

MONOGRAFÍA
MERCADEO DE SERVICIOS: EL PRECIO EN SALUD

POR

ADRIANA PATRICIA CASTAÑEDA LÓPEZ

LENCY YULIET NARANJO ZULUAGA

DIGNA MARIA MAYO

ASESOR: DOCTOR JUAN GONZALO ALZATE.

GERENCIA DE IPS
GRUPO XIV
UNIVERSIDAD DEL CES
MEDELLÍN 2009

MERCADEO DE SERVICIOS: EL PRECIO EN SALUD

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
 - 2.1. OBJETIVO GENERAL
 - 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- 3. MARCO CONCEPTUAL DEL MERCADEO DE SERVICIOS EN SALUD ENFOCADO EN EL PRECIO**
 - 3.1. El precio dentro del mercadeo de servicios de salud.
 - 3.1.1. Generalidades
 - 3.1.1.1. Costo total
 - 3.1.1.2. Precio
 - 3.1.1.3. Tarifa
 - 3.1.2. Precio en servicios de Salud
 - 3.1.3. Objetivos para establecer precios
 - 3.1.3.1. Objetivo de maximizar la rentabilidad
 - 3.1.3.1.1. Estrategia 1: Aumento de precios
 - 3.1.3.1.1.1. Aumento del posicionamiento
 - 3.1.3.1.1.2. Segmentando el mercado
 - 3.1.3.1.1.3. Diferenciándose
 - 3.1.3.1.1.4. Manejo financiero
 - 3.1.3.1.2. Estrategia 2: Disminución de costos
 - 3.1.3.1.2.1. Reordenando ciclos de servicios
 - 3.1.3.1.2.2. Proceso tecnológicos médicos y de informática
 - 3.1.3.1.2.3. Planes de compra de insumos
 - 3.1.3.1.2.4. Manejo eficiente de inventarios
 - 3.1.3.2. Objetivo de ampliar la participación en el mercado y/o entrar a nuevos mercados o retener el mercado actual de clientes.
 - 3.1.3.3. Objetivo de sobrevivir solamente
 - 3.1.4. Métodos para establecer los precios
 - 3.1.4.1. Basado en el costo
 - 3.1.4.2. Según el mercado
 - 3.1.4.3. Basado en las competencias

3.2. GENERALIDADES CONTRATACIÓN, NORMAS EN SALUD Y
MANUALES TARIFARIOS

3.2.1. Normas de Contratación

3.2.1.1. Preparación

3.2.1.2. Desarrollo

3.2.1.3. Cierre

3.2.2. Contratación en salud

3.2.3. Mecanismo de pago en servicios de salud

3.2.3.1. Pago por capitación

3.2.3.2. Pago por evento

3.2.3.3. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo
relacionado por diagnóstico

3.2.4. Facturación en servicios de salud

3.2.5. Manuales tarifarios para liquidación de cuentas en servicios de salud

3.2.5.1. Manual Tarifario SOAT: Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996.

3.2.5.2. Acuerdo 209 de 1999. Manual Tarifario ISS

3.2.5.3. Acuerdo 256 de 2001. Manuel Tarifario ISS

3.2.5.4. Manual de tarifas mínimas para aplicación en salud

3.2.5.4.1. Generalidades

3.2.5.4.2. Legislación Piso Tarifario

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El mercadeo es una filosofía que nació en las empresas productoras de bienes tangibles. En un principio los “productores” de servicios se negaban a aplicar el marketing en su actividad comercializadora, aduciendo que este era solamente aplicable a los productos y que sin él podían lograr negocios exitosos.

Luego de esto los empresarios de servicios se percataron de que el mercado, el público potencial al que dirigen sus esfuerzos comercializadores, es el mismo al que se enfrentan las empresas productoras de bienes tangibles; en otras palabras, ambos trabajan por obtener un espacio apropiado en la distribución de los ingresos de los consumidores potenciales.

Es por esto que cada vez más los servicios de salud se enfrentan a la necesidad de ser proactivos y productivos ante la realidad competitiva de hoy. Con un manejo estratégico del precio, las entidades de salud pueden lograr resultados competitivos importantes.

Esto es aplicable ampliamente en el sector salud, donde la competencia por los precios cada vez es más importante y donde el futuro del sistema de salud será competir por calidad.

La presente monografía tiene como objetivo revisar los conceptos generales del mercadeo y las Ps que lo definen, centralizando nuestro análisis en la P del precio y la forma en que se realizan los contratos en servicios de salud.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el mercadeo orientado principalmente a los servicios de salud, teniendo como objetivo primordial el análisis del precio y los factores que lo influncian.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las definiciones generales de mercadeo que permiten dar un concepto claro en el ámbito empresarial tanto de productos como de servicios.
- Identificar y definir las Ps del mercadeo de servicios
- Describir el precio en el ámbito del mercado.
- Establecer cuales son los factores que influncian en la fijación de precios.
- Definir la relación que existe entre el precio y costo
- Identificar los factores que influncian la fijación de precios en función de los factores estratégicos de la organización.
- Describir cuales son las principales condiciones de negociación para establecer los precios de los servicios.
- Identificar los principales manuales tarifarios y dar conceptos generales sobre sus contenidos

3. MARCO CONCEPTUAL DEL MERCADEO DE SERVICIOS EN SALUD ENFOCADO EN EL PRECIO

El Marketing o mercadeo se puede definir de varias formas:

a. Proceso de planificación, ejecución, fijación de precios, promoción y distribución de ideas, bienes y servicios, que satisfagan objetivos individuales y organizaciones. Asociación Americana de Mercadeo 2005.

b. Acción y efecto de negociar productos o servicios. Paul Manssur, 1949.

c. Es la totalidad de la organización desde la perspectiva de los consumidores, se trata de comprender y conocer al cliente, de forma que el producto o servicio se adapte perfectamente a sus necesidades. Peter Drucker 1973.

d. En la definición técnica, tenemos que: 'El mercadeo es un proceso gerencial que realiza el análisis, planeación, implementación y control de los servicios ofrecidos, diseñados para que originen intercambios voluntarios de valores con mercados seleccionados, con el fin de alcanzar los propósitos y misión de la organización.

Se basa en esencia, en la creación de ofertas de servicios de acuerdo a las necesidades y deseos de los mercados seleccionados, con políticas de precios adecuadas; buena distribución y entrega de servicios y con claros objetivos de comunicación, para motivar una acción de compra y satisfacer así a los clientes del mercado".

3.1. El precio dentro del mercadeo de servicios de salud

3.1.1. Generalidades

El Precio es el valor monetario que el mercado asigna a un bien o servicio. Este concepto económico difiere del concepto jurídico, el cual implica únicamente la contraprestación a un contrato o transacción. Existe una acepción de orden moral que busca definir el "precio justo" a una interacción humana que implique la entrega o

provisión de un bien o servicio, definiciones que se tienden a confundir cuando se evalúan los mercados.

El precio de un producto o servicio puede definirse de múltiples maneras, dependiendo de los factores y las variables que se consideren para abordar su función. El precio, es el valor en dinero o en especie que un comprador está dispuesto a pagar y un vendedor a recibir, para lograr un intercambio, que satisfaga plenamente a ambas partes, teniendo en cuenta la calidad del producto, su disponibilidad en tiempo y lugar, el grado de tecnología necesario para su fabricación, su costo de producción, su durabilidad, su presentación y otros factores que puedan agregar un nivel de valor, sin dejar de mencionar el más importante como es la UTILIDAD o beneficio que representa el producto para el comprador.

También como la cantidad que se desea y se puede comprar por los consumidores. La relación entre la oferta y la demanda determina los precios esto se conoce como Ley de la Demanda: “ Las cantidades demandadas de un producto varían en sentido inverso al precio del mismo”.

No obstante, cuando se analizan los precios de manera transversal, en un momento del tiempo, sólo es posible observar el precio que corresponde al equilibrio, en el punto donde las fuerzas de la oferta y demanda se compensan. Por esa razón, el precio es la referencia más poderosa en el largo plazo de un proceso regulatorio.

En el mundo de la administración y la gerencia de servicios de salud existen unos términos que se utilizan indiscriminadamente, pero que claramente se diferencian, por lo cual es importante comprenderlos para establecer la dinámica de los precios en el mercado.

3.1.1.1. Costo total

Es la distribución de absolutamente todos los gastos de producción y de apoyo de una organización en el portafolio de servicios de una empresa de servicios de salud. Lo ideal es que toda organización conozca los costos de cada uno de los servicios como por ejemplo conocer el costo de cada examen, de cada cirugía, cada día de hospitalización etc.

En general lo que se debe lograr es llevar todos los gastos que genera la organización a cada servicio en detalle y evitar que los servicios sean mal costeados por presentarse los subsidios cruzados, y realmente esto no se podrá recuperar en el precio de venta de determinado servicio. Los costos se pueden dividir en fijos y variables, y ambos se deben tener claramente definidos.

3.1.1.2. Precio

Es el valor de venta de un servicio de salud en un libre mercado, que incluye el costo total más una utilidad esperada. El precio siempre es un valor que se fija por las empresas oferentes de un servicio y que se regula por la interacción entre la oferta y la demanda, es decir, entre las empresas productoras de servicios y los compradores de los mismos.

Esto está enmarcado en el libre mercado en el cual el estado no interviene legalmente, mediante legislación para establecer un valor, y esta característica es la que diferencia el precio de la tarifa. Es un error en este momento que las empresas de salud hablen de tarifas, porque realmente lo que se tienen son precios, porque hasta la fecha esto no ha sido regulado por el estado (Manual de Piso Tarifario). En el precio es el mercado el que regula su valor y para nada interviene el estado. Se exceptúan los casos de urgencias cuando no tienen contrato la IPS y las EPS, donde entra a operar el manual tarifario de la seguridad social.

3.1.1.3. Tarifa

Es el valor de venta de un servicio impuesto o reglamentado por el estado, es decir, por un acto legislativo, llámese ley, decreto o resolución ministerial, que puede o no incluir la recuperación del costo total más una utilidad que puede ser o no la utilidad esperada por la empresa de servicios de salud. En este el estado interviene de lleno, pues él fija el valor de los servicios y ninguna empresa puede moverse de ese valor.

3.1.2. Precio en servicios de Salud

Hablando específicamente del precio se puede decir que en los servicios de salud esta determinado por:

- El asegurador tiene mayor información y poder de negociación frente al proveedor, si las condiciones del mercado particular de servicios revelan excesos de oferta.
- El efecto de la tecnología médica y la innovación, en medicamentos e insumos, sobre las condiciones económicas de los mercados de salud. Estos factores de producción se caracterizan por depender de costosas investigaciones con riesgo financiero, o incertidumbre sobre su retorno efectivo. La recuperación de inversiones, exitosas y no exitosas, por parte de estas empresas, organizadas en monopolios y oligopolios, puede estar determinada por los derechos de propiedad intelectual que garanticen periodos de suficiente protección, para maximizar el retorno.
- La concentración monopólica en los mercados es otro factor
- Las condiciones del mercado laboral.
- Las barreras en los flujos de información y de servicio por parte de administradores con información privilegiada por los operadores de los planes de seguro, ha demostrado ser un poderoso incentivo para limitar ese gasto médico excesivo.
- Los factores de calidad (La acreditación institucional como los sistemas de medición de desempeño médico).

En salud los consumidores enfrentan curvas de demanda plana cuando se presenta la competencia monopolista, ya que esta influenciado por que el usuario ve la salud como una necesidad, va ligado a la experiencia previa y el aseguramiento reduce los precios.

El ser una curva plana no hace a los precios inelásticos, ya que existen servicios tales como los servicios ambulatorios, servicios diferenciables y cirugías programables en los cuales el precio tiende a ser elástico, en cambio los servicios de urgencias quirúrgicas no programables y enfermedades de tipo catastrófico, son altamente inelásticos al precio. Es razonable que cuando el compromiso por la vida es inminente, el precio deja de ser una restricción.

Cuando se habla de precio en salud existe un actor que es el asegurador el cual es considerado un intermediario pero realmente no lo es.

Los efectos del aseguramiento derivan de tres acciones básicas propias de los esquemas de seguro en salud:

a. El asegurador reduce el riesgo financiero de las familias al mancomunar los riesgos de las diferentes personas que toman su póliza de aseguramiento (pooling) reduciendo la incertidumbre derivada de la eventualidad catastrófica y su impacto financiero sobre los ingresos.

b. El asegurador genera economías de escala al comprar servicios en volumen y cantidades apreciables, mediante negociaciones ventajosas con los proveedores. Parte de esas economías deben ser transferidas al consumidor o al sistema.

c. Al haber aseguramiento, el precio de los servicios baja y el asegurado puede consumir más servicios. Esto puede representar un efecto acceso, si los servicios habían sido relacionados previamente, o un abuso moral cuando el consumo es redundante.

En general en los servicios de salud el sistema de precios puede ofrecer mucha información pero la esencia de este sistema es que se brinden indicaciones para decisiones correctas, haciendo que compradores y vendedores obtengan ganancias conjuntas en los intercambios. En el caso que esto no se presente, se obtendrán fallas y se presentarán desigualdades que pueden ocasionar ineficiencia en el proceso. Cuando los precios presenta fallas, se dice que una de las partes de la transacción obtiene utilidades superiores a la otra y que estas utilidades se originan en asimetrías de información y poder de negociación distintos entre las partes del intercambio.

3.1.3. Objetivos para establecer precios

Para establecer los precios se tienen los siguientes objetivos:

3.1.3.1. Objetivo de maximizar la rentabilidad

Para lograr este objetivo se tienen dos estrategias:

3.1.3.1.1. Estrategia 1: Aumento de precios

Esta se da si se dan uno de las siguientes situaciones:

- 3.1.3.1.1.1. **Aumento del posicionamiento:** Los servicios ser reconocidos por su alto grado de desarrollo científico o por una técnica quirúrgica rápida y segura, al buscar desarrollar esto con mayor intensidad y hacerlo conocer del mercado con estrategias de promoción, hará que tenga un mayor prestigio y se puedan lograr aumentos de precios que el mercado podría tolerar más fácilmente.
- 3.1.3.1.1.2. **Segmentando el mercado:** Consiste en encontrar a aquellas personas o instituciones que están dispuestas a pagar precios altos por alta calidad del servicio que requieran.
- 3.1.3.1.1.3. **Diferenciándose:** La entidad o profesional presenta una o varias características que lo hacen único o por lo menos más ágil o de mejor servicio que el resto de los competidores. Esto permitirá manejar un precio más alto, obviamente si el mercado esta dispuesto a pagar por ello.
- 3.1.3.1.1.4. **Manejo financiero** (tasas de interés, plazos de pagos, descuentos financieros). Es muy claro que cuando se reducen los plazos de pagos o se aumentan las tasas de interés, se logra una mayor rentabilidad, por el concepto del valor del dinero en el tiempo y del costo de oportunidad financiera.

3.1.3.1.2. Estrategia 2: Disminución de costos

Esto es un proceso constante en una organización, para ser lo más eficiente posible, sobre todo en ambientes de alta complejidad. Esto se logra con lo siguiente:

- 3.1.3.1.2.1. **Reordenando ciclos de servicios:** Revisando todo el proceso que hace el cliente para hacer el recorrido por la institución. Cuando se hace la

revisión de estos procesos, se puede lograr reducciones significativas y optimizando procesos.

3.1.3.1.2.2. **Proceso tecnológicos médicos y de informática:** Sobre todo en algunas áreas, por ejemplo el laboratorio clínico, la tecnología aumente la eficiencia. Esto debe estar ligado a lograr que dicha tecnología permita atender altos volúmenes, para que el costo por cada unidad procesada será muy baja.

3.1.3.1.2.3. **Planes de compra de insumos:** Cada organización debe tener un buen proceso de compras, en el cual logre obtener competencia entre sus proveedores y pueda obtener buenos precios que le ayuden a rebajar sus costos y por ende obtener mayor rentabilidad. Esto depende del poder de mercadeo que tenga la institución (capacidad de negociación y de presión que se pueda ejercer con los proveedores).

3.1.3.1.2.4. **Manejo eficiente de inventarios:** Con personal entrenado y procesos de control definidos.

3.1.3.2. Objetivo de ampliar la participación en el mercado y/o entrar a nuevos mercados o retener el mercado actual de clientes.

La estrategia más común cuando se quiere cumplir este objetivo es el manejo del precio y principalmente la reducción. La participación en el mercado es la parte o porcentaje que tiene una entidad referida a una variable con la cual se mide un negocio. Se aconseja reducir precios siempre y cuando:

- El mercado sea sensible al precio(la disminución lo estimula) y así por ello se aumenta la demanda.
- Desaliente a los competidores actuales y potenciales a competir o entrar en el negocio.
- Que el mercado que se atiende no los asocie con muy baja calidad.
- Si los costos de los servicios se pueden disminuir o controlar y manejar una utilidad razonable, o incluso no lograr utilidad pero si recuperar costos totales, utilidad cero.

En este objetivo lo que más se quiere que el mercado conozca los servicios, no tanto la rentabilidad.

3.1.3.3. Objetivo de sobrevivir solamente

Esta dada por muchos factores pero se puede presentar por: No se desea competir por que no se tiene el concepto de crecimiento y desarrollo, solo se busca librar los costos y obtener una pequeña rentabilidad, un entorno altamente competitivo y crisis en el manejo del precio.

3.1.4. Métodos para establecer los precios

Existen diversos métodos para establecer el precio de un producto o servicio entre esos están:

3.1.4.1. Basado en el costo

Es el principal. Toda institución debe tener estudios de costos bien establecidos para vender sus servicios y hacer negociaciones. Se debe establecer el costo total de los servicios (directos e indirectos), luego determinar una rentabilidad y basado en esto colocar un precio final. Se pueden presentar dos problemas si el precio se basa solo en el costo. Uno puede ser que el cliente no pueda pagar ese precio o no sea contratado por una institución, el segundo que el precio sea muy superior al promedio del mercado y no genere demanda y el tercero el costo ser muy inferior y desencadenar una guerra de precios.

3.1.4.2. Según el mercado

Establecer el precio con respecto a la capacidad de pago del mercado o mejor dicho según la capacidad de pago de la persona o la entidad. Bajo este concepto se pueden presentar tres situaciones:

1. Un precio muy por debajo del costo, el cual se subsidia.
2. Un precio igual al costo, en el cual ni se pierde, ni se gana (punto de equilibrio).

3. Un precio con una alta rentabilidad para mercados pudientes o de grandes contratantes, con lo cual se busca cubrir el mercado subsidiado.

Este tipo de método es muy riesgoso en servicios de salud porque puede existir el riesgo de grandes déficit presupuestales, pero bien manejo puede generar gran solidaridad.

3.1.4.3. Basado en las competencias

Ubicar un precio en el referente del mercado. Esto implica:

- Conocer la competencia y sus precios.
- En caso de que exista un precio o un rango de precios en el mercado por un servicio se debe conservar la misma línea.
- En caso de que exista una entidad líder en el mercado en ese tipo de servicio y es la que impone el precio, si la entidad es similar en servicio y calidad el precio debe girar alrededor del que esta estableció.

En este caso se deben conocer muy bien los competidores y sus posibles reacciones.

En resumen para tomar la decisión final por el precio se deben tener objetivos muy claros como maximizar la rentabilidad, ampliar la participación en el mercado y/o entrar en nuevos mercados o sobrevivir solamente y establecer el método para fijar los precios.

3.2. GENERALIDADES CONTRATACIÓN, NORMAS EN SALUD Y MANUALES TARIFARIOS

3.2.1. Normas de Contratación

Ante de toda contratación debe de haber una negociación, pero no siempre toda negociación termina en un contrato.

La negociación se define como el proceso en el cual ante una situación dada entre dos personas se trata de que ambas obtengan un beneficio frente a la oposición de intereses.

En general en toda negociación se dan los siguientes pasos:

3.2.1.1. Preparación

Define claramente el asunto que se quiere cerrar. En este punto se debe definir los límites, gastos y precios, analizando el medio y la competencia.

Esta es la etapa donde realmente se da la negociación. No se debe cerrar con el precio más bajo. En esta fase se debe presentar todo el paquete de servicios y las ventajas que se ofrecen frente a la competencia. En este punto se debe tener presente los precios de la competencia para tener mayor poder de negociación.

3.2.1.2. Desarrollo

Siempre se deben tener varias opciones con su respectivo precio y los descuentos en cada caso.

3.2.1.3. Cierre

Se debe realizar un documento con los principales puntos tratados en la reunión.

Generalmente toda negociación termina en un contrato. Un contrato en general es "un acuerdo de voluntades que crea derechos y obligaciones, es un tipo de acto jurídico de carácter bilateral, donde intervienen dos o más personas jurídicas o naturales, las cuales se ajusta a un marco legal establecido. El contrato en sí es el resultado de una negociación previa (acuerdo de voluntades) oral o escrito, con el cual las partes se obligan sobre una materia o asunto, el cual en sí es el objeto del contrato.

3.2.2. Contratación en salud

La teoría clásica del contrato enfatiza que la función de un contrato es la de facilitar el intercambio de bienes y servicios. En este sentido el contrato es solamente un medio para asegurar la "presentación" de comprador y vendedor en un momento determinado acordado previamente de la transacción.

Los participantes fundamentales del contrato son los siguientes

- a. Contratante: Es quien paga por recibir el bien o servicio que contrata.
- b. Contratista: Provee el bien o servicio y recibirá un pago por ello.

Los servicios de salud son bienes complejos, de ocurrencia incierta y de resultados altamente impredecibles, lo cual hace que las transacciones entre afiliados y aseguradores, entre estos y proveedores, entre proveedores y profesionales de la salud, médicos, enfermeros, especialistas, auxiliares y proveedores de equipos e insumos, reflejen este estado en una multiplicidad de contratos complejos en su mayoría incompletos, dada la incertidumbre y Complejidad de los servicios.

El contrato de servicios de salud es un contrato idiosincrásico con elementos de costos de transacción, con elementos importantes de contrato incompleto. La configuración de los bienes transados no se conoce en el momento que se realiza el contrato, tampoco son conocidas las cantidades finales de bienes o servicios transadas bajo cada contrato.

3.2.3. Mecanismo de pago en servicios de salud

El Decreto 4747 de 2007 definió en el artículo 4, los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

3.2.3.1. Pago por capitación

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Es de anotar que en este tipo de contrato algunas aseguradoras hacían una capitación integral, que contemplaba todos los servicios de nivel I a III y aunque este tipo de contratación tomó fuerza al final de los noventa, el Decreto 050 de 2003 la limitó máximo a dos niveles.

3.2.3.2. Pago por evento

Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

3.2.3.3. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico

Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

3.2.4. Facturación en servicios de salud

La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro del sector salud, se considera uno de los procesos únicos y de avance para las instituciones privadas, a raíz del advenimiento de la Ley 100 de 1993, ya que esto obligó a que se crearán procesos de facturación, gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas.

La facturación Se define como el conjunto de actividades que nos permiten liquidar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención al usuario en determinada dependencia. El objetivo principal debe estar centrado en facturar todas las actividades y procedimientos realizados a cada paciente, tomando en cuenta todos los suministros y medicamentos utilizados generando todos los informes necesarios para garantizar la supervivencia, crecimiento y rentabilidad de la IPS.

En el proceso de facturación la contratación es la entrada básica al proceso, es el punto inicial donde se conocen los responsables de pago, las condiciones contractuales, los precios, los requisitos del contrato en la presentación de las cuentas y los usuarios a atender.

Las IPS deben realizar un registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario, liquidarlo a los precios establecidos en los contratos, convenios o en las normas de liquidación de cuentas y realizar el cobro a las instancias pertinentes.

3.2.5. Manuales tarifarios para liquidación de cuentas en servicios de salud

Los manuales de facturación nacen como una necesidad de facturar los daños corporales ocasionados en los accidentes de tránsito en Colombia es así como nace el Manual tarifario del Decreto 2423 de 1996 mal llamado SOAT, y que los actores lo tomaron para todo evento de facturación en el Sistema de Protección Social (SPS) aunque el mismo lo expresara que no establecía los planes de beneficios pero que se podía facturar incluso las actividades, procedimientos e intervenciones del POS, el extinto Instituto del Seguro Social siempre sacó Acuerdos en los cuales estableció manuales tarifarios que considero eran más claros que el Decreto 2423 de 1996, aunque tenía el inconveniente que no se indexaba de acuerdo a lo establecido en la inflación de cada año, por lo cual causaba resentimiento en los actores, pero se olvidaba que este se hacía era para el ISS que era autónomo para establecer sus tarifas según el legislador, de los más utilizados por los actores están el Acuerdo 209 de 1999, Acuerdo 228 de 2000, Acuerdo 256 del 2001 y 312 de 2004 antes de su desaparición en el 2008.

Los privados como el régimen contributivo siempre han utilizado en la facturación el manual del ISS, en el régimen subsidiado se ha utilizado más el manual del Decreto 2423 de 1996. La razón es que es más barato contratar por estos manuales que por el manual tarifario de la Seguridad Social, decreto 2423 de 1996.

Es de reconocer que los manuales no son muy claros para facturar todas las actividades, procedimientos e intervenciones del POS, lo que ha traído inconvenientes al momento

de cobrar de parte de las IPS y las empresas pagadoras de los servicios, esto ha generado glosas y por esto el Ministerio de la Protección Social saca el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y Resolución 416 de 2009 donde se establecen el manual de glosas y va a ayudar para que los actores tengan un mejor relación a favor de los usuarios.

3.2.5.1. Manual Tarifario SOAT: Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996.

Este decreto determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico quirúrgicos y hospitalarios, y se fijan las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.

El Decreto 887 modifica expresamente el Decreto 2423 de 1996 que declaró las tarifas SOAT obligatorias para la venta de servicios de todos los hospitales públicos, en desarrollo del Artículo 241 de la ley 100 de 1993, el que a su vez ordenó unificar el régimen de tarifas de las IPS públicas.

El Decreto 2423 de 1996 señalaba que el tarifario comúnmente llamado SOAT "será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Decreto 887 modifica el Artículo 1o. del Decreto 2423, es decir el campo de aplicación, por lo que las tarifas allí establecidas (SOAT) "serán de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes".

Consta de cinco capítulos:

- a) Campo de aplicación
- b) Definiciones

- c) Intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, nomenclatura y clasificación.
- d) Exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, nomenclatura clasificación y tarifas.
- e) Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, estancias, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos, y paquetes de atención integral. Contenido y tarifas.

3.2.5.2. Acuerdo 209 de 1999. Manual Tarifario ISS

Contenido

-Intervenciones y procedimientos medico-quirúrgicos, nomenclatura y clasificación en unidades de valor relativo (UVR).

-Exámenes y procedimientos diagnósticos y tratamiento, nomenclatura, clasificación y tarifas

-Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, estancias servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos.

3.2.5.3. Acuerdo 256 de 2001. Manuel Tarifario ISS

Manual del Seguro Social: Dentro del marco de la ley 100 de 1993 el ISS como Entidad Promotora de Salud (EPS) está en la obligación de suministrar a sus usuarios los servicios de salud que contrate. Es así como, según lo establecido por la misma ley 100 de 1993, las EPS deben prestar estos servicios a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios Salud (IPS) o de IPS independientes con las cuales establecen un vínculo contractual. Entonces, dentro de las condiciones del contrato celebrado entre el ISS y las IPS independientes están las tarifas que pactan para efectos de determinar el valor que el ISS pagará a la IPS por cada uno de los servicios que preste a sus usuarios.

Es claro entonces que las tarifas establecidas por el ISS como EPS únicamente son aplicadas por quienes han contratado la prestación de servicios de salud en calidad de IPS, por lo que la aplicación de estas tarifas es una obligación derivada del contrato celebrado entre el ISS y la IPS, es decir es producto de la voluntad de las partes.

Finalmente, es pertinente anotar que estas tarifas eventualmente son tomadas como referencia por otras EPS al contratar con las IPS pero por ser únicamente una guía acogida voluntariamente, tampoco vulneran el derecho a la competencia.

Es así como el acuerdo 256 de 2001, es el referente para la cualificación de los eventos a facturar.

3.2.5.4. Manual de tarifas mínimas para aplicación en salud

3.2.5.4.1. Generalidades

La idea de establecer un manual tarifario nació hace varios años con el fin de fijar piso para que los administradores de planes de beneficios (EAPB) paguen en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Esto nace en el afán de evitar una guerra de precios entre los prestadores, que lleven a ofrecer precios más bajos desmeritando en calidad y poniendo en riesgo la salud de los usuarios. El establecer un piso tarifario sería con el objetivo que las IPS puedan cubrir los gastos y obtener excedentes teniendo una competencia limpia y clara sin afectar la calidad en la prestación.

Como vimos anteriormente en Colombia la historia de los manuales tarifarios viene del Manuel SOAT y el Manual ISS que han sido típicamente los estándares para facturación de los servicios en salud y han sido la referencia para las relaciones entre EAPB e IPS que comenzaron en 1995. Las unidades de valor relativo que se usan para estimar los precios de los procedimientos quirúrgicos y demás, se basan en conceptos cualitativos y apreciaciones.

Ante este temor de comprometer la calidad, los prestadores han propuesto desde hace varios años un manual de pisos tarifarios por debajo de los cuales no se podrán negociar

contratos de pago por evento. Las EAPB han sido renuentes a este manual ya que no les permitiría obtener precios más bajos productos de la guerra de precios entre IPS.

El Dr. Bardey y el Dr. Castaño realizaron un análisis de la regulación de tarifas y los objetivos del mismo, entre los cuales están:

- **Evitar pérdidas al sector hospitalario y transferirle rentas:** La regulación de tarifas, especialmente la restricción por pisos, parece ineficiente pues limita el funcionamiento normal de la competencia. Es claro que cuanto más se aproxime la competencia al modelo de competencia perfecta, más factible es el logro de la eficiencia, pues los productores eligen producir un volumen óptimo de bienes o servicios. Las APB tienen mayor poder de negociación, se puede predecir que la restricción de los pisos tarifarios estará saturada y que los precios quedarán iguales a los pisos. Pueden existir dos escenarios: El primero se podría predecir que los pisos tarifarios permitirían producir con niveles bajos de ocupación porque evitarían una presión excesiva para reducir la capacidad ociosa, protegiendo la calidad de la oferta. En el segundo caso sería más eficiente reorganizar la cadena productiva de servicios de salud, de modo que los servicios subutilizados tengan mayor utilización y exploten las economías de escala propias de cada producto.

En ambos casos, si los pisos tarifarios se fijan de tal modo que los hospitales cubran sus costos totales y obtengan rentas, estimularán la entrada de nuevos prestadores y el sector hospitalario crecerá.

- **Proteger la calidad:** La regulación por pisos reduce la competencia. Se supone que una competencia excesiva reduciría las ganancias de los hospitales y posiblemente comprometería la calidad. Con la regulación de pisos no hay certeza de que esto garantice la calidad.

3.2.5.4.2. Legislación Piso Tarifario

La Ley 1151 de 2007, Por medio del cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 define en su artículo 146: El Gobierno Nacional establecerá un manual de tarifas mínimas de obligatoria aplicación para las empresas administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud públicos y privados, para la compra

y venta de actividades, intervenciones, procedimientos en salud y servicios hospitalarios, contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

Parágrafo. Las tarifas mínimas serán fijadas en salarios mínimos diarios vigentes, y deberán ser expedidas a más tardar a los 6 meses de expedida la presente ley.

Dicho artículo fue demandado, pero la Corte Constitucional lo declaró executable en la sentencia C-377 de abril 23 de 2008 y lo reiteró en la Sentencia C-714/08 de julio de 2008. El manual de tarifas también está considerado en las leyes 1122/07 y 1164/07.

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, en su artículo 3 definió la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Igualmente en el artículo 7 definió las funciones de esta comisión entre las cuales está:

“ 7. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada”.

Acatando estas leyes y varias sentencias de la Corte, el Ministerio de Hacienda presentó el pasado 17 de enero de 2009 en el Consejo Sectorial de Salud, su propuesta de manual tarifario, en el que a falta de un estudio único de costos, optó por una metodología sencilla de seleccionar 100 IPS que contratan con la Nueva EPS, y buscar entre ellas las tarifas más frecuentes de la venta de servicios de salud; según el Ministerio, dicho método ofrece ventajas al considerar el mercado real, considerar la reducción de tarifas por manejo de volúmenes y constituir un parámetro muy sencillo para determinar y actualizar tarifas.

En vista de las múltiples inconformidades que este manual tarifario ha generado, aún no se ha definido una política clara en este tema y estamos a la espera de una propuesta que permita regular los precios en el mercado de servicios de salud.

4. CONCLUSIONES

En el mundo empresarial el mercadeo es una de las principales estrategias para determinar la posibilidad de crecimiento y la generación de utilidades. Actualmente son más las empresas que prestan servicios, que aquellas que producen bienes y específicamente en el sector salud ha crecido en forma acelerada, lo que hace que las estrategias empresariales y el enfoque sea direccionado hacia un cliente cada vez más exigente.

La naturaleza propia de los servicios, definida por sus tres atributos: intangibilidad, inseparabilidad y variabilidad, hace que la disciplina del mercadeo presente necesariamente, para el caso de los servicios, características particulares.

En las empresas del sector salud las estrategias de mercadeo deben tener claras estrategias gerenciales enfocadas al crecimiento y la sostenibilidad financiera.

Siendo el mercado de servicios de salud, un mercado imperfecto las empresas deben estar orientadas en que el cliente tenga una imagen permanente y de gran calidad de las instituciones, lo que hará que en el momento de necesitar el servicio, la utilice por lo que representa para esa persona.

En el mercadeo existen cuatro P: Producto (Servicios), Precio (valor económico), Plaza (ubicación), Promoción (comunicación).

Desde el punto de vista económico, el precio es la cantidad de bienes o servicios que se está dispuesto a pagar por obtener otro bien o servicio. El precio suele ser determinante en la decisión de compra y no es algo simple y lineal, sino complejo tanto a la hora de fijarlo como a la hora de percibirlo.

Los precios en el sector salud están regidos por: la reglamentación vigente, el número creciente de profesionales y clínicas en el medio, demanda creciente de los clientes que cada vez están más informados y las nuevas tecnologías que hacen de la medicina una ciencia en permanente cambio.

Para establecer los precios en salud se pueden tener dos objetivos: Maximizar la rentabilidad o disminuir los costos, cada una de las cuales se puede cumplir teniendo estrategias y objetivos claros para optimizar los procesos.

Existen diversos métodos para establecer los precios, pero claramente se identifican tres objetivos: conocer claramente los costos en que incurre para brindar un servicio, establecer el precio de acuerdo a la capacidad de pago del mercado (ya sea la persona o la entidad) y verificar permanente su competencia para saber los costos de los otros prestadores.

Clásicamente las empresas prestadoras de salud han establecido las relaciones comerciales con los aseguradores basados en dos manuales tarifarios: SOAT e ISS, por las cuales se rigen la gran mayoría de prestaciones del sistema. Pero actualmente ambos actores están a la espera del Manual de tarifas mínimas que permitirá tener condiciones más claras entre ellos.

Pero mientras este Manual es reglamentado, nuestro sistema seguirá siendo regido por las variables que influyen este tipo de servicios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Blandón Restrepo, JH y Maya Mejía JM. Fundamentos de salud pública. Tomo II. Administración de servicios de salud. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2ª edición. Medellín, Colombia 2005. Páginas 70-77.
- Díez de Castro EC y Rosa Díaz IM. Gestión de Precios. Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing. 4ª edición. Madrid 2004. Pag 309-319
- Ruiz Gómez F, Amaya Lara F, Garavito Beltrán L y Ramírez Moreno J. Precios y Contratos en Salud: Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS. Pontificia Universidad Bolivariana. Centro de Proyectos para el Desarrollo, CENDEX. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá. 2008.
- Bardey D y Castaño R. La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia. Revista de Economía Institucional. Vol. 9 Nro. 17, segundo semestre 2007. Pag 347-357.
- Ruiz Gómez F et al. Estudio Determinación de los precios de mercado de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos que se prestan a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Resultado Estudio Indicativo de Precios en el Sistema General de Seguridas Social en Salud. Informe Final. Documento Técnico ASS/ 1220 – 05. Centro de Proyectos para el Desarrollo, CENDEX. Bogotá, 2005.
- Leuro Martínez, M. Facturación y Cartera por venta de servicios de salud. Tercera edición. Grupo Ecomedios. Bogota, D.C. Colombia. 2007.
- García Cardona H. Diccionario de Término utilizados en Gerencias de salud. Instituto de Ciencias de la Salud, CES. Medellín, Colombia. 1998.

- Leuro Martínez, M. Auditoría de Cuentas Médicas. Segunda edición. Grupo Ecomedios. Bogotá, Colombia. 2007. Pag 239-299
- Gutiérrez C, Molina CG y Wüllner A. Las formas de Contratación entre prestadores y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Estudio elaborado para el programa Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria –GEHOS- y para la Fundación Social. Fundación Corona. Bogotá 1996.
- Ramírez Tobón. Tesis Contratos en salud, costo médico y propuestas de Mejoramiento. Instituto Ciencias de la Salud, Especialización en Gerencia de la Salud Pública. Medellín, 2006.
- Aponte A, Sánchez M y Betancur GJ. Negociación de Contratos. Tesis Especialización Auditoria en Salud. Universidad del Ces. Medellín. 2007.
- Tesis Negociación de Contratos. Autor Astrid Aponte, Maribe Sánchez, Gabriel Jaime Betancur. Instituto Ciencias de la Salud, Especialización en Auditoría en Salud. 22 de noviembre de 2007.
- Bousño Méndez AB y López Córdova D. Marketing.
<http://www.monografias.com/trabajos70/marketing-modelo-pensamiento/marketing-modelo-pensamiento.shtml>.
- Mercadeo de los servicios de Salud.
<http://www.slideshare.net/jrmoncho/mercadeo-de-los-servicios-de-salud>. 2007
- Ricoveri Marketing. Las 4 P del Mercadeo.
<http://ricoverimarketing.es.tripod.com/RicoveriMarketing/id11.html>. 2007.
- Salinas OJ. La mezcla de mercadeo, las cuatro P. Una taza de p..., una pizca de p..., dos libras de p... y 40 gotas de p...
<http://www.gestiopolis.com/canales/demarketing/articulos/No%201/cuatrop.htm>. 2000.

- Gibul J. ¿ Libre competencia en el mercado?.
<http://www.gerenciasalud.com/art64.ht>. Diario El Comercio de Lima, el 21.02.03.
- Alzate Gómez, JG. El mercado integral de los servicios de salud.
<http://www.gerenciasalud.com/art160.htm>.
- Alvarado Rosillo, F. ¿Cómo competir en una guerra de precios?.
<http://www.gerenciasalud.com/art332.htm>.
- Priego Alvarez H. Consideraciones mercadológicas en la gestión hospitalaria.
<http://www.gerenciasalud.com/art360.htm>.
- Itero Martínez, J. Marketing y gerencia de la salud.
<http://www.gerenciasalud.com/art307.htm>.
- Alzate Gómez, JG. El mercadeo integral de servicios de salud.
<http://www.gerenciasalud.com/art160.htm>.
- Periódico el Pulso. Manual Tarifario: Otra historia sin fin.
<http://www.periodicoelpulso.com/html/jun06/general/general-06.htm>. Nro. 93. Junio de 2006.
- Periódico el Pulso. Es conveniente un manual de tarifas mínimas en Salud?.
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0809sep/observa/monitoreo.htm>. Nro. 120. Septiembre de 2008.
- Periódico el Pulso. Un manual tarifario para depurar ¿o para desechar?.
<http://www.periodicoelpulso.com/html/0903mar/debate/debate-01.htm>. Nro. 126. Marzo de 2009.
- Periódico el Pulso. Ministerio de Hacienda: Un manual por "tarifa mínima con calidad mínima". <http://www.periodicoelpulso.com/html/0903mar/debate/debate-05.htm>. Nro. 126. Marzo de 2009.

- Periódico el Pulso. "Ni tan alto que quiebre el sistema, ni tan bajo que quiebre los prestadores". <http://www.periodicoelpulso.com/html/0903mar/debate/debate-02.htm>. Nro. 126. Marzo de 2009.
- Consultor Salud. Que y como facturar en salud. <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/webinar/Que%20y%20Como%20Facturar%20en%20Salud%202009.pdf>. 2 de abril de 2009.
- Dirección Nacional de Servicios Académicos Virtuales. Auditoría en entidades de salud. Capítulo 9: Facturación. http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/docs_curso/contenido.html.
- González, JI. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. <http://www.acoes.org.co/pdf/Jorge%20Ivan%20Gonzalez.pdf>. 2007.
- Ley 1122 de 2007. Congreso de la República.
- Decreto 4747 de 2007.
- Ley 1151 de 2007. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Congreso de Colombia, 24 de julio de 2007.
- Decreto 2423 de 1996.
- Acuerdo 209 de 1999
- Acuerdo 256 del 2001
- Acuerdo 312 de 2004