

**Modelos de contratación en salud y su influencia en la calidad de la prestación de los
servicios**

Elaborado por:

Heydy Alejandra Gallego Urbano

Nini Yohana Jiménez Gallardo

Angie Paola Ortega Méndez

Jeison Andrés Solarte Lasso

Universidad Ean

Especialización en Administración Hospitalaria

Seminario de Investigación de Postgrado

Armenia II semestre 2023

07/10/2023

Resumen

A través de la historia siempre se ha optado por tener un sistema global de salud que proporcione al usuario la cobertura de las necesidades básicas desde el nacimiento hasta la vejez, con el fin de poder gozar de una serie de servicios en cada una de los ciclos de la vida. (Cadavid et al., s. f.). De igual manera conocer los modelos de contratación existentes en Colombia y el Cauca, determinarán el impacto de la atención en salud con calidad.

Palabras clave: contratación en salud, modelos de contratación, calidad, atención en salud, modalidad de pago.

Contratación: *“Forma y compromiso pactado en los acuerdos de voluntades que permite definir su unidad de pago, teniendo en cuenta los servicios y tecnologías incluidos, sus frecuencias de uso en el caso de los pagos prospectivos, la población objeto, los eventos y las condiciones en salud objeto de atención y los demás aspectos que las partes pacten”.* (res 441 de 2022).

Contratación en salud: *“Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen”* (Decreto 4747 de 2007).

Calidad: *“El Decreto 1011 de 2006 define en Colombia la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”*

Atención en salud: *“La Constitución de 1991, define la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado a quien corresponde, además organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, así mismo establecer las competencias y recursos a los distintos entes territoriales”.* (Decreto 4747 de 2007).

Modalidad de pago: *Es la forma y el compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención en salud de la población objeto, que incorpora una reglas para el pago, la forma de pago, el conjunto de tecnologías en salud contratadas, la operación de la prestación y auditoría de esas tecnologías en salud, las tarifas y precios, y la evaluación de los indicadores pactados, entre otros”(Decreto 4747 de 2007).*

Problema de Investigación

A través de la historia siempre se ha optado por tener un sistema global de salud que proporcione la cobertura de las necesidades básicas desde el nacimiento hasta la vejez, con el fin de poder gozar de una serie de servicios en cada una de los ciclos de la vida, que nos permita ser acreedores a los beneficios en salud, garantizando así la universalidad para los afiliados. (Cadavid et al., s. f.)

“A nivel mundial, Alemania fue el primer país en institucionalizar un sistema nacional de protección contra riesgos sociales, estructurado bajo la forma de seguro social, como una estrategia política de construcción del estado-nación durante el proceso de modernización de sus instituciones. Así, el Seguro Social estaba constituido por varios componentes, dentro de los cuales se destacaban: La Enfermedad, Accidentes de Trabajo e Invalidez, Envejecimiento e Incapacidad, Desempleo y Necesidades de Cuidados de Largo Plazo”. (Ouverney & Fleury, 2005)

En otros países, también se instauraron sistemas de Salud propios que buscaban el acceso y la cobertura universal de sus habitantes, teniendo en cuenta sus características geográficas, epidemiológicas, políticas, económicas, sociodemográficas y culturales de sus territorios. Sin embargo, se observa que algunos de ellos siguen vigentes en el tiempo, mientras otros ya han desaparecido o han sido reestructurados por diferentes factores como, por ejemplo, la burocracia, la influencia política, los intereses particulares, sociales y necesidades de cada región, ocasionado un impacto positivo o negativo en el bienestar de los individuos. («Decreto 1011 de 2006», 2020)

(CardosVeroneZP, s. f.) plantea que, América Latina a mediados del siglo XIX, surge en cambio la necesidad de crear desde las universidades profesionales expertos en brindar educación y asistencia en salud colectiva para sus habitantes. Con el paso del tiempo estos

profesionales se incorporaban a los ministerios de salud y proyectaban acciones en torno a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta que el modelo estaba encaminado hacia a la protección de la sociedad misma que a la salud de las personas. Posteriormente y debido a que todos los países coincidían en que su objetivo en común era velar por la salud de las personas, se generaron procesos de organización y financiamiento de los recursos desde los entes gubernamentales o estatales y con diferentes fines.

En Colombia, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se estableció una afiliación obligatoria de los usuarios a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por medio de la creación de la ley 100 de 1993. Esto significaba que para afiliarse se debía realizar un proceso de aseguramiento a través del régimen contributivo o subsidiado y para la población pobre vinculada, serían las entidades territoriales las responsables de garantizar la atención.(Urán, s. f.)

Por consiguiente, *“Colombia adopta lineamientos internacionales propuestos por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) desde el año 1993, donde introduce estrategias de financiación, provisión y de prestación de servicios de salud bajo principios neoliberales y le apostó a un sistema de salud eficiente y sostenible. En este sentido, el Estado entraría a cumplir la función de regular el mercado y permitir la ampliación del sector privado. De esta manera propendería por superar las fallas del gobierno en pro de mejorar el acceso, la equidad, la eficiencia y también la calidad en la prestación de los servicios de salud”* (Tamayo et al., 2022).

El sistema de Salud en el año 1993 hace una transición del modelo de subsidio de la oferta al modelo del subsidio de la demanda, donde las instituciones públicas y privadas ya no se financiarían de los recursos del estado sino a través de la venta de servicios de salud. Sin embargo, para ser partícipe plenamente del aseguramiento se establece una normatividad, en

el que se contratan una serie de servicios entre las entidades responsables del pago EPS y las Instituciones prestadoras de los servicios en salud (IPS), en el que cada una de las partes interesadas deben cumplir con una serie de requisitos para lograr un acuerdo de voluntades con la población a asegurar. Lo anterior, supone una serie de obstáculos para lograr dicho acuerdo y es que previamente, se deben realizar conciliaciones tarifarias, tipos de contratación, servicios a prestar, entre otras.(Tamayo et al., 2022)

Es necesario identificar cómo influyen los modelos de contratación en la calidad de la prestación de los servicios de salud en el Departamento del Cauca, debido a que por ser una población multiétnica y con grandes brechas de desigualdades en los ámbitos económicos, sociales, culturales y geográficos, la contratación en salud debe integrar las necesidades de la población que están impactando directamente en la accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia y calidad de la prestación de los servicios, así como en la eficacia, eficiencia y efectividad de los recursos en el sector.

Por lo tanto, se establece que “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, así como la falta de conocimiento sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de contratación y el cumplimiento de las condiciones del contrato determinan la calidad en la prestación de los servicios en salud” (Cadavid et al., s. f.)

Pregunta de investigación.

¿Cómo influyen los modelos de contratación en la calidad de la prestación de los servicios de salud, en una Institución del departamento del Cauca, durante el tercer trimestre del 2023?

Objetivos

Objetivo general

Determinar cómo los modelos de contratación en salud influyen en la calidad de la prestación de los servicios en una Institución de tercer nivel en el Departamento del Cauca.

Objetivos específicos

- Identificar cuáles son los modelos de contratación en una Institución de tercer nivel en el Departamento del Cauca.
- Describir los modelos de contratación en salud en una Institución del Departamento del Cauca.
- Analizar los indicadores de calidad para la prestación de los servicios de salud en una institución de tercer nivel de complejidad en el Departamento del Cauca.
- Establecer el impacto en la calidad de la prestación de los servicios de Salud según los modelos de contratación.

Justificación

La realización de este estudio se fundamenta en la premisa *“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, Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual pretende la cobertura global a través de un Sistema de aseguramiento Nacional y obligatorio, buscando el aumento de eficiencia del Sistema de Salud”* (Cadavid et al., s. f.)

Se considera que las implicaciones que puede tener la calidad en la prestación de los servicios de salud, según el tipo de contratación en el departamento del Cauca, pueden ser variables e impactar de diversas maneras en la atención integral al usuario. *“Por lo tanto 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 la calidad de los servicios.”*

(Cadavid et al., s. f.)

Marco teórico

Estado de arte

Se realizó una búsqueda de la literatura en el mes de septiembre de 2023. Se emplearon los términos descriptores de ciencias de la salud más apropiados para la pregunta de investigación en donde se indaga sobre modelos de contratación y calidad, encontrando muy poca información al respecto.

Se empleó una estrategia de búsqueda en BVS, PUBMED, Cochrane y Biblioteca Universidad EAN que se relaciona a continuación:

Tabla 1. Estrategias y motores de búsquedas

Base de datos	Educación	Resultados
PUBMED	(Pago en salud)	10
BVS	(Modelos de contratación) AND (calidad)	6
Biblioteca EAN y repositorio minerva	(modelo de pago) AND (salud)	72
Cochrane	(contratación)	7

Fuente: Elaboración propia

Se encontraron muy pocos artículos (95 en total) de los cuales según el objetivo de esta investigación se sintetizará cualitativamente los que más se relacionan y son llamativos:

Tabla 2. Síntesis Cualitativa

Ref.	Objetivo	Resultados	Conclusión	Tipo de investigación
(Figueroa-Lara et al., 2016)	Calcular la razón costo-efectividad de servicios públicos y privados contratados por el Seguro Popular en primer nivel de atención.	La evaluación de la calidad de los servicios de salud arrojó, para el PPL, un costo por consulta de 23 pesos, y para los SSH un costo de 66 pesos. El valor promedio del índice compuesto de calidad para los usuarios de los servicios de PPL es de 0.21, mientras que el promedio para los usuarios de los SSH es de 0.12. En la evaluación sobre DM2, el PPL presenta un costo anual de 248 pesos mexicanos, mientras que en los SSH se presenta un costo de 221. En relación con la medida de efectividad, la probabilidad de detectar disminución de la visión durante el año es de 14% con el PPL y 9% en los SSH	Los resultados de la evaluación de costo-efectividad del PPL con pago por capitación y desempeño, en comparación con los SSH financiados mediante compra de insumos, contratación y subsidio a metas, muestran que el PPL es dominante para la calidad general y costo-efectivo para la detección de disminución de visión en pacientes con DM2. La compra estratégica de prestadores privados de atención primaria es promisoria para mejorar los servicios de salud y reducir los costos.	Estudio experimental
(Buglioli et al., 2002)	Brindar una sistematización de los mecanismos predominantes	los mecanismos de pago a proveedores, resulta claro que el pago por acto y el pago por salario	Cualquier proceso de reforma sectorial requiere la revisión y la adaptación de los mecanismos de	Estudio experimental

	<p>tes, sus componentes, sus ventajas y desventajas desde una perspectiva económica considerando los riesgos financieros, las motivaciones e incentivos al desarrollo del trabajo, y el rendimiento para el conjunto del sistema o subsistema.</p>	<p>resultan las formas más frecuentes y predominantes, en tanto el pago por capitación se observa, aunque sólo de manera formal, a nivel de la Unidad de Medicina Familiar de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en algunos modelos de pago asumidos por algunas instituciones privadas en donde existen ajustes en base a una población afiliada captada y se modifica en la medida que se modifica la misma. El otro elemento claramente observable es la coexistencia de distintos mecanismos de pago al interior de un mismo tipo de organización aun tratándose de un mismo prestador.</p>	<p>pago vigentes al nuevo sistema y a los nuevos paradigmas en los que se basa. Por estas razones, la discusión en torno al tema de las modalidades de pago pasa por el análisis y la adopción de alternativas que resulten consistentes con los principios que sustentan ese proceso y que coadyuven de manera importante al logro de un sistema de salud con las características señaladas.</p>	
<p><i>(Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios)</i></p>	<p>Destacar los principales avances y limitaciones en el proceso hacia una CUS en el Perú,</p>	<p>En este contexto, el fortalecimiento institucional y el desarrollo de nuevas estrategias por parte de SUSALUD, para la mejora de la «calidad, oportunidad,</p>	<p>La CLSG concluye su evaluación señalando que «los países sabrán que están en camino de conseguir un sistema sanitario responsable y de alta calidad cuando los profesionales</p>	<p>Estudio experimental</p>

<p>de salud, s. f.)</p>	<p>orientando el desarrollo de la agenda pendiente, sobre la base de los planteamientos emitidos por Organizaciones Internacionales que apuntan hacia una mejora de los sistemas de salud a nivel global.</p>	<p>disponibilidad y aceptabilidad» de las prestaciones de salud, se constituye en una necesidad para impulsar este proceso. Adicional a ello, la OCDE destaca en su informe al 2017, los avances y limitaciones que afronta SUSALUD, señalando que «actualmente no tiene alcance regional y tampoco los recursos financieros, pero la capitalización de sus bien establecidas prácticas y de la buena relación con las partes interesadas, podría ser una forma de impulsar una gestión más sólida de datos y normas»; es decir, releva la potencialidad e importancia de esta institución, incluyendo su función de recopilar, analizar, transferir, difundir e intercambiar la información generada por los diferentes actores del sistema de salud, así como la medición de la experiencia de los usuarios durante la</p>	<p>de la salud y los legisladores políticos opten por recibir su atención médica en sus propias instituciones públicas»; esta sentencia nos da una pista para identificar el momento en que nos aproximemos al cumplimiento de este objetivo.</p>	
-------------------------	---	--	---	--

		prestación de dichos servicios.		
(Gorbanev et al., 2011)	Describir el alcance y las formas de uso de Pago por Desempeño en la cadena de salud colombiana	De 8 EPS, 5 usan P4P. Todas las 5 pertenecen al Régimen Contributivo. Todas las 3 que no usan P4P, pertenecen al Régimen Subsidiado. Las secretarías de Salud de Bogotá y Cundinamarca que manejan el régimen de las personas vinculadas, no usan P4P. La Tabla 2 resume los niveles de atención donde se usa P4P. El P4P se aplica solo en los servicios ambulatorios, es decir, para contratar los servicios relativamente baratos que no pesan más de 20 % en la facturación total de las Aseguradoras. Más aún: la mayoría de las Aseguradoras utiliza P4P solo en Promoción y Prevención (PyP)	P4P en Colombia se usa exclusivamente por Aseguradoras del régimen Contributivo, solo en el nivel ambulatorio y básicamente en PyP. Es un resultado inesperado porque va en contra de la práctica internacional (1-3). Los resultados sugieren que el nivel ambulatorio es un territorio atractivo para experimentar con P4P porque es la puerta de entrada al sistema, cuyo control es fundamental para controlar los costos totales. Especialmente atractivo es Prevención y Promoción porque en esta área no se necesita diseñar los objetivos ni indicadores de desempeño que están pre establecidos por Min. Protección Social.	Un estudio observacional descriptivo
(Odendaal et al., 2018)	Evaluar los efectos de la contratación de servicios sanitarios	Se incluyeron dos estudios, un ensayo aleatorizado por conglomerados realizado en	La contratación externa probablemente reduce el gasto individual de bolsillo en atención	Ensayos aleatorizados individuales y por grupos, estudios controlados

	<p>clínicos gubernamentales a uno o varios proveedores de servicios gubernamentales, sobre: i) la utilización de los servicios sanitarios clínicos; ii) la mejora de los resultados de la salud de la población; iii) la mejora de la equidad en la utilización de esos servicios; iv) los costes y el coste-efectividad de la prestación de los servicios; y v) la mejora del rendimiento de los sistemas de salud.</p>	<p>Camboya y un estudio controlado del antes y el después realizado en Guatemala. Ambos estudios informaron que la contracción a lo largo de 12 meses probablemente hace poca o ninguna diferencia en (i) la captación de inmunización de los niños de 12 a 24 meses de edad (evidencia de certeza moderada), (ii) el número de mujeres que tuvieron más de dos visitas de control prenatal (evidencia de certeza moderada) y (iii) el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres (evidencia de certeza moderada).</p>	<p>curativa (evidencia de certeza moderada, pero probablemente hace poca o ninguna diferencia en otros resultados de utilización de la salud o de prestación de servicios (evidencia de certeza baja). Por consiguiente, la contratación de programas puede no ser ni mejor ni peor que los servicios prestados por el gobierno, aunque otros estudios rigurosamente diseñados pueden cambiar este resultado.</p>	
<p>(Valencia-Mayer, 2019)</p>		<p>Los principios a considerar para la adecuada implementación del modelo de atención en salud basada en el valor son: creación de</p>	<p>Si bien la atención en salud basada en el valor se presenta como un modelo refrescante y riguroso que desde su concepción promete excelentes</p>	

		<p>unidades integradas de atención; medición de resultados y costos para cada paciente; promoción de modelos de pago basado en el valor; plataformas y sistemas tecnológicos que maximicen el valor; redes integradas de atención; expansión geográfica; atención centrada en el paciente; trabajo colaborativo, y planeación y ajuste de expectativas previo a la implementación del modelo.</p>	<p>resultados para el paciente y demás actores dentro del sistema de salud, su ejecución requiere una fase de planeación importante, donde todos los principios aquí expuestos, sean considerados en relación al contexto. Particularmente en escenarios con recursos muy limitados donde aún ante el interés de implementar este modelo, una aproximación progresiva y priorizada, de acuerdo a las necesidades, pueda resultar mucho más factible y útil para todos.</p>	
<p>(Mathauer & Wittenbacher, 2013)</p>	<p>Este documento proporciona una visión general completa de los sistemas de pago hospitalario basados en grupos relacionados con el diagnóstico (DRG) en los países de ingresos bajos y medianos. También</p>	<p>Doce países de ingresos bajos y medianos tienen sistemas de pago basados en el DRG y otros 17 se encuentran en fase experimental o exploratoria. Los países han elegido entre una amplia gama de modelos DRG importados y de desarrollo propio, y la mayoría los ha adaptado a sus contextos específicos. Todos los países han establecido límites</p>	<p>Si bien se necesitan más pruebas sobre el impacto de los sistemas de pago basados en DRG, nuestros hallazgos sugieren que (i) la mayor parte de la financiación de la atención médica debe ser pública y no privada; (ii) es aconsejable poner primero a prueba los sistemas y establecer límites de gasto; (iii) los países que importan una variante existente</p>	<p>Un estudio observacional descriptivo</p>

	<p>explora los problemas de diseño e implementación y los desafíos relacionados a los que se enfrentan los países</p>	<p>de gasto. En general, los sistemas se pusieron a prueba antes de ser implementados. La necesidad de cumplir ciertos requisitos en términos de estandarización de la codificación, disponibilidad de datos y tecnología de la información dificultó la implementación. Los proveedores del sector privado no se han integrado plenamente, pero la mayoría de los países han conseguido desvincular la financiación de los hospitales de la presupuestación de las finanzas públicas</p>	<p>de un sistema basado en DRG deben ser conscientes de la necesidad de adaptación; y (iv) los países deben promover la cooperación de los proveedores para generar datos y reclamos apropiados gestión.</p>	
<p>(González , s. f.)</p>	<p>El presente estudio aborda la cuestión de la creación de valor en el sector de la salud enfocándose en los conceptos claves que condicionarían su aplicabilidad</p>	<p>Un punto que generalmente se ha observado de la cápita, es que su monto suele ser insuficiente, lo que lleva a un esquema de subprestación o bien, puede dar lugar a cobros indebidos que desnaturalizan la atención. Resulta clave establecer la cápita en niveles adecuados para proporcionar atención de buena</p>	<p>A modo de síntesis, hemos querido analizar si el concepto de creación de valor en el sector de salud, a partir del trabajo del Prof. Michael Porter, y tomando en consideración los factores que pueden limitar su viabilidad, con las particularidades de cada país y cada sistema; puede por la vía de los</p>	<p>Un estudio observacional descriptivo</p>

		<p>calidad, siendo éste uno de los desafíos que enfrentan las partes (financiado – efector), como así también el tamaño y composición del padrón para lograr una distribución del riesgo compatible con el valor acordado. Asimismo, deben existir disposiciones especiales para los casos inusuales de alto costo –pagos extra-cápita o exclusión de ciertas patologías del menú de prestaciones a ser cubierto por el efector-, evitando así causar problemas financieros a los proveedores que están haciendo un buen trabajo en la administración de los patologías más frecuentes, según la población cubierta.</p>	<p>sistemas de remuneración ejercer un efecto que potencie o atenúe las probabilidades de acercarnos a un desempeño satisfactorio para el paciente y, a su vez, sostenible para todos los agentes del sector. Así, pensamos que el mecanismo de la capitación, como también podría serlo otros sistemas de pago cuasi fijos que concentren la atención de una población en médicos/instituciones o redes de prestadores que se hagan cargo de la atención del paciente y también del riesgo asociado a la misma, con valores lógicos y sustentables.</p>	
<p><i>(Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la</i></p>	<p>El objetivo de este artículo es presentar una propuesta para alimentar el debate e invitar a los actores</p>	<p>la crisis que atraviesa el sgsss colombiano debe potenciar la participación de los diferentes actores del desarrollo; la primacía de lo económico debe revertirse y dar un giro hacia la</p>	<p>La Sentencia T-760 de 2008 se puede considerar como una oportunidad para repensar el sgsss y hacerlo más justo, equitativo y eficiente. La aps ha demostrado ser una estrategia</p>	<p>Un estudio observacional descriptivo</p>

<p><i>Corte Constitucional de Colombia: una propuesta</i>, s. f.)</p>	<p>sociales a participar en la construcción de un espacio de posibilidades para la acción colectiva, en el marco de la defensa del derecho a la salud de los colombianos.</p>	<p>consolidación de una dirección política en las decisiones de salud, que comprometa a los diferentes sectores de la sociedad civil, de tal forma que se optimicen los recursos y las acciones en esta dirección puedan garantizar el derecho de todos los colombianos</p>	<p>eficiente para alcanzar niveles adecuados de salud de las poblaciones, a costos más bajos que cuando se está bajo el sistema de mercado regulado. Como se ha sustentado, en el sistema de aseguramiento con regulación de mercado, como es el caso de Colombia, se podría pensar en un modelo de atención basado en <i>aps</i> renovada, donde predomine la promoción y prevención, con enfoque comunitario, participación activa de los actores y privilegio de la intersectorialidad como la manera de abordar los determinantes sociales y alcanzar el mejor nivel de salud para las poblaciones, de acuerdo con las necesidades sentidas.</p>	
<p>(Cadavid et al., s. f.)</p>	<p>Describir los modelos de contratación de salud en Colombia en la actualidad</p>	<p>se realizó la búsqueda de referencias, se diseñó una descripción teórica y legal del proceso y sus diferentes mecanismos, adicionalmente</p>	<p>Con este trabajo, se logró conocer los tipos de contratación en Salud que existen en Colombia, buscando generar servicios con calidad, porque por</p>	<p>Monografía</p>

		<p>incluimos la opinión y practica real de expertos, esto se logró por medio de la aplicación de una encuesta de 5 item, 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,</p>	<p>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.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>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</p>		
<p>(Gómez Díaz et al., 2007)</p>	<p>Realizar una revisión de la contratación en la prestación de los servicios de salud en Colombia para conocer la forma de relación contractual entre las aseguradoras de los riesgos en salud y las prestadoras de los servicios de salud que demandan la población afiliada al sistema.</p>	<p>-Las perversiones en contratación en salud más comunes son carteras generadas por el gobierno a la red hospitalaria y por el Fosyga, las glosas por diferentes conceptos y las cláusulas adicionales de hecho en los contratos. -El Sistema de Seguridad Social se desarrolla en un mercado regulado por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Protección Social expidiendo Normas, Acuerdos, proyectos de Ley, etc., para que el sistema se desarrolle de una forma óptima. - Las</p>	<p>-Cuando se vaya a realizar una contratación de cualquier tipo, es indispensable contar con los conocimientos generales al respecto, para poder saber que clase de contrato se requiere. -En todo proceso de negociación en salud debe cumplir con la reglamentación expedida por los entes reguladores del sistema, además contar con información como antecedentes del potencial cliente, servicios que se negocian, forma de contratación propuesta, condiciones en que se deben prestar,</p>	

		formas de contratación de servicios de salud en diferentes países del mundo comprenden básicamente pago por capitación, pago por presupuesto y por actividad.	mecanismos de remisión y de acceso, comprobación de derechos de los usuarios, cobros de copagos y cuotas moderadoras, instancias para solucionar conflictos, mecanismos para manejo de glosas.	
<i>(Caracterización y análisis de los elementos básicos de los mecanismos de pago en salud y tipologías más frecuentes, 2020)</i>	Caracterizar los elementos básicos de las tipologías más frecuentes de los mecanismos de pago con el propósito de para apoyar la labor de los prestadores en su relación con pagadores.	Entre los más utilizados se describen: pago por servicio, presupuesto global, Bundled Payments, grupos relacionados de diagnóstico, per cápita, pago por desempeño y acuerdos de riesgo compartido. Dentro de sus variables ha cobrado importancia una cuarta, el riesgo financiero.	Los mecanismos de pago son instrumentos útiles que permiten administrar las imperfecciones de los intercambios en el ámbito de la salud. Adecuadamente diseñados, generan beneficios para pacientes, prestadores y seguros. Al caracterizarlos de acuerdo con la combinación de sus variables constitutivas, se identifican distintas tipologías, cuya utilidad varía dependiendo de las bases de pago y objetivos sanitarios. El reporte nos permite concluir que la variable riesgo, cómo se traslada este entre pagador y prestador, es un aspecto crítico al cuál debe prestársele	

			especial atención en el momento de definir las condiciones de financiamiento de un prestador de salud.	
(Álvarez et al., 2000)	Proporciona r un marco analítico sencillo para comprender la naturaleza de los distintos sistemas de pago, que ilustramos con una revisión de las fórmulas de pago utilizadas en dos grupos de países: 10 de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y cuatro de América Latina cuyas experiencias consideramos representativas.	Cada sistema de pago tiene ventajas e inconvenientes que deben evaluarse en función de los objetivos que se pretenda alcanzar. En un extremo tenemos la remuneración fija, que representa el pago prospectivo más puro, sin ajustes, como el pago capitolativo, en el que los prestadores soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos. En el otro extremo se sitúa el pago retrospectivo o por acto, con el que el riesgo incurrido por los prestadores es nulo y es el financiador quien soporta todo el riesgo derivado de la variabilidad de costos.	Los extremos no parecen óptimos y la cuestión consiste en escoger un sistema de remuneración intermedio. Para ello, es necesario seleccionar, por una parte, la unidad de pago óptima según los objetivos del financiador y, por otra, una distribución de riesgos que atribuya al prestador los riesgos derivados del mayor o menor grado de eficiencia que consiga en la prestación de los servicios.	Un estudio observacional descriptivo

Fuente: Elaboración propia

Modelos de contratación

Los modelos de contratación o también denominados modalidad de pago son *“la forma y compromiso pactado en los acuerdos de voluntades que permite definir su unidad de pago, teniendo en cuenta los servicios y tecnologías incluidos, sus frecuencias de uso en el caso de los pagos prospectivos, la población objeto, los eventos y las condiciones en salud objeto de atención y los demás aspectos que las partes pacten”*.(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)

En la actualidad existen varios modelos de pago o de contratación entre las entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los cuales se escogen libremente y pueden ser uno o varias modalidades, los cuales se describen a continuación:

A. Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o

canasta: *“Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud”*.(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)

B. Pago Global Prospectiva: También denominado PGP consiste en *“Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades”*.(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)

- C. Pago por capitación:** *“Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado”.*([DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf](#), s. f.)
- D. Pago por evento:** *“Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona”.* ([DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf](#), s. f.)

Para entender aún más, en que consiste la contratación en salud se deben tener claras las siguientes definiciones que nos permiten entender la complejidad del tema y su impacto en la calidad de la atención en salud. A continuación, se describen algunas de ellas:

- A. Entidades Responsables de Pago – ERP:** *“Son las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas”.* ([DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf](#), s. f.)
- B. Mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica:**
“Medidas que deben ser pactadas en las modalidades de pago prospectivas, con el objeto de mitigar el impacto financiero ocasionado por las desviaciones encontradas durante la ejecución del acuerdo de voluntades que afecten las frecuencias de uso,

poblaciones y costos finales de atención, frente a lo previsto en la nota técnica, de acuerdo con la caracterización poblacional inicialmente conocida por las partes”.(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)

- C. Nota técnica:** *“Es una herramienta la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global o por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago”.(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)*
- D. Pago prospectivo:** *consiste en una modalidad de pago anticipada, que permite entregar una suma fija de dinero por los servicios prestados a una determinada población y que tiene en cuenta “el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención”. (DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)*
- E. Pago retrospectivo:** *esta modalidad de pago se realiza después de prestar los servicios de salud sin conocer con anterioridad el monto final a pagar, como lo describe el decreto 441 de 2022, “Modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud”.(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)*
- F. Prestadores de servicios de salud –PSS:** *“Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y cuenten con servicios habilitados”. (DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)*

- G. Proveedores de tecnologías en salud –PTS:** *“Se considera toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades”. .(DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf, s. f.)*
- H. Calidad:** *“Para Avedis Donabedian, “la calidad en la atención en salud se definía como el logro de los mayores y mejores beneficios posibles con el menor riesgo para el paciente”, que es lo que buscan hoy en día las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante la implementación de sistemas de calidad, seguridad del paciente y procesos de acreditación que les otorguen reconocimiento por la prestación de servicios de seguros y de alta calidad.”(Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, s. f.)*
- I. Calidad de la atención en salud:** *“Se define como, “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.*
(«Decreto 1011 de 2006», 2020)
- J. Atributos de la Calidad:** *“El Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud, también describe las características que este debe cumplir para mejorar la atención de los usuarios. A continuación, se mencionan:*
- **Accesibilidad:** *“Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud”.*

- **Oportunidad:** *“Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”.*
- **Seguridad:** *“Es considerada como la ausencia de peligro o de situaciones que ponen en riesgo físico, psicológico y mental de los usuarios y propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.*
- **Pertinencia:** *“Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales”.*
- **Continuidad:** *“Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico”.* («Decreto 1011 de 2006», 2020)

Metodología

Primer nivel

Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Estudio con enfoque cualitativo, de tipo observacional descriptivo con diseño transversal. Esta investigación tratará de identificar cómo influyen los modelos de contratación en la calidad de la prestación de los servicios de salud, en una Institución del departamento del Cauca.

Definición de Variables

Esta investigación se encargó de agrupar en 2 categorías las variables que se analizarán en la organización sujeto de investigación por medio de un instrumento. El primer grupo

corresponde a los tipos de contratación (pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta, pago global prospectiva, pago por capitación, pago por evento).

Un segundo grupo que analizará los atributos a la calidad (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad).

Tabla 3. Operacionalización de variables

Nombre	Definición operativa	Naturaleza	Nivel o escala de medición	Unidad de medición u opciones de contestación
Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta, pago global prospectiva	Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud	Cualitativo	Nominal	Si No
Pago global prospectiva	Modalidad de pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en	Cualitativo	Nominal	Si No

Nombre	Definición operativa	Naturaleza	Nivel o escala de medición	Unidad de medición u opciones de contestación
	salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades			
Pago por capitación	Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado	Cualitativo	Nominal	Si No
Pago por evento	Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona	Cualitativo	Nominal	Si No

Nombre	Definición operativa	Naturaleza	Nivel o escala de medición	Unidad de medición u opciones de contestación
Continuidad	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico	Cualitativo	Ordinal	Porcentaje de adherencia a guías de práctica clínica
Oportunidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios	Cualitativo	Ordinal	Tiempo promedio
Pertinencia	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales	Cualitativo	Ordinal	Proporción obtención de servicios que requieren
Accesibilidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud	Cualitativo	Ordinal	Porcentaje de usuarios que accedieron a los servicios de

Nombre	Definición operativa	Naturaleza	Nivel o escala de medición	Unidad de medición u opciones de contestación
				salud requeridos
Seguridad	Es considerada como la ausencia de peligro o de situaciones que ponen en riesgo físico, psicológico y mental de los usuarios y propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias	Cualitativo	Ordinal	Tasa de eventos clínicos
Satisfacción del Usuario	Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.	Cualitativo	Ordinal	Proporción de satisfacción global

Fuente: Elaboración propia

Población y Muestra

La población de esta investigación es una Institución de salud de tercer nivel del departamento del Cauca.

La clase de muestra del presente estudio de investigación es de tipo no probabilística. Se calcula la muestra a través de los indicadores, teniendo en cuenta la trazabilidad del tercer trimestre del año 2023.

Segundo nivel

Selección de métodos o instrumentos para recolección de información

Para el estudio “Modelos de contratación en salud y su influencia en la calidad de la prestación de los servicios”. La unidad de análisis será a través de 2 instrumentos. El primer instrumento de recolección de datos será a través de la creación de una encuesta en Google Forms, la cual será enviada por medio de un link al área de contratación de la institución de salud. El segundo instrumento se analizará a través de una ficha en formato Excel de los indicadores de reporte obligatorio que estipula la resolución 256/2016 de dicha institución (fuente primaria). Finalmente, cada área participante de la institución (contratación y sistemas de información) diligenciará previamente el consentimiento informado de aceptación para participar en el estudio.

Link Google Forms:

- <https://forms.gle/hUrwwYTfTqerCDjy7>

Instrumento formato Excel:

- Consolidado y análisis de indicadores de calidad resolución 0256 de 2016 (Anexo 1)

Técnicas de análisis de datos

Los datos que se recolecten serán analizados mediante un estudio observacional descriptivo, con un análisis de datos por medio de la técnica cuestionarios y datos secundarios.

Tabla 4. Técnica de análisis de datos

Instrumento	Técnica de análisis	Descripción
Cuestionario	Conjunto de preguntas cerradas clasificadas con única respuesta	Recolectar datos de los modelos de contratación en la institución de salud
Datos secundarios	Revisión de información documental	Análisis de datos recolectados en la institución de salud, mediante el reporte obligatorio de indicadores que se notifican a SISPRO según la resolución 256/2016

Fuente: Elaboración propia

Consideraciones éticas

Esta investigación es sin riesgo, sin embargo, se necesita del consentimiento informado de cada uno de los participantes. Se ceñirá a lo señalado por la Declaración de Helsinki de 1964 y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación, con lo cual se busca garantizar fundamentalmente los derechos de los pacientes que participaran en el estudio a través de los consentimientos escritos. *“Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”*(La Asociación Médica Mundial (AMM), 2008). Además, en este estudio se tendrá en cuenta los 3 principios fundamentales del informe de Belmont de 1974, como son: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia.

Finalmente se tendrá en cuenta El Habeas Data, *“el cual es un derecho fundamental que tienen todos los Colombianos a conocer, actualizar y rectificar la [información personal](#) que hayan recogido los bancos de datos, entidades públicas y privadas según lo establece la ley 1266 del 2008, cuyo objetivo es proteger la información de cada ciudadano, además de promover el respeto a la intimidad y al buen nombre”*(Tiempo, 2021)

Análisis y discusión de los resultados

Tipos de contratación

El análisis de los tipos de contratación que maneja una IPS nos permite identificar la oportunidad, pertinencia, accesibilidad, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud a su población atendida. En el análisis de los datos recolectados en una IPS de tercer nivel de departamento del Cauca se muestra que existe contratación con 4 EPS, dentro de las cuales la mayor población afiliada para la prestación de los servicios de

salud es Asmet Salud subsidiado con 50%, seguido de la población afiliada a sanitas con un 20%, Emsanar con 20% y compensar un 10%.

Tabla 5. Contratación IPS tercer nivel.

CONTRATACIÓN IPS TERCER NIVEL		
SANITAS PGP	MEDICOQUIRURGICA	CIRUGIA AMBULATORIA
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR
		CIRUGIA VASCULAR
		NEUROQUIRURGIA
		REEMPLAZOS
	INTERNACION	HOSPITALIZACION MEDICA
		HOSPITALIZACION QUIRURGICA
		CUIDADO CRITICO
		UCI ADULTOS
		INTERMEDIOS ADULTOS
ASMET SALUD PGP	MEDICOQUIRURGICA	CIRUGIA HOSPITALARIA
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR
		NEUROQUIRURGIA
		REEMPLAZOS
		INTERMEDIOS ADULTOS
	INTERNACION	CIRUGIA HOSPITALARIA
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR
		NEUROQUIRURGIA
		REEMPLAZOS
		INTERMEDIOS ADULTOS
ASMET SALUD PP BOLSA	URGENCIAS	URGENCIAS
		CIRUGIA HOSPITALARIA Y PEDIATRICA
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR
		NEUROQUIRURGIA
		REEMPLAZOS
	INTERNACION	INTERMEDIOS ADULTOS
		INTERMEDIOS NEONATAL
		UCI ADULTOS
		UCI NEONATAL
		INTERMEDIOS ADULTOS
COMPENSAR PGP	URGENCIAS	URGENCIAS
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR
		CIRUGIA AMBULATORIA
		NEUROQUIRURGIA
		CIRUGIA HOSPITALARIA
	INTERNACION	HOSPITALIZACION
		INTENSIVOS ADULTOS
		INTENSIVO NEONATAL
		INTERMEDIO ADULTO
		INTERMEDIO NEONATAL
EMSSANAR CARDIOVASCULAR	URGENCIAS	URGENCIAS
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR
		HEMODINAMIA
		VASCULAR PERIFERICA
		NEURORADIOLOGIA
	INTERNACION	HOSPITALIZACION
		UCI ADULTOS
		INTERMEDIOS ADULTOS
		INTERMEDIOS ADULTOS
		INTERMEDIOS ADULTOS

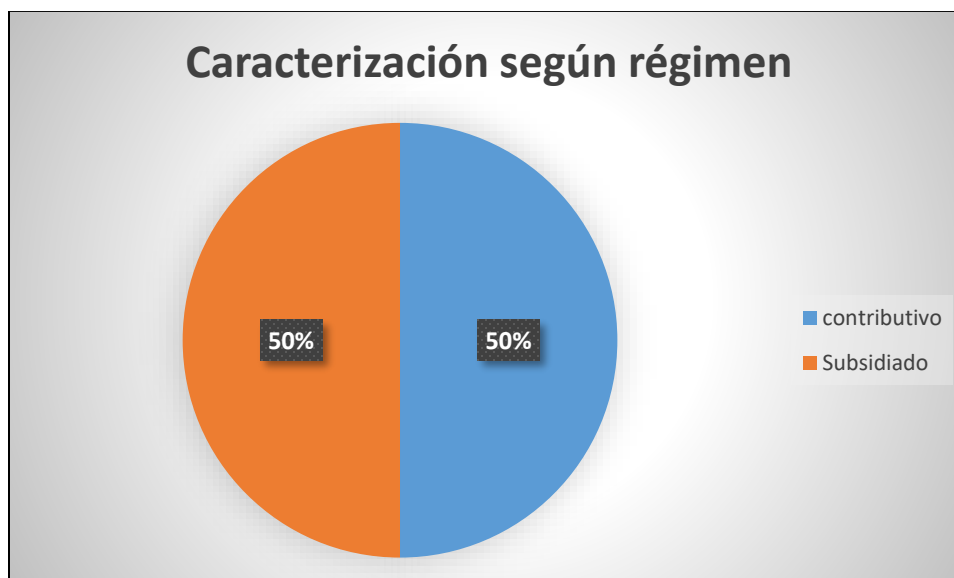
Fuente: Elaboración propia

Modelos de contratación

De acuerdo a la información recolectada se puede evidenciar que el mayor porcentaje de contratación que maneja la IPS con las diferentes EAPB contradas del departamento del Cauca, está determinada bajo el modelo de Pago global prospectivo con un porcentaje de 60%, seguido de un 30% por evento y un 10% como PP bolsa. De todas estas entidades administradoras de planes de beneficios, el 50% de la población corresponde al régimen subsidiado y el otro 50% al régimen contributivo. Lo anterior teniendo en cuenta la pirámide poblacional del departamento del Cauca donde prevalece en su gran porcentaje la población de la adultez y la vejez, lo cual está directamente relacionado con la alta incidencia y prevalencia de las Enfermedades crónicas no transmisibles, así como también la incidencia de casos relacionados con enfermedades de alto costo como son el cáncer de colon y recto,

mama, próstata y cervicouterino. En este sentido se puede analizar que la contratación por PGP es favorable tanto para la EPS como para la IPS porque es un pago por grupo de personas determinadas, en donde se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de los servicios durante un determinado tiempo, cuya frecuencia es ajustada por el nivel de riesgo en salud, lo cual trae varios beneficios, dentro de los cuales se describe que permite este modelo permite compartir el riesgo entre la aseguradora y la Ips, poder realizar gestión y cubrir toda la población objeto de atención mediante la búsqueda activa de usuarios, demanda inducida, tamizajes, tratamiento y seguimiento; por otra parte en los acuerdos de este tipo de contratación se incluye que la población esté diagnosticada, controlada y bajo un seguimiento adecuado, de igual manera se observa que los usuarios no requieren autorizaciones para la prestación de los servicios de salud , logrando reducir demoras administrativas para la prestación de los mismos y contribuir directamente con la satisfacción global de los usuarios. Finalmente se puede analizar que el costo por este modelo de PGP es favorable para la EAPB en el sentido de que la contratación se hace por paquetes y de esta manera la tarifa de servicios es más bajas en tanto que para la IPS le permite generar un punto de equilibrio financiero ya que se pagó un monto del contrato de manera anticipada.

Gráfica 1. Caracterización de la población según régimen.



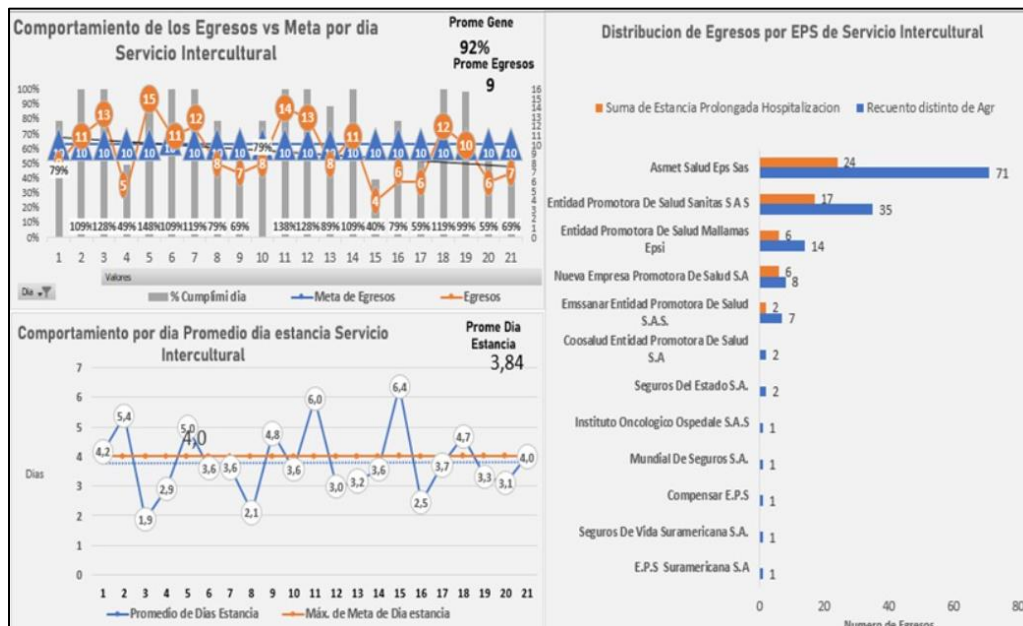
Fuente: Datos propios de la IPS

En relación a la contratación por evento se puede analizar que es un porcentaje bajo para la contratación con esta IPS porque genera sobrecostos en salud para la EAPB y para el sistema general, sin embargo, se observa que la IPS prioriza este tipo de contratación porque le genera más utilidades ya que pueden facturar de manera individual cada servicio prestado y a una tarifa más alta.

Análisis de indicadores de calidad

La gráfica número dos muestra el comportamiento de los egresos hospitalarios versus la meta por día en la prestación de los servicios en el área de hospitalización donde se puede inferir que el 79% de los egresos corresponden a usuarios de contratación por PGP y el 21 % de contratación por evento, lo que está directamente relacionado con la necesidad de la IPS de mantener a los usuarios bajo la contratación de evento más tiempo en la institución para poder facturar más servicios y otra hipótesis es que la mayoría de la población corresponde a PGP.

Gráfica 2. Indicadores de calidad en un servicio “intercultural”

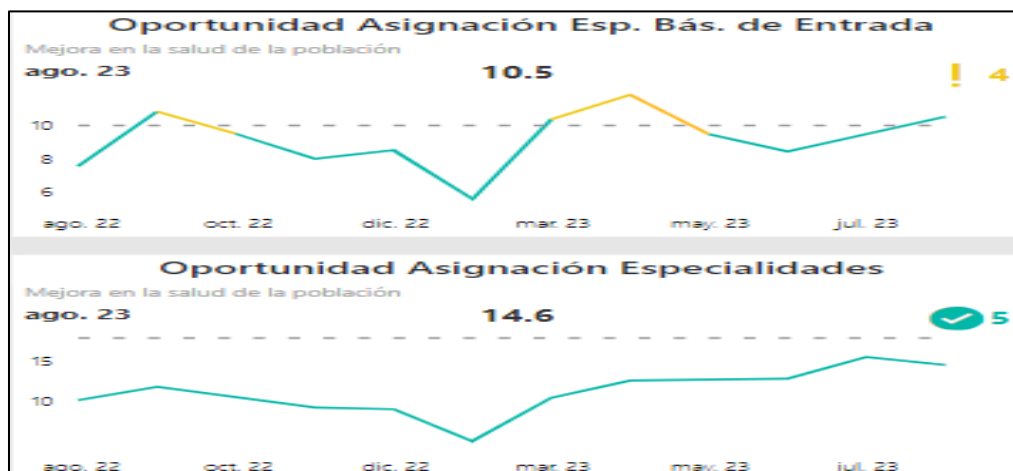


Fuente: Datos propios de la IPS

Adicionalmente se evidencia que el promedio de los egresos de uno de los servicios de hospitalización es de 9 pacientes por día, acercándose a la meta estipulada, con un promedio general del 92%, sin embargo, se evidencia que no hay una distribución uniforme y por tanto su comportamiento es muy asimétrico.

Indicadores de oportunidad

Gráfica 3. Oportunidad de asignación básica de entrada VS especialidades.



Fuente: Datos propios de la IPS

Tabla 6. Distribución de asignación de citas de entrada/ especialista según tipo de contratación

Tipo de Especialidad	Cantidad de Citas Asignadas Primera Vez	Oportunidad Asignación -Primera Vez	Cantidad de Citas Atendidas
Basicas de Entrada	2.332	10,53	2.532
EVENTO	367	9,04	375
CIRUGÍA GENERAL	79	10,32	57
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	74	7,64	66
MEDICINA INTERNA	64	10,59	77
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	109	9,13	117
PEDIATRÍA	41	6,49	58
PGP	1.965	10,81	2.157
CIRUGÍA GENERAL	767	12,16	741
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	501	8,32	450
MEDICINA INTERNA	201	10,95	227
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	443	11,58	688
PEDIATRÍA	53	7,83	51
Especialista	5.605	14,61	4.970
EVENTO	1.582	11,54	1.949
PGP	4.023	15,81	3.021
No Especialista	1.005	2,61	1.580

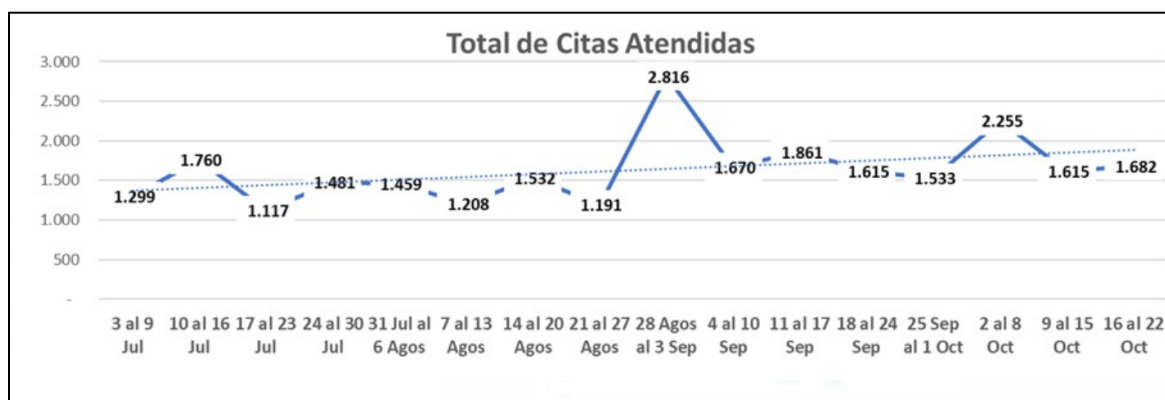
Fuente: Datos propios de la IPS

En la gráfica tres nos muestra que el indicador de oportunidad del tercer trimestre de 2023 en asignación de citas básicas de entrada se encuentra por encima de la meta a partir

del mes de julio, con un comportamiento similar al que tuvo desde el inicio de primer trimestre hasta mediados del segundo trimestre, mostrando un indicador más alto para la contratación por PGP con respecto al evento, sin embargo en la oportunidad de asignación de cita por medicina especializada representada en la tabla seis, se encontró en rango de la meta propuesta, con un indicador más alto para el PGP con respecto al evento.

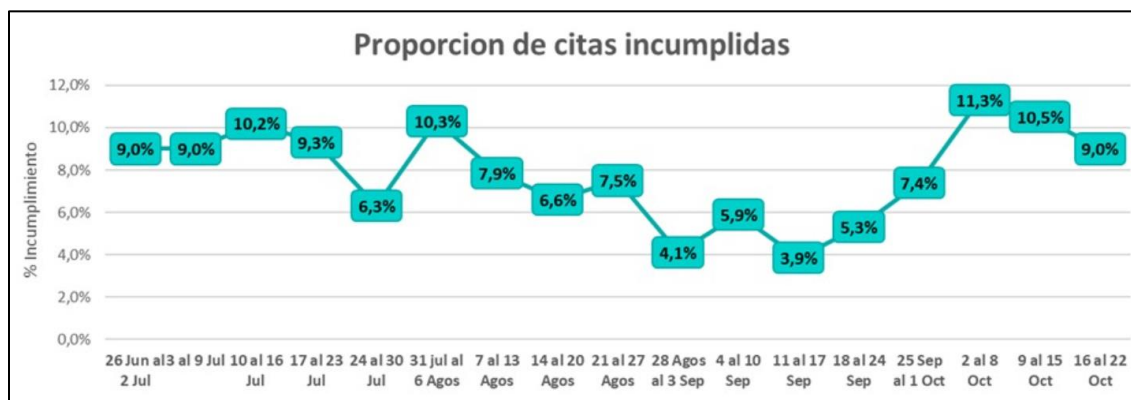
Indicadores de consulta externa

Gráfica 4: Total de citas atendidas.



Fuente: Datos propios de la IPS

Gráfica 5: Proporción de citas incumplidas.

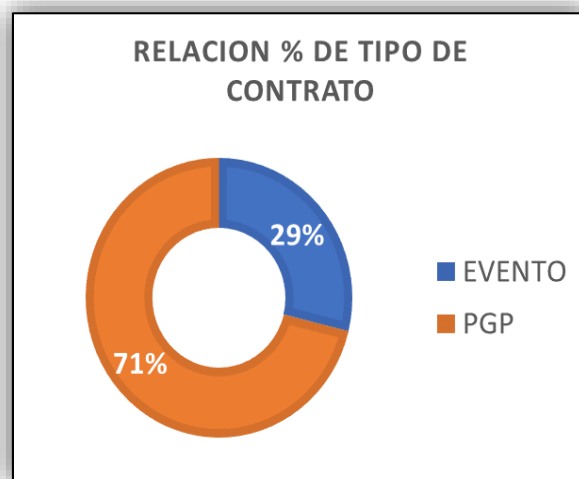


Fuente: Datos propios de la IPS

En la gráfica 4 se evidencia una alta frecuencia de pacientes atendidos en los días del 10 al 16 de julio y a finales de agosto e inicio de septiembre, sin embargo, la proporción de citas

incumplidas durante el tercer trimestre de 2023 es elevada, sobre todo entre julio y agosto con 10.2% y 10.3% respectivamente según lo mostrado en la gráfica cinco.

Gráfica 6. Relación porcentual según tipo de contrato.



Fuente: Datos propios de la IPS

En la gráfica seis se muestra que el mayor porcentaje de oportunidad por tipo de contratación se da en el Pago Global Prospectivo con un 71%, versus un 29% del evento, debido a que la mayoría de la contratación de la IPS está por PGP.

Indicadores de cirugía

Gráfica 7. Comportamiento de indicadores de oportunidad en el servicio de cirugía.



Fuente: Datos propios de la IPS

La anterior gráfica siete muestras que el número de pacientes en déficit para cumplimiento de metas es elevado con un total de 393, con un porcentaje de cumplimiento a meta día del 65%, por lo que se debe tomar medidas correctivas con respecto a la oportunidad de la atención de los pacientes.

Tabla 7. Actividades de paciente por procedimiento.

Valores	Total ger	Promedio		cierre mes proyectado	
Cantidad de Procedimientos	1.238	56	506	1.744	Procedimientos
Cantidad de Pacientes (Meta por día 51)	735	33	301	1.036	Pacientes
Suma de UVRs (Meta por día 6774)	118.177	5.372	48.341	166.518	UVRs

Fuente: Datos propios de la IPS

En la tabla siete se evidencia que la meta de paciente por procedimiento se encuentra por debajo del valor esperado, por tanto, la suma de la unidad del valor real por día (UVR) no es la esperada según lo proyectado.

Tabla 8. Distribución porcentual de procedimientos según el tipo de contratación

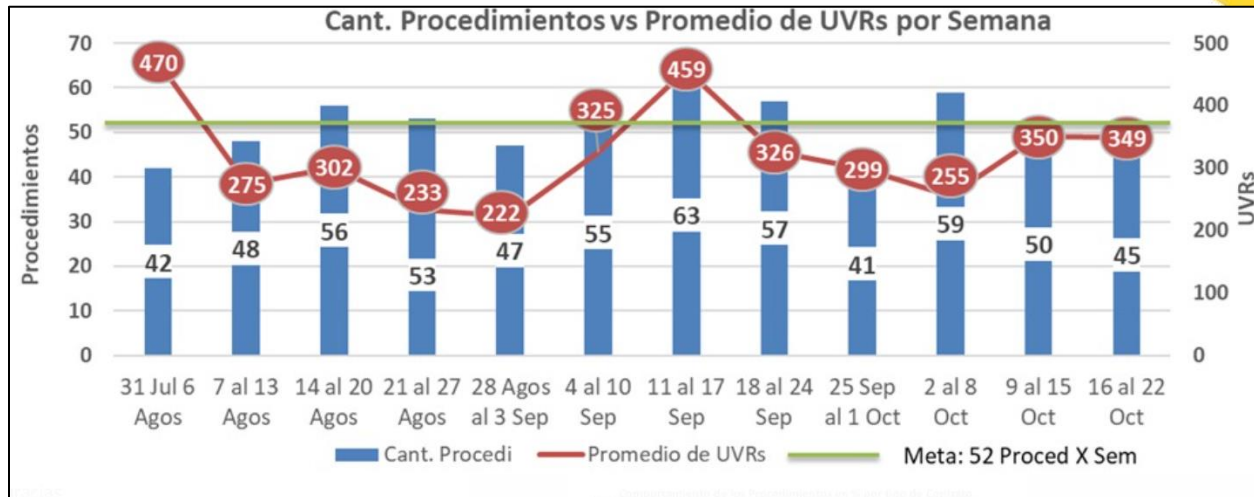
Distribucion % de los procedimientos por tipo de contrato	
Suma de Cant	
Tipo de contrato	- Total general
EVENTO	36%
PGP	64%
Total general	100%

Fuente: Datos propios de la IPS

En la tabla ocho se evidencia que la distribución de los procedimientos según el tipo de contratación es más alta en el Pago Global Prospectivo (PGP) debido a que la IPS tiene mayor población contratada con esta modalidad.

Indicadores de angiografía

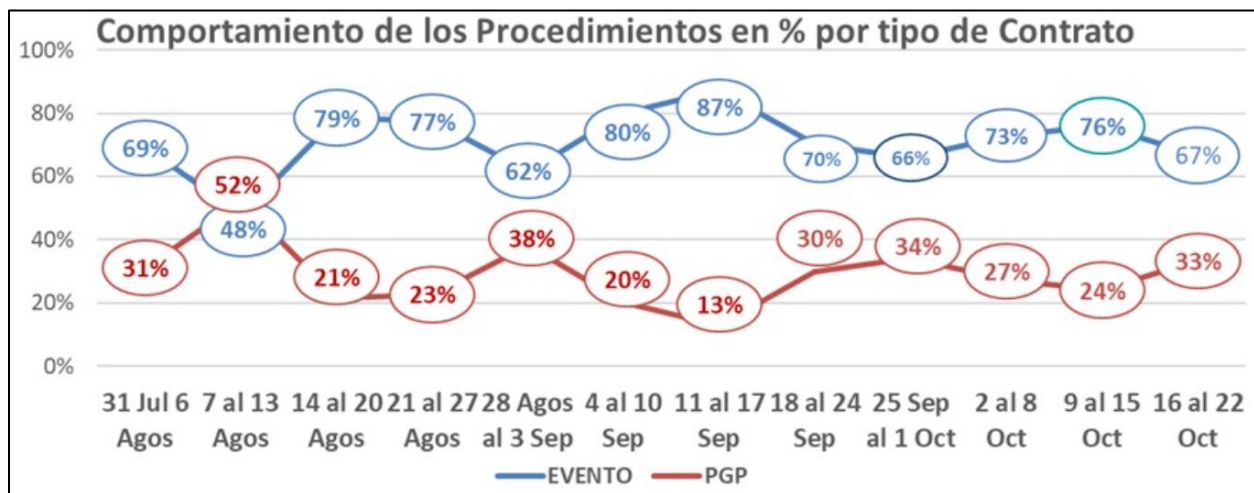
Gráfica 8. Cantidad de procedimientos realizados por semana VS promedio de UVRs .



Fuente: Datos propios de la IPS

En la gráfica ocho se evidencia que para los meses de agosto y septiembre se tiene un promedio de procedimientos realizados de 52.6 dando cumplimiento a la meta, sin embargo, se tienen tres semanas muy por debajo del objetivo en los que se debe intervenir de manera oportuna.

Gráfica 9. Comportamiento de procedimientos según tipo de contrato



Fuente: Datos propios de la IPS

En la gráfica nueve se evidencia que el comportamiento de procedimientos realizados desde julio hasta octubre es mayor en el tipo de contratación por evento, excepto en la

segunda semana del mes de agosto, donde hay un 52 % para PGP y un 48 % para el evento.

Impacto en la calidad de la prestación de servicios de salud según los modelos de contratación

Según (Tobar, s. f.) “los modelos de pago son, tal vez, los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud. Se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente. A través de la manipulación de los instrumentos de pago los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica, las formas de vinculación entre médico y paciente y de los profesionales entre si, el registro de información, entre otros”. Teniendo en cuenta entonces el análisis de la información recolectada durante el estudio de investigación se puede concluir que el tipo de contratación que tiene la IPS objeto de estudio con las EAPB contratadas en el departamento del Cauca influye directamente proporcional con la calidad en la prestación de los servicios de salud, donde se da prioridad a la atención de la población contratada bajo la modalidad de evento que por PGP, por el hecho de poder facturar individualmente cada servicio prestado y mantener reclutada esta población.

Conclusiones

- El tipo de contratación influye en la calidad brindada a los usuarios, incentivando conductas en los tres actores fundamentales. En los aseguradores incentiva a realizar una adecuada caracterización de la población para hacer una adecuada gestión del riesgo. En los prestadores propende realizar una visión global de la eficiencia y previsibilidad del gasto y en los usuarios afecta de manera categórica los atributos de la calidad según las condiciones de lo contratado.
- La IPS creó un pabellón exclusivo como valor agregado para brindar atención preferencial a la población contratada bajo modalidad de evento desde el ingreso hasta el egreso del paciente, asignando gestores que garanticen trámites administrativos de forma rápida para la prestación oportuna de los servicios requeridos.
- Las instituciones de salud buscan modalidades contractuales que les permitan un equilibrio y unas utilidades económicas, pero se debe tener un control y seguimiento estricto según el modelo para tener una adecuada rentabilidad.

Recomendaciones

Se recomendaría a las IPS realizar una contratación de los servicios de salud mediante un análisis previo y exhaustivo de todos los determinantes en salud y de todos los factores que pueden influir de manera directa o indirecta según la población a atender y que permita impulsar la gestión del riesgo de la población, a implementar acciones y estrategias de búsqueda activa de condiciones clínicas que se puedan detectar de manera temprana y así lograr mantener una población más sana, optimizar recursos y por consiguiente a obtener mayores ganancias y rendimiento económico.

Anexos

Anexo 1

INSTRUCTIVO HERRAMIENTA DE REPORTE IPS RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	
1. PROPÓSITO	
Se ha diseñado un formato de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 0256 de 2016, para los Prestadores de Servicios de Salud, con el objetivo de obtener una información actualizada y consistente para la evaluación, análisis e intervención sobre los resultados de los Indicadores de Calidad.	
2. OBJETIVO:	
Realizar un análisis a los indicadores de obligatorio cumplimiento según la resolución 256/2016 en una institución prestadora de servicios de salud (IPS), bajo la normatividad vigente, logrando así determinar cómo los modelos de contratación en salud influyen en la calidad de la prestación de los servicios.	
DESCRIPCIÓN GENERAL	
REPORTE DE INFORMACIÓN RESOLUCIÓN 256	El archivo consta de una hoja de cálculo la hoja denominada Formato de Reporte
RESULTADOS DE INDICADORES	
CAMPOS DEL FORMATO	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS EN EL FORMATO
PERIODO DE REPORTE	Registrar en número absoluto el periodo correspondiente al reporte: Primer Trimestre (1T) Segundo Trimestre (2T) Tercer Trimestre (3T), Cuarto Trimestre (4T).
DOMINIO	Información registrada del dominio agrupador del indicador trazador bajo un enfoque sistémico (Efectividad, Seguridad y Experiencia de la Atención) según disposiciones de la Resolución 0256 /2016.
CÓDIGO	Información registrada del código del indicador asignado en la Resolución 0256 /2016 (P: IPS)
NOMBRE DEL INDICADOR	Información registrada del nombre del indicador para el monitoreo de la Calidad contemplado en la Fichas Técnicas de la Resolución 0256 /2016.
UNIDAD DE MEDIDA	Información registrada de la cantidad estandarizada del indicador definida en las Fichas Técnicas de la Resolución 0256 /2016.
NUMERADOR	Registrar el valor del numerador de cada indicador en medición.
DENOMINADOR	Registrar el valor del denominador de cada indicador en medición.
RESULTADO FINAL INDICADOR	Resultado automático de la diferencia del numerador y el denominador de los ítems NUMERADOR/DENOMINADOR.

Anexo 2

CONSOLIDADO Y ANALISIS DE INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCIÓN 0256 DE 2016													
I. DATOS DEL PRESTADOR						II. RESULTADO DE INDICADORES							
CÓDIGO DE HABILITACIÓN	NET	NOMBRE DEL PRESTADOR	DEPARTAMENTO	CIUDAD	PERIODO DE REPORTE	DOMINIO	CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO FINAL INDICADOR	ANÁLISIS
						EFFECTIVIDAD	P.1.1	Preparación de gestante con control de control prenatal de primer mes antes de las 12 semanas de gestación	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.2	Preparación de gestante con valoración por obstetricia	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.3	Preparación de parto por cesárea	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	Por 1.000 nacimientos				
						EFFECTIVIDAD	P.1.5	Ritmo de Morbilidad Materna Entrenada(MME) / Muerte Materna Inevitable (MMI)	Número absoluto				
						EFFECTIVIDAD	P.1.6	Preparación de recién nacido con tetróxido para Hipertensión	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.7	Preparación de recién nacido hospitalario por infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.8	Letalidad por infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.9	Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.10	Preparación de gestante con succión por tubo para prueba de Vena de la Inmadurez del Cerebro (VIM)	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.11	Preparación de niño y niña menor de 10 meses, hijo de madre vitado con VIH, con diagnóstico de VIH	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.12	Preparación de mujer a la que se le realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.13	Preparación de paciente hospitalizado por Dengue Grave	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.14	Preparación de paciente con Hipertensión Arterial a quien se le realizó medición de LDL en un período determinado.	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.15	Preparación de paciente con Diabetes y quien se le realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último trimestre.	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.16	Preparación de paciente con Diabetes Mellitus a quien se le realizó medición de LDL	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.17	Preparación de paciente con Hipertensión arterial (HTA), sometido para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.18	Preparación de paciente con Diabetes Mellitus, sometido para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.19	Preparación de paciente en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.20	Preparación de paciente preoperatorio en hemodinámica con vitales como seccor menor	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.21	Preparación de mujer entre los 50 y 69 años con toma de monografía en los últimos 2 años	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.22	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Días				
						EFFECTIVIDAD	P.1.23	Preparación de mujer entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Por 1000(D)				
						EFFECTIVIDAD	P.1.24	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Lesión Intraepitelial (LAI) en menor de 90 días.	Días				

Referencias

- Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 55-70. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892000000700009>
- Buglioli, M., Gianneo, O., & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.
- Cadavid, C. Y. L., Marroquín, D. Z., & Alzate, J. G. (s. f.). *MODELOS DE CONTRATACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA. Caracterización y análisis de los elementos básicos de los mecanismos de pago en salud y tipologías más frecuentes*. (2020, octubre 1). <https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/8041.html>
- CardosVeroneZP, J. (s. f.). *MINISTERIOS Y SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD EN AMERICA LATINA*.
- Decreto 1011 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. (2020, julio 27). *Tribunal de Ética Odontológica de Nariño*. <https://www.teonarino.org/decreto-1011-de-2006-sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad-de-la-atencion-de-salud-del-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud/DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf>. (s. f.). Recuperado 13 de septiembre de 2023, de <https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/plugins/pdf-poster/pdfjs/web/viewer.html?file=https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2022/04/DECRETO-441-DEL-28-DE-MARZO-DE-2022.pdf&download=true&print=false&openfile=false>

Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema.

(s. f.). Recuperado 13 de septiembre de 2023, de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100014

Figueroa-Lara, A., González-Block, M. A., Figueroa-Lara, A., & González-Block, M. A. (2016).

Costo-efectividad de una alternativa para la prestación de servicios de atención primaria en salud para los beneficiarios del Seguro Popular de México. *Salud Pública de México*, 58(5), 569-576. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8247>

Gómez Díaz, C. I., Vega Guerrero, C. A., & González González, J. A. (2007). *Contratación de prestación de servicios de salud.*

<https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/12180>

González, N. M. (s. f.). *La creación de valor en el sector salud: Consideraciones sobre su relación.*

Gorbanev, I., Cortes, A., Torres, S., & Yepes, F. (2011). Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. *Revista de Salud Pública*, 13(5), 727-736.

<https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000500001>

La Asociación Médica Mundial (AMM). (2008). *DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.* <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

(s. f.). Recuperado 18 de septiembre de 2023, de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200018

Mathauer, I., & Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: Experiences in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 746-756A. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.115931>

Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: Una propuesta. (s. f.). Recuperado 18 de septiembre de 2023, de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300014

Odendaal, W. A., Ward, K., Uneke, J., Uro-Chukwu, H., Chitama, D., Balakrishna, Y., & Kredo, T. (2018). Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008133.pub2>

Ouverney, A. M., & Fleury, S. (2005). El proceso de reformas del Seguro Social de la Enfermedad de Alemania durante la década del '90: Avances e impasses. *Salud Colectiva*, 1(2), 173. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.43>

Tamayo, N. A. Á., Manrique, N. de J., & Arenas, L. F. U. (2022). *Ventajas y desventajas del modelo de contratación Pago Global Prospectivo frente a otros modelos de contratación en salud en Colombia.*

Tiempo, C. E. E. (2021, abril 21). *Habeas Data, el derecho a conocer, y actualizar la información.* El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/justicia/servicios/que-es-el-habeas-data-en-colombia-582731>

Tobar, F. (s. f.). *MODELOS DE PAGO EN SERVICIOS DE SALUD.*

Urán, A. Á. (s. f.). *CONTRATACIÓN EN SALUD SEGÚN LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 100 DE 1993.*

Valencia-Mayer, C. (2019). Atención en salud basada en el valor: Retos y oportunidades. *Revista Salud Bosque*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.2806>

Tiempo, C. E. E. (2021, abril 21). *Habeas Data, el derecho a conocer, y actualizar la información.* El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/justicia/servicios/que-es-el-habeas-data-en-colombia-582731>

La Asociación Médica Mundial (AMM). (2008). *DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>