

MODELOS DE CONTRATACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA

AUTOR:

**CINDY YULIANA LÓPEZ CADAVID
DANIELA ZAPATA MARROQUÍN
MARLIE VANESSA VANEGAS M.**

ASESOR: JUAN GONZALO ALZATE

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS
MEDELLÍN
2019**

INDICE

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Configuración del Problema de Investigación	3
1.2 Justificación del Problema	4
1.3 Pregunta de Investigación	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Marco Conceptual.....	6
2.1.1 Modelos de contratación en salud para el cliente externo.....	6
2.1.2 Modalidades prospectivas de pagos en Salud	8
2.2 Marco Legal.....	11
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo general	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. METODOLOGIA	15
4.1 Definición y descripción de los criterios de búsqueda	15
4.2 Proceso de ordenamiento y selección, del material bibliográfico	16
4.3 Consideración Éticas	17
5. RESULTADOS Y DISCUSION	17
6. CONCLUSIONES	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	29
8. ANEXOS.....	32

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Configuración del Problema de Investigación

La contratación tiene gran implicación en el funcionamiento del sistema de salud; lo que se puede observar claramente en la implementación de la ley 100 de 1993, ya que trasciende de Sistema Nacional de Salud a Sistema General de Seguridad Social en Salud, este cambio pretende la cobertura global a través de un Sistema de aseguramiento Nacional y obligatorio, buscando el aumento de eficiencia del Sistema de Salud; por lo anterior, es esencial conocer el sistema de pago y los modelos de contratación de los servicios de salud en Colombia, debido al impacto que tiene en la prestación y en calidad de los servicios.

Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) se relacionan entre sí a través del contrato de prestación de servicios de salud, que se entiende como un acuerdo entre dos partes donde hay una obligación de cumplir con las condiciones pactadas. (1)

Uno de los objetivos de este estudio es conocer los modelos de pago por parte de las ERP (Entidades Responsables de Pago), en el marco de la política, según el artículo 15 de la ley 1122 de 2007 las ERP tienen la autonomía de decidir el tipo de contratación, el modo de pago, incentivos, tarifas y precios (2). Buscando generar un servicio con mayor calidad, pero controlando costos; por esto las EPS buscan conseguir los servicios por parte de las IPS mediante los contratos, que permitan brindar servicios con calidad y eficiencia.

“El principal problema que presentan las IPS es que quedan sometidas a las acciones de varios intermediarios, que les giran los recursos en lugar de recibirlos directamente y la falta de conocimiento sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de contratación y que solo el cumplimiento de las condiciones del contrato hace que las partes garanticen la calidad en la prestación de servicios” (3)

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

Se debe por lo tanto analizar los modelos de contratación actuales en salud, para lograr el equilibrio financiero y mejorar la relación entre prestadores y aseguradoras, para el beneficio de ambas partes.

También analizar dos factores importantes: el factor social, donde se relacionan varios actores unos colaboradores y otros conflictivos y el factor económico donde se relacionan los flujos de los recursos y se desarrollan bienes y servicios. (4). Cada modelo de contratación tiene ventajas y desventajas y estos varían según el contexto en que se utilicen.

Esta monografía es una herramienta informativa de bajo costo económico, es un instrumento para la actualización y la resolución de inquietudes respecto a los modelos de contratación en salud, y para tener mejor dominio del tema. Los recursos utilizados para la realización de la monografía son accesibles, las bases de datos están disponibles gratuitamente para la búsqueda de información, y el tiempo invertido en la búsqueda y análisis es retribuido con conocimiento, es importante destacar que “Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas” (5)

Es un tema de gran relevancia, ya que el desconocimiento de este, por parte del Gerente y Administradores en salud, puede llevar a malos resultados, uso innecesario de recursos, malas negociación y falta de credibilidad; circunstancias que podrían generar un gran fracaso a nivel laboral y profesional, que afecta no solo a las personas que hacen parte de una IPS, también perturban las negociaciones y contrataciones que ya se hayan pactado.

Es imperioso tener en cuenta que al ser el proceso de contratación, una actividad donde están implicadas muchas personas, es importante tener claridad sobre el tema de los modelos, para tomar decisiones acertadas que contribuyan con la equidad de acceso y la eficiencia de la prestación del servicio en salud, mas no que beneficie solo un bien personal que afecta el funcionamiento normal de la Entidad. (6)

El proceso de contratación en salud es una herramienta fundamental para fortalecer los sistemas de salud; (7) aunque es claro que existen varios tipos de contratación, es elemental comprender que la contratación no se limita solo a la compra de servicios, se debe fortalecer y tratar de conservar relaciones entre los agentes interesados; por lo cual se deben tener adecuadas herramientas de comunicación, para facilitar el proceso de negociación y contratación.

1.2 Justificación del Problema

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

En Colombia el Sistema Social de Seguridad Social garantiza el adecuado cumplimiento de los derechos irrenunciables de las personas para que así tengan una mejor calidad de vida, otorgando entre muchos otros beneficios una cobertura universal, integral y oportuna en salud.(1)

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

Los servicios de salud en Colombia se financian gracias a contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, contribuciones del gobierno y contribuciones de los empleadores, las cuales van a un fondo (Adres) que se encarga de

redistribuir a las Entidades Prestadoras de Servicio (EPS) según el número de usuarios que tengan (8) y estas a su vez contratan, mediante los diferentes modelos, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para que atiendan las necesidades de la población y presten los servicios requeridos por esta.

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

Es ineludible aclarar que tanto las Entidades Prestadoras de Servicio como los responsables del pago, están en la capacidad y en la completa libertad de escoger o seleccionar las tarifas, los servicios y las modalidades de contratación según el marco de la Política de Atención Integral en Salud. (9)

La realización de este estudio es muy pertinente porque desde la Ley 100 el área de la salud ha tenido constantes cambios y reformas por esto es importante estar actualizado todo el tiempo; además permitirá generar, ampliar y retroalimentar la formación como profesionales de salud en lo que respecta al tema de modelos de contratación para conocer más a fondo aspectos de la relación entre las EPS y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. (10)

Es realmente valioso e imperativo el hecho de que como gerentes de IPS se cuente con el conocimiento necesario para saber cómo funcionan los diferentes modelos de contratación de salud en Colombia y así establecer qué tipo de contrato es más viable manejar teniendo en cuenta sus ventajas y sus desventajas y como estas podrían influenciar en el adecuado funcionamiento del establecimiento donde se desempeñe el cargo, para de esta forma crear nuevos y mejores elementos y lograr ser profesionales objetivos e integrales que velan por prestar un servicio adecuado a la población.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los modelos de contratación en salud de Colombia?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

Es importante entender los modelos de pago y contratación de salud en Colombia, para garantizar buenos resultados en la negociación con clientes externos.

Los modelos de pago son herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas (6). Las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud podrán recurrir a las siguientes modalidades de contratación y de pago.

2.1.1 Modelos de contratación en salud para el cliente externo

Pago por capitación:

“Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número determinado de personas, durante un periodo de tiempo definido” (11)

Es el pago que reconoce el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) a cada EPS por la prestación de los servicios de salud que le brinda a cada usuario que requiere de atención en salud contenidos en el PBS (Plan de Beneficios en Salud), el monto del valor lo dan las empresas promotoras de salud anualmente como un valor fijo por cada afiliado, sea en el régimen contributivo o el régimen subsidiado, este valor depende de algunos factores como son, la edad, el género y la ubicación geográfica, además son ajustados a las cuotas moderadoras y copagos para garantizar una buena atención en la prestación de los servicios PBS.

La UPC (Unidad de Pago por Capitación) varía según el régimen contributivo y subsidiado ya que para el régimen contributivo se tiene en cuenta la edad, sexo y la ubicación, también hacen parte las cuotas moderadoras y los copagos de los beneficiarios y con el régimen subsidiado solo se tiene en cuenta la ubicación geográfica y no se dan los cobros de las cuotas moderadoras y copagos.

Entonces tendrá mejores ingresos si hay buen número de afiliados, pero no por la cantidad de atenciones que se realicen. (11)

Puede llevar a que se discriminen aquellos casos que requieran muchos servicios y se prefieran aquellos que demandan poca atención (12). Según la ley 1438 de 2011 Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación. (13)

Pago por episodio de atención:

“Modalidad de contratación y de pago mediante el cual se reconoce una suma fija por un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención de una condición individual de salud durante un periodo de tiempo determinado, en el cual se delimita el inicio, el curso evolutivo y el final de la atención”. (12)

Este método de pago se ajusta al número de aparición de la condición médica o enfermedad que padece el usuario, el número de incidencia de la población, se ajusta también dependiendo la edad y la gravedad o complejidad que tenga y esto puede generar un recobro. El pagador solo se hace cargo del costo de las actividades que hacen parte del episodio. En este modelo de pago se pueden contratar varios actores como un conjunto integral para las atenciones en salud dependiendo de la condición que especialidad requiera y grupos relacionados con el diagnóstico y por ende del tratamiento que necesite, ya que se paga solo por el tiempo en que se presente la condición médica y se resuelva después de tratada. (12)

Pago integral por grupo de riesgo:

“Modelo de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud durante un periodo de tiempo establecido”. (14)

Este modelo de pago lo asume la aseguradora por mayor incidencia de enfermedades, si es un riesgo primario (riesgo de aseguramiento) y si es un riesgo técnico lo asume el prestador de servicios de salud que depende de la calidad y eficiencia para manejar el proceso en la atención de salud.

Este pago se da en la atención de los grupos de riesgo, bien sea por episodios de atención o por periodos de un año como en pacientes con enfermedades crónicas; el valor de pago depende del riesgo del paciente, de que tan sano o enfermo se encuentre. Entonces la EPS recibirá mayores pagos si tiene pacientes más enfermos que sanos, ya que estos requieren de una atención más completa en salud. Estas EPS deciden qué servicios cubren al paciente y no se limitan a la prestación de servicios específicos como en el caso de pago por evento, que solo se autorizan algunos específicos por las EPS.

El monto de este modelo de pago es concretado por los prestadores y aseguradores teniendo en cuenta los costos de las atenciones requeridas, teniendo en cuenta que se busca cuidar los recursos del sistema de salud y ofrecer buenos servicios. (14)

Pago global prospectivo:

“Es la suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de la IPS (Institución Prestadora de Servicios) durante un periodo de tiempo determinado (generalmente un año), para proveer un conjunto de servicios acordados entre la IPS y la EPS”. (12)

Se paga por un conjunto de episodios de atención y tecnologías que se le brinden al usuario esto acordado por el pagador y el prestador del servicio.

En esta contratación se puede acordar los números de atenciones en salud y lo que se emplee ya sea mínima o máxima, que deban de prestarse con cargo al monto presupuestado.

Este modelo PGP (Pago Global Prospectivo) busca controlar el riesgo de las aseguradoras, mejorar el acceso a la salud, que el proceso de autorizaciones sea más simple igual que el de facturación, todo esto mejorando el impacto en la salud. (12)

Pago por servicio:

Es el modelo de pago en el cual se pacta una suma fija por cada servicio prestado, por cada insumo o factor de producción de acuerdo a precios definidos por las EPS. También se llama pago por evento.

Se tiene un ingreso positivo con el aumento de pacientes atendidos, ya que así se pueden ofrecer más servicios, el costo del servicio también incrementa el beneficio de este modelo y no es relevante la prestación de servicios preventivos o de bajo costo.(15)

2.1.2 Modalidades prospectivas de pagos en Salud

Los pagos prospectivos se generan en el sistema de salud debido a varias desventajas que se dan en el pago por servicio, entre estas la falta de generación de incentivos para la coordinación de la atención entre prestadores y la realización de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por tal motivo se ve la necesidad de un pago por volumen o pago por valor, que se da durante el ciclo entre la atención del paciente o la condición médica que tenga el paciente, teniendo en cuenta que en el caso de las condiciones crónicas la resolución de la enfermedad es a largo plazo como puede durar toda la vida, por lo tanto el mecanismo de pago debe cubrir todo ese ciclo de atención, implicando que parte del riesgo de incidencia afecte tanto al asegurador como al prestador.(16)

Se puede evidenciar el cambio notorio de pagos por capitación a pagos prospectivos que busca reducir el riesgo de no tener claro los amparos, no gestionar las decisiones médicas y no poder convertir un costo variable de pago por servicios a un costo fijo por pago prospectivo, debido a estas razones y a la generación de flujo de caja en comparación a la duda frente al recaudo efectivo en la modalidad de pago por servicio, es que se evidencia en Colombia tanto entre aseguradores y prestadores la transferencia a este método de pago.

Hay tres razones en el ámbito colombiano que intervienen en el pago prospectivo, la primera es la ley estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015) que definió el plan de beneficios haciendo exclusiones, la segunda es que la Ley dio mayor autonomía médica, viéndose los aseguradores sin capacidad de controlar el costo médico, la tercera razón es la restricción que impuso la ley 1438 de 2011 en el artículo 52 sobre la capitación solamente a los servicios de baja complejidad. (17)

Debido a estas razones el asegurador trata sustituir los contratos por capitación en servicios a la baja complejidad, por pagos prospectivos frente a la necesidad de transferir riesgo al prestador.

Es importante tener claro la diferencia entre los conceptos de episodio y condición médica crónica, el episodio en su atención tiene un inicio y un final establecido, mientras que la condición médica crónica implica que la atención tiene un inicio pero no tiene un final en corto plazo, puede durar incluso toda la vida.

Los pagos por episodio y por grupo de riesgo pueden evolucionar hacia pagos por valor, sirviendo de incentivo al prestador ya que pueden ofrecer la mayor cantidad de servicios en su IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) o subcontratar con otros prestadores.

Es entonces evidente que los aseguradores están cambiando la modalidad de pago por servicio a pago prospectivo ya que es un modelo de atención integrado donde se ve un agrupamiento de actividades.

Los pagos prospectivos se clasifican en dos grupos:

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

2.1.3. Pagos sin transferencia de riesgo primario de incidencia

Esta categoría involucra tres modalidades que son: pago por episodio, pago por grupo de riesgo y otras modalidades, estos tienen una característica y es que cada caso nuevo genera un nuevo pago y con esto el prestador queda protegido frente al riesgo primario de incidencia.

Los pagos de este grupo son:

- **Pago por episodio:**

Es un pago donde se pacta una suma fija para la atención durante un tiempo definido donde se conoce el inicio y el final del tratamiento, ejemplo: atención materna perinatal.

- **Pago integral por grupo de riesgo:**

Es un pago de suma fija que el asegurador le da al prestador para la atención de una condición médica crónica o una enfermedad de larga duración, en esta modalidad de pago se expone al prestador al riesgo primario de severidad porque el pago que recibe por paciente es igual así sea de mayor grado el nivel de severidad que tenga.

- **Otras modalidades de pagos prospectivos sin transferencia de riesgo primario de incidencia:**

- **Pago por contacto por especialidad:**

Este modelo de pago consiste en un pago fijo que realiza el asegurador por un periodo de tiempo para una atención con especialista.

- **Pago por escenario de atención:**

Se basa en un pago que realiza el asegurador por un periodo de tiempo definido para una atención en un escenario, ejemplo: atención domiciliaria.

- **Pago por tipo de servicios:**

Se da un pago fijo por parte del asegurador por un tiempo establecido para realizar un servicio que sea definido, ejemplo: ciclo de quimioterapia.

2.1.4. Pagos con transferencia de riesgo primario de incidencia

En este grupo se define el término “Global” que es cuando se atiende una población determinada en una zona geográfica y durante un tiempo definido por eso es necesario saber estas causas porque en esta modalidad de pago el prestador se expone al riesgo primario de incidencia; estos pagos son:

- **Pago global prospectivo por episodio:**

Es un pago fijo para la atención de episodios que surjan en una población, zona geográfica y durante un tiempo, es decir que se paga mensual por atención en una área geográfica específica, se expone al riesgo primario de incidencia porque el número de episodios puede ser variable, mientras que el pago es una suma fija, lo que obliga al prestador a realizar actividades de detección temprana y atención oportuna para resolver a un menor costo los episodios que aquí se presenten y por los cuales se paguen.

- **Pago global prospectivo por grupo de riesgo:**

En este método se pacta una suma fija para realizar la atención solamente a condiciones médicas crónicas en una población, zona geográfica y durante un tiempo establecido, ejemplo: los pacientes con hipertensión o diabetes, por lo cual obliga al prestador a realizar atenciones costo-efectivas y promoción de la salud y prevención de la enfermedad para así disminuir la morbilidad.

- **Otras modalidades de pagos prospectivos con transferencias de riesgo primario de incidencia:**

- **Pago global prospectivo por especialidad:**

Este es un pago fijo por atenciones a diagnósticos definidos solamente a condiciones médicas que se incluyan en esos diagnósticos en un tiempo determinado, en una zona geográfica y población fijas, al igual que en las anteriores también es de gran importancia realizar acciones de detección temprana de la enfermedad, realizar atenciones oportunas y que sean costo-efectivas para disminuir riesgo al prestador.

- **Pago global prospectivo por nivel de complejidad:**

Este pago es fijo para prestadores que estén integrados a una red de servicios y puede ser de varios niveles de complejidad, igualmente en una población, área geográfica y durante un tiempo, en este método de pago también se pueden realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para reducir el riesgo primario de incidencia y de severidad y así reducir a la vez costos. Se debe recordar que la ley 1438 de 2011 impuso la restricción sobre la capitación a los servicios de baja complejidad, formulando la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutoria, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población. (13)

- **Pago global prospectivo por escenario de atención:**

Esta modalidad se refiere a un pago fijo a prestadores para un escenario de atención, donde el escenario se entiende por estructura donde se prestan servicios establecidos como por ejemplo: atención domiciliaria o urgencias. En esta forma de pago existe una desventaja y es el no poder evitar el flujo alto de demanda ya que se paga un monto fijo por estos servicios sin importar el número de atenciones por las que consulten.

- **Pago global prospectivo por tipo de servicio:**

Este método de pago como su nombre lo indica es un pago fijo que se da para las atenciones de un servicio establecido que se da en un tiempo, en una población y área geográfica definida. En este tipo de pago el prestador está más expuesto al riesgo primario de incidencia porque este pago no está integrado en un ciclo de atención de ninguna condición médica, ejemplo: laboratorio clínico.

- **Pagos complementarios:**

También llamados pagos adicionales, solo representan entre el 1% y el 10% de ingresos para el prestador, como por ejemplo: una re hospitalización.

Después de mencionar cada modalidad se puede argumentar que los pagos por episodio y por grupo de riesgo en los que no hay transferencia de riesgo primario de incidencia son la mejor combinación de pagos prospectivos, porque protegen al prestador del riesgo de incidencia. (16)

Los demás métodos de pago son incentivados para realizar actividades de promoción de la salud y acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para disminuir costos en las atenciones y disminuir el riesgo de incidencia, aunque también se pueden presentar incentivos negativos al presentarse negación de cierto tipo de servicios médicos necesarios.

2.2 Marco Legal

En Colombia la Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) el cual se entiende como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para garantizar una adecuada calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias con el fin de lograr bienestar individual y la integración de la comunidad. (1)

Por lo anterior, la llegada de la Ley 100 ha establecido en Colombia un antes y un después que ha favorecido a toda la población ofreciendo universalidad, oportunidad y una mejora considerable en la cobertura y en el acceso en cuanto a seguridad social. Es pertinente también mencionar que un mayor porcentaje de población pobre se ha beneficiado no solo por los subsidios otorgados por el gobierno que buscan de una u otra forma mejorar la calidad de vida, sino también por la posibilidad de estar asegurados, sin embargo dicha

afiliación no significa exactamente el acceso efectivo a los servicios ya que es posible que se encuentren obstáculos o barreras mayores que son difíciles de controlar ya sean geográficos, culturales o administrativos que lo impidan. (15)

Según estudios realizados sobre el impacto que ha tenido la ley 100, se ha podido concluir a grandes rasgos que esta ha sido muy positiva en su implementación ya que se compararon dos poblaciones, antes de 1993 y después (año 1997) y se logró inferir entre muchas otras cosas, que se mejoró la cobertura en la atención específicamente para la población más pobre y vulnerable. Adicionalmente se detectó también una menor prevalencia de enfermedad y una mayor utilización de los servicios por parte de los asegurados. (17)

En materia de legislación además de la ley 100 hay otros mandatos que determinan el funcionamiento del SGSSI.

En el caso de la contratación, el decreto 4747 de 2007 regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de los pagos de dichos servicios de la población a su cargo. Hoy incorporado en el decreto único del SGSSS 780 de 2016.

Este decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicio de salud a quienes les sea aplicable decreto, deberán cumplir con los términos establecidos en este. Es importante señalar que las EPS de cada régimen son las que adquieren la responsabilidad de cumplir con las funciones indelegables de su aseguramiento y además del pago a las IPS que presten servicios a sus afiliados. (18)

Según la Ley 715 de 2001 en el capítulo III, Distribución de los recursos para la salud, en el artículo 51 establece la contratación de la prestación de servicios hablando del régimen subsidiado como tal.(19)

La ley 1122 del año 2007 en el artículo 13 numeral d, establece de acuerdo a la contratación, que las EPS de ambos regímenes pagaran los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuestas a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura. (20)

Esta ley también en el artículo 14, Organización del Aseguramiento, establece la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los

servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicios de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. (20)

Es importante mencionar que tal como lo especifica el decreto 780 de 2016, las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las IPS tienen libertad para seleccionar las tecnologías en salud a contratar, las tarifas, los precios, las modalidades de contratación y de pago y los incentivos en el marco de la Política de Atención Integral en Salud. Además es importante mencionar que se establecen unos requisitos mínimos para la negociación y suscripción de contratos de prestación de servicios de salud, los cuales se organizan a continuación discriminándolos desde el punto de vista de las IPS y también de las ERP (21)

<i>POR PARTE DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:</i>	<i>POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN A SU CARGO:</i>
<ul style="list-style-type: none"> Habilitación de los servicios por prestar. 	<ul style="list-style-type: none"> Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
<ul style="list-style-type: none"> Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida. 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de las IPS con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable de pago
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el sistema de información para la calidad del SOGCS
	<ul style="list-style-type: none"> Diseño, organización y documentación del proceso de

	referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red
--	--

Es de gran relevancia anotar con la introducción de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se reconoce el derecho a la salud como fundamental y además se plantean instrumentos que de una u otra forma ayudan a su correcta implementación y cumplimiento por parte no solo del gobierno sino también de los ciudadanos para de esta forma lograr un equilibrio en la garantía y la provisión de dicho derecho. Lo anterior hace de esta ley una propuesta con amplia cobertura que además pretende ser una herramienta incluyente para garantizar el derecho a la salud de toda la población colombiana.(22)

En materia de trabajadores del área de la salud es imperativo resaltar que según la Ley Estatutaria o Ley 1751 del año 2015, se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica y a su vez se prohíbe toda presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. (23)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir los modelos de contratación de salud en Colombia en la actualidad.

3.2 Objetivos específicos

1. Exponer las características de los modelos de contratación en salud para el cliente externo.
2. Identificar los modelos de contratación de salud en Colombia para el cliente interno, es decir, los diferentes vínculos laborales que se pueden presentar entre las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) y los empleados que allí laboren.

4. METODOLOGIA

El trabajo a realizar será una revisión minuciosa de la bibliografía disponible y relevante sobre el tema a tratar; la monografía será escrita de forma ordenada, clara, coherente y sistemática; para presentar la revisión con suficiente profundidad.

De acuerdo con el proceso metodológico descrito a continuación, es importante mencionar que esta monografía busca realizar una descripción sobre los modelos de contratación en salud, para el cliente interno y externo.

4.1 Definición y descripción de los criterios de búsqueda

Estrategias de búsqueda

Se compilarán documentos de tipo digital, relevantes sobre el tema a tratar para realizar el marco teórico, tanto contextual como legal, el horizonte temporal será diferente según la búsqueda, para documentos públicos de legislación y normatividad que harán parte principalmente del marco legal, no se especificara tiempo determinado ya que será interesante conocer todo el panorama a través de los años; para los demás documentos que harán parte principalmente del marco contextual, se excluirán artículos publicados antes del año 2000, siendo este uno de los filtros de investigación; el material se buscará en uno de los dos exploradores seleccionados para la revisión de tema, el primero es Google Académico, el segundo son los recursos electrónicos de la biblioteca Fundadores de la Universidad CES; no se realizaran revisiones en páginas específicas, solo en uno de estos dos exploradores, y para tal búsqueda se utilizaran los siguientes términos.

Palabras Clave

Modelos de contratación, modelos de pago, salud, efectos, tipos de contrato, reforma en salud, acceso, ley, contrato laboral.

Criterios de selección

El material bibliográfico utilizado en la realización de esta monografía serán documentos públicos, artículos de revisión, trabajos de grado, y demás material que realice descripciones de los modelos de contratación en salud, modelos de pago con el cliente externo, en este caso las EPS, y modelos contratación o tipos de contratos para el cliente interno, como lo son el personal asistencial, administrativo y demás que hacen parte de la razón social de cada Institución Prestadora de Salud, también se tendrá en cuenta en la búsqueda, documentos de legislación y normatividad, que sustenten las contrataciones; el material bibliográfico deberá estar publicado en bases de datos disponibles en uno de los exploradores seleccionados, para el caso de leyes, decretos, resoluciones y demás, se adicionara operador booleano (+) y “notas de vigencia”, buscando la actualización de la norma.

Criterios de exclusión

- Documentos específicos de una especialidad médica.

- Documentos que no contengan datos suficientes para esta monografía.
- Documentos publicados antes del año 2000 (excepto legislación)
- Documentos publicados en otro país que tengan como fin describir panoramas de modelos de salud, diferentes a los de Colombia.
- Documentos específicos de una Región o panorama de un hospital en particular.

4.2 Proceso de ordenamiento y selección, del material bibliográfico

Se pretende realizar una lectura rápida de los documentos encontrados, para seleccionar los de mayor importancia, los artículos elegidos teniendo en cuenta los criterios de exclusión y de inclusión, serán leídos y analizados de forma minuciosa y exhaustiva, para extraer los temas y términos de mayor relevancia; con esta articulación se está buscando la especificidad y claridad de la información que será plasmada en la actual monografía.

A continuación se realiza una descripción general de las bibliografías utilizadas:

Tabla 1. Descripción de bibliografías. Anexo 1

Tabla 2. Consolidado de las bibliografías. Anexo 2

Plan de evaluación, análisis y síntesis de los hallazgos e interpretación

Posterior a la lectura y análisis del material bibliográfico seleccionado, se realizara la escritura del tema a tratar, teniendo en cuenta; normas lcontec para la paginación, portada e índice; normas vancouver para mencionar las bibliografías utilizadas; norma de derechos de autor de acuerdo a la ley 23 de 1982, para sustentar la información plasmada; y herramientas de redacción y síntesis para el contenido; esta articulación se realizara con el objetivo de puntualizar y describir adecuadamente el tema a tratar.

Posteriormente se aplicara una encuesta de 5 items a Gerentes del sector salud, con el objetivo de conocer su perspectiva acerca de los modelos de contratación en salud.

<p>ESPECIALIZACION GERENCIA DE IPS TRABAJO DE GRADO: MODELOS DE CONTRATACION EN SALUD, 2019 Entrevista para Gerentes en Salud</p> <p><i>El objetivo de esta encuesta es conocer la percepción de algunos gerentes, respecto a los modelos de contratación de salud, en Colombia.</i></p> <p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Que opina en general sobre las formas de contratación que existen actualmente entre prestadores y promotores de salud? 2. ¿Cómo ve los cambios actuales en los modelos de contratación y como afectan a su institución? 3. ¿Según su experiencia, como sería un modelo de contratación más equilibrado para pacientes, IPS y aseguradoras, que características debería tener? 4. ¿En caso de que se incumplan los términos del contrato por parte de la EPS, usted como Gerente de IPS, que hace respecto a la prestación del servicio a los usuarios de esta EPS? 5. ¿Cuál modelo de contratación cree, es el más negativo para todos los actores, y por qué?

Plan de divulgación de los resultados

Al finalizar la realización de la monografía, esta será revisada por el Comité Operativo de Investigación (COI) de la Universidad CES, luego de su aprobación, será compartida a la biblioteca Fundadores, en medio digital, para que esté disponible para la población académica en general.

4.3 Consideración Éticas

Todos los análisis se basaran en estudios publicados anteriormente, por lo cual no será necesario la aprobación ética ni consentimiento del paciente o personas participes.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La contratación es el proceso mediante el cual se pacta una relación entre asegurador y prestador, el cual es determinante en la atención y calidad del servicio brindado, a lo largo de la monografía expresamos la importancia de tener conocimiento sobre este proceso de contratación para tomar decisiones acertadas a lo largo de nuestro proceso formativo y practico, encontramos cantidad importante de bibliografía sobre el tema, y tratamos de enfocarla y centralizarla en lo que más nos compete, se realizó la búsqueda de referencias, se diseñó una descripción teórica y legal del proceso y sus diferentes mecanismos, adicionalmente incluimos la opinión y practica real de expertos, esto se logró por medio de la aplicación de una encuesta de 5 ítem, que buscaba dar a conocer la perspectiva de algunos Gerentes del sector Salud, de la Ciudad de Medellín, al hacer las entrevistas, observamos que el modelo de contratación más mencionado por los Gerentes es el PGP, pero algunos de ellos observan desventajas respecto a la sobrecarga que este modelo puede generar sobre el prestador, ya que es este quien puede llegar a asumir el riesgo en mayor medida, lo que podría beneficiar al asegurador, poniendo en desventaja al prestador, uno de los Gerentes hace mención a que al modelo está incompleto, le falta construcción y perfección, ya que tiene aún zonas grises que pueden generar confusión y malas negociaciones, además de sobrecargas; los Gerentes dan gran importancia a la relación que debe existir entre ambas partes, para beneficio del paciente y para fortalecer la prestación y pago, ellos coinciden en la importancia de no suspender el servicio a los usuarios de inmediato, por falta de pago de las EPS, explican que es necesario realizar un análisis exhaustivo sobre las razón del asegurador para no realizar el pago oportuno en varias ocasiones, conocer su estado financiero es primordial antes de terminar el contrato y suspender la atención, como estrategia de solución, uno de ellos menciona la importancia de ofrecer el servicio a crédito, debido a que el pago inoportuno hace parte de la mayoría de las EPS, pero a pesar de esto, los servicios deben continuar en venta, para poder lograr un equilibrio sostenible; por otra parte también hacen alusión a la importancia de pactar negociaciones claras desde el inicio para evitar confusiones y pérdidas.

****Se realizaron las siguientes encuestas de manera académica para conocer la opinión de 5 personas que han trabajado desde el punto de vista de la IPS y desde el punto de vista de la EPS****

Entrevista para Gerentes en Salud

El objetivo de esta encuesta es conocer la percepción de algunos gerentes, respecto a los modelos de contratación de salud, en Colombia

Preguntas:

1. ¿Que opina en general sobre las formas de contratación que existen actualmente entre prestadores y promotores de salud?
2. ¿Cómo ve los cambios actuales en los modelos de contratación y como afectan a su institución?
3. ¿Según su experiencia, como sería un modelo de contratación más equilibrado para pacientes, IPS y aseguradoras, que características debería tener?
4. ¿En caso de que se incumplan los términos del contrato por parte de la EPS, usted como Gerente de IPS, que hace respecto a la prestación del servicio a los usuarios de esta EPS?
5. ¿Cuál modelo de contratación cree, es el más negativo para todos los actores, y por qué?

Institución 1

1. Pienso que actualmente existen contratos de todo tipo, evento, PGP, paquetes, pago por resultados, entre otros, pero que de acuerdo a todo lo que vive el sector, se debe ir migrando a contratos de pagos fijos, de pago por gestión de riesgo, donde gane el paciente, el asegurador y el prestador.
2. Los cambios actuales en los modelos de contratación específicamente, los PGP, que son a los que hemos venido, son positivos, puesto que el actor más importante es el paciente, se gestiona el riesgo, se agilizan los procesos administrativos, se trabaja en pro de la pertinencia de la clínica, se concentra el paciente en una Institución, y eso evita reprocesos.
3. El modelo de PGP, es un modelo equilibrado por los siguientes:
El paciente: Aprende a consultar siempre en la misma IPS, esto evita que se estén realizando ayudas diagnosticas repetidas, se eliminan trámites administrativos, y se les facilita trabajar en el riesgo de su propio estado de salud, en el caso de un paciente reconsultante.

El asegurador: El hecho de concentrar su población y tener un valor fijo por paciente, disminuye su costo médico, y podrán invertir más en promoción y prevención.

El prestador: Al tener mayor volumen de pacientes, podría ser más costo efectivo sus servicios, podría identificar con mayor facilidad las veces que consulta un paciente e incluirlo a programas de prevención y promoción.

4. En caso de haber incumplimiento de pago, es importante evaluar previamente el asegurador, si es un tema puntal de 1 mes específicamente o es recurrente, en el último caso, se debe investigar a fondo de la situación financiera de dicha Institución, y con esta información tomas decisiones.
5. El modelo de contratación que se ve menos viable para los actores, creería que es el pago por evento, puesto que el paciente puede llegar a cualquier Institución, generando pérdida de recursos valiosos para el sistema, tales como ayudas diagnósticas, laboratorios, entre otros exámenes que no cambian el criterio clínico, si se lleva poco tiempo de hacérselos. Por otro lado la seguridad del paciente, ya que los exponemos a radiaciones repetitivas e innecesarias, se vuelve más complejo gestionar el riesgo, porque no se tiene la información de su historia clínica, este modelo implica mayores auditorias por parte de los asegurados, mientras que en otros modelos, se crea confianza y una relación más estrecha entre las partes.

Institución 2

“Lo más importante es tratar de lograr una unión estratégica entre prestador y asegurador y así lograr que finalmente gane el usuario. Hay una frase de Darwin que me gusta mucho donde dice que no sobreviven los más fuertes sino aquellos capaces de adaptarse a los cambios. Por lo tanto, si somos capaces de moldearnos al sistema y hacemos las cosas bien, le podemos sacar provecho a los modelos de contratación actuales”

1. Desde el punto de vista del prestador, los modelos de contratación se distorsionan mucho desde la misma visión del prestador y del pagador, porque definitivamente al ser esto un mercado muy irregular, en su mayoría no se compran ni venden productos sino servicios y el resultado final puede no ser el esperado.
Los diferentes modelos de contratación dependiendo de cómo uno los mire, benefician más al pagador o al prestador y desde que inició la ley 100 con el estándar del aseguramiento obligatorio se habló de dos tipos de contratación básica que fueron el pago por capitación y el pago por evento (o servicio) ; ambos tienen diferencias muy establecidas, por ejemplo en el de cápita se asegura un poco el control del gasto con los programas de promoción y prevención y manejo óptimo de los recursos, pero se puede contener la oferta de servicios, mientras que en el pago por evento “ entre uno más haga más gana “ es este último modelo que se posiciono en los años iniciales del aseguramiento en salud. Con lo anterior se dieron cuenta que la UPC iba a ser insuficiente para la prestación del servicio y con base en esto, se crearon nuevos modelos de contratación donde se ha pretendido que el prestador también asuma riesgos y es lo que se conoce como riesgos compartidos; pero muchas veces por el mismo factor dominante de la aseguradora, ya no quiere compartir sino que pretende trasladar el riesgo. Es aquí en donde la sensatez de

cada actor y el trabajo en conjunto deben potencializarse para alcanzar los resultados esperados, no solo en resultados en salud para los usuarios sino una sostenibilidad financiera para las partes.

2. Los modelos de atención al ser un acuerdo de voluntades permiten pactar como se va a prestar el servicio; por lo tanto, no es obligatorio que yo contrate de una u otra manera, lo que sí es claro es que en el tema de las eficiencias ha habido muchas falencias cuando se quieren hacer servicios integrales. Desafortunadamente el sistema actual ha desvirtuado el hacer de los médicos y los odontólogos generales y los ha vuelto no tan resolutivos, sino más remitidores, lo que implica que en muchas ocasiones se esté escalando a un nivel más especializado sin ser necesario y claramente más costoso.

Considero que es muy importante volverle a dar el posicionamiento al médico general y por ende al de familia, para brindar una atención integral, gestionando los riesgos, siendo más resolutivos y pertinentes y con este fortalecimiento del primer nivel (PLAN DE ATENCION BASICA) se articularia con una red complementaria, para que a esta lleguen los casos que realmente lo ameriten, conformando redes integradas eficientes y resolutivas.

3. Hay que tener en cuenta que este sistema es muy asimétrico desde el flujo de recursos y si esto no se acomoda vamos a seguir teniendo dolores de cabeza. Igualmente considero fundamental la educación al usuario en cuanto a las aptitudes y alcances del médico general ya que los mismos pacientes se han encargado de desvirtuarlos y todo lo quieren escalar al nivel especializado y en muchos casos esto no es necesario.

Considero que es importante lograr un equilibrio, de la siguiente manera: como prestador tengo unos costos fijos, teniendo que lograr eficiencia haciendo lo necesario a los menores costos posibles produciendo un servicio con un margen de ganancia que me ayude a crecer, invertir en tecnología y equipos y un crecimiento financiero razonable, dándome sostenibilidad en el mercado; además, que el pagador pueda cumplir con sus obligaciones financieras adquiridas de manera adecuada y oportuna, porque si no hay flujo rápido de recursos se pierde liquidez y esto hace que todo sea más caro, ya que el apalancamiento financiero está encareciendo todo, no solo por los altos intereses, sino también por la imposibilidad de compras con pagos oportunos a los proveedores, terminando una ecuación en cero o casi negativa.

Creo que el modelo de pago fijo o PGP es un buen modelo de contratación, pero que esté muy bien construido basándose en unas frecuencias de uso reales teniendo en cuenta que estas cambian de acuerdo al número de usuarios e igualmente a la demanda de servicios. Es clave contar con buena estadística y un conocimiento adecuado del costo medio- evento, para así lograr trabajar de la mano con el asegurador y de esta forma contar con una red integrada que me ayude a controlar riesgos, a hacer diagnósticos oportunos, a tener una vía de acceso más rápida y se puedan acortar los ciclos entre el diagnóstico y el tratamiento, con el fin de poder cumplir con la cuádruple meta, que es lo que esperamos. Entiéndase la cuádruple meta como:

- + lograr resultados de salud adecuados (En términos de prevención, curación, rehabilitación o paliación).
- + tener costos eficientes (adecuado uso del recurso)
- + Equilibrio y sostenibilidad financiera para los actores.
- + lograr la satisfacción global del usuario.

4. En Colombia se pueden decir que aproximadamente buenos pagadores hay 3 o 4 de 25 EPS o mas que hay y uno como prestador se tiene que apalancar financieramente para poder prestar un servicio a crédito, porque finalmente se tiene que vender, entonces existe una dualidad **“o se sienta en la mercancía o se sienta en la cartera”**, si usted no vende no factura y si no se factura es que no se está produciendo y por obvias razones esto no tendría sentido. Estamos esperando que con este nuevo gobierno, que ha emitido leyes y decretos para mejorar el flujo de recursos, podamos llegar al principio de toda relación comercial: pagar por un servicio prestado y de la manera más oportuna posible.
- La conclusión para este punto es que cuando nosotros como prestadores tenemos una cartera muy alta que vemos que no está siendo honrada y los pagos nos son acordes a lo que se factura, nos toca terminar el contrato de manera unilateral por incumplimiento, cerrar servicios y mirar cual es la mejor manera de liquidar el contrato.

5. Cualquier modelo de contratación puede o no ser beneficioso, dependiendo si se trabaja en conjunto prestador y asegurador.

Hablando explícitamente como asegurador creo que el pago por evento es el más perjudicial ya que las IPS a veces se extralimitan en prestar servicios que no corresponden con tal de tener un dinero asegurado.

Hablando desde el punto de vista del prestador y de los pacientes creería que la capitación, si no es bien manejada, es perjudicial porque no si hay una buena administración de los recursos, la calidad de la atención en salud no sería la esperada ni la adecuada.

Institución 3

“Lo más importante es tener muy buenas relaciones con todo el medio ya que este es muy pequeño y un día puedes estar desde el lado del asegurador y al otro día desde el prestador, por lo tanto se necesitan aliados estratégicos por si te tienen que dar la mano”

1. Primero creo que es importante precisar que no existe un mecanismo ideal de contratación, todos tienen ventajas y desventajas específicas y el asegurador o pagador deberá, de acuerdo con las características de la oferta y la demanda de servicios, establecer el o los mecanismos de contratación que utilizará para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud de su población a cargo, de manera oportuna, eficiente y con calidad.

En este momento considero que hay una marcada tendencia de los aseguradores a gestionar su resultado económico a través de la transferencia del riesgo a los prestadores mediante algunos modelos de contratación que hoy están cobrando gran relevancia (principalmente PGP y MRC) y están siendo usados en general por todos los aseguradores en el país.

Estoy en desacuerdo con la inadecuada implementación de algunas de las nuevas modalidades de contratación más que con las modalidades en sí, para citar un caso, el modelo del PGP ha tomado mucho auge y se ha hecho muy común. En este modelo el asegurador le transfiere la responsabilidad al prestador de la atención de una población, y en el caso de que el modelo no esté bien construido esto afecta la prestación y la calidad del servicio, sobre todo si el prestador no tiene la capacidad para responder (en términos de capacidad instalada, servicios habilitados o capacidad económica para operar).

Este modelo como tal no es malo, pero para que funcione bien para todas las partes es necesario que en su construcción las frecuencias de uso, los CUPS incluidos y los costos medio de cada evento, queden claramente establecidas entre las partes para evitar zonas grises que afecten la prestación del servicio de cara a los usuarios.

Para concluir este punto creo que es imperativo anotar que cualquier modelo de contratación que se vaya a negociar tiene que ser muy bien estipulado, y sobretodo construido entre las partes, y tener claro lo que se va a contratar y con quien se va a contratar.

2. Vuelvo y reitero que los cambios en los modelos de contratación tienden a transferirle cada vez mayor responsabilidad y riesgo a los prestadores, mientras los aseguradores buscan controlar sus costos y simplificar su gestión de trámites y autorizaciones de usuarios. Pero esto no significa que la responsabilidad sea exclusiva del prestador, también es responsabilidad del asegurador validar la correcta ejecución del modelo contratado.

Esta compañía por ejemplo hace unos años viene trabajando entre otros modelos de PGP y RIESGO COMPARTIDO. Esto ha sido un ciclo de gran aprendizaje al poder ir identificando la capacidad operativa de las IPS y su capacidad de gestionar un PGP. Esto ha requerido que hagamos revisiones periódicas y ajustes en las notas técnicas cuando ha sido pertinente para favorecer una correcta operación de los modelos en términos financieros y de servicio, pero también nos ha llevado como compañía a tomar decisiones de terminar modelos de PGP cuando las instituciones muestran no estar en capacidad de prestar un adecuado servicio a nuestros usuarios. Hoy podemos decir que nuestros modelos son más sólidos en su construcción y al hacer partícipes a los prestadores de la construcción de la nota técnica quedan cada vez menos puntos de diferencia en la contratación y así la ejecución, el alcance y las coberturas quedan claras para las dos partes y el usuario es el beneficiado final.

Para que este modelo funcione es importante además contar con un muy buen equipo de auditoría que permita validar las ejecuciones del PGP y lograr las conciliaciones entre EPS e IPS en términos de servicios prestados y diferencias económicas.

3. Creo que un modelo más equilibrado podría ser el pago por actividad final o por grupo relacionado de diagnóstico, claro que es fundamental por parte del prestador conocer,

establecer y documentar protocolos para poder ofertar correctamente este tipo de modelos. Es imperativo conocer a profundidad los costos de prestación de los servicios contratados y contar con un equipo científico alineado que se ciña a los protocolos institucionales y de medicina basada en la evidencia para la prestación de los servicios en salud.

El modelo de riesgo compartido podría ser beneficioso si se conoce adecuadamente la población, la capacidad instalada y las cifras de frecuencia de uso; no obstante si la información que fue construida inicialmente no está clara, el prestador puede llevar las de perder, por decirlo de alguna manera.

4. He trabajado en el sector por 18 años, varios en IPS y otros en EPS, desde hace 1 año en Sanitas desde el lado de asegurador y puedo responder desde ambos puntos de vista.

*Si la IPS no les presta el servicio a ustedes como aseguradores.

Los aseguradores claramente cuando van a hacer una negociación establecen cláusulas de cumplimiento que valida el área de auditoría para poderle hacer seguimiento a dicho contrato. En caso de evidenciar brechas en la atención brindada por parte de las IPS se realizan evaluaciones periódicas, se brinda un acompañamiento estrecho y se dejan compromisos a cumplir; si el incumplimiento por parte de las IPS persiste, se toman decisiones de fondo, como lo es terminar el contrato. A lo anterior es importante hacer la anotación de que no se puede terminar el contrato con una IPS de inmediato por muchas razones, una de ellas es que muchos usuarios quedarían sin cobertura.

*Si la IPS por falta de pago no brinda atención a los pacientes.

Pienso que lo más importante es ponerse en el lugar del paciente y tratar dentro de lo posible de brindarle la atención, creo yo que es imprescindible no cerrar la puerta inmediatamente al usuario sino tratar de gestionarle la ayuda que requiera, siempre y cuando esto no ponga en riesgo a la IPS ni a sus finanzas.

Lamentable si el asegurador incurre en incumplimientos reiterados, se cierra la puerta y se dejan de brindar servicios a este asegurador.

5. Desde el punto de vista de los aseguradores, el modelo más negativo es el pago por evento, ya que tristemente hay muchas IPS que se aprovechan de esto, faltan a la pertinencia y quieren hacerle procedimientos al paciente que en muchas ocasiones no requiere, solamente por generar mayor facturación.

Para las IPS creo que el PGP puede ser negativo si no se tienen bien estructurados los procesos internos y si no están bien analizadas las frecuencias de usos y los costos de los servicios. En un modelo tipo capitación, se debe atender todo lo que se presente por así decirlo, lo cual una vez alcanzados costos cercanos a los ingresos por el modelo puede generar cierres de servicios para contención de costos afectando la atención de los pacientes.

Institución 4

1. Colombia es rico en Leyes. Pobre en aplicarlas. El sector salud no es la excepción. Existen variadas posibilidades contractuales entre Aseguradores y prestadores que facilitan la construcción de esquemas según las necesidades de todos los actores (usuario, aseguradora, prestador); el objetivo principal es darle una mayor eficiencia al manejo de los recursos del sistema. Entonces finalmente no son las formas de contratación el problema, es la aplicación amañada que cada actor (especialmente las Aseguradoras, quienes abusan del poder e incumplen lo pactado, haciendo “el quiebre” a las obligaciones estipuladas en los contratos). Así las cosas, las posibilidades contractuales, las formas de contratación en Colombia son muy amplias (UPC, evento, evento paqueteado, GRD, PAF, PGP, presupuesto fijo, a costo, etc. Inclusive podríamos incluir, como una variable, las UT y Alianzas temporales). Así las cosas, el sector no debería estar tan maltrecho como en el escenario actual, “va de mal en peor”.

2. Los cambios en general son buenos, la inclusión de Modelos de Gestión Compartida del Riesgo son una muy buena oportunidad para mejorar el escenario actual, bien sea bajo la modalidad de pago mediante PAF, PGP ó GRD. Aclaremos, son buenos en la medida que la otra parte sea “buena”, tenga una población normal en cuanto a siniestralidad (es decir, que no se traslade al prestador la demanda históricamente no atendida por la Aseguradora). Con un buen aliado (Aseguradora), los nuevos modelos tienen todo el potencial para afectar positivamente al prestador y mejorar el flujo de caja, aunque castigando la rentabilidad (y para qué altas rentabilidades sin rotación de cartera sin flujo de caja y por lo tanto sin capital de trabajo?). La clave de los nuevos modelos está en el mantenimiento de la salud, no en el tratamiento de la enfermedad (premisa que aparece desde el origen mismo de la Ley 100...pero que no se cumple en Colombia).

3. En mi experiencia uno de los buenos modelos de contratación es por cohortes poblacionales, ejemplo cohorte de ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles) y bajo la modalidad de PGP, con pagos diferenciados según la patología (similar a un GRD) y una atención personalizada, integral e integrada en red, pero aplicando las premisas de cuidado permanente de la población desde el domicilio mismo (atención domiciliaria) y fortaleciendo la atención primaria. Lo anterior permite disminuir estancias hospitalarias prolongadas, bajando para ambas partes los costos operativos y de transacción. El usuario y su familia también se sienten mejor cuidados y protegidos por el sistema, generando una sensación de bienestar mayor a los esquemas actuales (evento y cápita).

4. La excelencia en el relacionamiento, la política de “libros abiertos” es lo ideal en cualquier relación comercial. Ante una falla en la obligaciones por parte del Asegurador, se debe analizar previamente las implicaciones, la trascendencia que éste incumplimiento pueda generar. Dependiendo de ello, acudir al diálogo abierto entre las partes, al análisis minucioso causa – efecto de la situación que involucre compromisos y planes de mejoramiento, a la discusión productiva entre las partes y revaluación y ajuste de las condiciones contractuales. Si esto no surte efecto, y el incumplimiento es por ejemplo en los pagos...y éste es crónico, reiterativo, generando baja rotación de cartera... se debe proceder a limitar servicios ó terminar el contrato anticipadamente de forma unilateral.

5. El modelo más negativo es la contratación por evento, pues induce al prestador a la demanda de servicios, a facturar, más que a prevenir y mantener la salud. El Asegurador con éste modelo generalmente trabaja sobre el supuesto que el prestador “sobrefactura”, entonces procede a “cuadrarse” mediante glosa.

Institución 5

1. Aunque académicamente y en el mundo de la Industria de la Salud existen diversos modelos de contratación en Salud, estas se han tergiversado de manera grave por el espíritu original de la reforma en seguridad social en salud de Colombia.

Es un mercado tan imperfecto como es el de la salud en Colombia, y buscando los comunes denominadores de estas “nuevas prácticas de contratación” estas han terminado en los siguientes patrones de practica gerencial del sector:

- a. Traslado de riesgo Primario en salud, en formas larvadas y disfrazadas se han convertido en verdaderas capitas hacia el prestador, asumiendo estos riesgos epidemiológicos y de siniestralidad que le son propios a un asegurador.
- b. Traslado del Riesgo Técnico, incluidas las desviaciones y comorbilidades de recibir conjuntos de atención.
- c. El riesgo financiero se trasladó a las IPS, quienes deben transar con fiduciarias y pagos diferidos de las atenciones ya prestadas.

Los principios de un asegurador son el manejo de probabilidad de siniestralidad (Incidencia – Prevalencia), manejo financiero de los mismos y administración del riesgo técnico, lo anterior ya ha sido trasladado a las IPS y ya no tiene sentido que existan, sino que las IPS podrían tratar centralmente con una fiducia central como la ADRES.

Existe una ausencia grave del estado en la supervisión de estas formas de contratación, contestando y permitiendo irregularidades graves en la ejecución de los contratos y en integraciones verticales y cerradas que perjudican la calidad de los servicios.

2. Las denominadas administradoras de planes de beneficios han tomado “la comodidad de delegar la atención y administración de sus pacientes en las IPS, haciendo el mencionado traslado de riesgo a prestadores de servicios de salud que son su esencia, quedándose con una cómoda administración y burocracia corporativa.

Cuando los presupuestos globales se agotan en estas formas de contratación (Que es el modelo predominante de esta nueva era de contratación, casi en un 90% son capitas o PGP) lo que hacen las IPS en una sensatez financiera es recortar el acceso, la oportunidad y la calidad del servicio, así se dan las cosas para que se aplacen las atenciones de todo lo que se pueda por agotamiento del presupuesto.

Al cabo de un tiempo las EPS se dan cuenta de que no están cumpliendo las IPS y tratar de hacer un carrusel de contratación con una nueva IPS que si cumpla los indicadores técnicos, de calidad y de servicio. Volviendo a empezar un ciclo ominoso.

3. En 30 años de experiencia creo que el mejor modelo sería un MIX de diferentes modelos, parte de los servicios de Primer nivel y segundo nivel puede ser capitación, la promoción y prevención por evento. Los servicios quirúrgicos de II y III nivel por Conjunto integral, las internaciones y urgencias por Evento, algunas especialidades como Cardiovascular -

Neurocirugía -urología por Pago por actividad Final PAF. No hay un modelo perfecto, pero quizás la combinación de modelos bajo una filosofía de Gerencia del Riesgo permitiría un balance de riesgo entre EAPB e IPS, que haga más justo la entrega de servicios a los pacientes. Conservando los atributos de calidad como integralidad, oportunidad, continuidad, resultado y satisfacción.

4. La Mayoría de las veces debemos hacer conciliaciones de mutuo acuerdo, aun con el inconveniente financiero de tener carteras gravosas. En mi ejercicio siempre ha dado mejor resultado el dialogo argumentado, inteligente, vigoroso administrativamente y mostrando determinación gerencial y jurídica. En este sistema de Seguridad social poca ayuda a determinado los entes de control o los abogados. Mi lema es para que la fuerza excesiva si con la inteligencia es suficiente. Hay finalmente momentos en que se agotan los caminos y se requieren los abogados y los procesos jurídicos.

5. En este momento las capitaciones y pagos prospectivos de Segundo y tercer nivel, por lo argumentado en la primera pregunta. Adicionalmente los aseguradores dejaron de ser aseguradores y convirtieron a los prestadores de servicios de salud en Aseguradores. El gobierno se quedó en un pasivo de no solo asumir su obligación constitucional de brindar salud a los colombianos que con la Ley 100 de 1993 se la traslado al sector privado , sino que además no vigila ni disciplina el sistema.

6. CONCLUSIONES

- Con este trabajo, se logró conocer los tipos de contratación en Salud que existen en Colombia, buscando generar servicios con calidad, porque por falta de conocimiento en los diferentes tipos de contratación no se garantiza el cumplimiento de las condiciones de los contratos y esto implica que se vea afectada la calidad de la prestación de los servicios de salud.
- Se logró profundizar de una manera integral proporcionando una visión completa de las aristas del tema que en cuestión se está tratando, para tener fundamentos que den cuenta del buen manejo de los recursos y de qué tipo de contratación favorece no solo la institución que se tenga a cargo, sino también el bienestar de la población.
- Identificar las ventajas y desventajas de cada uno de los modelos de contratación en salud es necesario para tener una comunicación asertiva con los entes involucrados en las negociaciones, cada grupo de negociación tiene libertad para determinar pactos, periodos y demás información relevante que contribuye a tener una relación fortalecida en el tiempo, que permita y asegure la prestación del servicio con calidad y equidad, a la población que lo requiera y que este pactada.
- Es de suma importancia tener en cuenta que dependiendo de la realidad de cada entorno las condiciones a su vez cambian, por lo tanto es fundamental que tanto EPS como IPS trabajen unidos, manteniendo una comunicación permanente y abierta que incluya comités de seguimiento y retroalimentación para ambas partes para así lograr conocer el perfil epidemiológico de la población y factores externos que puedan influir en el uso y en la frecuencia de los servicios (ejemplo el clima, la ubicación geográfica, entre otros) para de esta forma estar enfocados en un mismo fin y lograr compartir los riesgos.

****REFLEXION****

¿Se debe respetar o no la libertad de elección del usuario en las diferentes contrataciones?

Planteamos que el tema de la libertad de elección desde el punto de vista normativo, en esencia la ley estatutaria de 2015, establece la libertad de elegir las instituciones de la seguridad social, lo cual se ve coartado por las formas de contratación, ya que casi todas las EPS independiente de la forma de contratar no tienen en cuenta dicha libertad de elección de prestador de servicios de salud por parte del usuario.

¿Entonces cuál es el dilema?

Si se respeta a plenitud la libertad de elección del usuario pudieran pasar los siguientes escenarios:

1. Los usuarios pudieran tener la tendencia a buscar servicios de buena calidad pero que pueden ser los más costosos contratados dentro de la red de la EPS, lo que dificultaría el control del gasto médico.
2. Los usuarios pudieran tener la tendencia a pedir más ayudas diagnósticas de las necesarias al tener la sensación de libertad de exigir.
3. Los usuarios pueden ser entonces objeto de las actividades comerciales de los prestadores que buscarían inducir la demanda para así facturar más servicios.
4. El asegurador tendría muchas dificultades de controlar los costos y de igual forma de controlar los pacientes crónicos en su carga de enfermedad prevalente ya que si el usuario busca atención frecuentemente en diferentes IPS, conocerlo a fondo sería muy difícil y por ende controlarlo también.

En conclusión es difícil encontrar una modalidad de contratación que equilibre los dos sectores y a su vez es difícil también decidir que debería predominar, si la libertad del usuario o el control del paciente por la aseguradora en la contratación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Presidencia de la Republica. Ley 100 de 1993, Seguridad Social. Libro segundo, El sistema de seguridad social en salud. Diciembre 23 de 1993 [citado el 11 de febrero de 2019].
2. Bardey D; Buitrago G. Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. [Internet]. Junio 2017. [citado el 11 febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.afidro.org/sites/default/files/Estudio-Universidad-de-los-Andes-Junio-de-2017.pdf>
3. Pérez M; Velásquez A. Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores [Internet]. 2008 [citado el 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00099a&AN=ces.10946.971&lang=es&site=eds-live&scope=site>
4. Alonso P; Pinto DM; Astorga I; Freddi J. Conceptos generales y modelos: Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina Banco Interamericano de desarrollo, Noviembre 2014. [citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publication/13825/conceptos-generales-y-modelos-serie-de-notas-tecnicas-sobre-asociaciones-publico>
5. Tobar F; Rosenfeld N; Reale A. Modelos de pago en servicio de salud [Internet]. 1998 [citado el 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-273.pdf>
6. Morales N; Mogollón A; García V; Rodríguez LF; Barragán AM; López SL; et al. Configuración y características de las redes de servicios de salud en Colombia / Configuration and characteristics of health service networks in Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. Abril 2011 43(1):73-77 [citado el 11 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co.bdigital.ces.edu.co:2048/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100013&lng=en&tlng=en
7. Perrot J. Different approaches to contracting in health systems / Diferentes sistemas de contratación en los sistemas de salud / La diversité du recours à la contractualisation dans les systèmes de santé. Bull World Health Organ. [Internet]. 2006 [citado el 11 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.scielosp.org.bdigital.ces.edu.co:2048/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862006001100010&lng=en&tlng=en
8. Guerrero R; Becerril V; Vásquez J. Sistema de salud de Colombia [internet]. Cuernavaca-Morelos-México: Ramiro Guerrero; Feb 9 2011 [Consultado 13 de Feb 2019]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci_arttext&tlng=pt#back
9. Camero L; Lagos A; Triana R; Brun M; Otoniel Cabrera Romero; Isabel Díaz Olivares; Ivonne Rodríguez Nieto. Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema

General de Seguridad Social en Salud –SGSSS [internet]. Bogotá-Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; Junio 2016 [Consultado 13 de Feb 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

10. Torres Tovar M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses del mercado. Saúde [internet]. 2008 [Consultado 12 Feb 2019]; 32: 207-219. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773021.pdf>

11. Castro H. Modelos de contratación, evidencia científica y posibles opciones para Colombia [internet]. 2013 [Citado el 23 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/modelos_contratacion.pdf

12. Castro Jaramillo H. E. Modelos de contratación en servicios de salud “facilitando la relación entre pagadores y prestadores”. [internet]. 2014 [Citado el 23 de febrero de 2019]. Disponible en <http://es.scribd.com/document/360980461/2-Dr-Hector-Castro-MODELOS-DE-CONTRATACION-pdf>.

13. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Capítulo I. Contratación por capitación. Artículo 52. Enero 19 de 2011. [citado el 19 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html.

14. Gaviria Uribe A; Dávila Guerrero C.E; Ruiz Gómez F. Gestión integral de riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto del modelo integral de atención en salud. Enero 2015 [Citado el 25 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado-pdf>.

15. Molina Marin G; Vargas Jaramillo J; Berrio Castaño A; Muñoz Marín DP. Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008. Gerenc. Políti. Salud. [internet]. 2010 [consultado 22 Feb 2019]; 9 (18): 103-115. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2637>.

16. Castaño R.A; Moreano D; Prada S.I; Marín F.R. Modalidades prospectivas de pagos en Salud. Libro una propuesta de taxonomía. Diciembre, 2018 [Citado el 01 de agosto de 2019].

17. Céspedes Londoño JE; Jaramillo Perez I; Castaño Yepes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cada Saúde Pública [internet]; 2002 [consultado 23 Feb 2019]; 18 (4); 1003-1024. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2002000400008&script=sci_abstract&lng=es

18. Presidencia de la República. Decreto 4747 de 2007. Por medio de la cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se

dictan otras disposiciones. Diciembre 7 de 2007 [citado el 24 de febrero de 2019] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

19. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normal orgánicas en materia de recursos y competencia de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Capítulo III. Distribución de los recursos para la salud; artículo 51. Diciembre 21 de 2001. [citado el 25 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_.pdf

20. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 13 numeral d y Artículo 14. Enero 9 de 2007. [citado el 24 de febrero de 2019] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

21. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.2.1. Requisitos mínimos para la negociación y suscripción de contratos de prestación de servicios de salud. 2016. [citado el 29 de agosto de 2019] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf

22. Jiménez,WJ; Angulo,LL ; Castiblanco, YP; Gómez, ML; Rey, LJ; Solano,LT ; Urquijo, YC. Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? Revista Colombiana de Cirugía, [Internet]. [2019] vol. 31, núm. 2, pp. 81-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3555/355545923002.pdf>

23. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Capítulo III. Profesionales y trabajadores de la salud. Artículo 17 y 18. Febrero 16 de 2015. [citado el 25 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202017

8. ANEXOS

Anexo 1. Descripción de las bibliografías utilizadas en el marco teórico.

Nº	DESCRIPCION DEL DOCUMENTO	TITULO	AUTORES	AÑO – # PAG.	IDEAS CLAVES
11	Este documento resume sobre los modelos de contratación Colombia, teniendo en cuenta la regulación del sistema general de seguridad social en salud.	Modelos de contratación, evidencia científica y posibles opciones para Colombia.	Castro H.	2013 – 29 páginas.	Mecanismos de pago, modelos de contratación, el sistema de salud colombiano esta embebido en un mercado oligopólico, prestadores externos.
12	Busca describir los modelos actuales de contratación en salud, da ejemplos de algunos mecanismos de pago en los servicios.	Modelos de contratación en servicios de salud “facilitando la relación entre pagadores y prestadores”	Castro Jaramillo H.	2013 – 37 páginas.	Incentivos económicos, sociales y morales en el impacto sobre el comportamiento de los agentes, relación entre pagador y prestador, mecanismos de pago innovadores.
13	La presente ley tiene como objeto el fortalecimiento del sistema de seguridad social en salud, en el marco de atención primaria en salud, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.	Ley 1438 de 2011	Congreso de la República de Colombia	2011	Solo se puede contratar por capitación los servicios de baja complejidad, siempre y cuando se reporte la información con oportunidad y calidad.

14	Este documento aborda la gestión integral del riesgo en salud desde la perspectiva del aseguramiento en el contexto del modelo integral de atención en salud.	Gestión Integral del Riesgo en Salud.	Gaviria Uribe A; Dávila Guerrero C.E; Ruiz Gómez F.	2015 – 39 páginas.	Problemas del actual modelo de aseguramiento en la gestión del riesgo en salud, orientación actual del SGSSS, propuestas para el fortalecimiento en la gestión del riesgo en salud.
15	Este busca describir las características del proceso de contratación de servicios de salud entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y entes territoriales, con las IPS públicas y privadas en la ciudad de Medellín	Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008	Molina Marin G; Vargas Jaramillo J; Berrío Castaño A; Muñoz Marín PD	2010- 13 páginas	Contratación de servicios de salud. Los contratos son muy diversos. Constantes tensiones interinstitucionales. Relacionadas con la posición de las EAPB.
16	Define las modalidades prospectivas de pagos en salud, permite identificar la exposición al riesgo que cada modalidad representa para el prestador, así como los incentivos que se derivan de dicha exposición.	Modalidades prospectivas de pagos en salud.	Castaño R.A; Moreano D; Prada S.I; Marín F.R.	2018 – 23 páginas.	Pagos prospectivos, riesgo primario de incidencia, incentivos positivos y negativos.
17	Se describe la ley estatutaria de salud donde se define el plan de beneficios, además donde se sustituyen los	Ley Estatutaria en Salud, ley 1751 de 2015.	Santos A.C.	2014 – 28 páginas.	Contrato por capitación, pagos prospectivos de salud, plan de beneficios realizando exclusiones,

	contratos por capitación a los contratos por pagos prospectivos.				autonomía médica, ley 1438 de 2011.
18	Representa la consolidación de la disciplina jurídica que tiene por objeto regular la relación capital – trabajo en forma autónoma.	Presente y futuro del derecho del trabajo	Jaramillo Jassir I.D	2010 – 18 páginas.	Derecho del trabajo, derecho laboral, flexibilización de las relaciones laborales.
19	Se hace un estudio comparativo de dos cortes transversales de la población, antes y después de promulgada la Ley 100 y se evalúan la distribución del aseguramiento y la utilización de los servicios.	Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia.	Céspedes Londoño JE; Jaramillo Pérez I; Castaño Yepes RA.	2002 22 páginas	El aseguramiento aumentó notablemente en la población pobre. El acceso a los servicios de salud seguía siendo deficiente por diversas barreras No se evidenció un impacto claro sobre la equidad en la utilización final del servicio.
20	En este decreto se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.	Decreto 4747 de 2007.	Presidente de la República.	2007 10 páginas	Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Tipos de contratación para el cliente externo en salud. Requisitos para la negociación y suscripción de acuerdos para la prestación de servicios.
21	Por la cual se dictan normal orgánicas en materia de recursos y competencia de	Ley 715 de 2001.	Congreso de la República.	2001	Organización de la prestación de los servicios de educación y salud.

	conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.				Naturaleza del Sistema General de Participaciones. Distribución de los recursos
22	En esta ley se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Ley 1122 de 2007	Congreso de la República	2007 18 páginas	Mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema y mejoramiento en la prestación de servicios de salud. Fortalecimiento en los programas de salud pública
23	La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.	Ley Estatutaria 1751.	Congreso de la República de Colombia.	2015	Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, respetando los grupos diversos.

Anexo 2. Consolidado de las bibliografías.

CONSOLIDADO DE LOS TIPOS DE FUENTES CONSULTADAS Y AÑO		
ELECTRÓNICAS		
Palabras Claves: Modelos de contratación, modelos de pago, salud, efectos, tipos de contrato, reforma en salud, acceso, ley, contrato laboral.		
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	AÑO
Revistas	3	2001- 2010- 2010
Congreso	6	2001- 2007- 2007- 2015- 2015-2011
Libros	3	2014 - 2018
Publicaciones	3	2002- 2013- 2013
TOTAL: 15		