de los planes de beneficios contributivo y subsidiado, todo esto dentro de un marco de sostenibilidad financiera, Esta ley planteó la estrategia de la Atención Primaria en Salud, fortalecer y direccionar mejor las acciones de vigilancia y control, mejorar la gestión operativa y de recursos financieros entre las instituciones y desarrollar un sistema de información que permitan conocer el estado real de salud de los colombianos (11).

A pesar de los esfuerzos por fortalecer el sistema de salud, la crisis de la salud en el país persistía, y uno de los grandes debates para ponerle fin a esta era trascender del concepto de salud que se tenía desde la Constitución política de Colombia de 1991, donde esta era concebida como un servicio público de carácter obligatorio bajo la responsabilidad del Estado (12), y establecer la salud como un derecho fundamental, que hace parte de los derechos económicos, sociales y culturales.

Así las cosas, el 16 de febrero de 2015 se sancionó la ley 1751, conocida como la ley estatutaria de salud, dado que establece la salud como un derecho fundamental, la cual es responsabilidad suprema del Estado y goza de todo el amparo y la protección por parte de todas las instituciones que lo conforman. Con esta ley no basta con la atención, sino que se debe garantizar la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y la paliación de una enfermedad (13).

Con la ley estatutaria se espera que la atención no sea fragmentada y que no se suspendan los beneficios a la población, así mismo, se espera que la solicitud de autorizaciones para la prestación de servicios de salud cuando se trata de una urgencia llegue a su fin; del mismo modo se establece el fin del Plan Obligatorio de Salud – POS- y el inicio del Plan de beneficios, a partir de esta ley los usuarios pueden acceder a todo lo que necesiten para recuperarse, con algunas exclusiones previamente definidas. También estableció que el Estado debe generar planes y

políticas específicas de salud para las zonas distantes y desprotegidas del país, para niños, víctimas de la violencia e indígenas; a partir de esta, los hospitales públicos no serán evaluados a partir de su rendimiento económico, sino que se tendrán en cuenta indicadores de beneficio social para ser medidos (13).

Para el siguiente año y con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 780 de 2016 o Decreto reglamentario único del sector salud y protección social, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud (14).

No obstante, y pese a la regulación, las deudas de las EPS a los hospitales y clínicas continúa en aumento, cada vez hay más personas angustiadas por sus enfermedades y enfrentadas a citas lejanas, igualmente persisten los problemas con los niños de tratamientos especiales y en general para cualquier procedimiento de alto costo (15).

La crisis de la salud se agudiza cada vez más, el déficit presupuestal del sector para 2017 fue de \$ 5,5 billones y la deuda de hospitales y clínicas supera los \$7 billones (15); dentro de las propuestas para afrontar esta crisis se ha planteado nuevas condiciones de contratación entre EPS e IPS, que den mayor claridad respecto a temas como libertades y restricciones en la contratación de servicios de salud, requisitos mínimos para contratar por parte de los prestadores de servicios de salud, prorrogas de los contratos y diferentes modalidades de contratación, entre otros temas (16).

3.2 Algunos conceptos clave para comprender la contratación de servicios de salud

Aseguramiento: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (9).

Condiciones discretas leves: Son aquellas condiciones médicas que duran poco, con frecuencia son autolimitadas (enfermedad de origen viral) y su diagnóstico y tratamiento consume pocos recursos del sistema de salud.

Condiciones discretas no leves: Son aquellas condiciones médicas que, aunque aparecen de manera aislada y sin relación entre una y otra, pueden durar un poco más y consumen más recursos del sistema de salud en comparación con las condiciones discretas leves (ejemplo, una fractura).

Condiciones agudas costosas: Son aquellas condiciones que aunque son de corta duración, consumen muchos recursos en su diagnóstico y tratamiento (ejemplo, un episodio de sepsis)

Condiciones crónicas: Tienen una duración indefinida, la cual puede ser de varios meses o años. El consumo de recursos en este grupo puede ser muy alto (ejemplo, la hemofilia).

Contrato: Es un acuerdo de voluntades que crea o transmite derechos y obligaciones a las partes que lo suscriben. Es un acto jurídico en el que intervienen dos o más personas y está destinado a crear derechos y generar obligaciones. Se rige por el principio de autonomía de la voluntad, según el cual, puede contratarse sobre cualquier materia no prohibida. Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento y las obligaciones que nacen del contrato tienen fuerza de ley entre las partes contratantes (17).

Contrato de prestación de servicios de salud: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen (10).

Entidades Promotoras de Salud – EPS-: Son aquellas encargadas de brindar servicios médicos a la población afiliada, pueden ser de carácter público o privado. Se contemplan como un servicio público esencial y se rigen, igual que el Sistema de Seguridad Social Integral, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Su función esencial consiste en garantizar a sus afiliados la prestación oportuna, eficiente y de calidad de los servicios mencionados, ya sea directamente o a través de terceros (3).

Entidades Responsables de Pago - ERP: Se consideran como tales las Entidades Promotoras de Salud –EPS- de los regímenes contributivo y subsidiado, las Cajas de Compensación Familiar con programas de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y las administradoras de riesgos laborales (10).

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud (10).

Grupo de riesgo: Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (10).

Incentivos: Consecuencias ligadas a los mecanismos de pago que modifican la conducta de los prestadores. Los incentivos pueden generar respuestas positivas y negativas (18).

Incentivo perverso: Son aquellos que generan respuestas negativas, es decir,

respuestas indeseables (18).

Incentivo de alto poder: Están ligados al volumen de producción o a algún indicador del desempeño del agente, que le permite maximizar sus ingresos si responde a ellos (18).

Incentivo de bajo poder: No dependen del volumen de producción o de algún indicador del desempeño de la gente, por lo cual, al responder a ellos, no se afecta en mayor medida su ingreso (18).

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley (3).

Mecanismos de pago: Son las diferentes alternativas que tiene un pagador (Gobierno, aseguradores públicos, privados, etc) para transferir sus recursos a los prestadores de servicios de salud, de modo que se obtenga el mayor beneficio posible por cada unidad monetaria utilizada (18).

Modalidad de contratación y de pago: Es la forma y el compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención en salud de la población objeto, que incorpora una reglas para el pago, la forma de pago, el conjunto de tecnologías en salud contratadas, la operación de la prestación y auditoría de esas tecnologías en salud, las tarifas y precios, y la evaluación de los indicadores pactados, entre otros (10).

Nota técnica para la contratación de servicios de salud: Herramienta para especificar de manera detallada o agregada las tecnologías en salud incluidas en una modalidad de contratación y de pago, su frecuencia de uso o la cantidad estimada, la población a cargo cuando aplique, los valores de precios y/o tarifas de las tecnologías en salud y el valor total por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas en cada modalidad de contratación y de pago. Para la elaboración de la nota técnica se deberán utilizar obligatoriamente los catálogos o listas de referencia de las tecnologías definidas por la autoridad competente (10).

Organización funcional de servicios de salud. Se refiere a formas de organización de los servicios a habilitar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutive, en los componentes primario o complementario de la Red. Las organizaciones funcionales de servicios de salud serán: (i) prestadores primarios para el componente primario; y (ii) unidades funcionales para el componente complementario de la red (10).

Plan de beneficios: Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (19) .

Prestadores de Servicios de Salud - PSS: Se consideran como tales las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes (10).

Régimen contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (20).

Régimen subsidiado: Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado (21).

Riesgo primario: Es la variación en el número de condiciones médicas que ocurren durante un periodo de tiempo y, en algunos casos en su severidad. En general es exógeno, es decir, resulta difícil disminuirlo porque depende de factores que están por fuera del control de los prestadores de servicios o de quienes están a cargo de gestionar los riesgos (18).

Riesgo técnico: Es la variación en el consumo de recursos para responder a las necesidades derivadas de un episodio. Las condiciones médicas evitables se consideran riesgo técnico (18).

Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS: Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (10).

Selección adversa: se refiere a una mayor concentración de personas de alto riesgo en un subconjunto dado de la población (región de un país, tipo de ocupación, asegurados, etc), bien sea que las personas se hayan autoseleccionado hacia ese subgrupo o que hayan sido asignadas deliberadamente por una autoridad sanitaria o por un pagador (18).

Selección de riesgos: En los sistemas de salud en los que hay aseguradores compitiendo por atraer personas y la prima esta reglada por el gobierno, los aseguradores tienen incentivos para seleccionar las personas de más bajo riesgo y rechazar las de más alto riesgo (18).

Unidad de pago: Es la medida unitaria para el reconocimiento y pago de la prestación de servicios de salud por parte de una Entidad Responsable de Pago a un Prestador de Servicios de Salud acorde a la modalidad de contratación y de pago (10).

3.3 Soporte normativo

La contratación entre entidades Responsables de Pago y prestadoras públicas y privadas, es el medio para garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a la población; se rige por:

Cuadro 1. Soporte normativo para la contratación de servicios de salud

NORMA	AÑO	ENTIDAD EMISORA	ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN
Ley 100 (3)	1993	Congreso de la República	179	Para garantizar el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
			241	Un año después de la vigencia de la presente Ley, se unificará el régimen de tarifas que aplicarán las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud en la venta de sus servicios o uso de su capacidad a cualquier entidad promotora de servicios o asociación de profesionales, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida.
Ley 80 (22)	1993	Congreso de la República	1 al 81	Expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública
Decreto 1725 (23)	1999	Presidencia de la Colombia	2	La acción de cobro por parte de la IPS, bien en el régimen contributivo o bien en el régimen subsidiado, es exclusivamente contra la EPS o Administradora del Régimen Subsidiado. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario

NORMA	AÑO	ENTIDAD EMISORA	ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN
Ley 1122 (9)	2007	Congreso de la República	13	Las EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago.
			15	Las EPS no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.
			16	Las EPS del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las EPS de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESEs escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.
			20	Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente

NORMA	AÑO	ENTIDAD EMISORA	ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN
				habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.
			25	Regulación en la prestación de servicios de salud
			45	Régimen de contratación de EPS Públicas: Las Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado
Resolución 3047 (24)	2008	Ministerio de la Protección Social	1 al 19	Define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud
			29	Administración del régimen subsidiado. Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.
			37	Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.
Ley 1438 (25)	2011	Congreso de la República	52	Contratación por capitación: Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.
			53	Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.
			56	Las EPS pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos,

NORMA	AÑO	ENTIDAD EMISORA	ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN
				condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago. El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).
			76	Las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.
Ley 1751 (26)	2015	Congreso de la República	1 al 26	Garantiza el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección
Decreto 780 (27)	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Libro 2	Régimen reglamentario del sector salud y protección social. Libro 2: Régimen reglamentario del sector salud y protección social. Parte 5: Reglas para aseguradores y prestadores del sector salud. Titulo 3: prestadores Capítulo 4: Contratación: retoma el decreto 4747 (10) de 2007 y regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo
Resolución 6411 (28)	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	1 al 27	Fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017

3.4 Mecanismos de pago en salud

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

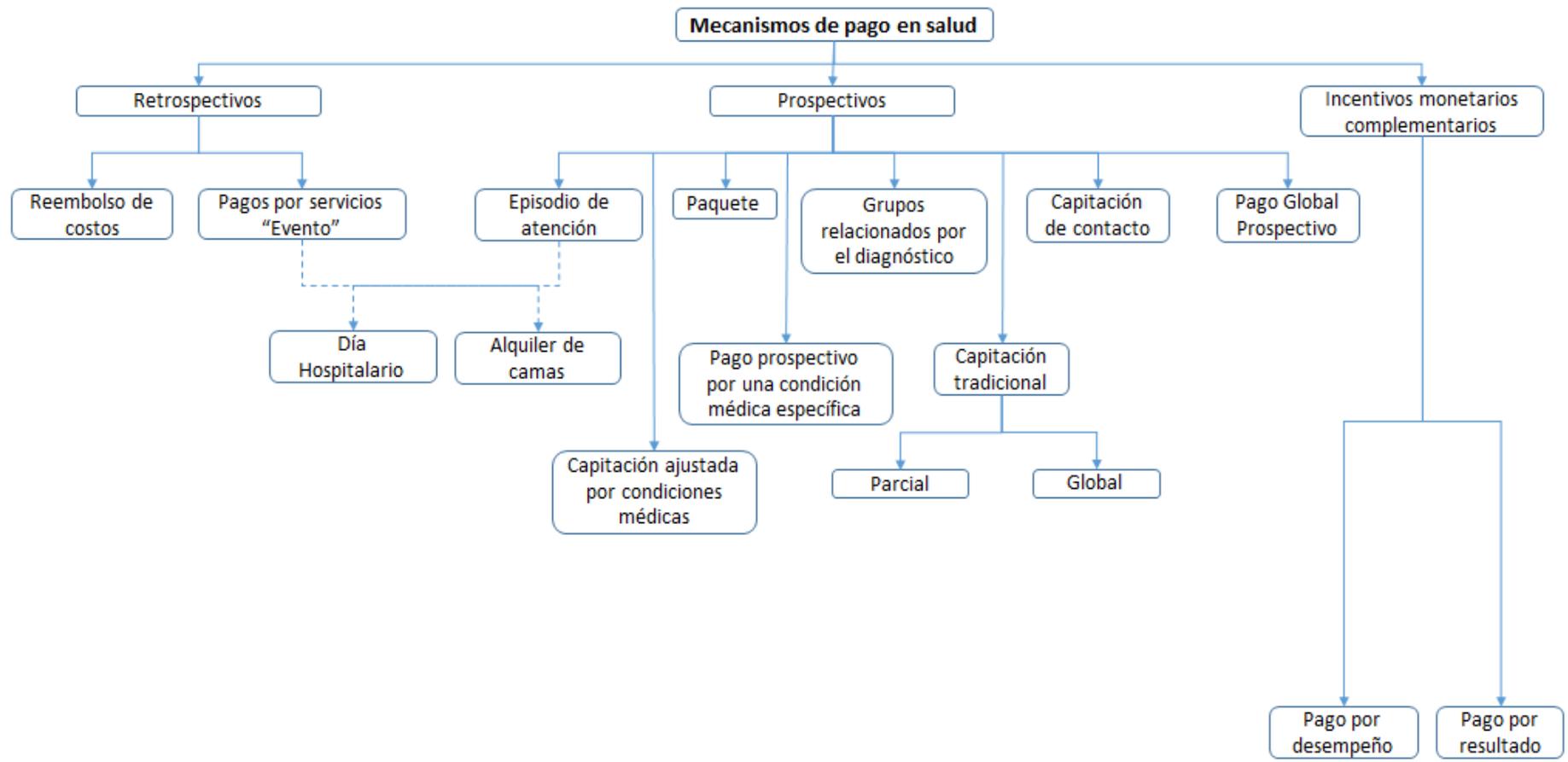


Figura 1. Mecanismos de pago en salud

Todos los sistemas de salud en el mundo, sin excepción, enfrentan un reto de política pública de difícil solución: como generar mayor bienestar en términos de salud a una sociedad con los recursos disponibles para ello.

En Colombia, el gasto en salud es principalmente público. Para el 2014 la participación del gasto público fue del 75%, mientras que la del privado fue del 25%. El gasto público es cubierto mediante las cotizaciones a la seguridad social (38%), los recursos del impuesto sobre la Renta para la Equidad- CREE- (15%), el Sistema General de Participaciones –SGP-(18%), los aportes de la Nación (7%) y excedentes del Fosyga (ahora ADRES) 6%. El remanente está constituido por las denominadas rentas cedidas y los recursos propios de las entidades territoriales (29).

Los recursos aquí recaudados se utilizan para pagar los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médica, curativa, de rehabilitación y paliativa.

La forma en que los recursos recaudados en un sistema de salud se convierten en servicios para las personas es un elemento crítico de la ecuación entre salud y dinero. Esta es la denominada “función de compra”.

La tendencia al crecimiento del gasto en salud es, a su vez, un reflejo de cómo se ejerce la función de compra. Esta consiste en seleccionar a los prestadores de servicios de salud para cubrir las necesidades de las personas y establecer los mecanismos de pago mediante los cuales se va a transferir a los prestadores el dinero recaudado.

3.4.1 Pagos retrospectivos

Son aquellos en los que el pago se reconoce para compensar un servicio prestado después de que este se ha producido. No hay transferencia de riesgo del pagador al prestador, pues este recibe de aquel un pago por cada servicio, proceso o actividad realizada, así como por cada insumo o factor de producción (18).

Incentivan la inducción de la demanda innecesaria y no estimulan la coordinación en la atención, ni la prevención primaria, secundaria y terciaria. Entre estos encontramos:

Reembolso de costos: Consiste en que le prestador le detalle al pagador los costos en que incurrió en la prestación de los servicios de salud. Lo que se paga son los costos de producir los servicios y no unos precios preestablecidos. Este mecanismo de pago prevaleció en los estados unidos para el pago de servicios hospitalarios desde la creación del Medicare en 1965 hasta 1983, cuando se introdujeron pagos prospectivos (18).

En otros sistemas de salud, en los que el Estado es el dueño de los hospitales, el reembolso de costos es lo que en la práctica ocurre cuando el hospital recibe un presupuesto para su financiamiento anual, el cual incluye no solo los costos recurrentes de mano de obra e insumos, sino los costos de capital (equipo médico

y no médico y planta física). En este caso el mecanismo de pago se denomina con frecuencia “presupuesto histórico” o “subsidio a la oferta”. Mecanismo de pago utilizado durante el Sistema Nacional de Salud, antes de la ley 100 de 1993.

En estos presupuestos históricos el presupuesto para un año se basa en los costos de operación del año anterior y en las inversiones de capital que se hayan decidido para el año dado, tales como nuevos equipos médicos o expansión en número de camas. Esta dinámica conlleva a que los directivos de hospitales ejerzan su influencia para aumentar su presupuesto, lo cual provoca un cremento de la capacidad instalada que no necesariamente responde a requerimientos de la demanda sino, en ocasiones, a la aspiración del directivo de tener un presupuesto mayor najo su control, por lo que se le considera un incentivo perverso (18).

Pago por servicio: En esta modalidad se paga una suma fija por cada servicio prestado, cada proceso o cada insumo o factor de producción de acuerdo a un esquema de tarifas o “listas de precios” previamente acordado. Es comúnmente conocido como “pago por evento” o “pago por actividad” (18).

Cuando el pagador utiliza esta modalidad de pago, adquiere una información muy detallada del proceso de prestación, pues el prestador tiene que elaborar una factura detallada de todos los servicios, procesos, insumos o factores de producción que utiliza. Esta información le resulta muy útil al pagador a la hora de hacer el cambio hacia mecanismos de pago prospectivos. El pago por servicio también es muy útil cuando se requiere la realización de una actividad muy puntual o cuando un pagador está empezando a conformar una red de servicios y aún no existe un grado de confianza entre pagador y prestadores que facilite el tránsito hacia modalidades prospectivas. No obstante, el pago por servicios ha sido señalado como el generador de los problemas de fragmentación de la atención y un factor clave en el crecimiento acelerado del gasto agregado en salud en los países desarrollados(18).

Este mecanismo de pago es el más común en los servicios de salud, sin embargo, tiene un problema ampliamente conocido y es que no genera incentivos para producir servicios de salud de manera eficiente. Dentro de los incentivos perversos que se generan con este mecanismo de pago encontramos:(18)

- Se genera demanda inducida por el prestador: consiste básicamente en aumentar el volumen de producción de las actividades sin emporar si hay o no impacto sobre la salud de las personas.
- No se generan incentivos para evitar los episodios en las condiciones médicas crónicas. Bajo esta modalidad se paga para atender los episodios de la enfermedad y no por evitarlos.
- No genera incentivos para la coordinación entre los diferentes escenarios de atención, disciplinas del conocimiento o etapas de la condición médica.
- Usualmente no reconoce la utilización de medios alternativos de comunicación con el paciente (teléfono, correo electrónico, video por web, etc)
- La institución prestadora de servicios de salud puede verse tentada a

presionar al recurso humano para que aumente su productividad, pero poniendo en riesgo la calidad de la atención en salud.

- El listado de precios o manual e tarifas sobre las cuales se establecen los pagos al prestador de servicios de salud no necesariamente refleja los costos reales de producción de los servicios.

3.4.2 Pagos prospectivos

Son aquellos en los que el pago se reconoce previamente a la utilización de los procesos o servicios. En este caso si hay transferencia de riesgo del pagador al prestador, pues este recibe una suma fija preestablecida, independiente de que consuma más recursos o menos recursos en la ejecución de las actividades previstas.

El hecho de que en un pago prospectivo el pagador haga el giro efectivo del dinero después de ejecutadas las actividades previstas no le cambia su naturaleza prospectiva; solamente afecta contablemente el tiempo en que se recibe el pago, pero se conserva la transferencia de riesgo del pagador al prestador (18).

Los pagos prospectivos incentivan la selección de riesgos por el prestador, la selección adversa por el pagador, la creación de barreras de acceso, disminución de la calidad, la transferencia de costos o la negación de servicios medicamente necesarios.

Pago por episodio de atención: Es una modalidad de pago en la que se reconoce un pago fijo por un episodio que incluye uno o varios servicios, procesos, insumos o factores de producción. Dentro de esta modalidad de pago se incluyen tres mecanismos de pago básicos: pago por paquetes, pago por grupos relacionados de diagnóstico y capitación de contacto (18).

Pago por paquetes: Algunos episodios de atención se caracterizan por tener un alto nivel de estandarización. Como consecuencia de ello, el episodio se puede resolver con un consumo de recursos que no varía mucho, y el resultado se hace mucho más predecible, esto hace posible agrupar los tipos de servicios y los procesos, insumos o factores de producción en un “paquete”, al cual se le establece un precio previamente. Este es el método que usualmente se utiliza para realizar erogaciones por cirugías electivas (herniorrafía inguinal, histerectomía, cirugía de cataratas, entre otros) (18).

Para contratar un paquete debe quedar claramente definido cuales son los límites de lo que se incluye y lo que no se incluye:

- Los servicios y procesos que se utilizarán:
- Insumos que se utilizarán
- Tipos de recurso humano que realizará la atención
- Escenarios de Atención en los que se prestará el servicio
- El tipo de paciente elegible para el paquete
- Los criterios de “ruptura del paquete” para pasar a pago por servicio.

El 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 (18).

Uno de los principales problemas de este mecanismo de pago es la selección de riesgos, pues como 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 (18).

Desde el punto de vista del pagador, puede ocurrir lo contrario. Es decir, un problema de selección adversa, y así el pagador solo envía al prestador los pacientes que tienen una mayor probabilidad de consumir mayores recursos de los esperados y, mientras tanto, enviará los que tienen mayor probabilidad de consumir menos recursos a otro prestador, o los paga bajo la modalidad de pago por servicio (18).

Otro problema de este mecanismo de pago, es que una vez recibido el paciente para la atención, el prestador puede caer en la tentación de disminuir la calidad, utilizando insumos o mano de obra baratos, dejando prestar servicios completos, o llevando la estandarización hasta puntos extremos, que ponen en riesgo la seguridad del paciente (18).

También puede ocurrir que haya un incentivo a romper el paquete. Es decir, que el prestador, al estar expuesto al riesgo técnico, tiene un incentivo muy fuerte a considerar que un paciente dado se sale de los estándares tolerados del paquete, y debe ser pagado por servicio (18).

Pagos por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD): Consiste en agrupar a los pacientes que cumplen con unas características específicas en términos clínicos y de manejo de recursos (18).

Cada GRD tiene un precio preestablecido, aunque el costo real de cada paciente no es el mismo del paquete, pero al ser los casos similares entre sí, los costos tendrán una menor variabilidad por encima y por debajo del promedio, y aquellos que cuestan más se compensan con aquellos que cuestan menos (18).

Algunas de las características por la cuales se agrupan los pacientes incluye: edad, sexo, diagnósticos, procedimientos, estado del paciente al alta, presencia de comorbilidades y complicaciones (18).

Los GRD transfieren riesgo técnico, por lo que se genera un incentivo para que el prestador mejore la eficiencia en el uso de los recursos, por lo que se pensaría que los costos de la atención hospitalaria mejorarían con el pago por GRD. Sin embargo, también genera incentivos perversos, propios de su naturaleza prospectiva, uno de ellos es la selección de riesgos, dado que se tiende a seleccionar a los pacientes que generen mayores excedentes frente al precio establecido para el GRD en cuestión.

Otros problemas relacionados a este mecanismos de pago incluye: comprometer

la calidad por reducir excesivamente el uso de recursos para generar excedentes frente al GRD; dar de alta prontamente al paciente, con lo cual se aumenta el riesgo de reingreso si el paciente no está en condiciones para mantenerse fuera del hospital; la forma como se clasifican los pacientes, dado que la información sobre los diagnósticos es generada por el prestador, por lo que este puede caer en la tentación de introducir códigos diagnósticos similares pero que llevan a una GRD con un precio más alto; el prestador no tiene incentivos para evitar los episodios de hospitalización, pues cada episodio genera una factura; fragmentación del tratamiento, dado que algunos servicios o procesos se dejan de hacer durante la hospitalización para ser llevados a cabo en el contexto ambulatorio, donde son pagados mediante pago por servicios (18).

Capitación de contacto: Esta modalidad consiste en que una vez el médico del nivel primario refiere un paciente a un especialista, este último recibe una suma fija que cubre los costos de atención por un periodo fijo de tiempo. El término “de contacto”, se refiere a que el pago se origina una vez se genera el primer contacto con el especialista. Solo transfiere riesgo técnico, por lo cual debería llamarse “Pago por contacto”. Esta modalidad resulta útil para ciertas intervenciones en las que hay mucha variabilidad en el uso de recursos por parte del especialista, sin un soporte sólido en la evidencia científica (18).

Al estar incluido los contactos siguientes al inicial, dentro de un periodo de tiempo, el prestador tendrá un incentivo para resolver lo mejor posible el episodio, y evitar la re consulta. Sin embargo, la transferencia de riesgo técnico al prestador genera un incentivo perverso hacia un mayor número de contactos (18).

Existen dos mecanismos de pago que no son propiamente pagos por episodios de atención, sino que son intermedios entre el pago por servicio y el pago por episodio de atención. Estos son el pago por día de hospitalización y el arrendamiento de camas (18).

Pago por día hospitalario: Consiste en que el pagador le reconoce al prestador un pago fijo por cada día que el paciente esté hospitalizado, el cual varía según el tipo de servicio de hospitalización (cuidados intensivos, cirugía, maternidad). Este mecanismo de pago transfiere riesgo técnico al prestador, pero solo en cuanto al consumo de recursos, que se incluyen en el pago diario, los cuales el prestador no puede facturar bajo la modalidad de pago por servicio. Este mecanismo de pago, genera un incentivo a hospitalizar pacientes sin justificación y a prolongar la estancia innecesariamente (18).

Alquiler de camas: En este mecanismo de pago, el pagador le garantiza a los prestadores un ingreso fijo por un número dado de camas durante un periodo determinado, con este pago se asegura la disponibilidad de una oferta de camas, que le permite al asegurador responder a las necesidades de hospitalización de las personas que están bajo su responsabilidad. El elemento clave de esta modalidad es que el pagador ubica sus médicos dentro del hospital, para que asuman el manejo de sus pacientes, de este modo, se optimiza la frecuencia de utilización de los servicios, procesos, insumos o factores de producción, diferentes al día cama y

al recurso médico. También optimiza el número de hospitalizaciones. La desventaja de este mecanismo es que concentra excesivamente el control del costo en el episodio agudo (18).

Capitación ajustada por condiciones médicas: Consiste en un pago prospectivo por persona, por un periodo de tiempo fijo, usualmente de un año, que refleja las condiciones médicas de cada individuo, especialmente las enfermedades crónicas. La unidad de pago es el individuo, no las condiciones médicas, y por ello este mecanismo de pago incentiva una mejor organización de los componentes de la prestación, en función de la persona (18).

En las enfermedades crónicas hay una probabilidad de ocurrencia de episodios de descompensación o exacerbación, aun cuando sean aplicadas todas las medidas necesarias para evitarlos. Esta situación corresponde al riesgo primario. En cambio, si un paciente se descompensa porque no tuvo su medicamento a tiempo, o porque se le dejó de hacer seguimiento, corresponde al riesgo técnico (18).

Estas condiciones médicas crónicas se denominan “condiciones sensibles a la atención ambulatoria, o condiciones sensibles a la atención primaria” al asumir ambos tipos de riesgo. Por ello, el prestador tiene un fuerte incentivo a implementar acciones como educación y apoyo para el autocuidado, apoyo para el cambio de hábitos, apoyo en el monitoreo para la adherencia a la terapia farmacológica, desarrollo de la adopción de protocolos para estandarizar procesos, implementación de ciclos de mejoramiento y desarrollar herramientas informáticas que permitan el monitoreo. Además, esta modalidad de pago incluye las consultas médicas generales y de especialista, medicamentos, terapias y pruebas diagnósticas (18).

El aspecto más atractivo de este mecanismo es que genera un incentivo para alinear los diferentes elementos de la prestación a lo largo del ciclo completo de atención de dichas condiciones médicas, y genera los incentivos para recuperar, mantener o mejorar la Salud de esta población con condiciones crónicas. El elemento más crítico es que genera incentivos para reducir los episodios de hospitalización potencialmente evitable de la enfermedad. El problema es que si cubre solo una condición médica, se terminaría por fragmentar la atención del paciente que tenga una o varias comorbilidades (18).

Pago prospectivo por una condición médica específica: es una modalidad usada para el pago de aquellas condiciones en que es más fácil definir los límites de lo que se cubre y lo que no se cubre, y cuando la presencia de comorbilidades no dificulta el manejo de la condición médica objeto del pago. Es una capitación ajustada por condiciones médicas, pero en la que solo se considera una condición médica. Como ejemplo del uso de esta modalidad se pueden citar los programas integrales de enfermedad renal terminal, en los que se manejan pacientes en diálisis (18).

El criterio de elegibilidad para incluir un paciente depende de cada patología en

particular. Estos criterios deben ser lo más objetivos posibles, tal como una prueba de laboratorio, y se deben empezar a aplicar desde el momento de hacer la estimación preliminar de cuánto cuesta el manejo global de una condición médica. En esta modalidad también es necesario definir qué servicios, procesos, insumos y factores de producción se incluyen y excluyen. Los excluidos se deberán pagar a través de la modalidad “pago por servicio”. En presencia de comorbilidades, el prestador está expuesto al riesgo primario, el cual debe quedar ajustado en el pago prospectivo (18).

Capitación tradicional: Consiste en que el pagador le entrega al prestador una suma fija por persona al mes o al año, para que cubra las necesidades de la atención en Salud que requiera el individuo durante dicho periodo. El monto de la capitación se puede establecer mediante un porcentaje de los recursos per cápita que recibe el pagador, o como una suma fija basada en otros criterios, tales como los costos esperados de la atención en el periodo de contratación (18).

El pago por capitación se hace independientemente de que el individuo demande o no la atención durante el periodo. Este tipo de contratación se clasifica en dos modalidades, capitación global y capitación parcial (18).

Capitación global El pagador transfiere la totalidad del riesgo al prestador, y este es responsable por satisfacer todas las necesidades en salud de la población capitada. En los sistemas de salud basados en el aseguramiento, la capitación global implica, en la práctica, una clara separación entre la función más básica de un seguro de salud y la función de prestación de servicios de Salud. Por parte del asegurador, este es el encargado de afiliar a las personas, estimar las primas con base en el riesgo individual y definir los beneficios que la cubrirán, así como los niveles de copago deducibles, topes, exclusiones, preexistencias y periodos de carencias (18).

Esta requiere que el prestador esté conformado en una red integrada de servicios de salud, en la que pueda ejercer la función de coordinación, y hacer un seguimiento preciso a los patrones de utilización de recursos. Pero cuando no existe este tipo de organizaciones integradas, no es recomendable que un prestador asuma la totalidad del riesgo, sino tiene como ejercer la función de coordinación y de gestión del riesgo técnico y del riesgo primario. En estos casos, el pagador sería obligado a establecer capitaciones parciales, para determinados fragmentos de su riesgo (18).

Capitación parcial: La forma más común de segmentar la capitación es por niveles de complejidad, por ejemplo, una capitación muy básica incluiría consulta por médico general y odontólogo general, medicamentos básicos y pruebas de laboratorio básicas. Una capitación más extensa incluiría estos mismos ítems, más otros medicamentos u otras pruebas de laboratorio e imágenes, y así sucesivamente. Los ítems de la nota técnica que estén incluidos en la capitación deben quedar claramente establecidos (18).

Incentivos perversos como la selección de riesgos, selección adversa, creación de

barreras de acceso, transferencia de costos, ausencia de incentivos a reducir la incidencia de hospitalizaciones, reducción de la calidad y negación de servicios medicamente necesarios, se presentan con mayor intensidad en la capitación tradicional (tanto global como parcial), porque el prestador está expuesto al riesgo primario y técnico. Esta mayor exposición produce que, cuando el costo médico es más alto de lo esperado, el prestador incurra en uno o varios de estos comportamientos no deseables (18).

Pago global prospectivo: Se considera prospectivo, ya que el prestador recibe de forma anticipada a la prestación del servicio el valor de los mismos y como global, ya que se cancela un valor preestablecido por la totalidad de servicios asistenciales que requiere la atención de un determinado evento final, es decir se establecen paquetes de atención (30).

Este mecanismo de pago ha incursionado en Colombia desde la ley 1122, la cual en el artículo 13 estableció que EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación (9); sin embargo, algunos expertos afirman que es un mecanismo de pago peligroso, dado que no está reglamentado, nadie sabe a ciencia cierta cómo facturar, como cobrar la factura y cada cuánto se realiza el pago (31). Las experiencias actuales en el país son experimentales y aun no se han documentado, por lo tanto la información disponible sobre este mecanismo de pago es realmente escasa.

3.4.3 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: Consiste en reconocer un valor monetario con base en el cumplimiento de indicadores de estructura, de proceso o de volúmenes de producción. Por ejemplo, para lograr un porcentaje dado de personas vacunadas se brinda un pago basado en unidades de producción. El valor monetario puede ser extraído del pago básico de cualquiera de las modalidades retrospectivas o prospectivas, o puede ser un pago adicional a estas (18).

Al generar incentivos hacia el mejoramiento de la estructura, los procesos y los volúmenes de producción, se puede esperar que los resultados clínicos y de calidad de vida mejoren. El pago por desempeño con indicadores, busca incentivar a los prestadores a que logren metas observables y verificables, que se espera que se traduzcan en mejores resultados y menos costos a futuro (18).

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).

Los indicadores de resultado se deben medir sobre condiciones médicas específicas y con indicadores que den cuenta del ciclo completo de atención de ellas.

Una forma de generar incentivos por resultados es definiendo un porcentaje de un pago prospectivo o retrospectivo, inicialmente pequeño, el cual se entregara al prestador si se cumplen ciertos criterios de resultados clínicos, sin embargo, también se genera la preocupación de que le prestador manipule sus datos, ya sea porque oculte información negativa y reporte solamente la información que muestra buenos resultados o porque exagere las condiciones del paciente al inicio del proceso de atención (por ejemplo grado de severidad al ingreso) con el fin de aparentar un mayor impacto al final del proceso de atención (18).

Otra preocupación es que la medición de resultados genere un incentivo a seleccionar riesgos, pues una manera de obtener buenos resultados es rechazando pacientes con baja probabilidad de obtenerlos. Así mismos, preocupa el hecho de que si se establecen indicadores de corto plazo se puede generar un incentivo muy fuerte a sacrificar indicadores de largo plazo (18).

3.5 Relaciones contractuales

En Colombia, con el SGSSS creado mediante la Ley 100 de 1993 y modificado mediante las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 se han diversificado las relaciones interinstitucionales entre diferentes actores que hacen parte del sistema.

Estas relaciones se hacen tangibles en los procesos contractuales, los cuales deben estar orientados a dar cumplimiento a los principios propuestos por esta Ley, en cuanto a garantizar el acceso a los servicios de salud de alta calidad. Por ello, el tema de la contratación, que ha sido poco estudiado en nuestro medio, se convierte en un asunto de esencial importancia para la prestación de servicios y el funcionamiento del Sistema de Salud (32).

A partir de la ley 100, Los principales actores del sistema son los pacientes/usuarios; los proveedores de servicios o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y las Entidades Responsables de Pago; mientras que la regulación, el control y la vigilancia de los servicios públicos están a cargo del Estado.

En este contexto, las instituciones han puesto en marcha estrategias de desarrollo

institucional con el fin de mantenerse en el mercado y ser competitivas al momento de la contratación. Estas estrategias incluyeron transformaciones institucionales, las cuales han tenido impacto en el recurso humano. Al personal le ha significado modificar su visión frente al trabajo en términos de calidad, productividad y autosostenimiento económico (32). Esta visión ha conllevado a que el personal del área de la salud trascienda de las funciones asistenciales a las administrativas.

Del mismo modo, es común observar que ver que hay competencia entre las instituciones. Así, la relación entre las instituciones se da mediante compra-venta de servicios de salud según las necesidades de los pagadores. Dentro de la compraventa de servicios de salud, las instituciones desarrollan diversas estrategias que les permiten alcanzar un mayor número de usuarios y contratos (32). En la actualidad, la prestación de servicios de salud debe estar enmarcada en altos estándares de calidad y orientarse hacia la acreditación, como mecanismo para garantizar su supervivencia en el mercado.

También es común evidenciar como algunos prestadores se ven presionados a vender los servicios de salud por debajo de las tarifas establecidas, poniendo en peligro su sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo. Esto ha conllevado a que los prestadores utilicen estrategias de control de costos, tales como condicionar el actuar del personal médico para restringir atenciones a los usuarios, crear barreras de acceso, disminuir la calidad, transferir costos o negar servicios medicamente necesarios, entre otros (32).

Finalmente, en el contexto del SGSSS, existen factores que favorecen que el pagador ostente un comportamiento dominante frente a los procesos de contratación con los prestadores. Este comportamiento, se encuentra inmerso en un mercado en donde priman las leyes de la oferta y la demanda, condición de la que el pagador ha sacado ventaja teniendo en cuenta que es él quien maneja y dispone del capital financiero, lo que le ha dado poder para imponer sus condiciones e intereses sobre el prestador al momento de contratar (32). Esto se evidencia en los mecanismos de pago prospectivos, donde se transfiere el riesgo del pagador al prestador, así, los pagadores se transforman en entidades que solo administran dinero, pero no se preocupan por el bienestar de los usuarios/pacientes.

3.6 Puntos críticos en el proceso de contratación

Según estudios realizados por Molina y colaboradores, la contratación de servicios de salud se ha caracterizado por los siguientes elementos:

Oferta y red de servicios: En el contexto actual del SGSSS la demanda de servicios de salud supera la oferta, sin embargo, es común observar como algunas IPS abarcan mayores contrataciones con los pagadores, sobrevendiendo su capacidad instalada, esto ha conllevado a que se presente demora en la atención y se ejerza presión en otras áreas asistenciales como urgencias. Del mismo modo, se evidencia que hay limitaciones importantes para el acceso a las subespecialidades

y a las unidades de cuidados intensivos, así como dificultades en la remisión de pacientes por limitaciones de acceso a camas hospitalarias, dado que las IPS asignan la cama hospitalaria según la reputación de la Entidad Responsable de pago (5).

Ambivalencias en la calidad y el control: Por la forma como está estructurado el SGSSS la función del estado es la regulación, el control y la vigilancia de los servicios públicos, no obstante, se ha hecho evidente una débil capacidad de la Nación para ejercer la función rectora a nivel del sector salud (33), esto se concreta en políticas deficientes, leyes impracticables o que no se cumplen, normas inaplicables o intrascendentes, y por lo tanto resultados en salud pobres, nulos e insatisfactorios (34).

Los contratos con los entes territoriales se enfocan en el cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, pero su evaluación se orienta a las quejas y los reclamos de los usuarios, y se descuidan los demás atributos de la calidad tales como: pertinencia, oportunidad, seguridad, continuidad y accesibilidad. En cuanto a la auditoría, ésta presenta diferentes matices; en algunos casos es realizada por grupos interdisciplinarios, con procesos definidos, con acciones correctivas simultáneas a la ejecución de los contratos y con buenos criterios éticos, lo que genera aprendizaje y mejoramiento continuo. En otros casos, se ejerce centrada en la contención de los costos y la búsqueda de rentabilidad financiera, y esto produce desconfianza y enfrentamientos entre el prestador, el pagador y los usuarios (5).

Inoportunidad del flujo de los recursos en la ejecución de los contratos: el flujo de los recursos del sistema es lento y las acciones del Estado son insuficientes para garantizarlo. Existen carteras altas, de entre 90 y 120 días, e incluso más, y esto lleva a sobrecostos en la atención y retrasos en las obligaciones de las IPS con sus proveedores. En el Régimen Subsidiado, la desactualización de las bases de datos por los cambios permanentes en los afiliados y la falta de claridad en la definición del Plan de Beneficios entorpece el adecuado flujo de los recursos (5).

Para diciembre del 2017, las EPS le adeudaban a los hospitales y clínicas afiliados a la alianza “Somos 14 más 1” (los cuales representan el 80% de la oferta de servicios de salud de la ciudad de Medellín, así como el alto costo) cerca de un billón de pesos (\$1.996.858)¹; situación que agudiza aún más la crisis de la salud.

Tensión en las relaciones interinstitucionales: Las relaciones entre pagadores y prestadores están determinadas por aspectos como la capacidad de negociación, el propósito que mueve a cada actor, las fuentes del poder y los conflictos en la contratación. Estudios han corroborado que los pagadores tienen como principal propósito la rentabilidad financiera, y para lograrlo trasladan el riesgo a los prestadores, seleccionan a las IPS con bajas tarifas de servicios sin tener en cuenta sus indicadores de calidad, he incluso tienden a imponer bajas tarifas a los prestadores; así mismo, buscan afiliar a la población con menor riesgo en salud,

¹ Informe de la alianza “somos 14+1”, Medellín, 2017.

con mejores condiciones económicas y en los municipios más desarrollados; con esto último aseguran un amplio mercado. Cada actor aprovecha sus posiciones de poder en la negociación de contratos. El pagador aprovecha su posicionamiento económico y sus nexos con burócratas en cargos estratégicos de entidades públicas, para crear condiciones que le garanticen su rentabilidad, imponiendo tarifas y limitándole al prestador sus fuentes de equilibrio financiero, al no contratarle materiales y suministros (5).

Aspectos generadores de conflicto por parte de las entidades responsables de pago: Para Molina y colaboradores se centra en (5):

- La posición dominante de las aseguradoras.
- La inoportunidad en los pagos y las deudas acumuladas.
- Cambios de directivos de los entes territoriales, lo que retrasa la firma de los contratos.
- Se obliga a las IPS a firmar contratos sin acuerdos plenos.
- Se incumple con las tarifas pactadas, para presionar nuevas contrataciones.
- Se imponen tarifas a las IPS sin discusión previa.
- Se obliga al traslado prematuro de pacientes hospitalizados hacia servicios ambulatorios, para bajar los costos.
- Se traslada el riesgo financiero hacia el prestador.
- Tramitomanía en las autorizaciones, órdenes equivocadas, códigos errados.
- Deficiencias en la red contratada que limitan la referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Se limita el acceso y la oportunidad en las atenciones.
- Inconsistencias en las bases de datos.

Aspectos generadores de conflicto por parte de las IPS: Para Molina y colaboradores se centra en (5):

- Se imponen tarifas para los servicios de alto costo.
- Se otorgan incentivos para el buen pagador, dándole prioridad a sus afiliados.
- Se ajustan las tarifas de los medicamentos para compensar las tarifas bajas de otros servicios impuestas por las EAPB.
- Se brindan atenciones electivas sin contrato firmado.
- Se incumplen las metas de cobertura en contratos por capitación.

Compra estratégica de servicios: Uno de los requerimientos mínimos para que el gasto en salud sea más eficiente y el sistema de salud sea sostenible, consiste en planear la asignación de recursos para los proveedores según las necesidades de salud, el desempeño del proveedor y la mejora del estado de la salud de la población atendida. Esto, juega un rol importante en la inclusión de incentivos y la reducción de comportamientos perversos en los prestadores (29).

Contratación de servicios de salud con manuales tarifarios desactualizados: En Colombia se continua contratando servicios de salud con el Acuerdo número 209 de 1999, por el cual se aprueba el manual de tarifas para la compra y venta de servicios de salud (35) y que se conoce comúnmente como el manual tarifario ISS

2000, y el Decreto 2423 de 1996, Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones (36), conocido como el manual SOAT. Cuando se contrata con el ISS 2000 se negocia el porcentaje a incrementar a las tarifas ya definidas en el manual, mientras que cuando se contrata con el manual SOAT el valor de estas tarifas se manejan a partir del valor del Salario Mínimo Diario legal Vigente –SMDLV-.

El problema de contratar con estos manuales radica en que fueron establecidos hace casi dos décadas, por lo que dichas tarifas se encuentran desactualizadas y adicional a esto, valorar los procedimientos de última tecnología resulta muy complejo al momento de negociar su tarifa, pues no están incluidos en dichos manuales.

Nuevo sistema de salud: El artículo 4 de la ley estatutaria 1751 de 2015 definió el Sistema de Salud como el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud (26).

Así las cosas, la ley estatutario modifico la ley 100 de 1993 y hoy en día estamos a las puertas de un nuevo sistema de salud, en el cual se concretara la eliminación del POS, se establecerá el Plan Único de Salud - PLUS- y su sostenibilidad; la calidad será concebida en términos de acceso, continuidad, integralidad y progresividad; se establecerán incentivos por el cuidado de la salud de los afiliados y el logro de mejores resultados; se realizara gestión integral del riesgo en salud y se implementaran las redes integrales de prestadores de servicios de salud (31).

Este nuevo sistema de salud traerá consigo muchos cambios en términos de contratación de servicios de salud, no obstante, aún no se ha reglamentado, por lo que no se tiene claridad respecto a cómo entrar en la reforma y como transformar los procesos de contratación para que respondan a las necesidades del nuevo sistema.

4. Conclusiones

- En general para prevenir y tratar las disfuncionalidades de los diferentes mecanismos de pago es necesario implementar auditorías médicas que eviten los incentivos perversos; auditorías previas que para verificar la pertinencia que un proceso o procedimiento; auditorías concurrentes que eviten que se reduzca la calidad y se mitigue el riesgo y auditorías retrospectivas que identifiquen las fallas en que se incurrió en todo el proceso de atención para implementar acciones de mejora.
- Ningún mecanismo de pago es ideal, pues todos aunque implican incentivos positivos que llevan a respuestas positivas, también generan incentivos perversos, que llevan a respuestas negativas.
- Es necesaria y urgente la creación de nuevos modelos de prestación, que permitan alinear los componentes de la prestación y evolucionar hacia pagos prospectivos.
- Mientras ocurren cambios estructurales a largo plazo en el sistema de salud, los mecanismos de pago deberán enfrentar los problemas que cada uno genera, y se requerirán enfoques más innovadores para mezclarlos entre sí, evolucionarlos en el tiempo, y evolucionar en las mezclas entre ellos.
- Los mecanismos de pago básico no se pueden aplicar aisladamente, sino que requieren el uso de incentivos complementarios, tanto monetarios como no monetarios.
- En el logro de acuerdos, el conocimiento que el negociador tenga del SGSSS y del proceso de contratación es fundamental.
- Es necesario evolucionar de la contratación con manuales tarifarios a una contratación basada en estudios de costos propios de cada prestador, en los que se reflejen las condiciones reales de cada institución.
- Si se desea continuar trabajando con los manuales tarifarios ISS 2000 Y SOAT, estos deben ser actualizados y llevados a pesos del día de hoy, y dichas tarifa deben valorar la mano de obra del personal del área de la salud.
- El personal de área de la salud debe tener un mayor conocimiento del manejo administrativo del Sistema de Salud, para lograr mejores resultados financieros y mejor calidad de vida en los pacientes/usuarios.

Referencias bibliográficas

1. Molina Marín G, Vargas Jaramillo J, Muñoz Echeverri I, Acosta Gómez J, Sarasti Vanegas D, Higueta Higueta, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev. gerenc. políticas salud* [Internet] 2010; Enero-Junio; 9(18):103-117 [consultado 23 febrero 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a10.pdf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: Ministerio; 2014.
3. Colombia. Congreso de la República. Ley 100, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Congreso; 1993.
4. Canastero I, Zuleta M. Contratación en el Sistema General de Seguridad Social Colombiano. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud; 2001.
5. Molina Marín G, Vargas Jaramillo J, Berrío Castaño A, Muñoz Marín D. Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [Internet] 2010; 9 (18): 103-115 [consultado 02 abril 2018] Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2637>.
6. Ander Egg E, Valle P. Cómo elaborar monografías, artículos científicos y otros textos expositivos. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2013.
7. Gutiérrez C, Molina C G, Wüllner A. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Bogotá: Fundación Social, Fundación Corona, Fundación para la Educación Superior – FES-, Fundación Restrepo Barco; 1995.
8. Slide Share. Marco Histórico de la reforma [Internet] [consultado 27 marzo 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/vivipaty555/sistema-nacional-de-salud-4530779>.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia: El Congreso; 2007.
10. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de

salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Colombia: El Ministerio; 2007.

11. Chamorro Jiménez J. Ley 1438: Algunos cambios al sistema para aumentar su eficiencia [Internet] [consultado 02 abril 2018] Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1103mar/debate/debate-10.htm>.
12. Colombia. El pueblo de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: El pueblo; 1991.
13. Fundación Buen Gobierno. 10 cambios clave con la nueva ley estatutaria en salud [Internet] [consultado 05 marzo 2018] Disponible en: <http://www.buengobierno.com/logros/diez-cosas-que-cambian-con-firma-de-la-ley-estatutaria-de-salud>.
14. Consultorsalud. Decreto único del sector salud – decreto 780 de 2016 [Internet] [consultado 13 marzo 2018] Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/decreto-unico-del-sector-salud-decreto-780-de-2016>.
15. Álvarez C G. La crisis del sistema de salud [Internet] [consultado 13 mayo 2018] Disponible en: <http://blogs.eltiempo.com/motor-de-busqueda/2017/03/05/la-crisis-del-sistema-de-salud/>.
16. Consultorsalud. Nuevas condiciones de contratación entre EPS e IPS - incluye ajuste del valor por riesgo [Internet] [consultado 27 marzo 2018] Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo>.
17. Álzate Monroy P. El contrato, definición y tipos [Internet] [consultado 27 marzo 2018] Disponible en: <https://www.am-abogados.com/blog/el-contrato-definicion-y-tipos/110/>.
18. Castaño Yepes RA. Mecanismos de pago en salud: anatomía, fisiología y fisiopatología. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2014.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Beneficios en Salud [Internet] [consultado 27 marzo 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Régimen contributivo [Internet] [consultado 02 mayo 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>.
21. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Salud. Régimen subsidiado [Internet] [consultado 02 mayo 2018] Disponible en:

<http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>

22. Colombia. Congreso de la República. Ley 80, Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Bogotá: El Congreso; 1993.
23. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1725, por el cual se dictan normas de protección al usuario y se dictan otras disposiciones. Bogotá: La Presidencia; 1999.
24. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Bogotá: El Ministerio; 2008.
25. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2011.
26. Colombia. Congreso de la República. Ley 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2015.
27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: El Ministerio; 2016.
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411, Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2016.
29. Observatorio de la seguridad social. Grupo de economía de la salud. Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia. Medellín: UdeA; diciembre de 2017.
30. Encolombia. Sistema Ejecutivo de Pagos Fijos Globales Prospectivos [Internet] [consultado 13 abril 2018] Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2422902/heraldo2422902sistema/>.
31. Hospiconsultores S.A.S. Foro: Nuevo Sistema de Salud en Colombia [Internet] [consultado 13 abril 2018] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=E6vb3-XjmJg&feature=youtu.be>.
32. Rodríguez Corredor Z. Molina Marín G. Relaciones contractuales entre las

instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. Invest. educ. enferm [Internet]. 2009; 27(1): 78-84 [consultado 12 mayo 2018] disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072009000100008.

33. Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública. Curso virtual Funciones esenciales de la salud pública: Introducción a la Rectoría, la Autoridad Sanitaria y la Salud Pública [Internet] [consultado 12 mayo 2018] Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m3-Intro_Rectoria.pdf.
34. Robles Guerrero L R. Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. An Fac med [Internet] 2013;74(1):43-8 [consultado 02 mayo 2018] Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2050/1779>.
35. Colombia. El consejo directivo del instituto de seguros sociales. Acuerdo número 209. Por el cual se aprueba el manual de tarifas para la compra y venta de servicios de salud. El consejo; 1999.
36. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2423, Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Colombia: El Presidente; 1996.