



**Ventajas y desventajas del modelo de contratación Pago Global Prospectivo
frente a otros modelos de contratación en salud en Colombia**

Natalia Andrea Álvarez Tamayo

Nelson de Jesús Manrique

Luis Fernando Urrego Arenas

Trabajo de grado presentado para optar al título de Administrador en Salud

Asesor
Juan Edgar Marín

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Administración en Salud
Medellín, Antioquia, Colombia

2023

Ventajas y desventajas del modelo de contratación Pago Global Prospectivo frente
a otros modelos de contratación en salud en Colombia

Autores:

Natalia Andrea Álvarez Tamayo

Nelson de Jesús Manrique

Luis Fernando Urrego

Trabajo de Grado para optar por el título de Administración en servicios de Salud
con énfasis en Salud

Asesor:

Juan Edgar Marín Restrepo

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Administración en servicios de Salud

Medellín

2022

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a los Profesores Gilma Vargas, Fernando Giraldo, Héctor Byron Agudelo y Juan Edgar Marín (asesor académico), quienes transmiten su conocimiento a profesionales en formación como los somos nosotros y de esta manera contribuir a la investigación y el mejoramiento del sector salud.

Agradecimientos

Agradecemos primeramente a Dios y segundo a la Universidad de Antioquia por brindarnos las herramientas necesarias para crecer tanto personal como profesionalmente, también agradecer a cada una de las personas que se cruzaron en nuestro camino para hacer realidad este sueño de ser profesionales en clave de contribuir a la sociedad con nuestras acciones y conocimientos. Finalmente, agradecemos a nuestras familias, quienes con su apoyo y motivación nos impulsaron a continuar con las metas trazadas y a no desfallecer en camino.

Resumen

En el sector salud existen múltiples modelos de contratación de servicios de salud, los cuales se ven plasmados en acuerdos de voluntades entre asegurador y prestador, que permiten llevar a cabo un relacionamiento entre actores y por ende la administración de los recursos y la prestación de los servicios.

En este sentido, las instituciones buscan modalidades contractuales que les permitan no solo unas utilidades monetarias sino también, la calidad en la prestación de los servicios de salud. Se realizó una revisión de literatura relacionada con el Pago Global Prospectivo (PGP), el cual se trata de un modelo que viene incursionando con gran fuerza en el sector salud y su pago se hace de manera previa a la prestación de los servicios, teniendo una población, zona geográfica y periodo de tiempo definidos.

El PGP funciona por medio del agrupamiento de actividades y pago anticipado a la prestación de los servicios, es una alternativa dentro de los modelos de contratación en salud que busca un equilibrio entre el uso eficiente de recursos y la calidad de la prestación de los servicios de salud, obligando tanto al asegurador como al prestador a realizar cambios transversales en los procesos, revisar los riesgos de todo tipo y mirar quién los va a asumir. Esto trae intrínsecamente ventajas y desventajas que dependen de factores internos y externos a las aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

El cambio de modelos retrospectivos a modelos prospectivos nace de la necesidad de convertir costos variables en costos fijos y así reducir la exposición en el medio por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Por su parte, busca pasar de un pago por volumen a un pago por evento para una mayor eficiencia, en cuanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), son instituciones que optan por el modelo de PGP ya que les permite tener un flujo de caja predecible y no la incertidumbre de un pago por servicios.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| 1. Planteamiento del problema..... | 8 |
| 2. Justificación..... | 13 |
| 3. Objetivos | 13 |
| 3.1. Objetivo General | 13 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 14 |
| 4. Marcos..... | 14 |
| 4.1. Marco teorico..... | 14 |
| 4.1.1. Teoría de los contratos | 14 |
| 4.1.2. Contratación de servicios de salud en Colombia | 14 |
| 4.1.3. Modalidades de contratación retrospectivas | 16 |
| 4.1.4. Modalidades de contratación prospectivas | 16 |
| 4.1.5. Categorías de pagos prospectivos | 16 |
| 4.1.6. Capitación | 16 |
| 4.1.7. Pago global prospectivo | 17 |
| 4.1.8. Pagos complementarios | 19 |
| 4.1.9. Componentes del costo medico | 19 |
| 4.2. Marco Normativo | 20 |
| 4.3. Marco conceptual | 22 |
| 5. Metodología de la investigacion | 26 |
| 5.1. Tipo de estudio..... | 26 |
| 5.2. Diseño de la investigacion..... | 26 |
| 5.3. Poblacion, muestra y muestreo | 28 |
| 5.3.1 Población y muestra | 28 |
| 5.4. Criterios de inclusion y exclusion | 29 |
| 5.4.1. Criterios de Inclusión | 29 |
| 5.4.2. Criterios de exclusion | 30 |
| 5.5. Procedimiento de trabajo de campo y analisis de la informacion | 30 |
| 5.5.1. Planeación para recolección de la información | 30 |
| 5.5.2. Entrevista semiestructurada | 30 |
| 5.5.3. Consentimiento informado | 31 |
| 5.5.4. Trabajo de campo | 31 |
| 5.5.5. Fuente de Informacion | 33 |
| 5.6. Procesamiento de la informacion | 33 |
| 5.6.1. Método de procesamiento y tabulación de la información | 33 |
| 5.6.2. Categorización y codificación de la información | 33 |
| 5.7. Codificacion de la informacion..... | 35 |
| 5.7.1. Tipos de codificación: Según Bonilla Garcia y Lopez Suarez | 35 |
| 5.8. Analisis e intepretacion de los datos | 36 |
| 5.8.1. Procedimientos de análisis de la información | 36 |
| 6. Aspectos eticos | 36 |
| 7. Aspectos administrativos..... | 38 |
| 7.1. Viabilidad..... | 38 |

| | |
|---|----|
| 7.2. Factibilidad: | 39 |
| 7.2.1. Proceso para contactar participantes | 39 |
| 7.3. Cronograma: | 40 |
| 7.4. Presupuesto: | 40 |
| 8. Resultados | 40 |
| 9. Conclusiones:..... | 42 |
| 10. Listado de referencias | 43 |
| 11. Anexos | 50 |
| 11.1. Anexo 1: Entrevista semiestructurada | 50 |
| 11.2. Anexo 2: Acta de Consentimiento informado | 51 |

1. Planteamiento del problema

Colombia, desde el año 1993, adoptando lineamientos internacionales propuestos por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), introdujo estrategias de financiación, provisión y de prestación de servicios de salud bajo principios neoliberales y le apostó a un sistema de salud eficiente y sostenible. En este sentido, el Estado entraría a cumplir la función de regular el mercado y permitir la ampliación del sector privado. De esta manera propendería por superar las fallas del gobierno en pro de mejorar el acceso, la equidad, la eficiencia y también la calidad en la prestación de los servicios de salud (1, 2).

Con los principios neoliberales se establecieron aspectos fundamentales como la libre elección, la eficiencia y la calidad en el sistema de salud, lo cual permitió el libre mercado y la libre competencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde las EPS serían las responsables del pago de los servicios de salud, mientras que las IPS asumirían en papel de prestadores.

En la lógica del neoliberalismo en la que entró el sistema de salud en 1993, se dio la transición del modelo del subsidio a la oferta al modelo del subsidio a la demanda, donde las instituciones públicas y privadas se financiarían a través de la venta de servicios de salud. En tal sentido, el Estado con sus nuevas funciones cambió la forma de influir en el sector salud, teniendo en cuenta que ya no financiaría a los Hospitales del sector público, de tal manera que, en el marco de la reforma a la salud en el país,

“conforme a la Ley 100/93 el nuevo papel del Estado en salud ya no consiste en financiar los hospitales públicos, si no en comprar seguros de salud para la población pobre y regular los mercados de aseguramiento y prestación de los servicios de salud” (3).

Para la prestación de los servicios de salud es importante tener presente el tema de afiliación y cobertura de las personas en el SGSSS, lo cual permitió el acceso de la población a la atención médica y la contratación de servicios entre aseguradores y prestadores como mecanismo para garantizar los servicios de salud que requirieran los ciudadanos (4).

La afiliación, el acceso y la prestación de los servicios de salud en el SGSSS son financiados por el recaudo de cotizaciones de personas asalariadas, personas independientes con capacidad de pago y también por aquellos recursos de carácter fiscal para el financiamiento de la salud. Estas contribuciones económicas son reunidas y administradas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), antes conocida como Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA), para posteriormente ser girada a las EPS a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), a cambio de garantizar a los usuarios el Plan Obligatorio de Salud (POS), conocido actualmente como Plan de Beneficios en Salud (PBS) (5).

La contratación de servicios de salud entre aseguradores y prestadores en el SGSSS es el mecanismo de relacionamiento que permite garantizar el acceso de las personas a los servicios de salud. Cabe aclarar que los diferentes tipos de modalidades contractuales de prestación de servicios de salud, tienen implicaciones directas en la calidad, el acceso, los costos, la eficiencia, eficacia, efectividad y el desempeño del sector mismo (6). En este contexto, en el análisis de los diferentes tipos de contratos en salud y modalidades de pago correspondientes, se deben explorar las características de las relaciones interinstitucionales y las implicaciones en la prestación de los servicios (7).

El relacionamiento entre EPS e IPS como actores del sistema de salud, inmersos en las lógicas del libre mercado y la libre competencia, está dado por la integración vertical, donde las EPS contratan con su red de prestadores, generando desestabilización en el sistema; asunto que obedece también a las dinámicas de otros prestadores que requieren de recursos financieros para subsistir. Estas interacciones están mediadas por la posición dominante del asegurador frente al prestador, teniendo en cuenta que el primero de ellos maneja y dispone del recurso financiero, de tal manera que impone sus intereses y condiciones sobre el prestador (8).

En vista de las inconsistencias en aseguramiento y prestación, reflejadas en el sistema de salud, pasados 14 años desde la reforma con la Ley 100 de 1993, se aprobó en el Congreso de la República la Ley 1122/2007 cuyo objeto trataba de realizar ajustes al SGSSS con miras al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Uno de los puntos relevantes en dichas modificaciones fue el de regular la problemática de integración vertical entre aseguradores y prestadores, por lo cual se dispuso en el artículo 15 que las EPS no debían contratar más del 30% de las prestaciones de los servicios de salud con sus propia IPS y en el Artículo 16 se dejó claro, que tanto las EPS contributivas como subsidiadas estarían obligadas a contratar como mínimo el 60% de las prestaciones con las Empresas Sociales del Estado (ESE) que terminaron siendo IPS, y se realizarían ajustes relacionados con el pago oportuno a los Prestadores de Servicios (9).

Esta normativa en referencia también es clara en su Artículo 13 que, en los contratos celebrados por la modalidad de capitación, las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado debían realizar un pago del 100% mes anticipado, de tal manera que si los contratos se generaban por modalidades diferentes como Evento, Global Prospectivo o Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), se tendría que pagar mínimo el 50%. Esto se haría por el valor total de la factura en un tiempo de 5 días después de la prestación de los servicios (9).

Sin embargo, el modelo de contratación por capitación puede generar un ahorro y contención del gasto por parte de las IPS en las atenciones médicas. La relación entre el número de atenciones y el presupuesto para ejecutarlas juega un papel central en las dinámicas positivas o negativas que tome el sistema en dicho ahorro,

aunque hay concededores del sector de la salud en Colombia, como Rentería, que no lo recomienda, principalmente para acciones relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y, en general, la salud pública. La razón de no considerar el ahorro favorable allí tiene que ver con la afectación negativa que puede recaer sobre el sistema sanitario (10). En el primer nivel de atención, por ejemplo, no siempre se llevan a cabalidad las funciones con la calidad de la prestación de los servicios de salud que amerita y remiten a los usuarios a un nivel mediano o alto para el tratamiento de alguna patología que pudo ser prevenida (11). Son las inconsistencias que deja ver un sistema de salud hospitalocéntrico, reproductor del modelo biomédico y fuertemente centrado en la enfermedad que no logra responder a la salud en positivo de los colectivos en sus territorios.

Justamente la Ley 1438 de 2011 entraría a establecer que la capitación se aplicaría para los servicios de baja complejidad y se dejó claro que las aseguradoras no serían ajenas a la responsabilidad que tendrían en función del servicio y el riesgo. Esta salvedad es central, ya que con esta modalidad el asegurador transfiere el riesgo financiero al prestador, evidenciándose el abuso de poder que refiere Giraldo, al hacer expreso que “en nuestro medio el sector salud se desenvuelve en un mercado que tiene enfermedades y estas se llaman, abuso del poder dominante por parte de los compradores, es decir, de los aseguradores” (12).

Por otro lado, Rodríguez y Molina expresan que “las IPS contienen el costo para que esa platica (del contrato) les alcance. Entonces, lo que hacen es frenar procedimientos, mandar medicamentos baratos, [más] no los óptimos, aplazar cirugías, aplazar procedimientos” (13).

En lo que respecta al pago por evento, genera un aumento en el número de atenciones en salud, teniendo en cuenta que se incrementa la facturación y con ello el margen de utilidad para las IPS, lo que puede desencadenar una inestabilidad y desequilibrio financiero que afecta tanto al asegurador como al prestador. Según un estudio de la secretaría de salud de Bogotá, este desequilibrio puede “sobrepasar el 92% de la UPC destinada a la prestación de los servicios” (13). Es un modelo contractual que puede generar sobreutilización en los servicios y, por ende, incrementar tanto el gasto de recursos como el costo de los servicios, para obtener mayores utilidades o rendimientos económicos (13).

En los contratos que se celebren de acuerdo al pago por caso, paquete integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, están indicados para aquellos tratamientos donde los protocolos de la atención deben estar suficientemente especializados y estandarizados. Es un modelo que requiere de un tiempo mayor para llevar a cabo su implementación por problemas en la información, por ejemplo, el mal diligenciamiento de los RIPS (Sistema de Información de Prestaciones de Salud), donde el 40% obedece a síntomas de la enfermedad y no a su diagnóstico, el cual debe rotularse con la clasificación internacional de enfermedades CIE 10. En este sentido, toma mayor tiempo para su implementación porque las EPS pueden requerir que las atenciones efectuadas

sean consistentes y confiables, ya que como lo establece el Ministerio de Salud en el documento preguntas frecuentes RIPS, “[n]o puede la EPS pagar una atención que en la factura se presenta como una atención de parto si en el RIPS el procedimiento corresponde a la reducción de una fractura, por ejemplo” (14)

Pese a la existencia de normativas en salud para la regulación de la contratación en el sector salud, no han sido suficientes y aún se evidencian carencias en materia de calidad de la información para la toma de decisiones, afectando la racionalidad económica del sector, además del predominio de las EPS frente a las IPS por temas financieros, que ya se hizo explícito en párrafos anteriores, pero que sí vale la pena retomar, porque en línea con lo que plantean Rodríguez y Molina,

“(en los procesos de contratación) ha habido una pérdida de la capacidad adquisitiva de los prestadores en relación con los administradores de los recursos, en detrimento del interés del prestador, que ha sido causada fundamentalmente por el ejercicio del poder monopólico del que tiene la plata. Dicho en otros términos el que tiene la plata, pone las condiciones” (14).

En coherencia, los modelos de contratación en salud en el país acarrearán riesgos para las partes involucradas, de tal manera que es clave la constante supervisión y vigilancia en procesos como las auditorías, las autorizaciones de servicios de salud y la facturación. Este tipo de procesos son producto de la desconfianza entre los actores, que implican un alto flujo de dinero para su ejecución lo cual genera escasez económica o desequilibrio financiero como tal. Según datos de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC), para junio el 2021 las deudas a hospitales y clínicas superaron los \$11,2 Billones, a tal punto que, en noviembre del mismo año, esta deuda ascendió a los \$12,7 Billones COP y la cartera que supera los 60 días de mora tiene un valor cercano a los \$7 Billones COP (15).

Los modelos prospectivos en salud funcionan mediante el agrupamiento de actividades y el pago se realiza previo a la prestación de los servicios de salud. El Pago Global Prospectivo (PGP) se adopta mediante la relación contractual entre los actores, de acuerdo a la necesidad de las EPS en convertir un costo variable en un costo fijo para reducir la exposición al riesgo. Por su parte, las IPS deben contar con un flujo de caja predecible y no la incertidumbre de un pago por evento (16).

Se desconoce el comportamiento del modelo de contratación por Pago Global Prospectivo (PGP), principalmente sus ventajas y desventajas frente a otros modelos de contratación en salud, que no se documentan con suficiente evidencia y que cobran un papel importante para la salud pública. Al indagar en bases de datos como Redylac, scielo, Lilacs, etc., acerca de investigaciones publicadas en revistas científicas indexadas (artículos arbitrados), trabajos de grado (repositorios institucionales de Universidades Nacionales e Internacionales), etc., donde se encontraron 23 documentos relacionados con modelos de contratación en salud de Colombia y Pago Global Prospectivo, de los cuales, 4 documentos se referían a

modelos de contratación en Colombia, otros 4 de pago Global Prospectivo y solamente un trabajo de grado hablaba de la percepción del modelo PGP propiamente. Ninguno de los documentos consultados hace expreso implícito o explícitamente acerca las ventajas y desventajas del modelo PGP comparado con otros modelos de contratación y es el interés de este trabajo.

El problema derivado del desconocimiento del PGP y sus ventajas y desventajas frente a otras modalidades de contrataciones en el sistema de salud, radica en la firma de contratos funcionales a este modelo, sin conocer a profundidad sus características. Puede ocurrir que de acuerdo a la capacidad instalada del prestador y sus recursos, se brinden servicios de salud a la población con costos y consumos superiores a los ya pagados por las aseguradoras y que las IPS realicen las contrataciones a través del modelo PGP, basando su decisión solo en el pago previo a la prestación de los servicios y no en aspectos como el manejo óptimo de los recursos, en contar con estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (PYP), así como en otras actividades que permitan mantener la salud de los colectivos. Esto en clave de disminuir el requerimiento de atención médica y lograr mayores rendimientos económicos, teniendo en cuenta la calidad de la atención.

Por otra parte, el problema de dicho desconocimiento puede generarse en seguir contratando por medio de modelos como capitación, evento, paquete, etc., con los cuales, las partes involucradas hayan presentado problemas y por este mecanismo de contratación por PGP pueda satisfacer las necesidades de orden contractual, de tal manera que se perfila como una opción que favorezca la continuidad en la contratación y una mejor prestación de los servicios.

En este sentido, la contratación trae consecuencias para el Estado, que es sobre quien recae la responsabilidad de garantizar la presentación de los servicios de salud.

En últimas, se trata de un problema en el sector salud en el que se identifica carencia de información clara y contundente frente a ventajas y desventajas de un modelo que es posible no sea favorable en la prestación de los servicios de salud en Colombia. Al encontrarse que la literatura no alcanza a dar cuenta de ello, esta investigación entra a ocuparse en contribuir a la documentación al respecto para aportar a la academia con nuevos conocimientos, la toma de decisiones del personal administrativo y gerencial de clínicas y hospitales, profesionales y otros actores del sistema de salud frente a la prestación de servicios de salud. En este marco, se planteó la siguiente pregunta que orientó el estudio, ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del modelo de contratación Pago Global Prospectivo frente a otros modelos de contratación en salud en Colombia?

2. Justificación

Desde el comienzo de la historia el ser humano se ha preocupado por aprender y adquirir nuevos conocimientos sobre temas que afectan a la sociedad, con la investigación sobre las ventajas y desventajas del modelo de contratación en salud de Pago Global Prospectivo y poder compararlo con los otros modelos de contratación visto desde la Perspectiva de expertos en el área de contratación de servicios de salud del SGSSS, permite generar nuevos conocimientos para para la toma de decisiones en los niveles administrativos, asistenciales y gerenciales de IPS y EPS, para la academia, los profesionales de la salud y otros actores del sistema en clave de tener una mirada crítica frente a este modelo de contratación en salud que sirve como como referente al momento de evaluar la posibilidad de adoptarlo en la empresa para el sector de la salud.

El modelo de contratación PGP ha venido avanzado en el país cada vez más, haciendo que se genere incertidumbre en el sector en cuanto a su implementación, ejecución y particularidades propias del modelo. Si bien tenemos instituciones donde se está utilizando el modelo, también es fundamental tener en cuenta que ha sido un aprendizaje de ensayo y error que repercute en la calidad de la prestación, en sobrecostos para la institución y reprocesos que terminan afectando finalmente el flujo de caja y la atención al usuario.

El conocimiento brindado por expertos en el tema permite el ahorro en la curva de aprendizaje para las instituciones del sector salud que están pensando incursionar en las lógicas de dicho modelo o han tenido una experiencia negativa en su implementación y ejecución. En este sentido, es importante conocer las experiencias positivas o negativas de otras instituciones u otras personas para evitar cometer los mismos errores.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Describir las ventajas y desventajas del modelo de contratación Pago Global Prospectivo frente a otros modelos de contratación en salud en Colombia, desde la perspectiva de los actores involucrados.

3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los diferentes modelos de contratación de servicios de salud que operan actualmente en el sistema de salud en Colombia, desde revisión documental.
2. Describir proceso de contratación de servicios de salud bajo el modelo PGP y sus ventajas y desventajas en Colombia desde la percepción de los actores involucrados.
3. Comparar las ventajas y desventajas del modelo de contratación Pago Global Prospectivo frente a otros modelos de contratación en salud en Colombia, desde la perspectiva de los actores involucrados.

4. Marcos

4.1. Marco teorico

4.1.1. Teoría de los contratos

La teoría de los contratos, también conocida como teoría de la información, estudia las consecuencias de la existencia de asimetría de información entre diversos agentes económicos sobre la eficiencia de la relación que establecen. En las situaciones que se presentan los agentes que intervienen intentan sobrellevar la ignorancia de cierta información relevante (17).

La teoría económica sirve para entender el diseño y ejecución de contratos de prestación de servicios que garanticen los mejores resultados para todas las partes. Los mecanismos de pago constituyen contratos que llevan implícitos unos incentivos financieros. Pueden involucrar a proveedores individuales u organizaciones, a pagadores que a su vez pueden ser también prestadores, aseguradores o al gobierno mismo (18).

4.1.2. Contratación de servicios de salud en Colombia

La Ley 80 de 1993 es el punto de partida de mayor relevancia en la contratación pública, sirve de base para que múltiples disposiciones normativas se apliquen en los procesos de contratación, también como instrumento para guiar los procedimientos contractuales públicos y así dar cumplimiento a los fines esenciales

del Estado que se reflejan en servir a la comunidad, garantizar la integridad de principios, así como de los derechos y deberes consagrados en la constitución (19).

Para que la población pueda hacer efectivo su derecho fundamental a la salud y acceder a la atención médica, debe encontrarse afiliado al SGSSS. Se estipulan mecanismos de contratación entre EPS e IPS como son la capitación, el pago por caso, evento, regulados por el Decreto 4747 2007 donde se establecen pautas como su campo de aplicación, las entidades responsables del pago, las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otros (20).

Previo al acceso a los servicios de salud se debe llevar a cabo el proceso de contratación entre las entidades responsables del pago y las instituciones prestadoras en función del cumplimiento de principios como la oportunidad, accesibilidad, continuidad, donde cada mecanismo de contratación tiene efectos sobre aspectos fundamentales como la calidad, los costos, la eficiencia y eficacia, entre otros (21).

El Estado es el ente regulador, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las IPS, son las encargadas de operativizar el sistema de salud, para lo cual, la administradora debe tener cumplimiento de una serie de objetivos como lo es el pago por los diferentes servicios prestados a la población ya sea por modalidades prospectiva o retrospectiva tal como afirma Álvarez, Pellisé y Lobo que referir que “los sistemas de pago a prestadores aportan a la eficiencia y calidad en los sistemas de salud, criterios que hacen parte de su valoración”(22).

Con el Decreto 441 de 2022 se pretende ajustar los procesos de contratación de servicios en las etapas precontractual, contractual y poscontractual. De esta manera, brindar transparencia en dicho proceso, además de propender por mejorar el flujo de recursos entre pagadores-prestadores y eliminar algunas barreras de la prestación de los servicios de salud (23).

Con este decreto 441 se actualizan procesos contractuales y se abordan las modalidades de pago. El centro de dicha normativa en referencia es el usuario y la factura de venta como título valor, respetando las fechas de los trámites de las facturas entre asegurador y prestador según normativa ya existente. Por su parte, la unicidad de conceptos para que todos los actores del SGSSS tengan una única definición respecto a las modalidades de contratación, grupos de riegos, y todo lo referente a los acuerdos de voluntades (23).

Otros aspectos claves de esta normativa, tienen que ver con la obligatoriedad de la nota técnica para cualquier modelo de contratación, los mecanismos de ajustes de acuerdo a los riesgos según contratación de servicios, la estandarización de RIPS que permitan un seguimiento y el entendimiento de las partes para incentivar pagos oportunos de las prestaciones de servicios de salud. Finalmente, refiere la articulación de los RIPS con la factura electrónica emitida por la DIAN (23).

4.1.3. Modalidades de contratación retrospectivas

Es importante mencionar que existen pagos que se realizan una vez prestada la atención. Son conocidos como pagos retrospectivos, dentro de los que se encuentran los pagos por reembolso de costos. Consiste en que los prestadores especifican los costos a los aseguradores en los que incurrieron para la prestación de los servicios. De otro lado, el pago por servicios es el que efectúa el asegurador al prestador por una suma fija de acuerdo al servicio prestado donde, previo a esto, se pactan unas tarifas por intervenciones, medicamentos e insumos que estén ligados a una eventualidad en Salud (24).

4.1.4. Modalidades de contratación prospectivas

Cuando se realiza el pago por los servicios de salud de manera previa a su prestación, se trata de pagos prospectivos, donde ocurre una transferencia del riesgo desde la entidad aseguradora a la entidad prestadora de servicios, así como también se paga una suma fija sin importar que la prestación consuma mayores o menores recursos (25).

4.1.5. Categorías de pagos prospectivos

Existen dos grandes categorías de pagos prospectivos, entre ellos, los que NO involucran la transferencia de riesgo primario de incidencia y los que SÍ involucran la transferencia del riesgo primario de incidencia. Estos últimos son los que se denominan “Globales”, ya que se refiere a una población predefinida a un área geográfica determinada y durante un tiempo establecido (26).

Para efectos de esta investigación, se tomarán como referencia los pagos prospectivos que SÍ involucran la transferencia del riesgo primario de incidencia. Los PGP deben cumplir con 3 requisitos para que un pago se considere global, en primer lugar, que el prestador reciba una suma fija para la atención de una población definida. En segundo lugar, tenga establecida una zona geográfica fija y, finalmente, un tiempo o periodo definido (27).

4.1.6. Capitación

Dentro de los modelos prospectivos se encuentra el pago por capitación, el cual se hace de manera previa a la prestación de los servicios de una suma fija por una cantidad de personas determinadas para un periodo de tiempo y servicios previamente definidos (28).

4.1.7. Pago global prospectivo

4.1.7.1. Por episodio

Se trata del pago de un monto fijo para cubrir los episodios que se presenten en una población predeterminada por un periodo de tiempo pactado y zona geográfica definida. Con esta modalidad, la IPS se expone a diferentes riesgos, entre ellos, el riesgo primario de incidencia, teniendo en cuenta que si bien el monto a recibir es fijo, el número de episodios puede alterarse y variar por encima de lo esperado. Por su parte, puede estar expuesto al riesgo técnico de utilización y al riesgo técnico de morbilidad evitable, entre otros (28).

4.1.7.2. Por grupo de riesgo

Se refiere a un monto fijo para cubrir una condición médica crónica como el cáncer. Es una forma de PGP que se presenta en un grupo de individuos para un periodo de tiempo previamente pactado al igual que la zona geográfica. Con esta modalidad de pago, la IPS se expone a diversos riesgos como el primario de incidencia, el cual recibe un monto fijo pero el número de pacientes puede variar por encima de lo esperado. Otro tipo de riesgo es el técnico de utilización y severidad, para el que se establecen incentivos orientados a que el prestador trabaje en pro de la detección temprana y la atención oportuna en clave de la mitigación de riesgos. (29)

4.1.7.3. Por especialidad

Se realiza el pago de una suma fija para prestar atención en salud en materia de diagnósticos previamente definidos, en una zona geográfica y tiempo determinados. Esto teniendo en cuenta que diversas especialidades prestan los servicios agrupando ciertas actividades y procedimientos que cubran condiciones médicas por especialidad. Al respecto, las IPS se exponen a los riesgos de severidad y utilización, al igual que al riesgo de morbilidad evitable, por lo cual, se impulsa o se motiva al prestador por medio de incentivos para que realice acciones de detección temprana, prevención primaria, secundaria y terciaria. De otro lado, se motiva para que brinde una atención oportuna y costo-efectividad (29)

4.1.7.4. Por nivel de complejidad

Se articula mediante una red de prestadores de servicios de salud, en los cuales se encuentran instituciones de distintos niveles de complejidad baja, mediana y alta, para la prestación de servicios ambulatorios u hospitalizaciones entre otros procesos, los cuales cuentan con tecnologías, insumos y especialidades. Su objetivo es satisfacer las necesidades de la población de acuerdo a los diferentes recursos con los que cuenta la red integrada. Para que esto se lleve a cabo, también se debe cumplir con una zona geográfica definida, periodicidad y población (29).

En esta categoría se generan diversos incentivos como por ejemplo a realizar acciones de PyP con lo cual se reduce el riesgo primario tanto de incidencia como de severidad. Otro incentivo de gran importancia es aquel por acciones que conduzcan a reducir el riesgo de morbilidad evitable, con el objetivo de mejorar aspectos como la continuidad en la atención por medio de la mejora en la coordinación. El alcance de estos incentivos se puede lograr mejor en aquellas redes de servicio donde se cuente con los 3 niveles de complejidad (30).

4.1.7.5. Por escenario de atención

Un escenario de atención cubre la estructura donde se prestan los servicios de manera independiente, por ejemplo: urgencias, unidad de cuidados intensivos (UCI), etc., en para lo cual se destina una suma fija de dinero correspondiente a una zona geográfica específica, en un periodo de tiempo definido. Esta modalidad expone a las IPS a riesgos de morbilidad evitable, utilización, severidad, incidencia, entre otros (30).

4.1.7.6 Por tipo de servicio

Es el monto que se paga por la prestación de un servicio en particular que requiera una población definida en un periodo de tiempo y área geográfica específica., Este tipo de servicio es un componente o una parte del ciclo de la atención, por ejemplo, las imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, entre otros (30).

Con esta modalidad se prolonga la fragmentación que acarrea el pago por servicio. Se asemeja al pago por escenario de atención, con el agravante de que la IPS está expuesta a distintos riesgos como el riesgo primario, el cual se trata del número de casos de una condición médica y dentro de esto se encuentra inmersa la severidad, es decir, que la condición se pueda agravar; El riesgo técnico ese refiere a la variación del consumo para responder a lo requerido en la atención (30).

4.1.8. Pagos complementarios

Se hace referencia a pagos adicionales, los cuales se entregan al prestador una vez cumplidos los indicadores ya sea de procesos o estructura, los cuales no implican transferencia de riesgo técnico ni primario desde el asegurador al prestador. No obstante, otro tipo de pago complementario si acarrea transferencia del riesgo, como lo son los pagos por resultados en salud, donde el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud se ilustra con el siguiente ejemplo:

“Cuando se establece un indicador de resultado, como “reingresos hospitalarios antes de 30 días por la misma causa”, el hecho de que el prestador no logre cumplir con el indicador puede explicarse por un mayor riesgo primario de severidad, como también por un riesgo técnico de morbilidad evitable. Una rehospitalización puede deberse a que el paciente no cuenta con un cuidador, lo cual está por fuera del alcance del prestador y se considera riesgo primario de severidad. También puede deberse a que el paciente no fue apoyado adecuadamente después del egreso hospitalario inicial, en cuyo caso sí es atribuible al prestador y por ello se considera riesgo técnico de morbilidad evitable” (31).

Las modalidades progresivas transfieren el riesgo del asegurador hacia el prestador gradualmente. Esto es producto de la necesidad del asegurador de convertir costos variables en costos fijos, lo cual implica una estimación en el costo del conjunto de actividades y procedimientos que se deben realizar en la prestación de servicios de salud. En este sentido, se denomina prospectivo en la medida en que el prestador recibe una suma de dinero fija previa a la atención donde el costo real de la prestación puede ser mayor o menor. Sin embargo, los prestadores eligen esta modalidad debido a que les permite tener un flujo de caja predecible y no la incertidumbre que acarrea un pago por servicios (25).

4.1.9. Componentes del costo medico

Se trata de los costos médicos, los cuales son el monto en que incurre una EPS para la prestación de los servicios de salud a cada afiliado por un periodo de tiempo establecido. Para tal efecto, se tienen cinco componentes del coste médico los cuales son: 1. condiciones crónicas y discretas, 2. Episodios dentro de una atención médica, 3. Número y tipo de servicios utilizados durante un episodio.4. codificación de los insumos y procesos que se consumen en cada servicio, 5. Se fija un precio según dicha codificación (4).

4.1.9.1 Componentes del pago en salud

Dentro de los componentes que constituyen los elementos del pago en salud también se encuentran los dos tipos de riesgo, por un lado, el primario y, por otro, el técnico. El primero trata de la variación en la incidencia y prevalencia de sus condiciones médicas, así como también su severidad no evitable, es decir, consiste en el número real de casos por año de las distintas condiciones médicas, lo cual puede estar por encima o por debajo de las estimaciones o casos esperados. El riesgo primario de severidad que es la variación en la severidad de las condiciones médicas ya que a mayor gravedad en las mismas mayor consumo de recursos.

El segundo, es el riesgo técnico caracterizado por dos subgrupos, el riesgo técnico de utilización que hace referencia al consumo de una cantidad de recursos que no tienen un soporte en la evidencia, por lo cual se da una variación o utilización injustificada en la prestación de los servicios. El otro subgrupo corresponde al riesgo técnico de morbilidad evitable, el cual se trata de las complicaciones tanto agudas o crónicas de las condiciones médicas que podrían ser evitadas siempre y cuando el prestador contará con diferentes aspectos para dar una atención oportuna como, por ejemplo, un modelo de atención oportuno, efectivo y a la vez coordinado (32).

4.2. Marco Normativo

La Constitución Política de Colombia de 1991 en el Artículo 49 dice que el Estado es el encargado de garantizar a las personas el acceso a los servicios de salud (31).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia se creó mediante la Ley 100 de 1993(21). En algunos Artículos se habla de acuerdos de voluntades que se establecieron con esta ley, entre ellos, el Art. 179 que establece el campo de acción de las EPS, las cuales, por medio de contratos con IPS, garantizan el Plan Obligatorio en Salud (POS), hoy llamado Plan de Beneficios en Salud (PBS), a los usuarios afiliados, donde se tienen diferentes alternativas contractuales como la capitación, protocolo o presupuestos globales fijos (31).

En el Art.216, numeral 2, se establecen las reglas básicas para la administración del régimen subsidiado. En el numeral 1 se expresa que las direcciones territoriales, es decir, las seccionales y locales de salud deben contratar la administración de los recursos del subsidio con las EPS públicas como las empresas solidarias de salud (25).

Decreto 2423 de 1996, por medio del cual se establece el Manual Tarifario Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito (SOAT), y se clasifican los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios por eventos de accidentes de tránsito y todos aquellos eventos catastróficos como desastres naturales y atentados terroristas (22).

Acuerdo 256 del 2001, por medio del cual se aprueba el Manual Tarifario aplicado para las EPS del Seguro Social y se establece un listado de intervenciones y

procedimientos de orden médico-quirúrgicos, por ende, se establece la nomenclatura, clasificación y también una calificación en Unidades de Valor Relativo (UVR) (32).

Ley 715 de 2001, correspondiente a la distribución de los recursos y la contratación en salud. En el Artículo 51 se plantea la contratación de los servicios de salud en el régimen subsidiado, estableciendo las condiciones para las entidades que administran los recursos de dicho régimen, de tal manera que deberían contratar y a la vez ejecutar con las IPS-S no menos del 40%, correspondientes a la UPC subsidiada. En caso de ser un Hospital de Mediana o Alta Complejidad, el contrato no debe ser inferior al 50%, para lo cual, la EPS-S debe contar con la oferta pública en el Municipio o Distrito que permita hacer efectiva tal contratación para la prestación de los servicios de salud (30).

Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se reglamenta el acuerdo de voluntades entre las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud y se dictan disposiciones para la atención de la población a cargo y las condiciones para la misma (20).

Ley 1122 de 2007, la cual tiene como objeto realizar ajustes al SGSSS teniendo como prioridad el mejoramiento de los servicios de salud. Por su parte, se modifican aspectos concernientes a la financiación y relación entre los actores, asegurador y prestador, donde se tiene la finalidad de regular la integración vertical y se realizan ajustes en la contratación (33).

Ley 1438 de 2011 que “reforma” o modifica el SGSSS por medio de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), con integración tanto del Estado con los actores del sistema, como con los usuarios de cara a mejorar el Sistema de Salud mediante un pilar fundamental como la unificación de los planes de beneficios en salud. Se pretende que los usuarios puedan gozar de una igualdad entre otras disposiciones como la portabilidad y el acceso a los servicios de Salud en un lugar de residencia diferente al que habita (34).

En el Art.52 se estipula acerca de la contratación por capitación y se establecen algunas reglas relacionadas, entre ellas, que solo aplica para los servicios de baja complejidad y que las EPS no están exentas de responsabilidad, ya sea por gestión de riesgo o por servicio (35).

De otro lado, el Art. 53 habla sobre la prohibición de limitaciones al acceso, donde claramente se prohíben relaciones contractuales que restrinjan el acceso a los servicios de salud y, con ello, se afecten los principios como: oportunidad, continuidad, entre otros, que profundicen la segmentación de la prestación de servicios a los usuarios (35).

La Ley Estatutaria en Salud, 1751 de 2015, con la cual se consagra la salud como un derecho fundamental en clave de garantizar la atención médica a la población, además de fortalecer acciones de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los tratamientos médicos para las diferentes enfermedades,

incluyendo el diagnóstico y la rehabilitación. Por su parte, se elimina el POS y se amplían las condiciones de acceso a los servicios de salud, en beneficio de los usuarios (35).

Decreto Único del SGSSS 780 de 2016, trata de un reglamento del sector salud, el cual compila las normas pre-existentes como, permitir que tanto las Entidades Responsables del Pago (ERP) (), como a las IPS, elegir las tarifas a contratar, las modalidades de pago y las tecnologías pertinentes (21).

Decreto 441 de 2022, por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 correspondiente a la Parte 5 del libro 2 en el Decreto 780 de 2016, el cual regula los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios y los proveedores de tecnologías en salud (23).

4.3. Marco conceptual

Contratación de servicios de salud

La contratación de servicios de salud se establece principalmente entre aseguradores y prestadores públicos o privados. Es el mecanismo para que la población pueda acceder a los servicios de salud con calidad. Dichas disposiciones se reglamentan en la Ley 80 de 1993 y la ley 715 de 2001.

El proceso de contratación en salud implica una relación entre las instituciones aseguradoras y prestadoras, permitiendo el acceso a la prestación de servicios de salud. En concordancia con lo estipulado en la Ley 100 de 1993, se trata de la compra y venta de servicios de salud para abarcar el mayor número de usuarios según la modalidad de contratación (13).

El relacionamiento de entre EPS e IPS se rige por procesos contractuales y legales, de cara a garantizar la atención en salud a la población. Se pactan condiciones entre las partes como: tiempo de duración del contrato, población a atender, modelo contractual, tarifas, pagos, indicadores, entre otros, orientados a dar cumplimiento a los principios propuestos en la Ley 100 de 1993 para la accesibilidad, la calidad y la oportunidad (36).

Modelos de contratación en salud prospectivos y retrospectivos

Los sistemas o modelos de pago se categorizan en prospectivos o retrospectivos, de acuerdo al momento que se realiza el pago que puede ser antes o después de la prestación de servicios de salud posteriores, aunque también se habla de transferencias de riesgos que caracteriza a cada modelo.

Modelos retrospectivos

El pago de los servicios de salud se realiza posterior a la prestación y se relaciona con los modelos de contratación que brindan una atención individual, según el valor establecido previamente en la contratación de la EPS con su red prestadores. Además, incurre en trámites administrativos como lo son:

- Orden médica o solicitud de servicios
- Autorización de servicios de salud
- Facturación de servicios por cada usuario de acuerdo al consumo
- Auditorias y facturación por cada atención medica

Modelos prospectivos

Los pagos se realizan previo a la prestación de los servicios de salud, de acuerdo al relacionamiento entre aseguradores y prestadores para definir el modelo de contratación, ya sea cápita o PGP, la población, el número de atenciones, número de usuarios, mecanismos de ajustes para el contrato, indicadores, tiempo de duración del contrato, entre otras variables importantes que se consideren pertinentes (37).

Transferencia de riesgo

La transferencia de riesgo, es el proceso en el cual se reduce su efecto mediante el traspaso o trasferencia de pérdidas a otras organizaciones. En este caso, aplica en sentido lineal de asegurador al prestador (38).

La estrategia comercial que han implementado algunas entidades aseguradoras está modificando el rol o función de los actores; teniendo en cuenta que, en algunos casos, según la relación contractual que se tenga, las IPS son quienes asumen el riesgo financiero que le correspondería al asegurador en el proceso de la prestación de los servicios de salud (13).

Estudios al respecto reafirman que los aseguradores o pagadores tienen como principal objetivo la rentabilidad económica, para lo cual trasladan el riesgo a los prestadores, donde el proceso consta en seleccionar aquellas IPS con bajas tarifas de servicios, desconociendo aspectos relevantes como sus indicadores de calidad. Además, tienden a imponer bajas tarifas a los prestadores (6).

Desconfianza entre actores

La Ley 100 del 1993 definió el rol de los principales actores del SGSSS de la siguiente manera: las IPS actúan como proveedoras de servicios de salud, las EPS como las entidades responsables del pago por la prestación de servicios en su red, el Estado como ente de vigilancia y control por medio de la Supersalud y finalmente el usuario que es el consumidor de bienes y servicios.

Cada actor del sistema aprovecha su rol y posición de poder en la negociación de los contratos. El asegurador al actuar como pagador aprovecha su dominio financiero y emplea estrategias para crear condiciones que le garanticen rentabilidad, para lo cual impone tarifas y limita las acciones del prestador (6).

Desequilibrio financiero en el sector salud

La combinación de lo público- privado y del Estado, da cuenta de un desequilibrio en el sector salud. La descentralización y mercantilización de los servicios también son un factor influyente en el sector salud y las formas en las que se prestan los servicios, porque poco a poco se ha desvirtuado al Estado como ente rector sanitario, disminuyendo la intersectorialidad y el apoderamiento de los recursos por parte de los privados. Entre tanto, cada vez más se profundiza el paternalismo financiero del asegurador frente al prestador.

Los modelos de salud están basados en una lógica política de mercado y de intereses que buscan un acercamiento al modelo financiero neoliberal, dejando de lado el sentido del derecho fundamental a la salud, para ser reemplazado por el mercado articulado a las dinámicas financieras, los dividendos y la rentabilidad (39).

Déficit presupuestal en salud

El SGSSS posee una demanda de servicios de salud desbordada, de cara a lógicas de corrupción e intereses particulares de algunos actores; además de falencias en la calidad, oportunidad y accesibilidad. Se trata de un sistema enfermo de que sufre de “tutelitis” cuyo riesgo fiscal es latente y va en aumento ante la poca oferta y mucha demanda de servicios. ANIF ha calculado que el déficit de la salud en el país continuará aumentando de manera preocupante, a tal punto que alcanzará casi el 4% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2035 (40).

En el sector salud existen mecanismos de contratación y pago, llamados modelos de contratación en salud, los cuales buscan los incentivos económicos y las mejoras en materia salud. Tradicionalmente, los más comunes son el pago por evento, capitación y paquete, sin embargo, también se evalúan los modelos innovadores como el PGP que busca una interacción con el sector y un equilibrio financiero del mismo. Los acuerdos de voluntades pueden presentarse por modelo independiente o de manera combinada, según se acuerde entre las partes en el SGSSS (5).

Otros conceptos claves para la investigación

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud, su razón de ser es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención

CONTRATACION EN SALUD: Relacionamiento entre asegurador y prestador en aras de garantizar la prestación de servicios de salud que requiera la comunidad

PRINCIPIOS NEOLIBERALES: una teoría política y económica que tiende a reducir al mínimo la intervención del Estado.

LIBRE MERCADO Y LIBRE COMPETENCIA: La transparencia del mercado donde hay un libre manejo del precio y la calidad, la homogeneidad del servicio da igual consumir el uno o el otro, la ausencia de promoción comercial.

RIESGO PRIMARIO: probabilidad de aparición de nueva morbilidad o su severidad.

RIESGO TECNICO: probabilidad de ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud.

ESCENARIOS DE ATENCION: Los escenarios de atención representados por la atención individual, familiar, a la comunidad y al ambiente o entorno natural.

MODALIDADES DE CONTRATACION: 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.

PGP: Pago Global Prospectivo modalidad de contratación de servicio de salud donde se realiza pago por anticipado a la prestación de los servicios de salud.

DESEQUILIBRIO FINANCIERO: Los recursos económicos destinados para el sector salud no alcanzan para satisfacer la demanda de los servicios de salud en Colombia, posiblemente por uso inadecuado de los mismos y/o poco control en el gasto

MANUALES TARIFARIOS: instrumento de referencia de precios de actividades, intervenciones y procedimientos en salud, ajustados al Plan Obligatorio de Salud

(POS), definido por el Ministerio de Salud, hoy llamado Plan de beneficios en Salud (PBS).

CUPS: Codificación Única de Procedimientos en Salud, instrumento proporcionado por el gobierno y utilizado en el sector salud para identificar cada una de las prestaciones de los servicios, generalmente se actualiza cada año, donde se incluye los nuevos servicios, se modifican otros y se eliminan los obsoletos de acuerdo a criterios del Ministerio de salud.

CAPITA: Modelo de contratación con pago anticipado de la prestación de los servicios de salud por parte de las EPS a las IPS

EVENTO: Modelo de contratación con pago posterior a la prestación de los servicios de salud.

PAQUETE: Conjunto de prestaciones al cual se le asigna un valor integral.

PYP: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

5. Metodología de la investigación

5.1. Tipo de estudio

Este trabajo de investigación asumió un enfoque cualitativo, el cual se aproxima a estudiar los diferentes fenómenos por medio de las percepciones y conceptos o significados producidos por las experiencias de los participantes (41). Desde el punto de vista epistemológico, la investigación cualitativa establece que el conocimiento se da por medio de la construcción de teoría de carácter interpretativo y subjetivo a través de la observación y la interacción con el objeto de estudio (42).

Para este estudio, este enfoque permite acercarse a conocer las ventajas y desventajas del modelo de contratación en salud PGP frente a otros modelos de contratación en salud vigentes.

5.2. Diseño de la investigación

Este estudio se basa en diseño interpretativo y centrado en la Teoría Fundamentada (TF). Para los fundadores de dicha teoría, Glaser y Strauss, así como otros autores dentro de los que se encuentra Schettini y Cortazzo, expresan que se trata de una

metodología de interpretación ligada a la recolección de datos para la formulación de explicaciones teóricas aplicables a un problema (43).

Wells y Barnes argumentan que la TF sugiere a los investigadores realizar constantes comparativas entre lo que obtienen por medio de entrevistas del objeto de estudio y la revisión bibliográfica (44), que es lo que este estudio realiza al pretender interpretaciones acerca de las ventajas y desventajas del modelo de contratación en salud PGP frente a otros modelos de contratación a partir de las experiencias de expertos en el tema, lo que implica hacer justamente algunas comparaciones.

Según Sudabby, la TF podría ser vista como una potencial fuente de generación de nuevo conocimiento, luego de haber explicado la conducta de los actores sociales, dándoles un nivel de control y de decisión que no tenían anteriormente. La TF está indicada para saber cómo los individuos interpretan su realidad, es decir, para conocer la realidad subjetiva y no es adecuada para conocer la realidad objetiva (44). Lo cual aplica, para el objeto de estudio de la investigación debido que no se cuenta con la información suficiente sobre PGP y como consecuencia de ello se tiene información sobre las ventajas y desventajas del mismo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la investigación se desglosará en las siguientes fases o etapas, para conocer la visión de los diferentes expertos en contratación en servicios de salud.

Fase I

Revisión documental que constó de informes técnicos del Ministerio de Salud (MINSALUD), artículos arbitrados y publicados en revistas indexadas, trabajos de grado localizados en repositorios de las universidades colombianas e internacionales que se relacionaban con el tema de la investigación, etc.

Fase II

Se basa en el contacto con los actores a entrevistar por medio de internet, utilizando redes sociales y personas recomendadas. Una vez contactadas, se les hará una breve contextualización del objeto de investigación donde el equipo investigador y los participantes acordarán o no la cita para la entrevista virtual.

Fase III

Realización de entrevista semiestructurada que consta de cuatro (4) preguntas orientadas a obtener una visión sobre el modelo de contratación PGP, teniendo como base el conocimiento o experiencia de los diferentes expertos en el tema o actores en la ciudad de Medellín.

Fase IV

Una vez realizadas las entrevistas se procederá con los análisis de la información. En esta fase el equipo investigador retomó las grabaciones de las entrevistas y las

transcripciones. Los análisis se orientarán en clave de las categorías y subcategorías de análisis, agrupando expresiones comunes de acuerdo a los entrevistados y la coherencia de los relatos

Fase V

La categorización se realizará con base la revisión documental para determinar formas de administración de los recursos, la prestación de los servicios, el financiamiento del SGSSS con los aspectos como la inestabilidad, el desequilibrio financiero, entre otras que son útiles para estos análisis.

Fase VI

Finalmente se tendrá la etapa de análisis e interpretación de los datos por medio del proceso de comparación, validación e interpretación en todas las fases de la investigación lo cual permite el entendimiento del tema de interés y una visión global del mismo pudiendo definir de esta manera las ventajas y las desventajas del PGP frente a otros modelos de contratación.

5.3. Poblacion, muestra y muestreo

5.3.1 Población y muestra

Para efectos de esta investigación se entrevistó a expertos en contratación de servicios de salud del Área Metropolitana.

Entre tanto, para dar respuesta a la pregunta formulada en esta investigación, se empleó el muestreo de bola de nieve, el cual, según Atkinson y Flint, se define como

“una técnica para encontrar al objeto de investigación. En este tipo de muestreo, un sujeto con el conocimiento y experiencia en contratación de servicios de salud y pago global prospectivo le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente(45).

Este tipo de muestreo suele asociarse a investigaciones exploratorias, cualitativas y descriptivas, sobre todo en los estudios en los que los entrevistados son pocos en número o se necesita un elevado nivel de confianza para desarrollarlas. Magnani, Sabin, Saidel y Heckathorn (2005) señalan que la composición de la muestra está influenciada por la elección de las semillas iniciales por conveniencia.(46).

Ventajas

Las principales ventajas de esta técnica de muestreo son:

- Permite muestrear poblaciones de difícil acceso.
- Es un proceso económico y sencillo.
- Requiere poca planificación y pocos recursos humanos: los propios sujetos entrevistados hacen de mano de obra.

Inconvenientes

- Falta de control sobre cómo se constituye la muestra, ya que está en manos de los propios encuestados y su criterio para seleccionar a nuevos individuos.
- Como toda técnica no probabilística, la bola de nieve no garantiza representatividad ni permite conocer el grado de precisión que ofrecerá.
- Esta técnica es especialmente sensible al sesgo de muestreo, debido a que los individuos participantes se obtienen por invitación de individuos ya seleccionados.
- Tamaño de muestra incontrolado: la técnica no permite fijar a priori con precisión el tamaño de muestra que se va a obtener(47).

La Muestra se llevó a cabo en la población hasta que se llegó a la saturación, es decir, en la investigación cualitativa se llega a este punto cuando en cada entrevista no aparecen elementos adicionales, y por el contrario los entrevistados repiten los mismos conceptos y percepciones frente al tema, cabe destacar que mientras surjan elementos nuevos no debe detenerse la búsqueda que se hace por medio de las entrevistas (48). De esta manera, se buscaron personas con el perfil adecuado al cual le fue aplicada la entrevista, además se realizó a un número indeterminado de personas hasta saturar la muestra cómo se explicó anteriormente.

5.4. Criterios de inclusion y exclusion

5.4.1. Criterios de Inclusión

- Personas profesionales con experiencia en contratación en servicios de salud en Colombia.
- Personas profesionales universitarios con experiencia en negociación y contratación en salud con o sin empleo al momento de realizar la investigación.
- Personas que quieran participar en la investigación.

5.4.2. Criterios de exclusion

- Profesionales sin experiencia en contratación de servicios de salud.
- Personas que no quieran participar en la investigación.

5.5. Procedimiento de trabajo de campo y analisis de la informacion

5.5.1. Planeación para recolección de la información

La recolección de la información se efectuó por medio de una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a personas que cumplieran con los criterios de inclusión, de acuerdo a su trayectoria laboral, conocimiento y disponibilidad de tiempo.

Se tomaron los datos de las personas que pudieran ser parte de la investigación y que podían ser personas conocidas de los investigadores o que los mismos participantes fuesen recomendando para el estudio. Se procedió a la comunicación por medio telefónico y/o correo electrónico para la presentación de la investigación y su objetivo. Una vez la persona acepto su participación en la investigación, se enviaba el respectivo consentimiento informado y se concertaba la fecha y hora de la reunión virtual en la cual se aplicará la entrevista.

Durante la entrevista con la persona experta en el tema de estudio, se presentaron las partes equipo de investigadores y el entrevistado y se dio inicio a la entrevista con una duración aproximada de 40 Minutos por cada participante.

Para la realización de las entrevistas se emplearon plataformas virtuales como Meet, zoom, entre otras plataformas que permitieron un encuentro y registro de la información suministrada por el entrevistado. Además, cada uno de los investigadores y participantes activó. De esta manera, se buscó un ambiente cálido y de confianza para la entrevista. Adicionalmente, en función de complementar los análisis, se empleó una libreta de apuntes y lapicero para tomar nota de expresiones corporales o datos que se consideren importantes y que no fueran de fácil registro en las grabaciones de los relatos.

5.5.2. Entrevista semiestructurada

Corbetta expresa que la entrevista semi-estructurada es un instrumento que permite la adaptación de las diferentes personalidades de cada individuo y su forma de

sentir. Este instrumento permitió ir más allá de un simple dato, de tal manera que entabló diálogos entre el entrevistado y el entrevistador para entender su percepción frente al tema que convocó este estudio (49). En concordancia, se elaboró un guion de 4 preguntas donde se abordó el tema principal de la investigación (ANEXO 1). Las entrevistas fueron aplicadas a los participantes de manera virtual en la fecha y hora concertadas, se grabaron para posteriormente ser transcritas y analizadas de acuerdo a las categorías preestablecidas.

5.5.3. Consentimiento informado

El consentimiento informado implica la explicación tanto verbal como escrita de las condiciones en las que los participantes harán parte de una investigación. Se refiere a un diálogo entre el investigador quien es el responsable y el entrevistado para crear confianza y con ello tener la mayor colaboración posible. El sentido de este consentimiento es proteger a las personas que participan de manera voluntaria dentro de la investigación, los beneficios, declarar la integridad científica de los investigadores y asegurar la confidencialidad de la información obtenida. En coherencia, las investigaciones no pueden realizarse de manera ética si los participantes o entrevistados no conocen a profundidad los aspectos de la investigación (50).

El consentimiento informado para este caso, debía contener los aspectos fundamentales de la investigación y su redacción se dio en un lenguaje sencillo y claro para su fácil comprensión (50). Necesariamente se reportó el objetivo central de la investigación, así como todos los aspectos fundamentales y pertinentes. El documento fue enviado vía correo electrónico a cada uno de los participantes y la explicación verbal se efectuó el día de la entrevista previo a iniciar la entrevista. Posterior a resolver cada una de las dudas e inquietudes de los participantes del estudio, se procedió a la respectiva firma de manera digital, mediante la cual, el entrevistado estipuló su autorización para la utilización de los datos obtenidos en la sistematización de los mismos o bien para la publicación o divulgación del resultado final de la investigación. De esta manera, se garantizó la aprobación y participación de cada uno de los entrevistados (ANEXO 2).

5.5.4. Trabajo de campo

Soto Lesmes y Duran de Villalobos Plantean que,

“Así como en la investigación cualitativa es preciso establecer de una manera rigurosa el problema de investigación, el diseño metodológico y el análisis de los datos, también lo es la inserción al campo que se realiza con el fin de planear deliberadamente un ingreso adecuado que permita al investigador

optimizar tiempo y recursos, conocer y comprender el entorno que envuelve la realidad de los sujetos de investigación, recolectar de manera apropiada los datos, y validar ampliamente la pregunta de investigación” cabe aclarar que para efectos de la presente investigación la inserción al campo se llevará a cabo por medio virtual (51).

Patton plantea que el acceso al campo va más allá de la presencia del investigador o del permiso para hacerlo, de tal manera que se debe comprender la organización social del lugar y los aspectos característicos de los actores a estudiar. Cabe advertir que se pueden encontrar obstáculos que dificultan el acceso y para ello se debe establecer una manera efectiva de resolverlos (52).

Previo al acceso al trabajo de campo, es decir, el encuentro virtual, se contactó a las personas que cumplieran con las características idóneas para participar en la investigación, para lo cual se utilizó el efecto bola de nieve donde las personas conocidas de los investigadores pudieran conducir la investigación a personas que cumplieran con el perfil, que trabajaran en instituciones tanto aseguradoras como prestadoras de servicios de salud de carácter público como privado, en función de tener percepciones de personas que laboraran en instituciones de ambos sectores.

Telefónicamente y/o por correo electrónico se contactó a los posibles participantes de la investigación previamente seleccionados, el equipo investigador realizó la presentación de la investigación, “ Nosotros somos estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia y estamos llevando a cabo una investigación sobre contratación en Salud, por lo cual es importante contar con la participación de profesionales en esta área, para contribuir en aspectos académicos y profesionales” (ejemplo de introducción a las entrevistas). Durante el primer acercamiento con los participantes, por medio telefónico, se coordinó la fecha, hora y herramienta digital por la cual se llevaría a cabo la entrevista virtual, teniendo como prioridad la disponibilidad de tiempo del entrevistado de aceptar su participación.

Se hizo uso del carnet de la Universidad como medio de identificación de cada uno de los investigadores en clave de ser constatado por parte de los entrevistados.

Un día antes de las entrevistas se envió un correo electrónico a los entrevistados para recordar el encuentro o reprogramar dicho encuentro según condiciones de los participantes. En caso de cancelación de los espacios o reprogramación se ajustaron los espacios con otras personas para reemplazar y optimizar tiempos.

Las entrevistas fueron virtuales y tuvieron una duración aproximada de 40 minutos. Se emplearon las plataformas dispuestas por la universidad como herramienta para encuentros virtuales, tales como, Meet, Zoom, Teams entre otras. Se habilitó la función de grabación para registrar la sesión y se encendieron las cámaras siempre y cuando los entrevistados estuvieran de acuerdo.

Plantea Correa, que cuando un investigador (comúnmente de las ciencias sociales o naturales) decide hacer trabajo de campo, no puede olvidar a su mejor cómplice:

la bitácora o diario de campo. Este es un insumo esencial en el proceso investigativo en el que registra datos, información, de manera ordenada y precisa, y observaciones sobre su objeto de estudio. Además, le permite constatar lo escrito y generar nuevas preguntas (53). Para efectos de esta investigación, se utilizó un diario de campo como herramienta de apoyo, en el cual se llevaron a cabo todos los registros continuos y sistemáticos de las distintas apreciaciones, opiniones, observaciones sobre el tema de estudio. Se pretendió comprender el sentido de los datos, de las expresiones, de los gestos, y se constató que se respondiera a cada uno de los objetivos específicos propuestos.

Se registraron aquellos aspectos para recordar, como es el caso del lenguaje no verbal, por ende, se utilizaron agendas y lapiceros que permitieran registrar la observación a dicho lenguaje como sus gestos, emociones, posturas, sus estados de ánimo, entre otros, lo cual permitió captar las percepciones de los entrevistados más a fondo y, así mismo, ser plasmadas en la Investigación. Se hará el registro de dicho lenguaje para posteriormente incorporarlas en las transcripciones entre corchetes.

5.5.5. Fuente de Informacion

- Fuente primaria: entrevista semi-estructurada de acuerdo al guion elaborado por los investigadores.

5.6. Procesamiento de la informacion

5.6.1. Método de procesamiento y tabulación de la información

Glaser y Strauss expresan que para la teoría fundamentada y los datos cualitativos se deben utilizar análisis inductivos. En este sentido, se construye conocimiento a partir del objeto de estudio y el análisis de los datos. Estos deben ser categorizados y después se pueden desagregar en subcategorías de acuerdo a características similares (54). El equipo investigador analizó cada grabación y las transcripciones de las entrevistas realizadas. La información suministrada por el entrevistado se transcribió y tabuló en categorías y subcategorías de análisis, agrupando expresiones comunes, de acuerdo a los entrevistados y en coherencia con sus relatos. Además, se categorizó la información y se analizó para la posterior redacción de los resultados.

5.6.2. Categorización y codificación de la información

En concordancia con Brenner, los cuestionarios se suelen utilizar para recoger información muy concreta o determinar la frecuencia de aparición de determinadas respuestas a partir de categorías preestablecidas (55).

Romeu Gomes afirma que las categorías abarcan características que se relacionan entre sí, las cuales se forman a partir de la comparación de datos. Estas categorías son utilizadas para realizar clasificaciones de los datos y, por ende, son una herramienta idónea para agrupar ideas y expresiones en torno a un concepto.

Por su parte, Torres establece que el proceso de Categorizar es “ponerle nombre” o darle un término definido al contenido de una unidad analítica. En las categorías se deben plantear las respectivas subcategorías (55).

En últimas, las categorías se refieren a los diferentes valores o formas de clasificar, conceptualizar o codificar un término o expresión de manera clara. En dichas alternativas serán ubicados, clasificados, cada uno de los elementos sujetos a estudio (las unidades de análisis).

Para efectos de esta investigación, la categorización se realizó con base a una revisión en el estudio, párrafo por párrafo, donde se corroboraron criterios como: la administración de los recursos, la prestación de los servicios y el financiamiento del SGSSS. Además, se verificaron otros aspectos relacionados como la inestabilidad, el desequilibrio financiero, la escasez económica, el déficit presupuestal, la relación entre las EPS e IPS, dónde influyen la calidad, la accesibilidad, oportunidad, continuidad, la posición dominante del asegurador con el predominio de las EPS frente a las IPS, la imposición de intereses, la transferencia del riesgo y la desconfianza entre los actores. Finalmente se constató la supervisión y vigilancia, las auditorías, la autorización de servicios, la facturación y las glosas.

Categoría:

- Contratación en servicios de Salud

Subcategorías:

- Prospectivos y retrospectivos
- Relacionamiento entre EPS e IPS
- Ventajas y desventajas del PGP

Categorías:

- Desequilibrio económico

Subcategorías:

- Déficit presupuestal

- Transferencia del Riesgo

Categoría:

- Desconfianza entre actores

Subcategoría:

- Constante supervisión, vigilancia y auditorías

5.7. Codificación de la información

Ceffey y Atkinson hacen referencia a la codificación como un proceso que permite establecer un vínculo entre diferentes datos, conceptos y categorías que contengan un elemento en común. Entre tanto, Maxwell plantea que

“Se puede pensar como un procedimiento que pretende “quebrar” los datos y organizarlos en categorías de manera tal de poder comparar los distintos fragmentos de datos al interior de cada categoría, comparar distintas categorías entre sí, establecer relaciones entre categorías e integrarlas en conceptos de mayor generalidad a los fines de aportar al desarrollo de conceptos teóricos” (55).

Fue justamente lo que efectuó esta investigación para el proceso de codificación de los relatos de las entrevistas de acuerdo a las categorías preestablecidas y ya referidas en este documento. Aunque fue necesario acudir a otros autores para lograr llevar a cabo la codificación más asertiva de acuerdo a los propósitos del estudio.

5.7.1. Tipos de codificación: Según Bonilla García y Lopez Suarez

1. **Codificación abierta:** los códigos son generados por medio de dos fuentes. Por un lado, la pre-Codificación, que surge a partir de la subjetividad inductiva del investigador. Por otro lado, la fuente *In Vivo*, la cual obedece al lenguaje y expresiones de los entrevistados (56).
2. **Codificación Axial:** surge a partir de la codificación abierta e indica la relación que tienen las categorías con las subcategorías o los códigos y sus familias (56).
3. **Codificación selectiva:** utiliza las categorías que surgen a partir de la categoría central, la cual se obtiene de la codificación abierta (56).

Para llevar a cabo la codificación se empleó el software ATLAS Ti, el cual permitió realizar los análisis de los datos cualitativos. Esta investigación empleó la codificación abierta, donde se efectuó un análisis minucioso del texto, línea por línea en cada uno de los párrafos, en función de considerar segmentos de contenido, los cuales se analizaron y se compararon para tener una descripción más completa y eliminar la información irrelevante. Fue necesario hacer uso del resaltado de colores de palabras y frases que dieran cuenta del mismo concepto. Se trata de un análisis que sirve para el proceso de reducción, mientras que la comparación es la manera por medio de la cual se buscarán similitudes y diferencias, para proceder a codificar las unidades en categorías.

5.8. Analisis e interpretacion de los datos

5.8.1. Procedimientos de análisis de la información

Sandin expresa que el análisis de la información es un proceso cíclico de selección, categorización, comparación, validación e interpretación en todas las fases de la investigación, lo cual permite el entendimiento del tema de interés (57). Para este estudio se realizó la categorización y subcategorización de la información después de haber escuchado y transcrito todas las entrevistas, permitiendo un mejor análisis, además de dar claridad frente al tema tratado en la investigación.

6. Aspectos eticos

Se aplicaron los principios éticos según la Resolución 8430 de 1993, dónde la investigación se considera sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación en las variables sociales, psicológicas o fisiológicas en ninguno participantes entrevistados (58). Se garantizó el cumplimiento de lo estipulado en la Resolución 2378 de 2008 donde se especifica “que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (59).

De otro lado, en coherencia con la Ley 1374 de 2010, fue necesario velar por la dignidad humana y la inviolabilidad de los derechos humanos, sin que hubiese perjuicio alguno en materia de sexo, género, edad, entre otros (60).

En las Investigaciones es de vital importancia proteger los sujetos o participantes, sus experiencias y todos aquellos datos que se puedan obtener. En el caso de este estudio, se tuvieron en cuenta las diferentes normativas internacionales y nacionales que dieran cuenta de la ética en la Investigación.

En últimas, esta investigación se acogió al código de ética de la Universidad de Antioquia, al informe de Belmont, la Declaración de Helsinki, el Código de

Nuremberg, la Declaración de los Derechos Humanos, la Declaración de Singapur, la normatividad CIOMS y la Normatividad Colombiana correspondiente que ya se ha venido poniendo en consideración (61).

Según el Código de NUREMBERG y la Declaración de Helsinki, se veló por la protección de la integridad de los sujetos que se encontraran en la investigación, donde fue necesario contar con el consentimiento del participante para poder realizar dicha investigación (61).

Acatando a la normatividad CIOMS bajo sus criterios, pautas éticas, el respeto de los derechos y las medidas de protección al hacer uso de herramientas digitales. Cabe resaltar que para llevar a cabo la investigación se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad de Antioquia previo a la recolección de las entrevistas. También se tuvo en cuenta la Declaración de Singapur en principios como la honestidad en todos los criterios de la investigación y la responsabilidad en la realización de la misma (62).

Con el fin de proteger la libertad del individuo, la investigación contó con un apoyo en el acuerdo internacional sobre la Declaración de los Derechos Humanos, el Código de Belmont y se tuvieron en cuenta aspectos como los siguientes:

- **Respeto a las personas:** la participación en la investigación fue de manera voluntaria, donde fue necesario respetar la autonomía en las consideraciones de cada persona. Se efectuó una explicación clara sobre los objetivos de la investigación, se aplicó el consentimiento informado donde cada persona fue libre de elegir cuando retirarse de la entrevista, si así lo consideraba.
- **Beneficencia:** se tuvo la obligación desde la ética de lograr máximos beneficios, de no causar ningún daño y de minimizar al máximo las posibilidades de cualquier tipo de riesgo.
- **Justicia:** se dio un trato igualitario a los participantes, teniendo en cuenta las particularidades de cada uno de ellos.

Cabe resaltar que se llevó a cabo lo establecido en la Declaración de Helsinki. El consentimiento informado establece que el objetivo principal de la investigación es generar nuevo conocimiento pero que de ninguna manera puede tener primacía sobre los derechos e intereses de los participantes (63).

Entre tanto, se tuvo en cuenta la Ley 1581 de 2012 con las disposiciones generales para la protección de datos, así como sus principios rectores de legalidad en materia de tratamiento de datos, finalidad, libertad, entre otros (64).

El manejo de los datos de los participantes fue considerado según lo designado por el Manual del Sistema de Cadena de Custodia de la Fiscalía General de la Nación, donde se hace referencia a preservar de una manera idónea tanto la confidencialidad como la reserva de la información sin que se pueda llegar a alterar o deteriorar la originalidad de dichos datos. Estos aspectos o principios se tuvieron

en cuenta en la investigación en el momento de la entrevista, más específicamente en la conservación de los datos (65).

7. Aspectos administrativos

7.1. Viabilidad

El proyecto de investigación fue viable, debido a que se trató de un tema pertinente en vista del vacío de información que existe frente al objeto de investigación. Socialmente hablando, contribuye a la generación de conocimiento para toma de decisiones en el sector de la salud.

En cuanto al recurso teórico, se contó con el acceso al material bibliográfico correspondiente a la contratación en servicios de Salud en las diferentes bases de datos, repositorios, revistas de salud, entre otros.

Los recursos humanos para obtener una muestra de estudio fueron suficientes, teniendo en cuenta que se aplicaron entrevistas a expertos en contratación en servicios de salud del área metropolitana.

La investigación se llevó a cabo bajo unos aspectos éticos enmarcados en normas tanto nacionales como internacionales, teniendo como base el código de ética de la Universidad de Antioquia, así como la normatividad internacional, el informe de Belmont, la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg, la Declaración de los Derechos Humanos, la Declaración de Singapur, la normatividad CIOMS, aclarando que no se alteró ni se causó daño a ninguno de los participantes, ni tampoco a la comunidad. La finalidad del estudio fue conocer la percepción de expertos en el área de contratación sobre el Modelo PGP frente a otros modelos de contratación en salud de tal manera que se lograra concluir en función de la pregunta de investigación y los objetivos propuestos.

El proyecto se realizó bajo el marco legal nacional, incluyendo la Resolución 8430 de 1993, emitida por el Ministerio de Salud, donde se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud. Se consideró lo dispuesto en Constitución Política de Colombia de 1991 en el Artículo 49, donde se establece que el Estado es el encargado de garantizar a las personas el acceso a los servicios de salud. En coherencia, la Ley 100 de 1993 en su Art. 179 hace referencia al campo de acción de las EPS, las cuales funcionan por medio de contratos con IPS para garantizar el POS a los usuarios afiliados. Los acuerdos de voluntades entre EPS e IPS se rezan en el Decreto 4747 de 2007.

El tiempo que tomó la investigación fue de 3 meses correspondientes al año 2022 para la ejecución de cada uno de los procesos de la investigación tales como: planteamiento del problema, marco teórico, diseño de la investigación, trabajo de campo, entrevistas, tabulación, análisis e interpretación de los datos, redacción de los resultados y conclusiones.

La investigación fue financiada con recursos propios que se ejecutaron en temas logísticos como el transporte, compra de libretas, lapiceros, botellas de agua, entre otros. La Universidad contribuyó con la asignación de un asesor para la orientación de la investigación, y financió las bases de datos para la búsqueda del material requerido. Finalmente, apporto con los jurados encargados de evaluar la investigación y emitir concepto para sustentación.

7.2. Factibilidad:

En aras de dar cumplimiento al proyecto, según cronograma de actividades establecido y cumpliendo a cabalidad con cada una de las tareas declaradas, los recursos humanos y logísticos fueron financiados por la Universidad de Antioquia y por los investigadores.

La Universidad de Antioquia financió el asesor académico y los jurados que evaluaron el trabajo, profesores que acompañaron el proceso administrativo del trabajo de grado y aportó con las bases de datos para consulta del material bibliográfico pertinente y necesario. La financiación de la papelería, dotación de computadores, internet e implementos de estudio, trabajo de campo, transporte y alimentación de los investigadores, refrigerios para las personas participantes de la investigación y cada uno de los gastos adicionales que se derivaron, fue asumida por el equipo investigador, además del tiempo utilizado para todo lo pertinente del trabajo de grado.

De esta manera, quedó cubierta toda la financiación de los recursos del proyecto para garantizar su culminación de manera exitosa. Esto de cara a cumplir con las expectativas en la generación de nuevo conocimiento y material de consulta para cualquier investigador o lector interesado en la temática.

7.2.1. Proceso para contactar participantes

Los participantes del proyecto de investigación inicialmente se buscaron entre las personas conocidas por parte de los investigadores, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión declarados. Posteriormente, se solicitó la colaboración a los participantes, inicialmente entrevistados, para que recomendaran a otras personas que desearan participar en la investigación y cumplieran con los criterios de inclusión. Por último y no menos importante, efectuó el contacto con los actores a entrevistar y se les realizó una breve contextualización del proyecto. Allí se solicitó voluntariamente la participación en el proyecto.

A los participantes en la investigación se les envió un correo de citación con el consentimiento informado adjunto, más la fecha, hora y link de conexión para la entrevista. Vale la pena recalcar que las entrevistas se adelantaron de manera virtual y utilizando las plataformas dispuestas por la Universidad de Antioquia para tal fin.

7.3. Cronograma:

Es un trabajo de investigación adelantado en dos etapas: 1) El diseño de trabajo de grados guiado por los profesores expertos en investigación cumpliendo con tareas específicas para realización del mismo y, 2) Trabajo de grado guiado por un asesor académico pen función de garantizar la ejecución correctamente, de acuerdo a la metodología propuesta.

7.4. Presupuesto:

Gastos en los cuales se incurrieron durante el diseño y ejecución del trabajo de grados, a tal fin de cumplir a cabalidad con todos los procesos y procedimiento pertinentes en función de responder a la pregunta de investigación y sus objetivos.
Anexo

8. Resultados

Con la llegada de la Ley 100 de 1993, Colombia pasó de tener un Sistema Nacional de Salud con intervención del Estado a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de aseguramiento individual, bajo la lógica de mercado regulado. Incorporó intermediarios (EPS) en la prestación de servicios de salud en relación Estado-mercado, por medio de modelos de contratación de servicios de salud en función de garantizar el aseguramiento y acceso de la población a dichos servicios.

Desde entonces, las contrataciones de servicios de salud han estado relacionadas con procesos de capitación, evento y paquetes, sin embargo, en los últimos años ha venido incursionando un nuevo modelo llamado PGP que algunos de los participantes en la investigación refirieron, se viene trabajando desde el año 2015.

Cabe resaltar que con el decreto 441 de 2022 emitido el 28 de marzo, se hizo alusión a las condiciones contractuales para ejecutar dicho modelo, teniendo en cuenta que en las normas anteriores solo quedaba mencionado.

Las ventajas y desventajas del modelo de contratación PGP frente a otros modelos de contratación son vistas desde la perspectiva de los modelos de contratación y desde los actores del SGSSS como son aseguradores, prestadores y usuarios.

Para los usuarios, estar inmersos dentro de un PGP trae sus ventajas y desventajas dependiendo de las condiciones del relacionamiento entre aseguradores y prestadores. En este sentido, dentro de las principales ventajas se encontró en esta investigación que las IPS que contratan con dicho modelo deben propender por la priorización del paciente, prestando un servicio en el menor tiempo posible y con la mejor calidad. Esto con la finalidad de evitar complicaciones médicas que puedan acarrear sobrecostos para las instituciones (clínicas, hospitales), incluso desde lo preventivo, a diferencia del modelo de evento, en el que solo se atiende al paciente para la curación de la patología puntual, a veces sin darle la importancia a la integralidad de la prestación de los servicios de salud. Por su parte, es fundamental aclarar que para los pacientes incluidos dentro de un PGP la zona geográfica en la que reside puede llegar a considerarse una desventaja porque puede que no cuente con el tiempo y el dinero para el desplazamiento cuando el lugar de atención se encuentra distante.

Desde el enfoque de gestión del riesgo y los desenlaces en salud, el PGP resulta ser un modelo muy ganador, principalmente para aseguradores y prestadores. Algunas veces lo es para los usuarios, siempre y cuando la articulación de los actores del sistema se fundamente en la mutua confianza con un aliado estratégico, donde prime la honestidad de la información suministrada entre las partes, mecanismos de ajuste y puntos de control e indicadores bien definidos para la prestación de los servicios de salud.

En materia financiera hay ventajas para el prestador porque hay flujo de caja por su pago por anticipado, mientras que el asegurador va tener costos fijos para la atención de una población determinada. En los modelos retrospectivos, como el de evento y paquete, siempre va a existir la incertidumbre para el prestador frente a los pagos por la atención, así como la hay para el asegurador en la medida en que no sabe con certeza el momento en el que se va a consumir dicha patología por una población establecida.

Es una ventaja tener el modelo de PGP, en el que los trámites administrativos (Autorizaciones, generación de facturas por cada atención, glosas, entre otros) desaparecen minimizando barreras para la prestación de los servicios de salud y es la ganancia para los pacientes, prestadores y aseguradores, impactando costos en el talento humano. Entre tanto, los modelos retrospectivos necesitan de muchas personas en pro de adelantar los trámites administrativos necesarios e incluso en demoras y negaciones de la prestación de los servicios de salud para los usuarios en el sistema de salud.

La eficiencia operativa puede ser una ventaja o desventaja, dependiendo la percepción o la mirada de los interesados. En tal sentido, puede ser ventaja en el momento que obliga a todos los actores a evaluar sus procesos internos y a realizar un plan de mejora para alinearlos en función de la rentabilidad. También a verificar si son aptos para asumir un modelo de contratación como el mencionado. No obstante, es una desventaja cuando se incursiona en el modelo PGP y no se trabaja en la eficiencia operativa de la institución. En concordancia, los entrevistados hicieron alusión a varios ítems importantes a tener presentes como son: involucrar al personal asistencial compartiendo la información de los contratos y de esta manera buscar la disminución de sus honorarios; ser muy pertinentes con los ordenamientos; ordenar los que necesita el paciente (ni más, ni menos); agilizar el giro cama, atenciones rápidas y con calidad; puntos de control y mecanismos de ajustes con el presupuesto de los contratos bajo la modalidad del PGP.

La información resulta ser una desventaja al momento de implementar un PGP, a pesar que ya están establecidas las condiciones contractuales en Dec. 441/2022, si queremos tener éxito en este modelo es de vital importancia la información real y actualizada por parte del asegurador donde se evidencia la cantidad de pacientes, el perfil demográfico y epidemiológico de la población a tratar, por parte del prestador tener muy claro la capacidad instalada y la asignación para este modelo, por eso hablamos de un relacionamiento de confianza y honestidad en datos suministrados.

Otra desventaja son los sistemas de costos de la clínicas y hospitales, justamente porque la gran mayoría de IPS carecen de ellos, lo cual dificulta la implementación del modelo PGP. Los costos actualizados es quizás la herramienta más valiosa a la hora de tomar decisiones para la implementación, ejecución y terminación de un contrato bajo este modelo. Así las cosas, es fundamental tener presente que con un sistema de costos deficiente se beneficia el flujo de caja, pero también puede afectarse la rentabilidad de la institución, para lo cual, ninguna empresa debería contemplar dicha posibilidad.

9. Conclusiones:

Históricamente los modelos de contratación como el de evento, paquete o cápita, son los que han predominado en el SGSSS; sin embargo, desde la percepción de los expertos entrevistados, el modelo del PGP viene posicionándose cada vez más con mayor fuerza en Colombia, incluso desde el Decreto 441/2022 se dice regular el PGP y actualizar información de los demás modelos de contratación en salud.

El Pago Global Prospectivo es percibido por la gran mayoría de expertos entrevistados como un modelo “ganador”, teniendo en cuenta que se trata de un reto para las instituciones que buscan impulsar e incrementar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrolladas con base en la gestión del riesgo y que vayan más allá de la atención. El sentido de esta lógica es

mantener a la población más sana y así obtener mayores ganancias debido a la baja demanda de servicios de salud, lo que implica que los prestadores de servicios de salud se deben involucrar en el estado real de salud de la población, las acciones para evitar que empeoren sus condiciones de salud, la realización de las tareas y funciones desde el primer nivel de atención, entre otros.

Dentro de las ventajas más comentadas por los expertos se encontró el flujo de caja para los prestadores, la planeación y proyección de los servicios de salud, la reducción de los trámites administrativos para todos los actores del sistema y la integralidad en la prestación de servicios de salud para los usuarios con patologías específicas.

Por su parte, una desventaja hallada en el estudio consiste en tener flujo de caja insuficiente para las instituciones, reconociendo que, para que el modelo del PGP sea viable, se debe tener claro el costo de las prestaciones en función de no incurrir en pérdida a largo plazo, comunicar, revisar y ajustar los procesos para tener una eficiencia operativa óptima. Esto en clave de permitir un uso adecuado y pertinente de los recursos, un relacionamiento de confianza con el prestador y una ficha técnica muy bien elaborada con datos confiables.

Así las cosas, se podría decir que el modelo de PGP tiene ventajas y desventajas en comparación con otros modelos de contratación en salud mencionados a lo largo de este documento. Cada institución debe analizar todas las variables internas y externas, basándose en información de calidad para tomar la mejor decisión al momento de contratar a través de esta modalidad. Además, es necesario crear lasos de confianza y articulación para la prestación de los servicios con calidad y oportunidad.

La adopción de este modelo requiere de un análisis previo de la capacidad técnico administrativa, financiera y de recurso humano, un sistema de costos sólido, un estudio de la población y el respectivo perfil epidemiológico frente a los servicios ofertados, pensando en una prestación de servicios acorde a las necesidades de los usuarios.

10. Listado de referencias

1. Telyukov A. El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica. LAC-RSS Iniciat Reforma Sect Salud [Internet]. 2001;6(ed. esp):32. Disponible en https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/765112/361038-elpagopropectivoporcasohospitalarioenamericalatinaunagu_ZZ9X9oi.pdf
2. Álvarez B, Pellisé L, Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. Rev Panam Salud Pública.

2000;8(1–2):55–70. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3019.pdf>

3. Vilaça E. Las Redes de Atención de Salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2013;209–437. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es

4. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Congr la Repub Colomb [Internet]. 1993;(6):54. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.eeh.2020.101342>

5. Castro H. Modelos de contratación, evidencia científica y posibles opciones para Colombia. Estud en Protección Soc y Econ la Salud [Internet]. 2013; 4:29. Disponible en https://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/modelos_contratacion.pdf

6. Atehortúa S. Contratación de servicios de salud entre las entidades responsables de pago y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoria en Salud [Internet]. 2018;51(1):51. Disponible en https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11632/1/AtehortuaSonia_2018_ContratacionServiciosSalud.pdf

7. Molina G, Vargas J, Berrío A, Muñoz P. Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2010;9(18):10–115. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7283900>

8. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Cien Saude Colet. 2011;(6):3-7. Disponible en <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxXD3vNTGZqz7qnZ6GcSfFt/?lang=es&format=pdf>

9. Restrepo J. Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007. Perf Coyunt Económica. 2007;(9):97–116. Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/coyuntura/article/view/2324>

10. Rentería C. La nueva democracia y el control de agencia para la eficacia en la gestión pública colombiana. Rev. Ciudad Estados y Política [Internet]. 2017;3(3):37–61. Disponible en www.revistas.unal.edu.co/index.php/revcep

11. Maquilon D, Bolívar L. Análisis de las distintas formas de contratación en una IPS de alta complejidad. Fac Nac salud pública [Internet]. 2020;(1):32-35. Disponible en https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16458/1/GonzalezLiny_2020_ContratoAuditorialPS.pdf

12. Bustamante M, Martínez J, Gonzales G, Ordoñez I. reformas del sector salud en el camino de la integración. Rev. Org Andina en Salud [Internet]. 2020;12–26.

Disponible en
<http://www.orasconhu.org/documentos/libro%20reformas%20sector%20salud.pdf>

13. Rodríguez Z, Molina G. Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. *Investig y Educ en Enfermería*. 2009;(27):78–85. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n1/v27n1a08.pdf>

14. Ministerio de Salud y Protección Social. Preguntas frecuentes RIPS. Minist salud [Internet]. 2000;1–17. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>

15. Artaza O, Sacoto F, Yglesias A, Yáñez L, Martínez F, Torres J, et al. Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la Subregión Andina [Internet]. Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue. 2004. 65–69. Disponible en <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro Estudio y Reformas vfinal.pdf>

16. Gómez J. Administración: teoría, práctica y servicios de salud. *Salud Publica de México* [Internet]. 1986;28(4):361–6. Disponible en <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/335/325>

17. Sarmiento Lotero R, *Teoría de los Contratos: un enfoque económico*. Cuadernos Latinoamericanos de Administración [Internet]. 2005;1(I):11-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409634371004>

18. Perilla D. Teoría de la Contratación [Internet]. *Fund Univ del área Andina*. 2017;(1): 39-44. Disponible en <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1322/Teor%C3%ADa%20de%20la%20Contrataci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Congreso de la República. Ley 80 de 1993 “Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.” *Gac del Congr Colombia* [Internet]. 1993;1993(octubre 28):1–34. Disponible en <http://www.esu.com.co/esu/images/Descargables/PDF/Normograma2/leyes/Ley 80 1993.pdf>

20. Ministerio de la Protección Social. decreto 4747 de 2007. Minist la Protección Soc. [Internet]. 2006;2006(junio 12):1–17. Disponible en <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO 3518 DE 2006.pdf%5Cnhttps://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO 3518 DE 2006.pdf>

21. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 780 de 2016. Minist Salud y Protección Soc. [Internet]. 2016;672. Disponible en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1990-de-2016.pdf>

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 780 de 2016. Minist Salud y Protección Soc. [Internet]. 2016;672. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1990-de-2016.pdf>

23. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 441 de 2022. Minist Salud y Protección Soc. [Internet]. 2022;1-22. Disponible en <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20441%20DEL%2028%20DE%20MARZO%20DE%202022.pdf>

24. Riveros E, Amado L. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? Rev. Gerenc Polit Salud, [Internet]. 2012;11(2):10. Disponible en http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol11_n_23/estudios_2.pdf

25. Fernández G, Jiménez H. Investigación aplicada factores claves en la negociación por pago global prospectivo entre aseguradores y prestadores de servicios de salud Gonzalo [internet]. Pontif. Univ. Javeriana cali. 2020;76. 25.

26. Morales L. presupuesto global prospectivo, por actividad final [internet]. Secr Dist Salud. 2017;263. Disponible en [https://simudatsalud-risaralda.co/normatividad/mecanismos/PGP_por_Actividad_Final_\(Capital_Salud\).pdf](https://simudatsalud-risaralda.co/normatividad/mecanismos/PGP_por_Actividad_Final_(Capital_Salud).pdf)

27. Atehortua A, Contreras L. Contrataciones inteligentes para gestionar el riesgo en salud. Hum Relations [Internet]. 2020;3(1):1–8. Disponible en <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/28247/ContrerasCampo-LorenaClareth-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28. Castaño R, Moreano D, Prada S, Marin F. modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía [Internet]. Doc proesa. 2003; 18:23.

29. Mackenzie T, Buitrago M, Giraldo P, Parra J, Valencia J. La teoría de la agencia. El caso de una universidad privada en la ciudad de Manizales [Internet]. Equidad y Desarro. 2013;1(19):53. Disponible en <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1151&context=eq>

30. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 715 de diciembre 21 de 2001 [Internet]. Congr la Repub Colombia. 2007;357(32):46. Disponible en https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

31. Asamblea Nacional constituyente de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991 [internet]. Congr la Repub Colombia. 1991; 1:108. Disponible en <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

32. Instituto de Seguros Sociales. Acuerdo 256 De 2001: manual tarifario. [Internet]. 2001;001(256):1–208. Disponible en <https://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2001.pdf>
33. Ministerio de Salud y Protección Social. ley 1122 de 2007: modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2007;2007 (enero 9):1–18. Disponible en <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley 1122 de 2007.pdf>
34. Congreso de la Republica. ley 1438 de 2011 [internet]. Minist Salud y Protección Soc. 2011;33(1):5–6. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Minist Salud y Protección Soc. [Internet]. 2015;13. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
36. Marín, JE. Contratación de servicios de salud entre las Entidades Responsables de Pago y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. 2018; 1-39. Disponible en https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11632/1/AtehortuaSonia_2018_ContratacionServiciosSalud.pdf
37. González, A. Comparación De Sistemas De Pago Convenido En Los Costos De La Prestación Servicios Ambulatorios Y Hospitalarios. Universidad del Rosario trabajo de grado para optar al título de maestría en administración en salud . 2017; 1-52. Disponible en <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13963/TRABAJO%20DE%20GRADO%20ALEXANDRA%20GONZALEZ%20%20%28Recuperado%29.pdf?sequence=1>
38. Alcaldía Mayor de Bogotá, transparencia y acceso a la información pública, compartir o transferir el riesgo. 2022 Disponible en: <https://www.sdp.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/compartir-o-transferir-riesgo#:~:text=Es%20reducir%20su%20efecto%20a,las%20p%C3%A9rdidas%20a%20otras%20organizaciones.>
39. Franco, Á. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Fac.Rev. Nac. Salud Pública [en línea]. 2014, vol.32, n.1 [citado el 13-01-2023], pp.98-107. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000100011&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-386X.
40. Clavijo, S; Peña, M. Reformas al régimen de salud: entre la emergencia social y el déficit estructural, repositorio universidad de los andes.2010. 1-5 disponible en:

<https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/7587/u430141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

41. Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 2014. 634 p. Disponible en <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
42. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica [Internet]. Redes 2017. 2018. 106 p. Disponible en <https://n9.cl/bu9hq>
43. Universidad del Norte. La teoría fundamentada metodología cualitativa de investigación científica. Rev. científica Pensam y Gestión. 2015;2(5):8.
44. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias [internet]. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(3):5–7.
45. Atkinson,R; Flint, J. Accediendo a Poblaciones Ocultas y Difíciles de Alcanzar:Estrategias de investigación de bola de nieve. [internet]. 2021. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/46214232_Accessing_Hidden_and_Hard-to-Reach_Populations_Snowball_Research_Strategies
46. Baltar F, , Gorjup MT Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. Capital intangible [Internet]. 2012;8(1):123-149. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54924517006>
47. Ventura, J, Barboza M. El tamaño de la muestra: ¿Cuántos participantes son necesarios en estudios cualitativos?. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud [Internet]. 2017;28(3):1-2. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377653383009>
48. Camacho-Sandoval J, Investigación, poblaciones y muestra. Acta Médica Costarricense [Internet]. 2007;49(1):11-12. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43449104>
49. Bausela Herreras E, Reseña de "Metodología y técnicas de investigación social" de P. Corbetta. REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa [Internet]. 2005;7(2):0. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15507213>
50. Salazar F. Aspectos generales para la elaboración del consentimiento informado y para el uso de esta guía 1 [internet]. Univ la Front. 2014; 1:1–20. Disponible en http://cec.ufro.cl/images/documentos/consentimiento_informado/guia_elaboracion/Anexo_4_GUIA_CONSENTIMIENTO_INFORMADO.pdf
51. Soto V, Duran M. El trabajo de campo: clave en la investigación cualitativa [internet]. Aquichan. 2010;10(3):1–14. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a07.pdf>

52. Patton, M. Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods*, London, Sage Publications, 2002.
53. Romero C. La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa [internet]. *Rev Investig Cesmag*. 2005;11(March):25–7. Disponible en http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/Investigacion%20l/Material/37_Romero_Categorizaci%C3%B3n_Inv_cualitativa.pdf
54. Alveiro Restrepo-Ochoa D, La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología* [Internet]. 2013;6(1):122-133. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539419008>.
55. Ceffey A, Atkinson P. Los conceptos y codificación. Encuentra el sentido a los datos cualitativos [internet]. 2003. p. 249. Disponible en <https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2014/DraSanjurjo/8mas/Amanda%20Cofey,%20Encontrar%20el%20sentido%20a%20los%20datos%20cualitativos.pdf>
56. Bonilla M, López A. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de moebio* [internet]. 2016;(57):305–15. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717554X2016000300006
57. Sandín Esteban, M^a Paz (2003) "Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones". Madrid. Mc Graw and Hill Interamericana de España (pp.258). *Rev. Ped* [internet]. 2005, vol.26, n.77 Disponible en: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922005000300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-9792.
58. Ministerio de salud. Resolución Número 8430 de 1993.minsalud.co [Internet]. 1993; octubre 4. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
59. Ministerio de Protección Social. Resolución Número 2378 de 2008. Unisabana.edu.co [Internet]. 2008;2008(junio 27):93. Disponible en https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Decreto2378de2008_Buenas_practicas_clinicas_unisabana.pdf
60. Senado de la República. LEY 1374 DE 2010: por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones. *Congr Colombia* [internet]. 2012;(2):2–5.
61. Núremberg TI de. Código de Núremberg 1947. *Trib Int Nuremb* [Internet]. 1989; 1:1–2. Disponible en <https://www.conicyt.cl/fonis/files/2013/03/El-Código-de-Nuremberg.pdf>

62. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [internet]. CIOMS. 2014. 150 p.
63. Manzini J. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth [internet]. 2000;6(2):1–14. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
64. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1581 de 2012: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Congr la Repub Colombia. 2012;2(octubre 17):1–15.
65. Fiscalía General de la Nación. Manual del Sistema de Cadena de Custodia. Fisc Gen la Nación [Internet]. 2018. Disponible en <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/MANUAL-DEL-SISTEMA-DE-CADENA-DE-CUSTODIA.pdf>

11. Anexos

11.1. Anexo 1: Entrevista semiestructurada

El Objetivo de esta entrevista es conocer la Percepción de los Actores respecto a las Ventajas y desventajas del Modelo de Contratación PGP frente a otros Modelos de Contratación en Salud, Medellín

1. ¿Teniendo en cuenta su Experiencia en Contratación en el Sector Salud qué opinión tiene acerca de los Modelos de contratación actuales tanto Prospectivos como Retrospectivos entre EPS e IPS?
2. ¿Qué opinión tiene usted respecto al Modelo de Contratación por Pago Global Prospectivo?
3. ¿Cuáles considera que son las ventajas y desventajas del PGP en comparación con otros modelos de contratación?
4. ¿Qué fallas, retos y obstáculos percibe usted sobre el modelo de contratación por pago global prospectivo y cuál sería su recomendación al respecto?

11.2. Anexo 2: Acta de Consentimiento informado

Yo.....Con Cedula de Ciudadanía.....Mayor de edad.....Con Domicilio en..... Consiento Voluntariamente Participar en la Investigación Ventajas y Desventajas del Modelo de contratación PGP frente a otros Modelos de Contratación en Salud desde la Perspectiva de los Actores

Me han sido informados los Objetivos de la Investigación, los cuales pueden tener fines académicos o laborales, mi participación no implica riesgos de carácter Físico o Mental, Teniendo en cuenta que mi participación es totalmente Voluntaria puedo dejar de hacerlo en cualquier momento.

Accedo Participar en La Entrevista y responder sus preguntas de manera Honesta, permito que se utilicen ayudas audiovisuales para que sea grabada la información ya sea en Audio o Video y permitir la Utilización de los Datos obtenidos en la Sistematización de los Mismos o Bien para la Publicación o divulgación del resultado final de la investigación

Teniendo en cuenta lo anterior Autorizo participar en la Entrevista de manera Voluntaria Bajo mi total responsabilidad, confirmo que se me ha entregado una Copia de este Consentimiento Informado

Firma Participante

Firma Investigadores