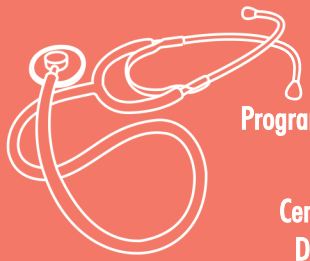
Precios y contratos en salud

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 Javeriana
Centro de Proyectos para el Desarrollo - CENDEX
Departamento Nacional de Planeación

Ministerio de la Protección Social - MPS
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS
Departamento Nacional de Planeación - DNP

Pontificia Universidad Javeriana - PUJ
Centro de Proyectos para el Desarrollo - CENDEX

Precios y contratos en salud
Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos

Fernando Ruiz Gómez
Liliana Amaya Lara
Liz Garavito Beltrán
Jaime Ramírez Moreno

Colección pars

© 2008 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS
Ministerio de la Protección Social - MPS

ISBN: 978-958-8361-51-2

Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos

Proyecto 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 de salud.

Bogotá, Colombia
Marzo 2008

Colección PARS

Teresa Tono Ramírez
Directora general

Marcela Giraldo Samper
Directora editorial

Ana Mejía Parra
Coordinación técnica editorial

Ladiprint Editorial Ltda.
Diseño, impresión y acabados
email: impresos@ladiprint.com
Cra. 65A No. 5A -50
PBX 420 30 55
Bogotá, D.C.

www.minproteccionsocial.gov.co
Cra. 13 No 32-78
Teléfono 3305000, extensiones 1540/1503
Línea de atención al ciudadano
En Bogotá, 3305000
Resto del país, 018000910097

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - MPS

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Carlos Jorge Rodríguez
Viceministro Técnico

Blanca Elvira Cajigas de Acosta
Viceministra de Salud y Bienestar

Leonardo Cubillos Turriago
Director General de Gestión de la Demanda

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD - PARS

Teresa Tono Ramírez
Directora Ejecutiva

Jaime Ramírez Moreno
Coordinador Técnico

María del Rosario Estrada Moncayo
Coordinadora Administrativa y Financiera

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN - DNP

Carolina Rentería
Directora General

Ándres Escobar Arango
Subdirector General

José Fernando Arias Duarte
Director de Desarrollo Social

Investigadores en temas sociales

Lucía Mina Rosero

Catherine Ramírez Gutiérrez

Juan Miguel Villa Lora

Carlos Javier Barbosa Castañeda

Julio César Jiménez Garzón

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA - PUJ

Joaquín Emilio Sánchez García. S.J.
Rector

Jairo Humberto Cifuentes Madrid
Vicerrector Académico

Jaime Cataño Cataño
Secretario General

CENTRO DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO - CENDEX

Fernando Ruiz Gómez
Director CENDEX y del proyecto

Enrique Peñaloza Quintero
Director Área Seguridad Social

María Alexandra Matallana
Directora Técnica

Los autores agradecen el apoyo de las entidades gubernamentales que financiaron los estudios, a las organizaciones públicas y privadas que proporcionaron la información necesaria y cuya confidencialidad se garantizó y mantendrá de acuerdo con el debido compromiso, así como a los diferentes investigadores que colaboraron en la elaboración de evidencia:

Enrique Peñaloza Quintero

Edna Aurora Sandoval

Stella Venegas

Sandra Sterling

Además a los acompañantes e interventores:

Ana Mejía Parra

Carolina Prada

Enriqueta Cueto

Félix Nates Régulo

Así mismo a:

Sandra Espitia

Ásistente de la dirección del CENDEX

Y un visitante mítico de Marte, que no tiene ninguna información de la centralidad de los mercados y de los contratos, se aproxima del espacio hacia la tierra, equipado con un telescopio que revela las estructuras sociales; dice que las empresas se revelan a sí mismas, como sólidas áreas verdes con débiles contornos interiores señalando las divisiones y los departamentos. Las transacciones comerciales se muestran como líneas rojas conectando empresas y formando redes en los espacios entre ellas. También dentro de las empresas (y tal vez entre ellas), el visitante ve líneas azul pálido, que son líneas de autoridad que unen a los jefes con los diferentes niveles de trabajadores. Si el visitante mira más cuidadosamente el escenario de abajo, él podrá observar dividida a una de las masas verdes, como una empresa despojada de una de sus divisiones, o podría observar un objeto verde englobando a otro… si nuestro visitante se aproxima a los Estados Unidos o a la Unión Soviética o a la zona urbana de China o a la Comunidad Económica Europea, gran parte del espacio debajo del visitante estaría dentro de áreas verdes… y, las organizaciones serían la característica dominante del paisaje. Un mensaje enviado de regreso a casa describiendo la escena hablaría de 'grandes' áreas verdes (organizaciones empresariales) interconectadas por líneas rojas (contratos). Sería poco probable que hablara de 'una red de líneas rojas conectando manchas verdes'… si el vehículo sobrevolara el África Central o regiones más rurales de China e India, las áreas verdes serían mucho más pequeñas, y habría grandes espacios ocupados por pequeños puntos negros que nosotros conocemos como familias y villas. En este caso también las líneas rojas serían más débiles y más espaciadas porque los puntos negros serían núcleos autosuficientes que sólo parcialmente están inmersos en los mercados. Pero por lo pronto, limitemos nuestra atención al paisaje de las economías desarrolladas.

Herbert A. Simon

Tomado de Organizaciones y mercados

Contenido

Presentación 17
Introducción 21

Primera Parte
Modelos teóricos de precios y contratos metodología y aplicación 25

Capítulo 1
Economía clásica y mercados imperfectos de salud 27
A. ¿Por qué el análisis del precio? 29
B. El servicio de salud como bien económico 34
C. ¿Por qué no un sistema centralizado? 36
D. ¿Modelo médico vs. modelo económico? 37
E. Competencia regulada y contrato 40
F. Estructura de mercado 41
G. Relaciones de agencia en los mercados regulados 43

Capítulo 2
Relaciones de agencia, contratos y precios 47
A. La importancia de los precios en los mercados 49
B. Precios e instituciones sociales 51
C. Precios y mercados de servicios del cuidado de la salud 54
D. Las relaciones entre principales y agentes 56
E. Las relaciones de intercambio y los contratos entre aseguradores y prestadores 57
F. Contratos y forma de pago a proveedores de los servicios de salud 61
G. Tarifarios y precios 63

Capítulo 3

Reforma colombiana y formación de precios en salud 67
A. Encrucijada regulatoria 69
B. Pluralismo y mercados regulados 72
C. Contratos privados y delegación de funciones 76
D. Integración vertical selectiva 79
E. El riesgo como bien transado 79
F. Asimetrías de información y fallas de mercado 83
G. Formación de precios en el Sgsss 88

Capítulo 4

Enfoque metodológico 93
A. Estudio indicativo de precios de mercado 95
1. Universo, cobertura y unidad muestral 100
2. Instrumentos de recolección de información 102
3. Control de sesgos 102
4. Tamaño de muestra 106
5. Reserva de información 110
6. Operativo de recolección 111
7. Conformación del universo de contratos 112
8. Comparación con enfoque metodológico del índice de precios al consumidor, 1996 114
B. Estudio diagnóstico de alternativas de contratación de servicios de salud 118
1. Objetivo 118
2. Proceso metodológico 119
3. Técnicas de análisis 122

Segunda Parte
Estructura de mercado y precios en servicios de salud 127

Capítulo 5

Condiciones generales del mercado 127
A. Estructura territorial
1. Entorno del mercado del régimen subsidiado 129
2. Oferta Ars 130
B. Aseguramiento según municipio 132
1. Entorno del mercado del régimen contributivo 136
2. Oferta asegurada 138
C. Mercado municipal 140
D. Características de la muestra analizada 142
1. Régimen subsidiado 144
2. Régimen contributivo 144

Capítulo 6

Análisis de los precios 149
A. Uso de tarifarios de referencia 151
B. Evolución de tarifarios 153
C. Variaciones del precio según condiciones de entorno 162
D. Precios, pago por evento 166
1. Primer nivel de atención 166
2. Segundo nivel de atención 170
3. Tercer nivel de atención 173
4. Precios en procedimientos de alto costo 177
5. Precios por evento según sistema y régimen 183
6. Procedimientos diagnósticos y eventos de servicio, descripción según régimen 202

E. Precios, pago por conjunto integral 217
1. Grupo 1. Sistema visual 218
2. Grupo 5. Procedimientos de nariz, boca y faringe 219
3. Grupo 9. Procedimientos del sistema digestivo 220
4. Grupo 10. Procedimientos del sistema urinario 223
5. Grupo 12. Sistema reproductor femenino 224
6. Grupo 13. Sistema osteomuscular 227
7. Grupo 15. Imagenología 227
8. Grupo atención VIH/SIDA 228
9. Grupo 7. Sistema circulatorio 229
10.Paciente para tratamiento de quimioterapia 230
F. Precios pago por capitación 230

Capítulo 7

Condicionantes del precio 233
A. Tiempo de operación de la aseguradora 235
B. Naturaleza de la aseguradora según ánimo de lucro 235
C. Segmentos del mercado de aseguramiento 235
D. Integración vertical 235
E. Proporción de integración vertical 236
F. Presencia de alianzas estratégicas 236
G. Diferenciación de precios según prestador 237
H. Opciones de diferenciación 238
I. Poder de negociación 238
J. Fuentes de poder de negociación 238
K. Habilitación de IPS 238
L. Factores de ajuste anual del precio 240
M. Sistema de auditoría 241
N. Tipo de renovación en los contratos 242

Tercera Parte
Mecanismos y procesos contractuales en salud 245

Capítulo 8

Análisis de la contratación de servicios de salud 247
A. Contratos entre aseguradores y prestadores 249

Capítulo 9

Contexto institucional para la contratación 263
A. Modelos de atención y contratación 265
B. Consolidación de la demanda 268
C. Modelo regulatorio para la contratación hospitalaria 271
D. Tipificación de los contratos hospitalarios 272
E. Componentes del contrato 275

Capítulo 10

Mecanismos de ajuste contractual 279
A. Fases del ciclo contractual 281
B. Mecanismos sobre el servicio 283
C. Mecanismos sobre el precio 285
D. Mecanismos sobre el consumo 287
E. Mecanismo sobre el gasto médico 289

Capítulo 11

Aplicación de los mecanismos contractuales 295
A. Variables contractuales 297
B. Contratos de tipo presupuestal 298
C. Contratos por evento médico 300
D. Contratos por conjunto integral 302
E. Contratos de capitación 303

Capítulo 12

Modelos contractuales **307**

A. Modelo de contrato por cápita 309

1. Definición 309
2. Tipos de contrato por cápita 309
3. Forma de pago 311
4. Requerimientos de información 311
5. Sistema de gestión 313
6. Sistema de calidad 313
7. Mecanismos contra la selección adversa 313
8. Mecanismos contra el abuso moral 314
9. Aplicación de mecanismos de ajuste en el proceso de servicio 315
10. Compromisos de mejoramiento 317

B. Modelo de contrato por evento 318

1. Definición 318
2. Requerimientos de información 318
3. Forma de pago 319
4. Sistema de facturación 320
5. Sistema de gestión 320
6. Sistema de calidad 321
7. Tipos de contrato por evento 321
8. Mecanismos contra la selección adversa 321
9. Mecanismos contra el abuso moral 321
10. Mecanismos de ajuste en el proceso de servicio 322
11. Compromisos de mejoramiento 324

C. Modelo de contrato por presupuesto global prospectivo 324

1. Requerimientos de información 325
2. Forma de pago 325

3. Sistemas de gestión 326
4. Sistemas de calidad 326
5. Tipos de contrato por presupuesto global prospectivo 326
6. Mecanismos contra la selección adversa 327
7. Mecanismos contra el abuso moral 327
8. Mecanismos de ajuste 327
D. Modelo de contrato por caso o cojunto integral de atenciones 329
1. Requerimientos de información 329
2. Forma de pago 330
3. Tipos de contrato por caso 330
4. Mecanismos contra la selección adversa 330
5. Mecanismos de ajuste sobre el proceso de servicio 331
6. Compromisos de mejoramiento 332

Capítulo 13
Procesos contractuales 335

A. Actividades 337

B. Negociación 338
1. Capitación 339
2. Pago por evento 340
3. Conjunto integral de atención 341
4. Presupuesto global prospectivo 341

C. Ejecución 342
1. Capitación 343
2. Proceso contrato por evento 346
3. Proceso contrato presupuesto global prospectivo 350
4. Proceso contrato por caso o conjunto integral de atenciones 353

D. Liquidación 357

Bibliografía 359

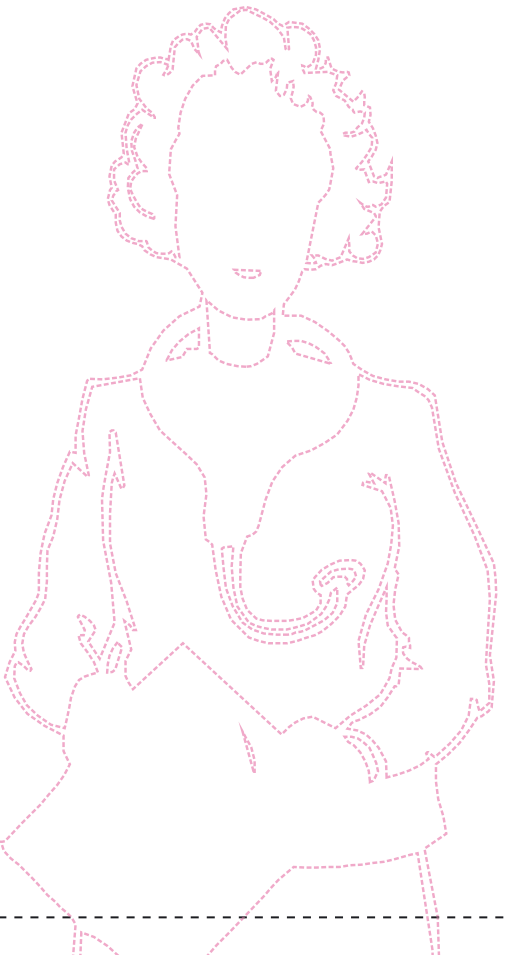
Autores 367

Glosario de conceptos 369

Glosario de siglas 387

Índice de cuadros 391

Índice de gráficos 397



Presentación

Los mercados de servicios de salud caracterizados por asimetría de información, incertidumbre, fallas de mercado, entre otros, demandan el estudio permanente de su comportamiento, en especial, de las condiciones de competencia entre aseguradores y prestadores, de forma que se disponga de evidencia empírica para el análisis de la estructura y la dinámica de formación de los precios de los servicios de salud.

En Colombia, en el Sistema general de seguridad social en salud (Sgsss) creado por la reforma al sector en la década del noventa, el modelo de aseguramiento se sustentó en principios como: cobertura universal, libre elección, competencia pluralista (pública y de mercado), diferenciación de funciones de los agentes y aplicación de instrumentos de modulación de las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud. En este contexto, las relaciones en el Sistema, entre instituciones y agentes de mercado, están determinadas por dos instrumentos de modulación: plan de beneficios y pago por capitación, en tanto entre los agentes se dan relaciones de mercado mediante un esquema de precios y contratos basado en incentivos (Ramírez, 2005).

Con el modelo implantado se buscó elevar la eficiencia de los agentes en la gestión del aseguramiento e incrementar la equidad y el acceso de la población a los servicios de salud, lo cual implica un equilibrio entre los agentes, una unidad de pago por capitación (precio tarifario al asegurador) ajustada, y controles al propio proceso de acceso, los cuales demandan un conocimiento permanente de la operación del Sistema, en especial de los servicios de salud transados y sus respectivos precios.

El cálculo y ajuste de la unidad de pago por capitación, requiere información sobre uso y gasto en salud. No obstante, aun cuando en el país se han dado avances importantes en esta materia, se presentan deficiencias en la información.

Por su parte, la competencia entre aseguradores y prestadores debe garantizar precios que se diferencien de los preestablecidos, aun cuando no sean resultado del equilibrio entre la oferta y la demanda, para así generar incentivos en cuanto a calidad y que redunden en mejores condiciones de atención en salud de la población.

A partir de lo anterior, el Ministerio de la Protección Social (Mps), por medio del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (Pars), ejecutó en el año 2005 con el Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex) de la Pontificia Universidad Javeriana, el proyecto "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".

El proyecto consistió en un estudio de mercados y precios de salud, indicativo de corte transversal de los precios transados entre aseguradores y proveedores de servicios de salud, representativo de la contratación de aseguradores en los municipios seleccionados para los regímenes del Sistema. También, mide los precios de las actividades y procedimientos incluidos en los planes de beneficios, a partir de la revisión de los contratos para las formas de pago por evento, paquete integral, cápita y presupuesto global, tomando en consideración las características territoriales.

Presenta un análisis sobre las correlaciones entre tipos de municipios y aseguradores; la concentración de los mercados de servicios de salud en los órdenes nacional y territorial, para los regímenes de aseguramiento contributivo y subsidiado; las diferencias de precios por regímenes, grupos de canastas por nivel tecnológico, tipo de prestadores (públicos y privados), y frente a los tari-

farios del Instituto de Seguros Sociales (Iss) y seguro obligatorio de accidentes de tránsito (Soat).

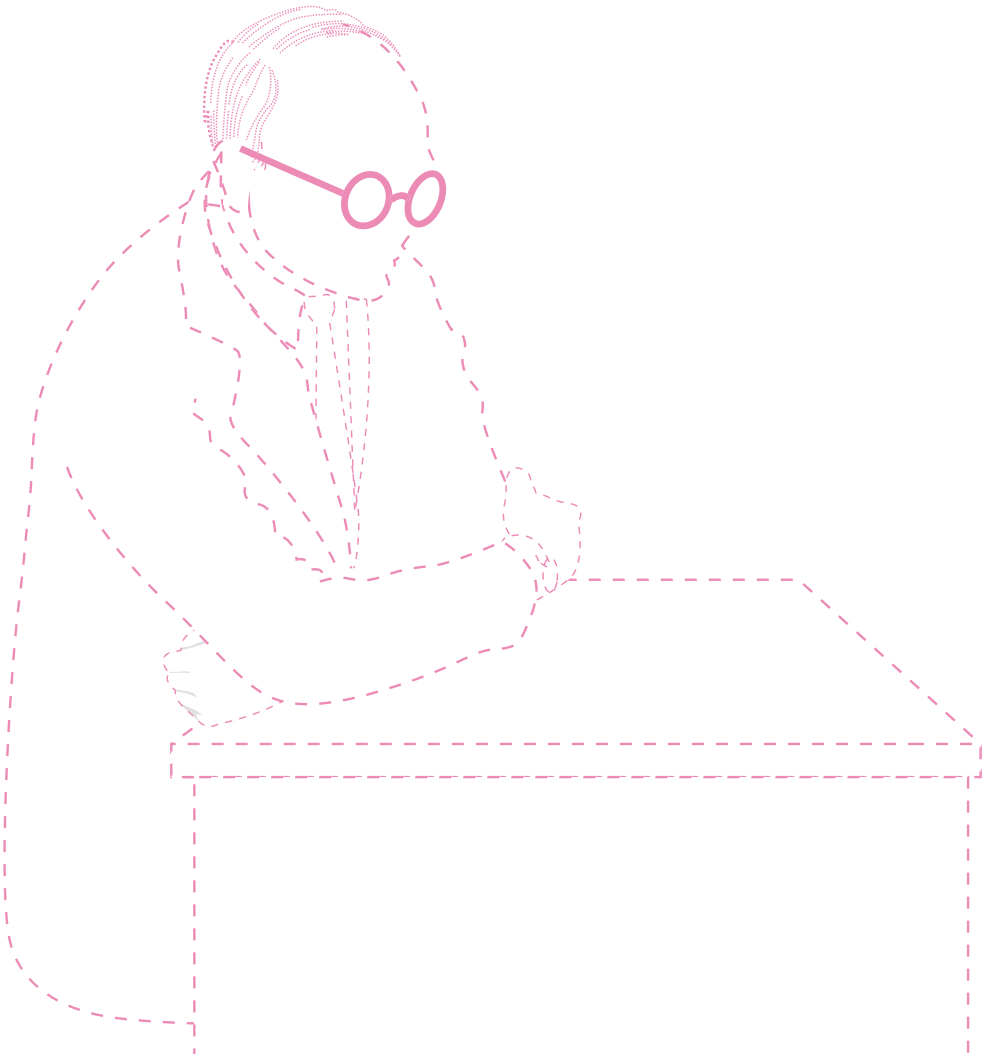
En esta publicación se presentan los principales resultados de dicho proyecto, dada su importancia como primera aproximación para la medición de los precios de servicios de salud. A partir del análisis desde la economía clásica del funcionamiento de los mercados de servicios de salud, y de las relaciones de agencia, contratos y precios desde la economía institucional, se presenta el enfoque metodológico del estudio y los hallazgos sobre los mercados y precios de las actividades y procedimientos en salud.

De igual forma, y con el propósito de proveer un contexto integral sobre el mercado de servicios de salud, se presentan los resultados del "Estudio de alternativas de contratación entre hospitales públicos y entes territoriales", ejecutado por el Departamento Nacional de Planeación (Dnp) y la Pontificia Universidad Javeriana-Cendex, en el año 2004.

En este proyecto se realizó un análisis sobre el contexto institucional de la contratación, los mecanismos de ajuste contractual y, en general, los procesos contractuales entre aseguradores y prestadores en el país. Es de resaltar el análisis sobre la contratación entre entes territoriales y hospitales públicos.

El propósito general de la publicación de los resultados de ambos proyectos es aportar elementos conceptuales y metodológicos, al igual que evidencia empírica sobre el comportamiento de los mercados y precios de los servicios de salud, que brinden sustento técnico a las discusiones y desarrollos sobre la evaluación y el ajuste de la unidad de pago por capitación (Upc) y los planes de beneficios del Sistema.

Teresa Tono Ramírez



Introducción

La Ley 100 de 1993 planteó cambios sustanciales en la provisión de servicios de salud, mecanismos de financiación y arreglos de mercado. La regulación de ese sistema ha sido uno de los retos más importantes de la política pública, durante los pasados catorce años y, sin duda, el más trascendental desde el punto de vista de la política social. Integrar mercados y operadores privados con objetivos sociales parece una mezcla imposible. Sin embargo, la búsqueda de la eficiencia en los mercados, bajo los objetivos sociales de universalización e integridad, fue la inspiración básica en la reforma colombiana y su marco de referencia, derivado del "Pluralismo estructurado".

Una vez superados los diseños técnicos y la implementación, a la reforma colombiana le han surgido diferentes retos microeconómicos que no estuvieron contemplados para ese diseño base y se han venido revelando en fallas de mercado, que han propiciado complejos dilemas regulatorios. En ese escenario, el análisis de precios y contratos ha sido un gran ausente detrás de los estudios sobre sostenibilidad social y financiera, los cuales han tendido a quedar cortos, sin la evidencia y señales que generan las relaciones inmediatas del mercado y las conductas a los diferentes agentes.

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. Este libro estudia los mercados de servicios de salud, desde el punto de vista económico

y provee evidencia empírica que conduzca a la comprensión del impacto y utilidad del análisis de los precios en el contexto del Sistema general de seguridad social en salud (Sgsss).

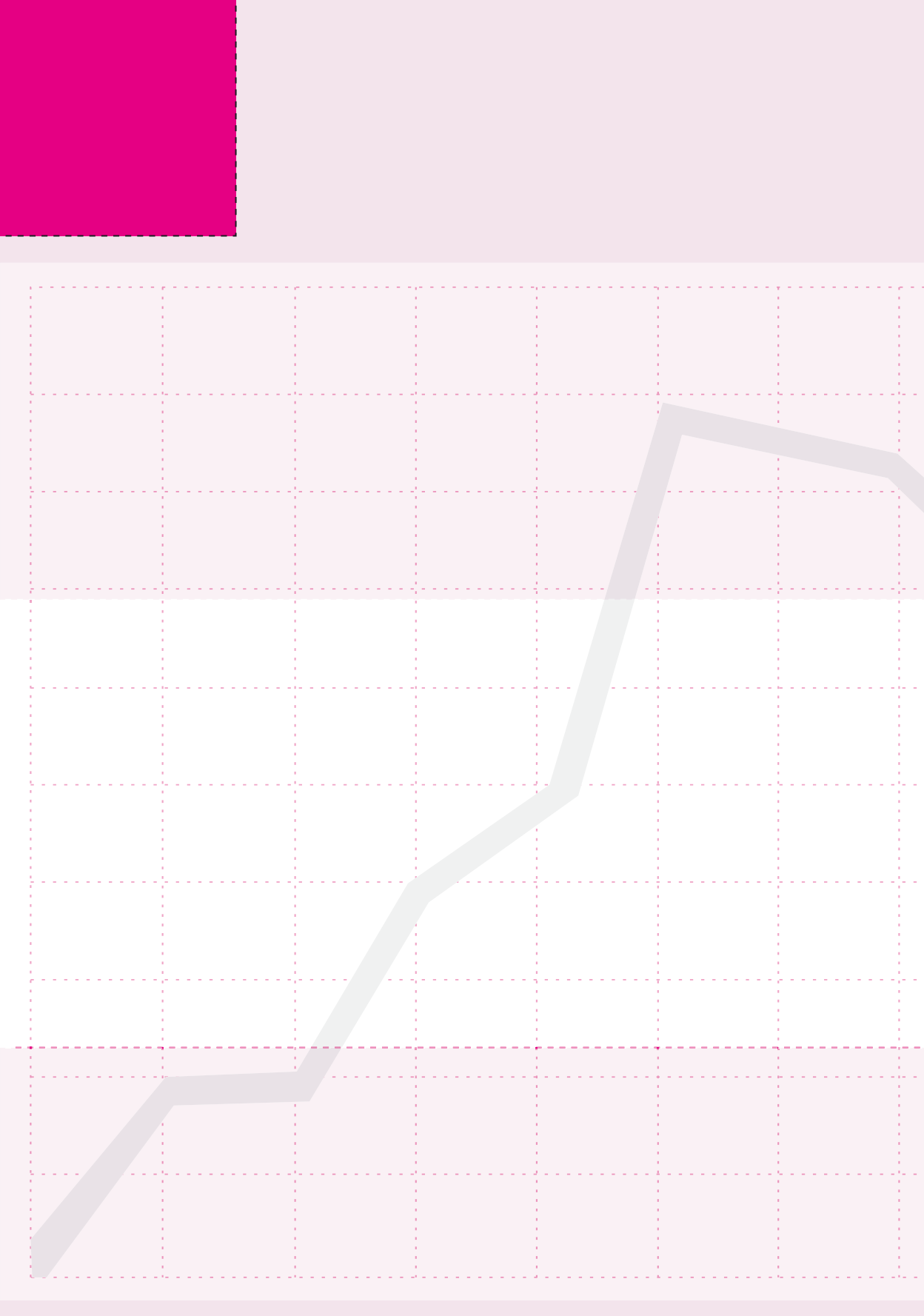
Argumentar sobre precios, sin tomar en cuenta los contratos, es como quedarse en la interpretación de las señales de vida extraterrestre sin incluir los individuos y las organizaciones sociales que existen detrás de esos indicios. En un libro reciente, Brousseau y Glachant (2002) postulan que, para un economista, "un contrato es un acuerdo bajo el cual dos partes hacen acuerdos recíprocos en términos de su conducta –un acuerdo de coordinación recíproca". El concepto económico del contrato va más allá de la definición jurídica: bajo los desarrollos de las teorías de la agencia y la información, el análisis económico incluye las relaciones de los agentes, sus jerarquías y hegemonías, la información disponible en el momento de la negociación y los efectos esperados a partir de las características intrínsecas del contrato, selección, abuso moral, contingencia, costos de transacción y externalidades, así como los incentivos que generan decisiones en los diferentes involucrados.

El libro está organizado en cuatro partes: la primera proporciona el sustento de la teoría económica clásica y la economía institucional, frente al problema del análisis de precios de los servicios de salud. Se adiciona una investigación cualitativa y aplicada a las especificidades de la reforma colombiana y se abordan los problemas metodológicos inherentes a la medición de precios. La segunda parte proporciona evidencia cuantitativa desde los resultados del proyecto "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", realizado en 2005 con el Ministerio de la Protección Social mediante el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (Pars) (Ruiz et ál., 2005). La tercera y última parte plantea un análisis cualitativo de los contratos de salud en Colombia, a partir de evidencia de estudio de casos, contrastada por

agentes calificados, del "Estudio de alternativas de contratación entre hospitales públicos y entes territoriales", realizado con el Departamento Nacional de Planeación (Dnp) (Ruiz et ál., 2004). Este estudio fue extendido hacia los contratos de los regímenes subsidiado y contributivo. Al final, en anexo, se proveen precios promedio por evento encontrados, de acuerdo con código de la clasificación única de procedimientos en salud (Cups), régimen y tipo de mercado.

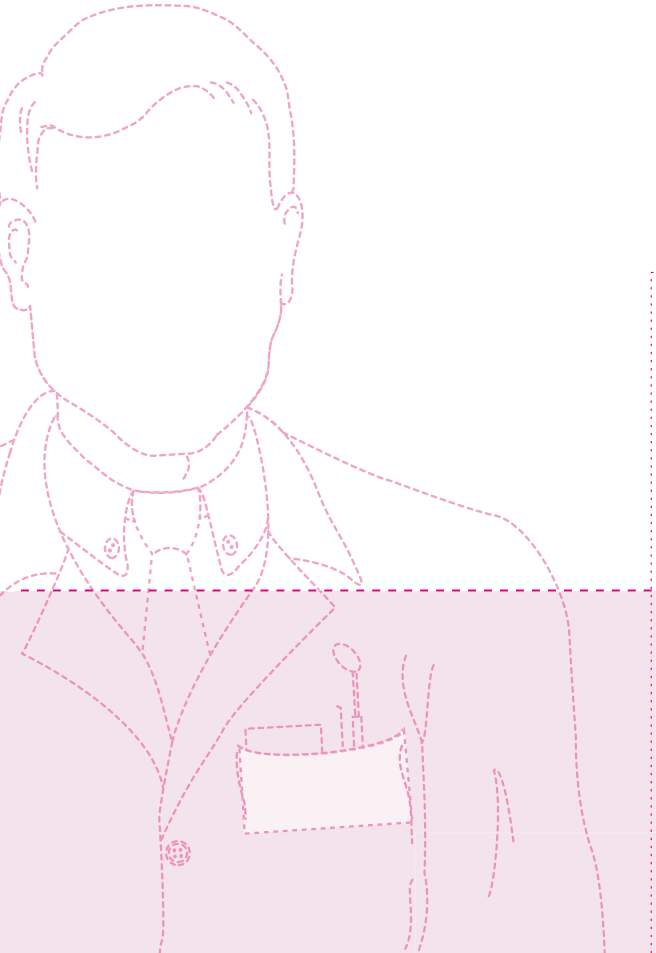
El documento tiene una clara orientación económica, lo que requiere algún conocimiento sobre la teoría económica. Sin embargo, está dirigido hacia a los diferentes actores del sistema. Para facilitar su lectura, el marco conceptual no se presenta de una manera formal, en terminos económicos y se proporciona un glosario al final del texto. El lector debería sentirse motivado al leer el libro en forma secuencial, del principio al final. Empero, se sugiere otra secuencia de lectura, la que implica arrancar por la segunda parte (capítulos 5-7), generarse preguntas frente a los resultados, retroceder a la primera parte (capítulos 1-4) y, finalmente, abordar el tema de contratos (capítulos 8-13), cuyo desarrollo proporciona insumos de tipo instrumental.

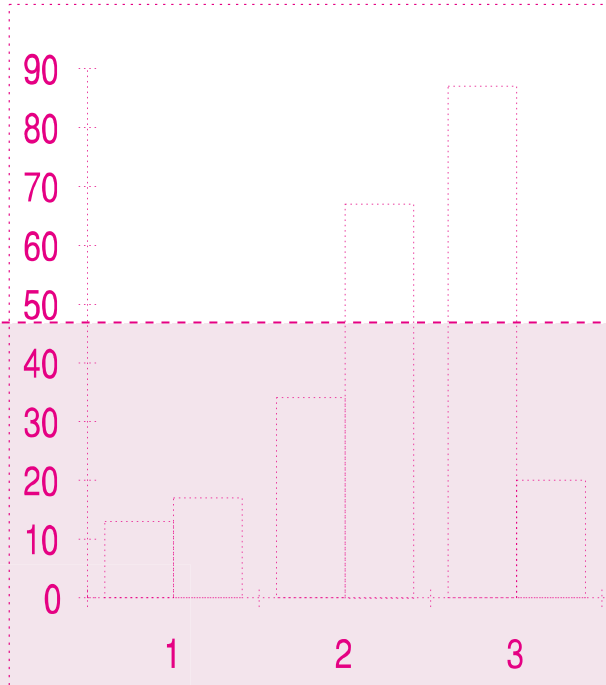
Se espera que esta publicación ofrezca una nueva base analítica, donde los resultados son confrontados con las argumentaciones de la teoría, con el fin de generar discusión, confrontación técnica y académica sobre un tema muy relevante para las condiciones de posibilidad del sistema y su regulación.



Primera Parte

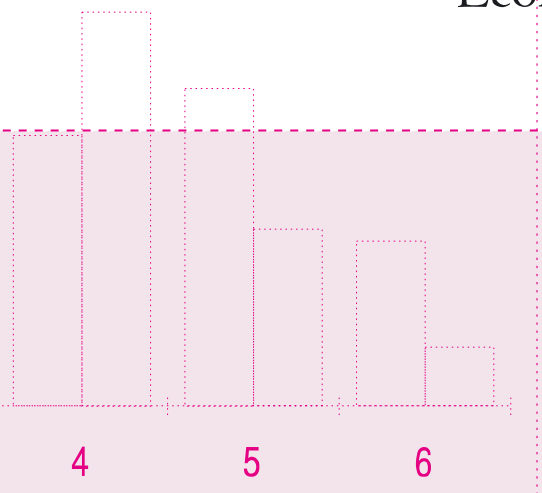
Modelos teóricos de precios y contratos
Metodología y aplicación




90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3

Capítulo I

Economia clásica y mercados imperfectos en salud



A. ¿Por qué el análisis del precio?

¿Por qué el precio es relevante en el contexto de los servicios de salud? Algunos podrían incluso considerar cuestionable su análisis, desde un enfoque moral o igualitarista, posición que podría tener fundamento. Sin embargo, en un contexto de mercado o competencia, el precio es una señal o síntoma de las condiciones de los mercados, y un regulador sería ineficiente en sus decisiones, al no considerase los precios de mercado, como línea de base y unidad de seguimiento a sus intervenciones: puede constituirse en la herramienta más poderosa en la formulación de la política económica. Ejemplo patente, en el sector salud, es el índice de precios al consumidor (IPC) en salud, que tiene ya un largo recorrido en Colombia. Como se descomponga e interprete ese IPC salud, desde sus componentes, debe proveer información sustancial para mantener, en el largo plazo, competitividad entre sus agentes.

La Ley de la oferta y la demanda, componente teórico básico en la economía, define que el precio de un bien se ajusta para equilibrar su oferta y su demanda en cada mercado. El precio no es estático, ya que cambia de acuerdo a las preferencias de los agentes. Esa variabilidad es representada a lo largo de la curva de demanda. 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.

Se tiende a pasar por alto que la curva de demanda representa la opción del consumidor de adquirir la "cantidad de equilibrio", o cantidad menor del bien o servicio al precio indicado. Milton Friedman (1990), en su libro sobre teoría de precios, enfatiza que solemos olvidar la condición de "estática comparativa" (ceteribus paribus) que subyace en el análisis contenido en la curva de demanda, y que implica que la percepción de movimiento del precio, a lo largo de la curva de demanda, sólo es factible en la medida que se mantengan estáticos los precios de los demás productos y permanezca inalterada la renta o gasto monetario de los demás consumidores.

El concepto de precio abarca elementos adicionales, a su movimiento en relación con la cantidad transada. Implícito a las curvas de oferta y demanda, se encuentran: a) las relaciones técnicas de sustitución entre diferentes bienes, y b) las elasticidades a precio e ingreso de la oferta y la demanda. Otros determinantes subyacen en las estrategias de los agentes inmersos en cada mercado, en su búsqueda de generar rentas, lo cual estudia la economía industrial, área que brinda elementos adicionales para comprender y sustentar la toma de decisiones por parte de agentes y reguladores.

¿Es aplicable este planteamiento teórico de manera incorrupta, a los servicios de salud? En un ámbito de evaluación de los mercados de servicios de salud, parece necesario adicionar otros elementos. En primer lugar, diferentes subsectores de la economía coexisten en el sector de la salud y la seguridad social, en la forma de mercados interconectados. William Hsiao (1994) identifica al menos siete mercados que finalmente coluden en la provisión de servicios de salud: educativo, laboral, de servicios, farmacéutico, de tecnología médica, de insumos y de aseguramiento. Las relaciones entre esos mercados y sus agentes, son sustanciales a la configuración final del bien servicios de salud, su precio y el acceso de la población. Así mismo, es necesario considerar los efectos intertemporales: las decisiones que se tomen en el tiempo para regular la oferta futura de médicos puede afectar en el largo plazo las condiciones del mercado laboral y la provisión de

servicios, y consecuentemente, una vez identificados esos efectos, su resolución puede estar determinada por el tiempo requerido para corregir esas condiciones en los mercados primarios. Es decir, los efectos de las decisiones, regulatorias o de los agentes en los mercados no son instantáneos.

¿Por qué son importantes los mercados? El análisis de los mercados de servicios de salud implica la evaluación de sus fallas. Su organización industrial es afectada por las asimetrías de información entre los agentes. Existe evidencia de que en los mercados de servicios de salud no se cumple el supuesto de competencia perfecta y, por tanto, es necesario considerar que los precios puedan ser determinados por los agentes. Han sido demostrados, teórica y empíricamente, fallos tan relevantes como la selección adversa y el abuso moral en los contratos de aseguramiento, la competencia monopolística y la inducción de demanda en la provisión de servicios (Pauly, 1974), así como los efectos de las patentes en los mercados farmacéuticos y de tecnología médica (Duncan, 1978). Las asimetrías de información y externalidades, suelen tener mayores efectos económicos que los movimientos del funcionamiento clásico competitivo que operan en otros mercados de bienes y servicios. Por esa razón, los costos de transacción, y su impacto sobre los agentes en los mercados de salud, son un elemento clave.

Algunos autores describen el servicio de salud como un bien meritorio, o preferente, considerando la definición que haga cada sociedad del derecho al acceso por parte de las personas. Esta clasificación no es propiamente económica y corresponde a una denominación de economía política que no necesariamente se contrapone a la definición de bien privado.

¿Cómo operan estos fallos en un contexto de mercados interconectados? La interrelación entre aseguramiento y prestación de servicios plantea retos a la aplicación de la teoría económica. En los mercados de salud, el asegurador obtiene su renta, tanto de la venta de pólizas (o paquetes) de seguro, como de la compra

de servicios de salud y de las rentas financieras sobre los recursos monetarios captados, como cotizaciones, previo al consumo.

En el análisis de los mercados de salud, el estudio de la demanda suele ser dejado de lado, sin embargo, en contextos de reformas que introduzcan competencia, su estudio es básico. La teoría de la demanda de seguro de salud, es una extensión del modelo clásico de seguro planteado inicialmente por Bernoulli en 1758, y llevada a su especificación actual por Friedman y Savage (1948). Este modelo sirvió de base para el diseño del seguro de indemnización en salud, el cual derivó en un modelo de firma cuasibancario, del asegurador. A veces se tiende a dejar de lado que en el sistema colombiano se producen rentas a los agentes y que estas pueden ser determinantes en la conformación de la oferta y la demanda, en los mercados.

En un esquema financiero del aseguramiento, las estrategias optimizadoras de la renta suelen sobreponerse a las propias de la función del asegurador en salud, como administrador del riesgo. El costo en superar las asimetrías de información suele ser mayor a los beneficios esperados de las economías de escala que logre el asegurador en la compra de volúmenes de servicios. En Colombia existe tanto evidencia del efecto acceso en la población, consecuencia del aseguramiento social (Ruiz, 2007), como postulados sobre la potencial pérdida de bienestar consecuencia de la concentración en el aseguramiento (Ruiz, 2005).

En la relación aseguramiento-prestación, se generan externalidades, en tanto que los aseguradores tienen el incentivo para extraer ganancias en eficiencia y los ahorros por recambio de tecnología médica que efectúen los prestadores. Las utilidades por mecanismos administrativos (glosas y autorizaciones) o mecanismos jurídicos (tutelas), pueden transformarse en rentas para los accionistas. Desde la teoría de la agencia, el asegurador, como agente informado sobre los incentivos del principal o asegurado, tiene mayor información y poder de negociación frente al proveedor, si las condiciones del mercado particular de servicios revelan

excesos de oferta. Los costos de transacción para solucionar esas asimetrías de información pueden ser mayores a sus prospectivas utilidades: el resultado será un contrato altamente incierto para el agente con limitaciones en información (Williamson, 1979).

Otro aspecto es 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 determinante en los precios finales de los servicios de salud. La industria farmacéutica ha atravesado durante los últimos años, un periodo de fusiones, ligado al desarrollo o vencimiento de patentes en medicamentos, con efectos sobre su rentabilidad y la necesidad de apalancar recursos para garantizar economías de escalas, en mercados cada vez más globalizados (Comador, 1986).

¿Son los mercados de atención y el modelo de educación médica exógenos a los demás mercados? Las condiciones del mercado laboral tienen también efectos sobre el mercado de servicios. El modelo occidental de formación médica impulsado en todo el mundo a partir del Flexner (1912), ha llevado a una educación cada vez más especializada, donde la relación entre subespecialidades y la tecnología médica determinan los nichos de mercado: barreras de entrada originadas en la restrictiva oferta de especialidades, acoplada a la segmentación de servicios mediante especialidades clínicas. La interrelación del modelo de formación médica con el aseguramiento ha conducido, en los países donde existe competencia regulada, al desarrollo de nuevos arreglos institucionales entre aseguramiento y prestación, denominados genéricamente como de administración gerenciada (Managed care). Estos modelos buscan solucionar la no viabilidad del modelo clásico de

seguro de indemnización, dado el poderoso incentivo que genera un seguro con recobro, sin intermediación sobre el acto médico, hacia el gasto descontrolado. La modulación planteada por los modelos de Managed care propende por un *second best*[1], donde el control del gasto médico se efectúa desde los "pooles de riesgo"[2] (Cutler, 2000). Ubicar barreras en los flujos de información y de servicio por parte de administradores con información privilegiada por los operadores de los de planes de seguro, ha demostrado ser un poderoso incentivo para limitar ese gasto médico excesivo.

Los factores de calidad constituyen otro factor de modulación para los mercados de servicios de salud. La discriminación por condiciones de calidad, puede afectar el precio, tanto la acreditación institucional como los sistemas de medición de desempeño médico (Physician performance"[3]). La carencia de información para valorar las decisiones médicas por parte de hospitales y médicos tiende a solucionarse con los sistemas de calidad y la parametrización de las conductas eficientes en el tratamiento, a partir de la evidencia clínica.

B. El servicio de salud como bien económico

En todo análisis de los precios se requiere conocer el tipo de bien evaluado. La economía clásica define dos tipos de bienes, públicos y privados, bajo dos conceptos económicos complementarios: rivalidad y exclusión. Por su naturaleza, el consumo de servicio de salud es rival ya que el consumo sólo puede darse por

1 Concepto económico aplicable a situaciones en que asimetrías de información, externalidades y otras condiciones impiden un equilibrio eficiente. En este caso, el mercado o relación económica pueden derivar a un segundo equilibrio que sea el "segundo mejor" dadas las restricciones.

2 Concepto que involucra la agregación y mancomunación de demandantes y su riesgo potencial bajo un determinado esquema o póliza de seguro.

3 Entidades como la Asociación Médica Americana han postulado un conjunto de indicadores sobre desempeño médico. La mayor dificultad en esos sistemas ha sido la estandarización de los indicadores a partir de los registros administrativos de procedimientos médicos.

una sola persona, y es excluyente, en tanto que es posible racionar el acceso de otra persona a los bienes y servicios asociados.

Algunos autores describen el servicio de salud como un bien meritorio, o preferente, considerando la definición que haga cada sociedad del derecho al acceso por parte de las personas. Esta clasificación no es propiamente económica y corresponde a una denominación de economía política que no necesariamente se contrapone a la definición de bien privado.

Para Adam Wagstaff (2000), este es un problema más cercano a la ideología que a la propia economía. Desde el punto de vista de medición y resultados esperados, en una misma situación y población, la igualdad en el acceso, la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades y la igualdad en salud, pueden arrojar resultados diferentes. En la práctica, no es posible determinar una única medida de salud, aceptable para una población, tampoco un nivel "adecuado de acceso". Las preferencias de consumo, el ingreso y las diferencias en oferta de servicios disponibles pueden determinar diferentes patrones de consumo, para poblaciones aparentemente homogéneas.

Todo análisis microeconómico requiere abordar la variación en el consumo y sus relaciones de causa-efecto, por tanto, la connotación de bien privado es sustancial. Los modelos de acceso se operacionalizan en las evaluaciones de utilización y gasto, así como el análisis de las elasticidades de los precios en los diferentes tipos de servicios y el efecto de los coaseguros sobre la demanda (Newhouse, 1996).

El análisis de los mercados de servicios de salud implica la evaluación de sus fallas. Su organización industrial es afectada por las asimetrías de información entre los agentes. Existe evidencia de que en los mercados de servicios de salud no se cumple el supuesto de competencia perfecta.

Joseph Stiglitz (2000) planteó una alternativa para el análisis económico de aquellos bienes tanto privados como meritorios. Establece el concepto de los bienes privados suministrables por el Estado a partir de aquellos bienes y servicios cuyo costo marginal

de provisión es alto. En la salud, este alto costo deriva del costo de transacción ligado a la oferta del bien servicios de salud. Por tanto, si el costo de transacción es muy alto puede ser razonable y más equitativo que el Estado asuma su provisión. Este enfoque, sin embargo, no aborda el efecto de la ineficiencia de las entidades en la provisión de los servicios de salud.

Los altos costos de transacción en los mercados pueden equilibrarse contra las deficiencias del Estado como proveedor de servicios. La decisión final, de cada sociedad, sobre el tipo de sistema de salud, tiene que ver con elementos de economía política que hacen que se generen las iniciativas de reforma de salud. Diferentes países tienden a orientarse de manera diversa, bien hacia esquemas de sistemas centralizados, hacia la adopción de mercados regulados o a una variedad de esquemas mixtos (Donabedian, 1979).

C. ¿Por qué no un sistema centralizado?

Para un observador desprevenido, puede ser irresistible la idea de librarse de los problemas de mercado y precios, a través de un sistema centralizado. Simplemente se genera un sistema único y de allí en adelante todo debería fluir. Un sistema centralizado de aseguramiento y provisión es razonable cuando, de acuerdo con el análisis de los agentes institucionales de una sociedad, el costo de transacción de un sistema de precios supera lo que esos agentes están dispuestos a pagar para mantener sana la población. En un modelo centralizado, el sistema de precios es reemplazado por un arreglo institucional en el cual las asignaciones a cada agente son determinadas usualmente por el Estado, y un sistema presupuestal reemplaza al sistema de precios.

En modelos centralizados de provisión pública de bienes privados se tiende al monopolio natural como arreglo de mercado. La racionalidad económica en la cual se sustenta este modelo deviene de la existencia de rendimientos crecientes a escala. En los servicios de salud, una vez dimensionada y optimizada una capa-

cidad instalada eficiente, el costo adicional asociado a atender a un usuario más, es relativamente insignificante. Esto se mantendrá aproximadamente constante, hasta que se haga necesario pasar a otra escala de producción. En ese momento los requerimientos de inversión y la nueva estructura de costos fijos conducirán a un nivel de menor eficiencia técnica. Si se decide mantener la capacidad instalada se generarán racionamientos a los consumidores.

La utilidad derivada del monopolio natural, es contrarrestada por los costos de la inexistencia de competencia, bajo las teorías de optimización del monopolio. El monopolista natural tiende a producir solamente hasta las cantidades de bienes y servicios en las cuales no pierda dinero. Este equilibrio está sustentado en el esquema presupuestal dado por el propio Estado para acotar su incertidumbre frente a un probable costo no controlado. El óptimo, entonces, se sitúa en la producción ubicada en donde la curva del costo marginal intercepta con la del ingreso marginal. Este punto suele representar un nivel de producción menor al de la intersección entre la curva de demanda y el costo marginal. Como consecuencia, el acceso de la población a los servicios es restringido generando racionamiento. Estos racionamientos, se expresan en la forma de listas de espera al acceso a los procedimientos. Barreras de acceso en la forma de imposiciones económicas al uso, pagos y contribuciones asociadas a la utilización y limitaciones de beneficios hacia la provisión uniforme de servicios, con la consecuente inequidad entre poblaciones con diferencias en capacidad de pago.

D. ¿Modelo médico vs. modelo económico?

¿Es el modelo médico, una alternativa al modelo económico? A partir de la definición inicial de Kenneth Arrow, sobre la relación entre el médico y el paciente (1963), el análisis de las relaciones entre proveedores y consumidores de servicios de salud se ha enmarcado en el contexto del modelo de competencia monopolística. La competencia monopolística se caracteriza por la

existencia, en un mercado, de un número apreciable de productores, sin que exista un control dominante, pero con diferenciación de producto. El productor busca diferenciar su producto o servicio con el objetivo de capturar segmentos de demanda y limitar la competencia con los demás oferentes.

En el caso de los servicios de salud, el competidor monopolista (médico u hospital) busca diferenciar su práctica o servicio a partir de los agregados de calidad. El consumidor selecciona su médico tratante o institución a partir de su percepción de los elementos de calidad o prestigio que él percibe, o la de informantes que considere calificados. Cada médico u hospital buscará diferenciar su servicio mediante la proyección de elementos diferenciadores sobre la demanda.

El contrato es el elemento básico en el desarrollo de transacciones de largo plazo, a por medio del cual se busca acotar las consecuencias. En un modelo de multiplicidad de agentes y proveedores, y mercados interconectados, la transacción debe generar costos que alteran las relaciones económicas.

Otra característica de la competencia monopolística es la fácil entrada o salida del mercado por parte de los oferentes, lo cual permite solucionar el problema de demanda, cuando las estrategias de diferenciación no funcionan. Sin embargo, entre los agentes que conforman la cadena de provisión en salud, existen diferencias en su capacidad efectiva para salir del mercado. El asegurador tiene un horizonte contractual corto y para un médico es posible trasladarse buscando mejores condiciones del mercado laboral. No obstante, los hospitales enfrentan costos hundidos que los ponen en desventaja: la infraestructura hospitalaria y la tecnología médica no son reutilizables en procesos diferentes a salud. Las relaciones contractuales de los hospitales, con sus factores de producción, tienden a ser más de largo plazo y su objeto social suele ser orientado por objetivos filantrópicos o corte público, sobrepuestos o compitiendo con sus objetivos financieros.

La competencia monopolística está condicionada por el riesgo entre consumidor y proveedor. Esa formación inicial de riesgo,

ligada a la probabilidad de enfermar, deriva en riesgo financiero. En los mercados de salud se transan tanto los consumidores (o afiliados), como su riesgo asociado. La información sobre el riesgo suele ser asimétrica debido a la especialización de los agentes y las condiciones discrecionales del flujo de la información. El asegurador suele ser más especializado en el manejo de información y está ubicado, como afiliador y recaudador de las primas de seguro, en la misma puerta de entrada. Eso origina ventajas competitivas y mayor control sobre las contingencias en los contratos. El asegurador puede tener mayor capacidad de decisión a partir de sus notas técnicas, para seleccionar adversamente a sus proveedores.

Dranove y White (1998) postularon cómo por la competencia monopolística, resultado de la diferenciación de los servicios y la poca información, los consumidores enfrentan en salud, curvas de demanda con pendiente plana. En consecuencia la respuesta esperada del paciente a una variación en el precio debe ser baja. Existe un conjunto de factores adicionales que sustentan esa hipótesis: a) la salud suele ser vista por el consumidor como una necesidad; b) los consumidores suelen valorar atributos no ligados al precio como la experiencia previa, y c) el aseguramiento reduce el precio del servicio (Pauly, 1968).

El modelo de Chamberlin (1993), sobre mercados en competencia monopolística, postula que el proveedor selecciona su precio teniendo en cuenta, entre otros, los atributos de calidad, los precios de los competidores, los atributos de calidad de los competidores y la tasa de cobertura del aseguramiento en un mercado en particular; de manera que cada proveedor estudiará su curva de demanda y reaccionará frente a movimientos de la curva de sus competidores.

El hecho que la curva de demanda sea plana, no necesariamente quiere decir que los servicios sean inelásticos al precio. A pesar de que Newhouse (1993) calculó, para los servicios de salud, una elasticidad al precio agregada de -0,31, inelástica, las diferencias

entre tipos de servicios son preponderantes: la demanda de servicios ambulatorios, servicios diferenciables y cirugías programables, tiende a ser elástica al precio. Sin embargo, 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.

E. Competencia regulada y contratos

Se ha visto que el análisis de los mercados de servicios de salud debe enfocarse en un marco de referencia de mercados interconectados. La provisión final de un servicio a un paciente demanda acopiar factores de producción muy diversos. Por tanto, la interrelación al interior de los mercados entre la oferta y la demanda tiene que acotarse por las condiciones exógenas que se manifiestan en diversos fallos de mercado cuyos efectos, eventualmente, producirán rentas a algunos agentes.

Todo fallo de mercado involucra algún tipo de asimetría de información. Las asimetrías se presentan en diversas formas, entre mercados interconectados. Ejemplos son la selección adversa de riesgo y el abuso moral en el aseguramiento, los efectos "ratchet" y retención en la provisión hospitalaria, o como la asimétrica información que se entrega al paciente limita su capacidad para tomar decisiones de consumo. Como resultado, se afecta la posibilidad de generar mercados competitivos en la provisión de servicios de salud. En consecuencia, la evaluación de las externalidades e incentivos para la regulación del mercado, debe abordarse a partir de los fallos de competencia: la concentración en los mercados, los efectos de barreras de entrada y salida de los mercados y la presencia de costos hundidos, entre otros; elementos fundamentales en el análisis de la competitividad y eficiencia en el sector salud.

Las relaciones de mercado en los servicios de salud, son tanto sustentadas como afectadas por los contratos entre los agentes. Dadas las asimetrías, la contratación se realiza en condiciones de incertidumbre (Williamson, 1979) que finalmente deriva en contratos incompletos o elementos de selección y abuso moral. El análisis de contratos y su contingencia es fundamental en la comprensión de los efectos residuales e inerciales que determinan las condiciones de competencia.

A partir de esas condiciones contractuales, se generan relaciones de dependencia homogénicas o contragénicas que hacen necesario un marco de análisis adicional que involucre las relaciones, transacciones y estrategias de los agentes. La economía institucional, a partir de la teoría de la agencia, provee elementos adicionales para el análisis de estos contratos con incertidumbre.

Las interacciones entre los contratos asegurador-hospital-médico-proveedor de bienes e insumos, son también críticas. Los incentivos para el consumo deben necesariamente administrarse y el hospital suele ser la unidad intermediadora de contratos; una decisión que no alinee correctamente los incentivos, afectaría primordialmente al hospital.

F. Estructura de mercado

Es tentador denominar como intermediario al asegurador. Este argumento suele ser redituable en un análisis que persiga objetivos políticos. Sin embargo, el asegurador en los servicios de salud no es un intermediario puro. Los efectos del aseguramiento derivan de tres acciones básicas propias de los esquemas de seguro en salud:

1. 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 (Arrow, 1963).

2. 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 (Feldman, 1994).

3. 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 (Nyman, 1999).

Los aseguradores pueden tener ventajas frente a los demás agentes por sus condiciones particulares de manejo de información sobre los consumidores y su discrecionalidad en la elaboración de algunas pautas en los contratos, en razón al diseño de los esquemas de seguridad social.

Desde el punto de vista del mercado, ¿cómo se manifiestan estas ventajas competitivas? Mark V. Pauly (1998) formuló un modelo teórico, donde plantea la posibilidad de relaciones de tipo monopsónico entre aseguradores y proveedores de servicio. Las bases para la existencia de un mercado monopsónico son: a) existencia de pocos compradores (aseguradores) y muchos oferentes (prestadores), y b) baja elasticidad de la oferta al precio de los servicios.

Las implicaciones de los mercados monopsónicos son importantes. Los aseguradores podrían fijar precios y su mayor incentivo sería hacia la extracción de renta sobre los prestadores de servicios. Esto puede tomar la forma de estrategias directas, bajando los precios de los servicios o de manera indirecta a través del aprovechamiento de externalidades. Entre ellos se encuentran los efectos ratchet y retención, bajo los cuales el asegurador extrae el esfuerzo en reducción de costos de un hospital o menores costos derivados de la adquisición de una nueva tecnología.

Las relaciones entre mercados interconectados plantean un reto regulatorio complejo en la medida que el regulador debe

tener mejor información y capacidad técnica similar que los diversos agentes. Un sistema mal regulado conduce a limitaciones en la competencia y menor relación de costo beneficio entre gasto y efectos de salud.

G. Relaciones de agencia en los mercados regulados

Además de las relaciones horizontales entre mercados, es necesario considerar las relaciones verticales entre los agentes que conforman el sistema de salud. La teoría de la agencia plantea la relación entre agentes y principales como sustancial en la configuración final de los mercados y efectos sobre los agentes. El contrato es el elemento básico en el desarrollo de transacciones de largo plazo, a través del cual se busca acotar las consecuencias. En un modelo de multiplicidad de agentes y proveedores, y mercados interconectados, la transacción debe generar costos que alteran las relaciones económicas.

La incertidumbre es determinante para la elaboración y evaluación de los contratos de servicios de salud, y sus contingencias económicas sobre los agentes. En los inciertos extremos, los agentes tratarán de reducir o trasladar el riesgo a los demás agentes del sistema, generando contratos con alta incertidumbre. Williamson describe tres condiciones de transformación de las estructuras de gobernanza en un sistema: a) incentivos, b) controles administrativos, y c) regímenes contractuales. Las estructuras económicas pueden tener dos posibles arreglos (incluyendo formas mixtas): jerarquías o de mercado. En el caso de los regímenes de competencia regulada, los incentivos tendrán una mayor

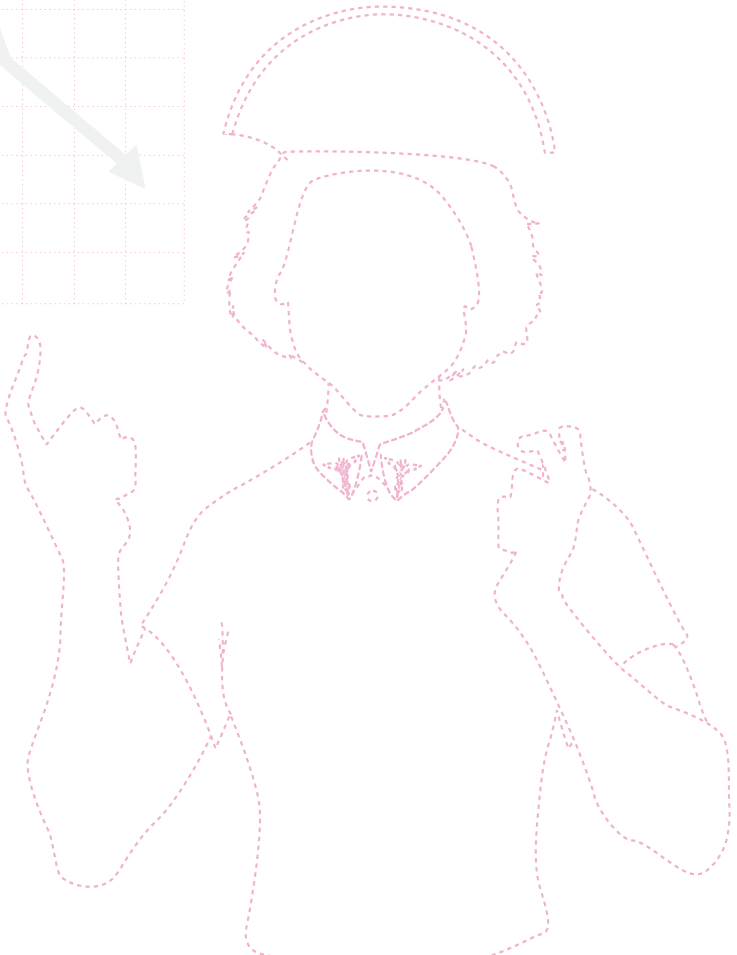
La competencia monopolística se caracteriza por la existencia, en un mercado, de un número apreciable de productores, sin que exista un control dominante, pero con diferenciación de producto. El productor busca diferenciar su producto o servicio con el objetivo de capturar segmentos de demanda y limitar la competencia con los demás oferentes.

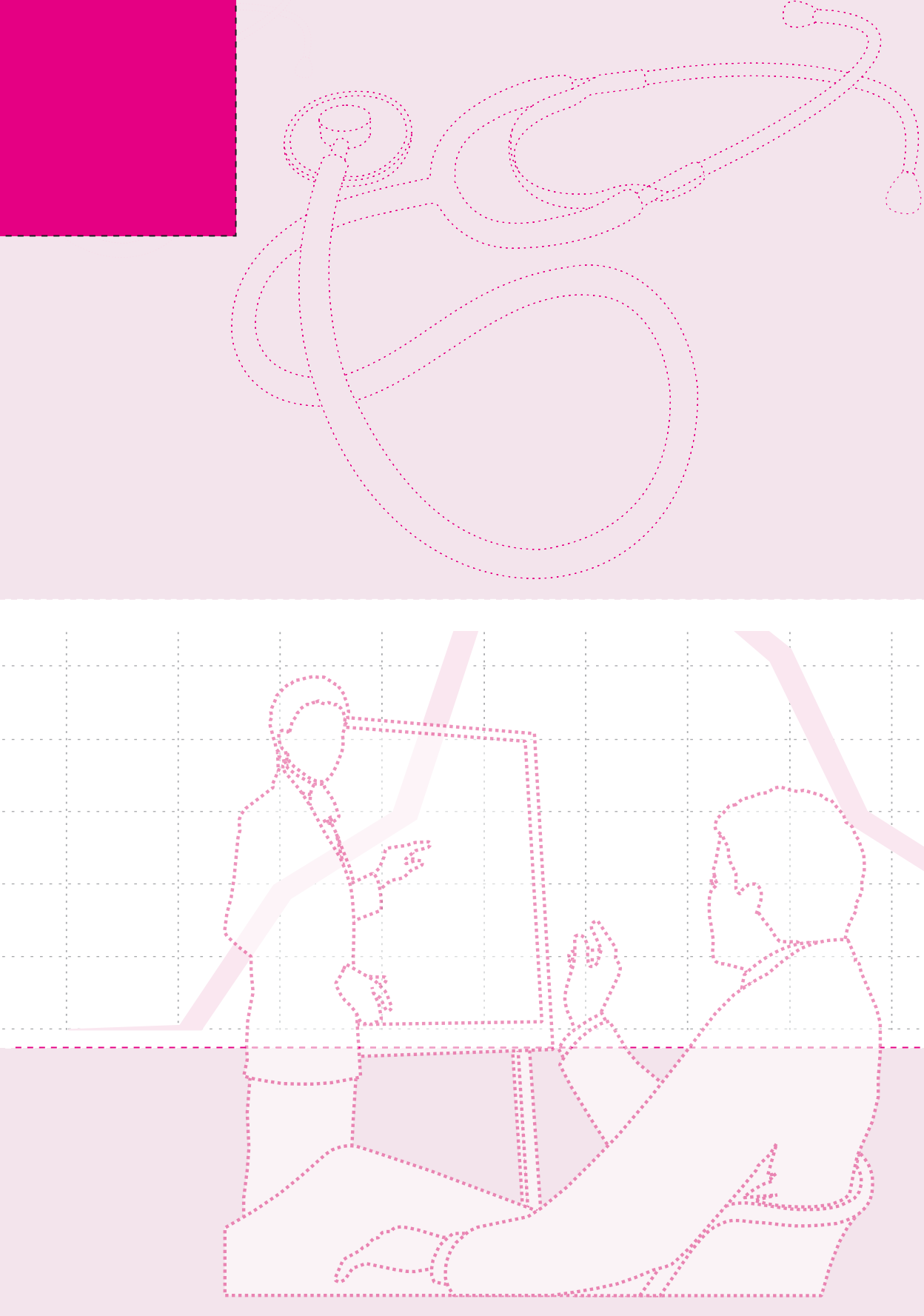
efectividad, los controles administrativos efectividad limitada y se tenderá al legalismo contractual. En el caso de los sistemas jerárquicos, los incentivos deberán tener poco efecto comparado con los costos administrativos, y el régimen contractual será autocontrolado en el sistema.

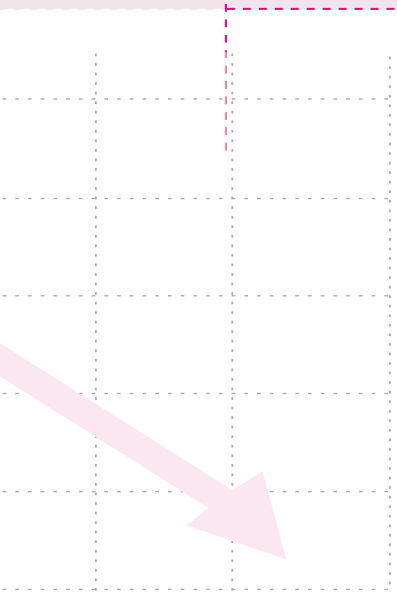
Los incentivos pueden tener diferentes direcciones en los agentes que comparten la responsabilidad por el servicio en un mercado regulado. El objetivo económico de los médicos, si son contratados por evento, puede contraponerse a los de su hospital, si este tiene un contrato en el que recibe riesgo del asegurador. La información sobre pacientes suele ser controlada con los médicos y pueden tener un incentivo poderoso para "mejorar sus ingresos" abusando moralmente, mediante la inducción de demanda sobre un contrato incompleto e incierto. Un asegurador puede tener un incentivo negativo para atender eficientemente a sus pacientes, si ha sido seleccionado adversamente en el mercado de aseguramiento.

Al final, los precios reflejan esas diferencias en información y son gravados con los costos de transacción de los diferentes contratos. Si el precio no transmite información a los agentes, se transforma, total o parcialmente, en una externalidad. La regulación puede asumir esas externalidades, pero a partir de información suficiente, independencia regulatoria y la disponibilidad de herramientas.

Esta visión busca enfatizar la complejidad del análisis de precios. La regulación de mercados se sitúa en esa complejidad.







Capítulo 2

Relaciones de agencia, contratos y precios

A. La importancia de los precios en los mercados

La descripción planteada por Herbert Simon, consignada como epígrafe del libro, parece una especie de revelación de los múltiples gráficos que se presentan en seminarios, congresos, conferencias y libros de texto para explicar el intrincado sistema de seguridad social en salud colombiano (SGSSS). La primera característica es que las decisiones de los individuos, los pacientes y los médicos, los pequeños puntos negros de nuestra historia han sido sustituidos por las inmensas manchas verdes, las organizaciones empresariales aseguradoras (entidades promotoras de salud, EPS y administradoras del régimen subsidiado, ARS, actualmente denominadas entidades promotoras de salud del régimen subsidiado) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas y privadas, delimitadas por conjuntos de reglas, leyes, e instituciones públicas que constriñen su comportamiento.

Las famosas líneas rojas de estos gráficos que unen las manchas verdes están construidas sobre un conjunto de complejas transacciones, dadas las complejidades de las enfermedades y los tratamientos, organizadas en contratos que asombrarían a los más avezados jurisconsultos y economistas del planeta, precios para los tratamientos, conjuntos de tratamientos, medicamentos, diagnósticos, condiciones de atención, oportunidad, tecnología, calidad y miles de auditores clínicos y de cuentas que revisan el cumplimiento detallado de las innumerables cláusulas de la contratación, entre las cuales sobresalen unos puntos rojos sobre las rayas rojas denominados precios.

Hayek, economista y premio Nobel, describió estos precios como la "maravilla del mercado", en la medida en que representan los costos de producción de los bienes y servicios, y proveen información sobre las cantidades y calidades de los bienes, siempre y cuando los individuos posean información completa sobre dichos bienes; representando este estado ideal del mundo como la competencia perfecta. Dado que en el mundo real la información y el conocimiento no son perfectos, y se encuentran distribuidos de manera desigual y asimétrica, en sus ensayos sobre economía de la información y el conocimiento, consideró que los mercados no son tan perfectos y que los intercambios necesitan, además de los precios, una búsqueda incesante de información y nuevos conocimientos, y que esto ocasionaba costos adicionales a los precios de producción, hoy llamados costos de transacción o costos de uso del mecanismo del mercado (Coase, 1937); en tal sentido los precios pueden no representar la totalidad de los costos de producción y de mercado. En este contexto se considera que el mercado es un proceso para el descubrimiento, utilización y transmisión de este tipo de conocimientos y en tal sentido la información y el conocimiento tienen un precio.

Ante la ausencia de seguros ideales, surgen instituciones que ofrecen algún tipo de garantías sustitutas. Con un seguro ideal, el paciente no se preocuparía por la inequidad informativa entre sí y el médico, dado que estaría pagando por resultados y su porción de utilidad estaría garantizada. En su ausencia, él desea tener alguna garantía de que por lo menos el médico está utilizando su conocimiento de la mejor manera. Esto conlleva a la creación de una relación de confianza, en la cual el médico tiene una obligación social que mantener.

Los precios pueden desempeñar tres funciones informativas distintas: a) pueden hacer posible que los individuos tomen decisiones como si poseyesen mucho más conocimiento del que realmente tienen (Hayek,1946) pueden servir como fuentes a partir de las cuales los individuos pueden inferir información

(Grossman y Stiglitz, 1980: 2393-408) aquellos en desequilibrio, aunque incorrectos, proveen oportunidades de ganancias que estimulan un proceso de descubrimiento empresarial que produce información y conocimiento previamente desconocida.

Cuando el sistema de precios ofrece señales correctas se dice que brinda indicaciones para decisiones correctas, haciendo que compradores y vendedores obtengan ganancias conjuntas en los intercambios; cuando el sistema de 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. Para estudiar estas fallas, las nuevas teorías económicas han considerado que los contratos y las instituciones, definidas como conjuntos de reglas que protegen el cumplimiento de los contratos, ayudan a comprender las relaciones de intercambio entre las empresas, y entre estas y los individuos, dando origen a la llamada escuela de los contratos y a la economía de las instituciones y las organizaciones.

B. Precios e instituciones sociales

Los nuevos investigadores estaban de acuerdo en la necesidad de desarrollar teorías específicas de los precios que reflejaran estructuras del mercado de la economía moderna. Pero además, cualquier teoría general de los precios que se llegara a alcanzar necesariamente estaría muy limitada en sus propiedades explicativas, debido a la variedad de procesos institucionales de la formación del precio en el mundo real. La base de la teoría del precio en el institucionalismo es, por tanto, diferente a la de otras escuelas de economía. La economía neoclásica se apoya en conceptos universales de oferta, demanda y utilidad marginal. Adam Smith, David Ricardo y Carlos Marx se apoyaban en la teoría del valor trabajo.

En contraste, en la nueva economía institucional los precios son convenciones sociales, reforzados por hábitos y empotrados en instituciones específicas. Si los precios son convenciones, entonces dependen en parte de ideas y hábitos. En parte, una teoría del precio debe ser una teoría de ideas, expectativas, hábitos e instituciones, que implica rutinas y procesos de evaluación. Sin dicha teoría, no existe explicación adecuada de cómo los individuos calculan o se forman expectativas del futuro (Hodgson, 1998).

En vez de una teoría general, abstracta y estándar para todos los precios y de todos los bienes como en el modelo de equilibrio general de la teoría neoclásica[4], cada precio significa una historia especial, cada una relacionada a estructuras reales del mercado y tipos de organización corporativa. En este contexto se promovieron muchos de los primeros trabajos sobre los precios en intercambios entre monopolios y oligopolios, incluyendo varias teorías de cómo se forman los precios mark-up y full cost (Tool, 1991; Hodgson 1998).

El enfoque institucional de una teoría de los precios procede, en primer lugar, del examen de las instituciones en las cuales los precios se están formando. Todos los aspectos de las instituciones que están cercanamente vinculados con el proceso de formación de los precios son relevantes. ¿Qué son los costos y cómo son evaluados? ¿Qué rutinas gobiernan el cálculo de los precios? ¿Qué información está disponible y qué se desconoce? ¿Por qué medios se obtiene la información y cómo se utiliza? ¿Qué rutinas se utilizan para revisar los precios en línea con la experiencia del mercado? ¿Cuál es la estrategia respecto a los precios competitivos? ¿Cómo

4 La economía neoclásica (un término originalmente acuñado por Veblen) puede ser definida, para este propósito, como un enfoque que a) presupone un comportamiento maximizador, racional por parte de los agentes con una función estable de preferencias, b) se concentra en condiciones de equilibrio logrado o en movimiento hacia él, y c) excluye problemas crónicos de información (como la incertidumbre del tipo explorado por F. Knight y John Maynard Keynes). Algunos desarrollos recientes en teoría económica (como la teoría del juego) alcanzan o incluso se encuentran fuera de los límites de esta definición (Hodgson, 1998).

se relaciona esto con la estructura del mercado? Obviamente, se requiere un proceso de abstracción y simplificación para poder tratar con toda la complejidad.

Como resultado de investigaciones detalladas, sería posible extraer algunos procesos clave que gobiernan la formación de los precios. Uno de los mejores ejemplos de este enfoque es el trabajo sobre los "precios administrados" de Gardiner Means y sus colaboradores (Ware y Means, 1936). También existe una cercana afinidad institucionalista con la teoría conductista de la firma (Richard Cyert y James March, 1964) y con la teoría de la información concentrada (information clustering) y de las redes en mercados financieros (Wayne Baker 1984). Ninguno de estos estudios asume información perfecta o competencia perfecta. El punto de partida es una investigación de cómo se forman los precios en contextos institucionales determinados, seguido por la formulación de una teoría de los precios específica al tipo de institución bajo investigación. El institucionalismo no tiene una teoría general de los precios sino una serie de guías de aproximación a problemas específicos. Estas llevan a estudios institucionales, históricos concretos, que probablemente son de mayor valor instrumental y operacional que cualquier teoría general estándar de precios estilizados (citados por Hodgson, 1998).

Cuando el sistema de precios ofrece señales correctas se dice que brinda indicaciones para decisiones correctas, haciendo que compradores y vendedores obtengan ganancias conjuntas en los intercambios; cuando el sistema de 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.

C. Precios y mercados de servicios del cuidado de la salud

En 1963, Arrow consideró que los servicios individuales del cuidado de la salud se organizaban no como relaciones de intercambio entre individuos y precios sino como la industria del cuidado médico, y que las relaciones entre los agentes diferían del comportamiento de la maravilla convencional del mercado de la cual hablaba Hayek.

Entre los aspectos que nos distancian del sistema de precios de mercado, Arrow afirmaba: "cabe mencionar que las características más obvias que distinguen la demanda de un individuo por servicios médicos, de otros bienes de consumo, como ropa, alimentos o carros, son su origen irregular e impredecible". La incertidumbre acerca de la calidad del producto es tal vez más intensa aquí que en cualquier otro bien de consumo importante. Recuperarse de la enfermedad es tan impredecible como su incidencia.

En la mayoría de los bienes de consumo la posibilidad de aprender de la propia experiencia o de la de los demás, es fuerte ya que hay un número adecuado de pruebas. En el caso de enfermedad severa, esto generalmente no es verdad; se le agrega a la dificultad intrínseca de predicción, la incertidumbre debido a la inexperiencia. Además, hay una cualidad especial en la incertidumbre, y es que es muy diferente a ambos lados de la transacción. Dado que el conocimiento médico es tan complicado, la información que posee el médico respecto de las consecuencias y posibilidades de tratamiento es necesariamente mayor que la del paciente, o por lo menos así lo creen ambas partes. Adicionalmente, ambas partes están conscientes de esta inequidad informativa y se permea su relación por este conocimiento.

El campo del cuidado de la salud se caracteriza por ignorancia endémica e irremediable del consumidor, y es sin duda, la mejor

ilustración en economía del fenómeno de la información asimétrica y mercados incompletos, en donde los precios no son suficientes para tomar decisiones por parte de los pacientes. Socialmente estas características introducen la necesidad de organizar los mercados y las instituciones de la seguridad social en salud en sistemas de seguros, donde los aseguradores en representación de los usuarios, intentan superar las fallas de mercado por el lado del consumo, los cuales se denominan organizaciones de la demanda de servicios de salud.

Ante la ausencia de seguros ideales, surgen instituciones que ofrecen algún tipo de garantías sustitutas. Con un seguro ideal, el paciente no se preocuparía por la inequidad informativa entre sí y el médico, dado que solo estaría pagando por resultados y su porción de utilidad estaría garantizada. En su ausencia, él desea tener alguna garantía de que por lo menos el médico está utilizando su conocimiento de la mejor manera. Esto conlleva a la creación de una relación de confianza, en la cual el médico tiene una obligación social que mantener. Como el paciente no sabe tanto como el médico, o por lo menos así lo cree, él no puede controlar totalmente los estándares del cuidado. En parte, él reemplaza la observación directa por la creencia generalizada en la habilidad del médico. Mejor dicho, la obligación social para la mejor práctica es parte del bien o servicio que provee y vende el médico, aunque sea una parte no sujeta a una inspección detallada por parte del comprador.

Las fallas y los fracasos del mercado en asegurar los riesgos y las incertidumbres han creado muchas instituciones sociales, entre las cuales se destacan los sistemas de seguridad social en salud de carácter público y obligatorio con aseguradores competitivos, bajo el supuesto de que estos son agencias de los consumidores y representaciones sociales del público. Lo anterior se conoce como las relaciones entre el principal (afiliado) y el agente (asegurador).

D. Las relaciones entre principales y agentes

Jensen y Meckling (1976) definen una relación de agencia como un contrato bajo cuyas cláusulas una o más personas (principal o principales) contratan a otra persona (agente) para que realice determinado servicio en su nombre, lo que implica cierto grado de delegación de autoridad en el agente. Si ambos contratantes son maximizadores de utilidad, existen buenas razones para pensar que el agente no actuará siempre en el mejor provecho del principal.

El enfoque institucional de una teoría de los precios procede, en primer lugar, del examen de las instituciones en las cuales los precios se están formando. Todos los aspectos de las instituciones que están cercanamente vinculados con el proceso de formación de los precios son relevantes. ¿Qué son los costos y cómo son evaluados? ¿Qué rutinas gobiernan el cálculo de los precios? ¿Qué información está disponible y qué se desconoce? ¿Por qué medios se obtiene la información y cómo se utiliza? ¿Qué rutinas se utilizan para revisar los precios en línea con la experiencia del mercado? ¿Cuál es la estrategia respecto a los precios competitivos? ¿Cómo se relaciona esto con la estructura del mercado?

El principal puede limitar las desviaciones de sus intereses mediante el establecimiento de incentivos adecuados para el agente, así como incurriendo en costos de control, diseñados para acotar las actividades desviacionistas del agente. Además, en ciertas ocasiones será provechoso para el agente invertir recursos (costos de fidelidad estipulada contractualmente) que garantizará que no tomará decisiones que perjudiquen al principal, o en asegurar que el principal será compensado en caso de que tome tales decisiones. Sin embargo, generalmente resulta imposible para el principal o el agente asegurar la optimización de las decisiones, desde el punto de vista del principal, sin incurrir en un coste. A este coste lo denominan pérdida residual, y definen los costos de la agencia como la sumatoria de los gastos del control por parte del principal, gastos de garantía de fidelidad del agente y pérdida residual.

Los autores desarrollan un modelo de relaciones de agencia en las condiciones ideales de jerarquía y control por parte del principal, representado por la relación entre los accionistas de una empresa (principales) y los gerentes (agencias), encontrando que los agentes pueden apropiarse de rentas residuales monetarias y no monetarias que obstaculizan la optimización de las utilidades de los principales.

Con la idea de hacer que los agentes y los principales disminuyan sus propensiones al comportamiento oportunista, expresados mediante comportamientos de selección adversa y selección y segmentación de riesgos, los mercados de la salud han venido desarrollando diversas formas de contratación y pago a proveedores, y la economía se ha encargado de darle una explicación conceptual mediante la teoría de los contratos.

E. Las relaciones de intercambio y los contratos entre aseguradores y prestadores

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.

Estos contratos al no definir con claridad los bienes, ocurrencia, precios y cantidades de los servicios, así como sus resultados en términos de situación en salud, originan una cantidad de conflictos y renegociación de los mismos hasta el punto en donde se definen los sistemas de seguridad social en salud como sistemas complejos altamente contractualizados. La especificación, el seguimiento y la renegociación de los contratos originan lo que se ha denominado los costos de transacción como un costo del uso del mecanismo de los mercados imperfectos.

Commons, quien sostenía que la transacción era la unidad última de la investigación económica, hizo de las transferencias del control legal y de la eficacia de la contratación, el centro de sus estudios indispensables como el grado requerido de cooperación para lograr la eficiencia que no surgía de una supuesta armonía de intereses en mercados perfectos, sino de la invención de instituciones que impusieran orden en el conflicto, donde el orden se definía como "Normas funcionales de acción colectiva de la cual el 'conforme a la ley' es un caso especial". Hasta donde una acción colectiva de carácter contractual en las transacciones, mitigara el conflicto y una mayor producción total para lograr, potencialmente, un resultado preferible para todas las partes.

"Los costos que implica redactar y ejecutar contratos complejos a través de un mercado varían según las características de las personas encargadas de formar decisiones, quienes están involucrados en la transacción, por un lado y en las propiedades objetivas del mercado, por otro. Los factores ambientales que conducen a la falla esperada del mercado son la incertidumbre[5] y las relaciones de intercambio con números pequeños que ocasionan problemas de oportunismo[6] en los agentes de la transacción (Williamson, 1991:25).

5 La incertidumbre se refiere a las circunstancias en las cuales los individuos y los agentes del mercado deben tomar decisiones en el presente sobre circunstancias que ocurrirán en el futuro, en ausencia de información completa y aún en circunstancias imposibles de cálculo probabilístico, lo que ocasiona un proceso continuo de aciertos y errores en las decisiones dada la racionalidad limitada de los agentes para imaginarse el estado del mundo y de los mercados futuros. En tal sentido, la incertidumbre se diferencia del riesgo ya que en este la información disponible y la experiencia de los hechos presentes y pasados puede organizarse en opciones de decisión de carácter probabilístico. "Incluso para problemas moderadamente complejos… no puede generarse todo el árbol de decisiones. Existen varias razones para esto; una de estas es la talla del árbol. El número de senderos opcionales en problemas complejos de decisión es muy grande… una segunda razón es que en la mayoría de situaciones de decisión, a diferencia del ajedrez, no existen senderos opcionales ni una norma para generarlos… Una tercera razón es el problema de calcular las consecuencias… Para muchos problemas, de decisión". (Felman y Kanter, 1965: 615) las consecuencias de las opciones son difíciles, si no imposibles de calcular. El modelo de decisión global no es practicable para la mayor parte de los problemas interesantes

6 El oportunismo es definido como falta de sinceridad u honestidad en las transacciones, para incluir la procuración con dolo del propio interés por los agentes del intercambio. En los contextos de las relaciones de intercambio en mercados de servicios de salud, la literatura ha definido estos comportamientos como selección adversa, segmentación de riesgos y demanda inducida.

A partir de estas circunstancias complejas e inciertas en la transacción, los agentes de los mercados optan por distintas formas de negociación y contratación que son sistematizadas en las siguientes tipologías de contratos (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1
Tipologías de contratos

Características del intercambio	Denominación de la forma contractual	Ventajas y limitaciones
Se contrata ahora para el desempeño específico de x en el futuro	Contratos de ventas	Son desventajosos en condiciones de incertidumbre y complejidad por ser rígidos. Son particularmente inadecuados para permitir la adaptación en respuesta a las variantes circunstancias internas y del mercado. condiciones contingentes
Se contrata ahora	Contratos de condiciones contingentes	Un ejemplo es la contratación laboral. Es factible un acuerdo significativo entre las partes, pero al menos una de ellas no será capaz de evaluar de manera significativa las consecuencias futuras del complejo acuerdo. En algunas circunstancias se pueden poner en práctica estos acuerdos a bajo costo mediante incentivos ex ante y procesos de auditoría interna y arbitraje para la solución de los conflictos entre las partes.
Se espera hasta que el futuro se materialice y se contrata para la X adecuada (específica) en ese momento	Contratos consecutivos de ventas al contado	La experiencia permite una mejor comprensión de las implicaciones de los diversos compromisos contingentes. Sin embargo, dando por supuesto que la definición ex ante es completa es necesario abordar los asuntos de imposición ex post: es necesario establecer primero el estado del mundo que prevalece, una opción es atribuirle la definición de este estado a la parte más informada (oportunismo). Los contratos a corto plazo permitirían que se redacten de nuevo a la hora de renovarlos; podría tomarse en cuenta la nueva información a medida que se desarrollen los acontecimientos. Problemas: una oferta eficiente requiere inversiones en equipo, por lo general de larga duración (preferible contrato de largo plazo) y el ganador del contrato adquiere una ventaja de costo (primera jugada, información, tecnología, idiosincrasias, etcétera).
Se contrata ahora para el derecho a elegir a una x especifica dentro de un conjunto X admisible, y la determinación de la x particular se difiere hasta el futuro	Relación de autoridad (Simon), una parte ejerce autoridad sobre la otra	Simon ha hecho una exposición formal de este tipo de contratación como una relación de empleo con propiedades atractivas en condiciones de incertidumbre y superiores a los contratos de venta. Esta relación no requiere que se genere por adelantado el complejo árbol de decisión y por ello no plantea los problemas de racionalidad limitada, y la relación de autoridad disminuye la frecuencia con la que han de negociarse los contratos con los sucesivos al contado. Si las partes están unidas a una relación de largo plazo y si se presentan idiosincrasias, surgen problemas de oportunismo y adaptabilidad parecidos a la contratación contingente.

Fuente: Elaborado con base en Williamson, 1991.

El dilema contractual es este: por una parte puede resultar costoso, sino impracticable, especificar por contrato toda la variedad de contingencias y estipular respuestas adecuadas entre una etapa y otra. Por otra parte, si el contrato está seriamente incompleto en estos aspectos, pero, una vez arregladas las negociaciones originales, las partes contratantes están aprisionadas en un intercambio bilateral, es previsible que los intereses divergentes entre las partes conduzcan a un comportamiento oportunista en forma individual y a pérdida conjuntas.

Dado que el conocimiento médico es tan complicado, la información que posee el médico respecto de las consecuencias y posibilidades de tratamiento es necesariamente mayor que la del paciente, o por lo menos así lo creen ambas partes. Adicionalmente, ambas partes están conscientes de esta inequidad informativa y se permea su relación por este conocimiento.

La ficción de que los contratos están bien definidos y se controlan sin costos por unas cortes bien informadas es una conveniencia analítica tanto para la ley como para la economía. Esta normativa ideal sin embargo fue refutada por Karl Llewellyn, quien mantenía que una concepción de contrato con reglas legales era demasiado estrecha e introdujo la idea de "contrato como marco de referencia". Como lo expresó Llewellyn, "la mayor importancia de un contrato legal es proveer un marco de referencia que no refleja apropiadamente las relaciones de trabajo reales pero provee una indicación general alrededor del cual varían estas relaciones, una guía ocasional en caso de duda, y una norma para última apelación cuando de hecho cesan de funcionar las relaciones". El objeto del contrato, planteado de esta forma, no era ser legalista sino que se llevara a cabo el trabajo o se consiguieran en circunstancias aceptables los bienes transados.

Pero la idea clave es esta: la mirada legalista del contrato que aplica a las transacciones simples necesita darle paso a una concepción de contrato más flexible y gerencial a medida que se incrementan las complejidades contractuales. A diferencia de la noción conveniente de una ley contractual multipropósito (singular), se introduce la necesidad de unas leyes contractuales (plural). Tales

diferencias en leyes contractuales cumplen papeles importantes al distinguir entre modelos alternativos de gobernabilidad.

F. Contratos y forma de pago a proveedores de los servicios de salud

Teniendo en cuenta las mencionadas tipificaciones económicas de las transacciones y de los contratos, los investigadores en los mercados de salud han realizado diversas investigaciones y estudios sobre las relaciones entre distintos pagadores, consumidores usuarios, gobiernos, terceros pagadores, aseguradores a la diversidad de proveedores públicos y privados de servicios de salud.

Un mecanismo de pago puede definirse como un tipo de contrato entre dos o más actores –pacientes, prestadores y pagadores– que crea incentivos específicos para la prestación médica y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista. En el caso de los mecanismos de pago a prestadores, estos sirven para ocuparse de algunos de los aspectos derivados de la falta de información simétrica entre actores, al definir reglas como el precio por paciente o grupo de pacientes, el reintegro de los costos y los criterios para el traslado o rechazo de pacientes.

Los métodos de pago a prestadores mediante contratos y relaciones de principal y agentes, o entre agentes representantes de los usuarios, se constituyen a menudo en una forma de acuerdos cooperativos entre los actores de los sistemas de salud para autorregular la obtención de utilidades para aseguradores y prestadores sin necesidad de grandes arbitrajes y reclamaciones judiciales externas.

Los pagos a prestadores afectan principalmente a cuatro actores: la infraestructura de servicios (clínicas y hospitales), los profesionales de la salud (médicos y enfermeros), los pacientes y los aseguradores/pagadores. Cada actor tiene su propio conjunto de objetivos que pueden o no coincidir con los de los demás. Dependiendo de la manera en que se los utilice, los mecanismos de pago a prestadores pueden aumentar

las diferencias entre estos objetivos o pueden constituir un medio para conciliar los objetivos de cada actor con el resto. Los pagadores son las instituciones que aseguran y pagan los servicios de salud. Sus ingresos provienen de los pacientes directamente, o indirectamente a través de las cotizaciones o impuestos, como en el caso de los sistemas públicos de seguros.

Con el objeto de sintetizar estas formas de contratación y pago, Maceira (1998) construye en el cuadro 2.2 las siguientes seis formas con sus diferentes atributos y características.

Cuadro 2.2

Métodos de pago y principales incentivos que crean

Método de pago	Unidad de servicio	Anticipo o retroactivo	Principales incentivos creados*
Presupuesto por partida	Categorías presupuestarias funcionales	Uno u otro	Poca flexibilidad en la utilización de recursos, control de los costos totales, pocos incentivos para mejorar la productividad; a veces se traduce en racionamiento.
Presupuesto global anticipado	Unidad sanitaria (hospital, sanatorio, puesto sanitario)	Anticipado	Los gastos se fijan artificialmente y no según las fuerzas de mercado, no siempre relacionados con los indicadores de desempeño; posible desplazamiento de costos si el presupuesto global cubre servicios limitados, puede haber racionamiento.
Capitación	Por persona a un prestador de asistencia médica que actúa como tenedor de fondos	Anticipado	centivos para reducir los servicios por caso, pero aumento en el número de casos (si la tasa por caso es superior a los costos marginales), incentivos para mejorar la eficacia por caso.
Pago por caso (módulo)	Por caso o episodio	Anticipado	Incentivos para la oferta insuficiente, fuertes incentivos para mejorar la eficacia, aunque pueden causar que los prestadores sacrifiquen calidad; puede haber racionamiento, mejora la continuidad de la atención.
Per diem (pago diario)	Por día	Anticipado	Incentivos para reducir los servicios por día pero aumento en el tiempo de internación (si la tasa per diem está por encima de los costos marginales)
Arancel por servicio (pago por prestación)	Por unidad de servicio	Retroactivo	Incentivos para aumentar las unidades de servicio

* Cada uno de estos métodos debe estar acompañado por mecanismos que aseguren la calidad del servicio.
Tomado de Fuente: Maceira, 1998.

Cuando se cruzan los mecanismos de pago definidos anteriormente con la clasificación de las características económicas de los contratos definidas por Williamson y representados en el cuadro de tipologías de los contratos en condiciones contingentes, se originan complejos problemas de redacción, renegociación, entre los cuales el contrato se convierte en un marco de referencia para la determinación y ajuste periódico de los precios, referencias a tarifarios definidos administrativamente, formas de auditoría, reportes de prestación de servicios, dando lugar a una gran variabilidad de condiciones de contratación de acuerdo con el tamaño de los mercados, por ejemplo en áreas metropolitanas, ciudades intermedias, municipios pequeños, régimen subsidiado, régimen contributivo, proveedores públicos y proveedores privados, bienes de alta complejidad y servicios de baja complejidad. Cuando se paga un precio, estos presentan niveles de variabilidad importante y resultados distintos dependiendo del marco institucional de los contratos y de la forma de operación territorial de los mercados.

G. Tarifarios y precios

Con el objeto de interpretar los diferentes niveles de precios establecidos en los contratos entre Eps e se establece la diferencia positiva y negativa con respecto a los tarifarios, tales como el Instituto de Seguros Sociales (Iss), seguro obligatorio de accidentes de tránsito (Soat), tarifas de especialistas para diferentes tipos de bienes. La idea es que en condiciones de incertidumbre y asimetrías de información y donde los diferenciales de calidad y resultados son difíciles de determinar en el intercambio, los precios de referencia expresados como tarifarios no serán precios piso o precios mínimos, sino techos en los cuales los precios reales serán expresados como un descuento con respecto al tarifario. Se usa como referencia el modelo de Akerlof (1970) que predice que cuando los atributos de calidad son distintos pero imperceptibles para el pagador, los proveedores de inferior calidad están en condiciones de vender por debajo de los tarifarios, haciendo que

por regla general la mayoría de las transacciones determinen sus precios por debajo de las tarifas.

La contratación obligatoria y la fijación de precios por fuera de los mercados, por interferencia de agentes externos a las transacciones, por ejemplo, contratación obligatoria en el régimen subsidiado, ocasionan distorsiones adicionales en los precios de los servicios, haciendo que el intercambio de mercado se haga cada vez más imperfecto y en donde la contratación de bienes y servicios complejos hace muy costoso el cumplimiento y seguimiento de los contratos dando como resultado la presencia de fuertes incentivos a la integración entre aseguradores y prestadores con consecuencias todavía impredecibles para los usuarios.

Bibliografía

Baker Wayne, E. 1984.The Social Structure of a National Securities Market. *Amer. J. Sociology*, Enero. 89 (4): 775-811.

Coase, R. 1937. The Nature of the Firm. *Economica*. 4: 386-405.

Cyert, Richard M; March, James G. 1963. A behavioral theory of the firm, Engelwood Cliffs, Prentice-Hall. NJ.

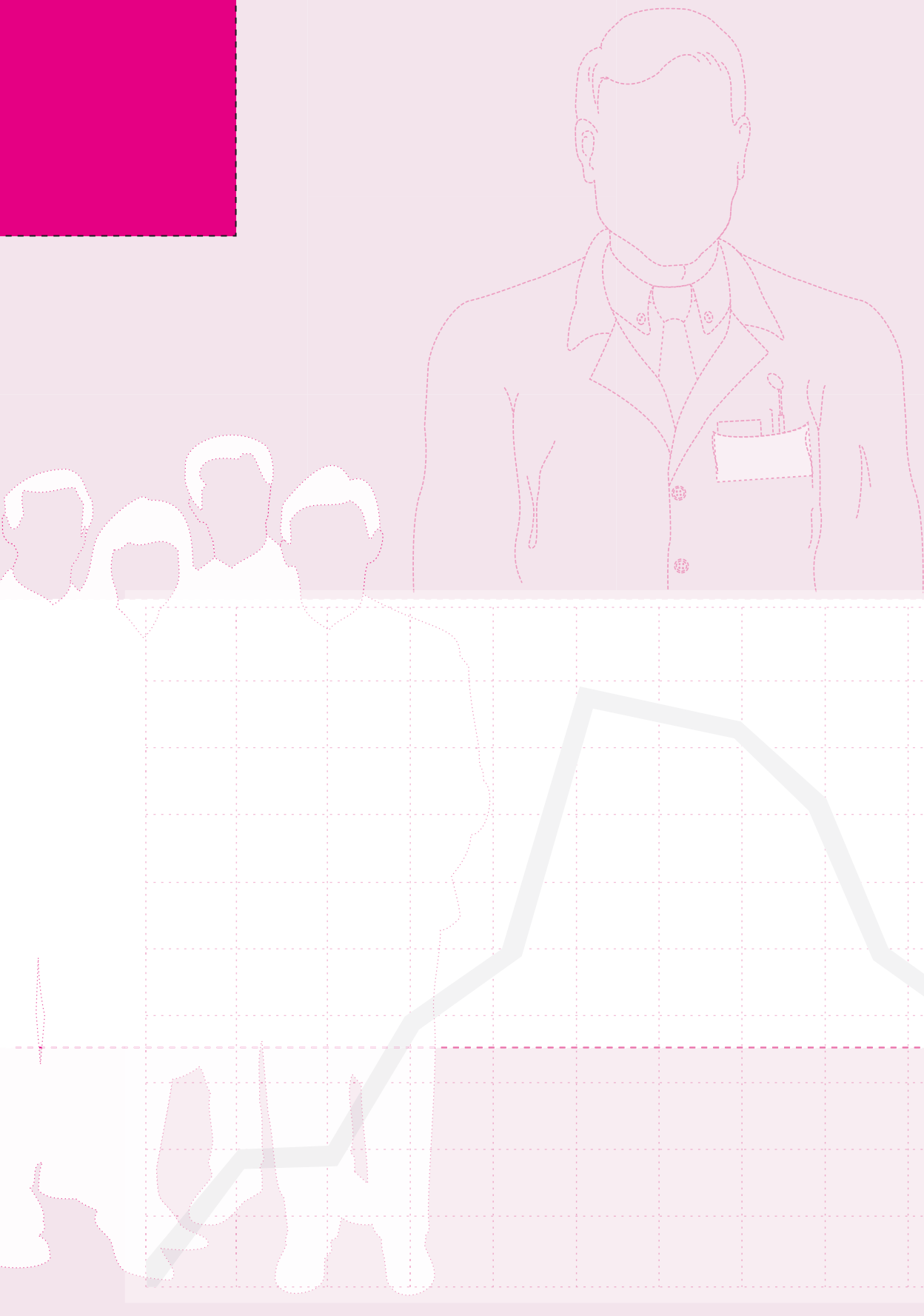
Grossman, SJ; Stiglitz, JE. 1980. On the Impossibility of Informationally Efficient Markets. *The American Economic Review*, 70(3): 393-408.

Hayek, Friedrich A. von. 1946. *Prices and production*. George Routledge. London.

Hodgson, Geoffrey M. 2001. El enfoque de la economía institucional. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Enero-abril. México: (181): 15-62.

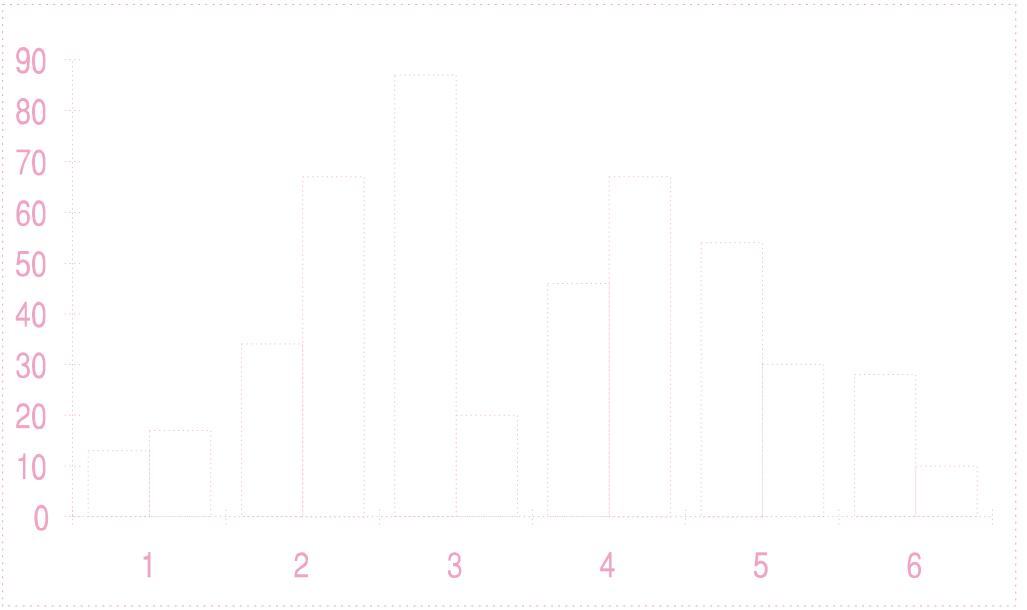
Tool, Marc R. 1991. Contribution to an Institutional Theory of Price Determinátion. En: *Rethinking economics: Markets technology and economic evolution*, Eds.: Geoffrey M. Hodgson y Ernesto Screpanti, Edward Elgar, Aldershot: 19-39.

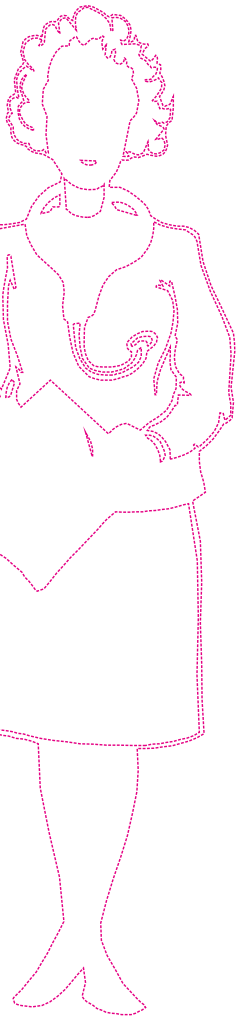
Ware, Caroline F; Means, Gardiner C.1936. *The Modern Economy in Action*. Harcourt, Brace and Company. New York.



Capítulo 3

Reforma colombiana y formación de precios en salud


90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6



A. Encrucijada regulatoria

El análisis de la reforma colombiana se ha realizado principalmente desde dos marcos de referencia: a) desde los agentes en la búsqueda de evidencia para "acomodarse" en los mercados y mejorar sus rentas, o los desequilibrios existentes, y b) desde los teóricos e investigadores con, algunas veces, posiciones ideológicamente contaminadas, lo que ha llevado a la polarización. Sin embargo, se ha realizado muy poco análisis sobre las limitaciones del modelo teórico y operativo postulado en la Ley 100 de 1993, hacia el propósito de generar nuevas herramientas regulatorias y el desarrollo tecnológico que requiere el sistema en el mediano y largo plazos.

La introducción de elementos económicos como los arreglos de mercado, la competencia regulada y los incentivos hacia la eficiencia, suelen ser señalados como inductores de inequidad. Este planteamiento es espurio, ya que aun dentro de la más extrema organización sistémica-pública de los servicios de salud, hay un planteamiento económico (monopolio natural), unas consecuencias que inducen inequidad (racionamiento o listas de espera) y un determinado nivel de ineficiencia asignativa entre los grupos sociales. No se ha podido diseñar un "modelo perfectamente eficiente" de provisión de servicios de salud que optimice el bienestar de cada consumidor (o utilidad en salud) y para cada agente. Dada esta limitación, el objetivo del análisis económico en un sistema como el colombiano, será el de costo-efectividad: donde se logren mejorías objetivas en salud, de la inversión pública y privada que la sociedad hace en salud.

Es difícil sustentar que un país de medianos ingresos, invierta más de 10% de su producto interno bruto (Pib) en salud, sin considerar los efectos negativos sobre otros sectores sociales, tales como educación, bienestar, recreación, o medio ambiente. En un marco de restricciones presupuestales para la inversión en salud, es ineludible considerar algunas restricciones a la definición igualitarista de "derecho irrestricto a la salud" y, particularmente a los intereses de los diferentes agentes económicos y sociales que interactúan en los mercados. Sin una visión de restricción presupuestal en salud, no es posible un análisis económico que sustente el beneficio social y una regulación efectiva sobre los mecanismos y beneficios.

El Sgsss fue planteado como servicio público esencial y obligatorio para la protección integral de la población, a la cual se reconoció el derecho a la calidad de vida y la seguridad social a la salud. El Estado reconoció su limitación de recursos para extender, de inmediato, esa garantía a toda la población. Por tanto, se optó por el crecimiento progresivo de la ampliación de cobertura del Sistema.

La regulación del sector salud en el modelo colombiano ha sido frágil y fraccionada, sin una construcción proactiva de las posibilidades económicas, frente a los objetos sociales e intereses individuales de los agentes. Esa limitación, ha conducido a un esquema donde la "regulación jurídica", el control de la información y la normatividad sesgada han dominado sobre un enfoque coherente y constructivista. El Estado, en sus diferentes agencias, ha regulado con escasa coherencia y limitada información, sin un reconocimiento explícito de los incentivos y agendas de los agentes, lo que se ha pretendido resolver, en la conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Cnsss).

La Ley 100 de 1993 introdujo elementos de competencia regulada en la compra de servicios de salud. Las Eps fueron creadas como un instrumento para comprar y contratar por volumen servicios con las , buscando reducir los precios de dichos servicios.

La reforma de 1993 posibilitó algunas ventajas competitivas que podrían sustentar la mayor capacidad de negociación por parte del asegurador:

1. Controla la información de entrada sobre los afiliados al sistema y mantiene la mayor interacción con el afiliado, con la capacidad de construir notas técnicas con su condición de salud y patrón de consumo.
2. Actúa como recaudador general de las cotizaciones al sistema. Por tanto, puede tener mayor discrecionalidad sobre los flujos de recursos y los pagos.
3. Puede construir su red de prestación de servicios con entera libertad en el régimen contributivo y con algunas restricciones en el subsidiado.
4. Por último, tiene la opción de integrarse verticalmente y seleccionar los servicios más rentables en dicha integración.

Dada la naturaleza de su operación, el prestador de servicios de salud tiene mayores costos hundidos, debido a su alta inversión en la infraestructura especializada y tecnología médica, inversión que difícilmente puede reorientarse hacia otras áreas de producción de servicios, diferentes a las propias de la atención a la enfermedad.

Con posterioridad a la implantación de la Ley, se han presentado crisis financieras en hospitales públicos y privados que han conducido a su cierre o han requerido la refinanciación a través de costosos programas de reestructuración. La inversión por parte del Estado en programas de rescate y refinanciación de hospitales supera los 100 millones de dólares durante los pasados años. Este problema se ha abordado desde aspectos sobre la eficiencia técnica, sin considerar los mercados de servicios en los cuales participan.

La combinación de mercados ineficientes, objetivos políticos y falla regulatoria, condiciona la viabilidad del hospitalario dentro

del Sgsss, especialmente para hospitales públicos y privados independientes. Este factor fue uno de los mayores contribuyentes al proceso de reforma de la Ley 100 y que culminó en la Ley 1122 de 2007, en la cual se formularon restricciones importantes a las Eps.

Adicionalmente, no se ha logrado una curva de aprendizaje sobre la regulación del mercado de servicios que posibilite la futura normalización de estos ajustes por parte de la Comisión Reguladora de Salud (Cres), lo cual podría conducir a nuevos fallos regulatorios con consecuencias no previsibles en el sistema de prestación de servicios de salud. La regulación del mercado ha tendido a ser reactiva, sin ahondar en los aspectos teóricos sobre regulación de mercados y con limitada evidencia sobre sus consecuencias. La discusión subsiguiente busca plantear un marco de referencia para la definición de unidades de análisis e intervención regulatoria, partiendo desde la concepción inicial hasta los resultados que sobre los mercados, ha tenido el modelo. Se busca inducir a los agentes del sistema en la discusión sobre las prioridades futuras para la regulación.

B. Pluralismo y mercados regulados

La configuración económica del Sgsss que expresa la Ley 100 de 1993 fue determinada a partir de los postulados de Londoño y Frenk (1997) bajo el enfoque de pluralismo estructurado.

El pluralismo estructurado combina conceptos del análisis de los sistemas de salud con la economía política. Propuso una alternativa a los modelos de seguridad social imperantes hasta el momento en América Latina. Recogió, así mismo, postulados de la economía institucional para justificar la implantación de políticas hacia la mediación privada en los sistemas de salud y una reducción del papel del Estado, desde los modelos centralizados y segmentados, basados en la fallida e incompleta aplicación del Estado de bienestar en los países en desarrollo del continente. Esta línea de pensamiento adhirió a la separación entre las funciones de financia-

miento de la provisión de servicios, y definió otras que permitieron la intervención de nuevos agentes en los sistemas de salud.

Londoño y Frenk propusieron un modelo de sistema alternativo a los modelos centralizados en los cuales el gobierno financia, administra y gestiona los sistemas de salud. Igualmente, es una opción frente al modelo de contrato público en el cual el Estado mantiene todas las funciones, pero puede acudir a proveedores privados bajo un contrato público. La reforma colombiana se presentó como una estrategia para superar al modelo segmentado (publico-privado) de seguridad social que fue diseñado en la década del cuarenta y cuya cobertura no llegó al 20% de la población (Yepes, 1990).

Se buscó resolver la discriminación de grupos sociales derivada del modelo segmentado, hacia una "nueva segmentación" por funciones que progresivamente debería llevar a la universalización de la seguridad social, tanto en cobertura de la población como en beneficios a los afiliados. Otro planteamiento fue la reconfiguración del papel del Estado hacia la modulación del sistema, con una distribución "más equilibrada" de poder dentro de los agentes.

La introducción de elementos económicos como los arreglos de mercado, la competencia regulada y los incentivos hacia la eficiencia, suelen ser señalados como inductores de inequidad. Este planteamiento es espurio, ya que aun dentro de la más extrema organización sistémica-pública de los servicios de salud, hay un planteamiento económico (monopolio natural), unas consecuencias que inducen inequidad (racionamiento o listas de espera) y un determinado nivel de ineficiencia asignativa entre los grupos sociales.

La mayor novedad procede de la función de articulación. Esta se entiende como el conjunto de actividades, mayormente operacionales entre consumidores y prestadores; financiadores y prestadores de servicios: el articulador se constituyó en núcleo central del sistema, con discrecionalidad para integrar financiamiento con compra de servicios. De esta manera, la prestación "quedaría abierta a todo un sistema pluralista de instituciones tanto públicas como privadas" (Londoño y Frenk, 1997).

El Sgsss fue planteado como servicio público esencial y obligatorio para la protección integral de la población, a la cual se reconoció el derecho a la calidad de vida y la seguridad social a la salud (Ley 100, preámbulo y artículo 3). El Estado reconoció su limitación de recursos para extender, de inmediato, esa garantía a toda la población. Por tanto, se optó por el crecimiento progresivo de la ampliación de cobertura del Sistema (Ley 100, artículo 6).

Como política económica, la Ley 100 representa un contrato social, sin antecedentes, suscrito de manera implícita, por el Estado con toda la población. El primero se comprometió a ampliar los recursos para la cobertura de poblaciones y beneficios hacia el acceso universal a la seguridad social. Ese compromiso se manifiesta como una garantía bajo la cual el plan obligatorio de salud (Pos) es exigible por parte de la población, independiente de los arreglos institucionales necesarios para su cumplimiento contingente. Bajo esta formulación, resulta posible que los ciudadanos puedan hacer exigible, vía jurídica, dicha garantía. La reglamentación ulterior concretó el plan de beneficios compuesto por un conjunto de pruebas, procedimientos, intervenciones y medicamentos a los cuales se obliga al Estado, frente a los ciudadanos.

El diseño final del Sgsss reivindicó en su estructura la mayor parte de los lineamientos del modelo del pluralismo estructurado. Sin embargo, señaló algunas importantes diferencias en arreglos y contenidos: a) el modelo pluralista propone paquetes esenciales ajustados con base y criterios de costo efectividad, mientras tanto la formulación legal del Sgsss es integral, con muy limitadas exclusiones, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado; b) otra separación tiene que ver con el postulado de la integración horizontal como base operativa del sistema. El Sgsss permite la integración vertical entre los agentes del sistema posibilitando la adopción de múltiples funciones; y, c) componente exógeno sustancial fue la marcada descentralización municipal colombiana, que transformó al municipio en un agente político y económico relevante.

El planteamiento del pluralismo estructurado tiene evidentes fortalezas que fueron representadas en el Sgsss, sobre todo en su

estrategia de financiamiento y en la de superación de las barreras al acceso a la seguridad social por parte de la población más pobre. Sin embargo, tres limitaciones del modelo pluralista han sido críticas en el desarrollo posterior del sistema colombiano y las condiciones de alta incertidumbre entre los agentes:

1. La estrategia para asegurar la gobernabilidad del sistema: en un sistema centralizado y de monopolio público, los problemas de gobernabilidad son mínimos. Cuando se hace una separación drástica de funciones, es perentorio disponer de información y mecanismos eficaces de ajuste y formas de decisiones frente al interés de los propios agentes.

   Al transformar al gobierno central en un modulador y permitir una unidad regulatoria conformada a partir del consenso de los agentes en el SGSSS, los incentivos hacia el interés particular de los agentes se sobrepusieron sobre la "neutralidad" requerida.

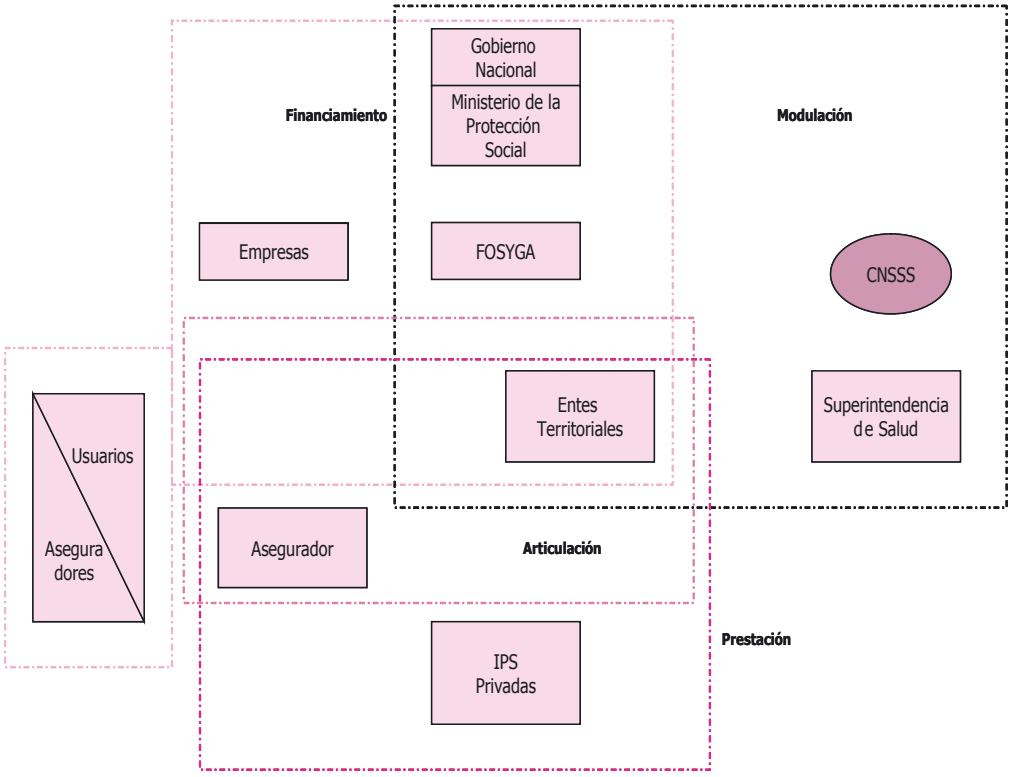
2. La ausencia en postulados estratégicos para la regulación de los mercados: el diseño pluralista sólo contempla dos formas de regulación: a) sanitaria de bienes y servicios, y b) de la atención en salud. La primera está dirigida a limitar los riesgos ambientales; la segunda, las condiciones de calidad. Se asume a los articuladores como agentes neutrales y filantrópicos, sin abordar su incentivo a generar rentas a partir de las condiciones de la oferta y la demanda. Esta limitación ha generado las desconfiguraciones en el equilibrio del riesgo y la financiación del sistema.

3. Finalmente, el modelo pluralista y su aplicación en la Ley 100 de 1993, no contemplaron que la fragmentación de funciones en el sistema conducirían, a su vez, a un modelo de contratos implícitos y que dicho esquema conllevaría elementos de incertidumbre, desarrollo de incentivos hacia la extracción de renta, la búsqueda del control dominante en los mercados y la estructuración de estrategias para el control de los agentes privados sobre los mecanismos reguladores.

C. Contratos privados y delegación de funciones

La concepción pluralista propone un agente individual para cada función. En la experiencia empírica, aún dentro de cada unidad institucional, los intereses pueden diverger. El gráfico 3.1 presenta un esquema institucional básico sobre la funcionalidad de la estructura institucional en el Sgsss, donde se evidencia la superposición institucional en las funciones.

Gráfico 3.1
Funciones en el Sistema general de seguridad social en salud



En primer lugar, la modulación del sistema recae en diferentes agencias del gobierno. La información necesaria para regular El sistema por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social

en Salud (Cnsss) debe ser provista tanto por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) como por el Ministerio de la Protección Social (Mps). No es posible reorientar el uso de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) si no hay un aval del Ministerio de Hacienda. Para la toma de decisiones también son importantes los análisis y consideraciones del Departamento Nacional de Planeación (Dnp). Capítulo aparte son las interrelaciones entre el nivel central y el descentralizado del sistema. Los departamentos y municipios pueden tener intereses divergentes a los del gobierno nacional en temas como: el flujo de fondos, las características de las aseguradoras seleccionadas para operar el régimen subsidiado o las prioridades para seleccionar la población focalizada.

Un ejemplo de la falla generada por la superposición de funciones regulatorias, puede ser la contraposición entre la normatividad expresada por el Ministerio de la Protección Social sobre regionalización de operaciones de aseguramiento en el régimen subsidiado, la cual fue desconfigurada por la Supersalud, en una única decisión de revocatoria de licencias de funcionamiento a un grupo de Ars con el 60% del mercado. El agente regulador por excelencia, el Cnsss, queda inerme en un escenario regulatorio, donde las justificaciones de cada agente regulador, por motivadas que sean, se sobreponen al objetivo de una regulación armónica y centralizada.

En condiciones de incentivos no alineados, la necesaria "neutralidad" del agente modulador no es factible. El diseño del Sgsss representa esa dificultad, en la medida en que su operación sugiere más una regulación transaccional y capturada que una modulación, situación que se trata de corregir en la Ley 1122 del 2007, con la creación de una Comisión Técnica Reguladora (Cres).

El sistema colombiano debería resolver el dilema sobre el tipo y sujeto de regulación para el sistema. En un esquema público-privado, con integración vertical y barreras de entrada en algunos segmentos en el régimen subsidiado, es necesario disponer de mecanismos regulatorios afinados.

En cuanto al financiamiento, el equilibro de las cuentas debe responder tanto al equilibro de riesgo, entre los agentes, como a los ciclos de la economía sobre la financiación. Las cuentas privadas suelen ser más confiables y con menores costos de transacción. En las cuentas públicas, los objetivos políticos suelen superponerse a los económicos.

La regulación del sector salud en el modelo colombiano ha sido frágil y fraccionada, sin una construcción proactiva de las posibilidades económicas, frente a los objetos sociales e intereses individuales de los agentes. Esa limitación, ha conducido a un esquema donde la "regulación jurídica", el control de la información y la normatividad sesgada han dominado sobre un enfoque coherente y constructivista.

En el prolongado régimen transitorio hacia la cobertura poblacional universal, los entes territoriales municipales asumen la vinculación de la población, en conjunto con los aseguradores. En el contrato público del régimen subsidiado podrían actuar como cuasiarticuladores. Los entes territoriales tienen poderosos intereses sobre su propia red hospitalaria pública, que se manifiesta en los contratos de régimen subsidiado. Esta integración vertical dentro del sistema plantea una contingencia en los intereses de los entes territoriales, dada su triple condición de moduladores, articuladores y prestadores.

El asegurado/usuario tiene el incentivo para limitar su contribución y sus copagos, el primero se alinea con el incentivo de las empresas para reducir la contribución y "de-salarizar" el ingreso de sus trabajadores. En igual situación coluden el copago con el costo de transacción que representa su recaudo para los aseguradores. El asegurador busca reducir sus trasferencias al Fosyga y generar una mayor compensación a través de un efecto retención. Los entes territoriales tienen el incentivo para mantener los fondos y reducir el esfuerzo propio para la financiación del sistema.

Los precios de servicios pactados entre asegurador y prestador reflejan los efectos de la superposición de funciones y el costo de transacción que representa una regulación fragmentada y altamente aleatoria. La presión de un precio monopólico o una ventaja competitiva generada desde un regulador discrecional, puede ser más efectiva para inducir cambios en las condiciones del mer-

cado laboral o de insumos, que en la propia negociación sobre el servicio. Estos mecanismos tienden a producir externalidades al mercado de servicios y se hacen endógenos en la negociación en el largo plazo.

D. Integración vertical selectiva

El planteamiento del modelo pluralismo estructurado se sustentó sobre la crítica al modelo funcionalmente segmentado por poblaciones, que se impuso en Latinoamérica desde mediados del siglo XX. Esta segmentación generó esquemas funcionales rígidos, en los cuales no era posible la integración horizontal de las redes hospitalarias de la seguridad social privada, la seguridad social y asistencias sociales públicas, ni oferta privada. Dicha situación fue base de la ineficiencia en los sistemas segmentados.

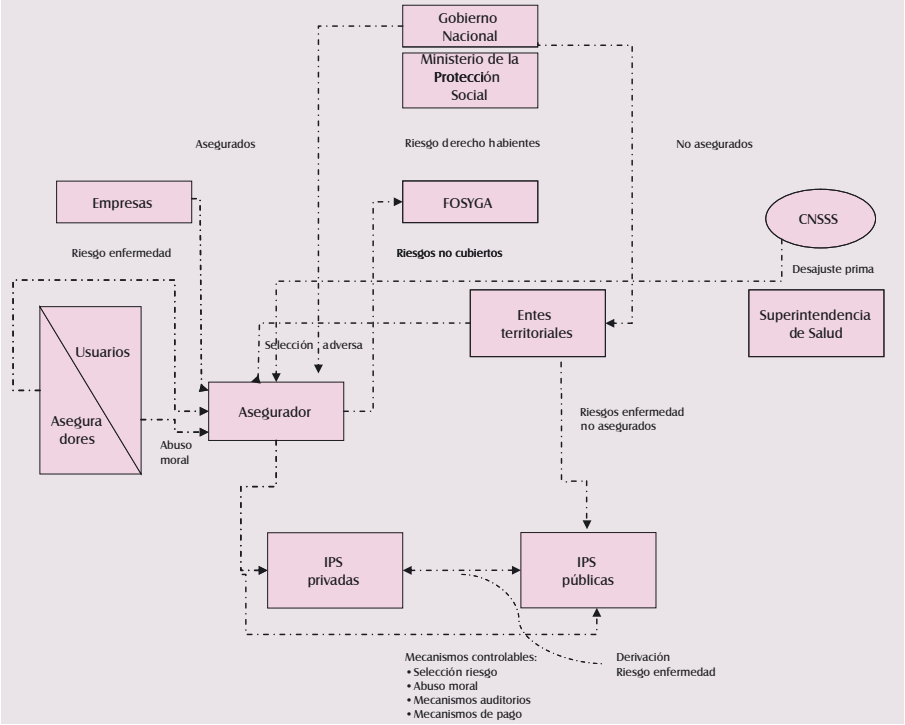
Sin embargo, el modelo adoptado en la Ley 100, permitió la integración horizontal selectiva entre los diferentes mercados, bajo criterios más discrecionales que puramente técnicos. Se permitió la integración vertical entre aseguramiento y prestación desde el asegurador, se restringió desde los prestadores, se aceptó a los municipios integrar redes de primer nivel, mas no desde los hospitales públicos. Este criterio selectivo ha configurado los mercados de servicios.

E. El riesgo como bien transado

¿Cual es el papel del riesgo en el sistema de salud? Dos características económicas inherentes a un bien, son: a) transabilidad en los mercados, y b) la existencia de un valor monetario asociado a ese intercambio. En los sistemas de salud con integración vertical, no solamente se negocian los servicios sino que se negocia, o se transfiere, el riesgo asociado a la probabilidad de enfermedad. Los contratos por capitación o conjunto integral permiten la transferencia de dicho riesgo y su ponderación económica así como los efectos contingentes a quienes establecen el contrato (gráfico 3.2)

Gráfico 3.2

Flujos de riesgo en el Sistema general de seguridad social en salud



El riesgo no podría considerarse una externalidad en los contratos de provisión de servicios, ya que ambos toman parte en la negociación y en la externalidad; por definición debe existir un tercer beneficiario o afectado con consecuencias tangibles sobre su utilidad, de una decisión en la cual no se tomó parte. De manera que el riesgo, en los contratos que permiten transferencia, debe considerarse un bien complementario al bien principal transado, ya sea la potencial cobertura de personas (capitación), o el concepto de servicios asociados a un evento determinado, a partir de un diagnóstico o procedimiento principal individualizable.

Si el riesgo es transado, en un sistema de seguridad social, su naturaleza intangible y las asimetrías de información desempeñan un papel preponderante. El desequilibrio en información sobre el riesgo del asegurador que suele existir desde el prestador frente al

asegurador, es el origen de su potencial como falla de mercado. En el enfoque pluralista, la función de aseguramiento en salud es restringida a la de un "articulador", con perfil más cercano al de administrador que al de administrador de riesgo. Esta limitación, ya en el SGSSS, reduce la instrumentalización de mecanismos de identificación, y la efectividad, de prospectivas estrategias de ajuste de riesgo. En consecuencia, la mayor información y discrecionalidad posibilita a los aseguradores imponer condiciones contractuales, en entornos de sobre oferta en el mercado de servicios y confiere un mecanismo de extracción de renta sobre las . En el largo plazo, las pueden conocer y controlar de manera más efectiva el riesgo, en la medida que consoliden mayor información sobre el riesgo de los grupos contratados. Esta amenaza suele ser contrarrestada por los aseguradores, mediante la ejecución de contratos de corto plazo, que limitan la curva de aprendizaje de las .

El modelo colombiano de aseguramiento hace caso omiso de los efectos del abuso moral sobre el equilibro del sistema de seguros. Existen muchas limitaciones a los periodos de carencia y prácticamente no existen exclusiones. Esta aproximación derivada del igualitarismo específico induce un supuesto de consumo homogéneo de las poblaciones, solamente ajustado por las condiciones de edad y sexo de las personas afiliadas.

La selección adversa entre aseguradores es consecuencia crítica del riesgo transado entre aseguradores. La concepción pluralista apuesta por la contención ex ante del riesgo.

> La administración de riesgo se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores (Londoño y Frenk, 1997).

Kenneth Arrow (1963) estableció que los riesgos en salud derivan de las diferencias en aversión al riesgo de los consumidores y de las diferencias en efectos inciertos de los tratamientos, aun dentro de una misma enfermedad. El principio matemático de los

grandes números puede ser condición necesaria y suficiente para el ajuste en los seguros generales, pero en salud, las condiciones de entrada de la población al seguro inducen diferencias en el riesgo.

De hecho, la crisis del Instituto de los Seguros Sociales se ha originado en el alto grado a la selección adversa por parte de las aseguradoras incumbentes al sistema contributivo. En el contrato entre aseguradores y consumidores, por tanto, se juegan las condiciones de riesgo objetivo de la población, pero también las de riesgo comparativo con otras aseguradoras.

El diseño del Sgsss se alinderó a un mecanismo de ajuste de riesgo derivado de la compensación económica del Fosyga sobre aseguradores seleccionados adversamente. Los aseguradores seleccionadores juegan con dos ventajas, en este mecanismo: a) la imperfección de la información sobre la afiliación y consumo, y b) la imperfección en el cálculo actuarial de la unidad de pago por capitación (Upc). En un sistema con cotización individual pero compensación familiar, se generan incentivos adicionales para la selección adversa, aparte del incentivo para la afiliación selectiva de grupos familiares grandes y de mayor probabilidad de utilización de servicios (Castaño, 2006).

Los mercados de bienes asociados a la recuperación de salud presentan externalidades que contrarrestan los supuestos de los mercados competitivos. En primer lugar está el problema de los consumidores, el paciente tiene, en general, menos información que el médico sobre su condición y las implicaciones en el consumo de servicios requerido para recuperar la salud.

La transferencia de riesgo, desde el asegurador a la , es otro efecto adverso del sistema. Los aseguradores mantienen espacio regulatorio para la contratación selectiva de los riesgos altos, el abuso de mecanismo de auditoría para la contención de pagos. Igualmente las Eps pueden tener incentivo para derivar a las riesgos que no quieran asumir dentro de su red, mediante la derivación de los casos de mayor costo potencial, en los acuerdos de pago con riesgo compartido. Todos estos efectos se introducen al precio pactado entre asegurador y prestador.

F. Asimetrías de información y fallas de mercado

¿Cuáles son las fuentes y flujos de asimetrías de información dentro del modelo económico del SGSSS? Durante los pasados catorce años fue muy limitada la investigación económica y evidencia producidas sobre la dimensión, efectos relativos y consecuencias de las fallas de mercado en el Sistema. Por esa razón, el ejercicio se sustenta en postular las potenciales asimetrías y fallos, a partir de la evidencia cualitativa.

El modelo pluralista buscó ubicarse como un esquema intermedio que resolvía los problemas de unificación de los sistemas públicos centralizados y la dispersión, con limitada integración del modelo privado.

El concepto de pluralismo estructurado intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos plurales…, evita los extremos del monopolio del sector público y la atomización del sector privado…, evita los extremos de los procedimientos administrativos del gobierno y la ausencia anárquica de reglas de juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado (Londoño y Frenk, 1997).

En su expresión operativa, la Ley 100 de 1993 exhibe restricciones frente al arsenal teórico de la organización industrial. Suponer que un conjunto de reglas establecidas ex ante se constituyen de manera necesaria y suficiente para armonizar las decisiones y efectos de los múltiples agentes, es una de las apuestas más arriesgadas del pluralismo estructurado y, seguramente, consecuencia de problemas a partir de la implementación en la reforma colombiana.

Las condiciones generales de un mercado perfectamente competitivo fueron descritas en el modelo de equilibrio competitivo de Arrow–Debreu (1964). Sus requerimientos son: a) consumidores perfectamente informados y con preferencias definidas frente a las opciones de consumo; b) proveedores (productores) provistos de conjuntos eficientes de producción; c) todos los agentes como formadores de precios. Desde el punto de vista de la teoría del

bienestar, los consumidores maximizan su bienestar, dado que sus gastos no excedan su ingreso y los productores maximizan su renta a partir de sus posibilidades tecnológicas. Estos planteamientos deben acoplarse con los postulados de la teoría: a) un planeador social benevolente e informado no podrá reemplazar el equilibrio competitivo por otra asignación factible de bienes que pudiesen incrementar el bienestar de los consumidores; b) cualquier asignación óptima en el mercado puede ser complementada por cualquier agente del mercado, seleccionando los precios correctos y una redistribución apropiada del ingreso entre consumidores.

Los mercados de bienes asociados a la recuperación de salud presentan externalidades que contrarrestan los supuestos de los mercados competitivos. En primer lugar está el problema de los consumidores, el paciente tiene, en general, menos información que el médico sobre su condición y las implicaciones en el consumo de servicios requerido para recuperar la salud.

Bajo el supuesto de un esquema médico-hospital-paciente en competencia monopolística, el producto que se ofrece al consumidor no es homogéneo y el proveedor tiene algún grado de poder sobre el precio, el médico tiene mayor información que el paciente sobre las características de la enfermedad, y el consumo final tendería a ser definido por el proveedor de servicios. Los esquemas de administración gerenciada en salud tienden a limitar el poder del médico sobre cantidades y precios a través de mecanismos como las autorizaciones de servicios, los controles de puerta de entrada (*gatekeepers*) y la protocolización del acto médico. Los esquemas de pago que transfieren riesgo al proveedor (médico y hospital) finalmente buscan limitar la tendencia del médico a actuar como inductor de demanda de servicios y afectar el equilibrio de la prima de seguro. En cierta forma, el asegurado tiende a suplantar al médico, en cuanto a los efectos económicos derivados de la recuperación de la salud.

El esquema pluralista y la Ley 100 abordaron este problema sin proponer mecanismos de ajuste a la transacción del riesgo entre los agentes, tendiendo a considerar al asegurador como un

"indemnizador benevolente" y asumiendo que una vez definidas las reglas, las transacciones se ubicarían al precio equivalente al costo marginal del servicio, situación propia de los mercados de competencia perfecta, o sin asimetrías de información.

La crisis del Instituto de Seguros Sociales se ha originado en el alto grado a la selección adversa por parte de las aseguradoras incumbentes al sistema contributivo. En el contrato entre aseguradores y consumidores, por tanto, se juegan las condiciones de riesgo objetivo de la población, pero también las de riesgo comparativo con otras aseguradoras.

También hay limitaciones en la aplicación del segundo supuesto de Arrow y Debreu. Cuando se planteó la reforma, no todos los agentes se encontraban en las condiciones óptimas de producción: los sistemas públicos en salud tienden a conformarse en el modelo de monopolio natural para generar mayor equilibrio entre el ingreso marginal y la cantidad producida de cada bien. En este modelo las cantidades ofrecidas tienden a ser menores al nivel óptimo situado en el equilibrio entre la curva de demanda y el costo marginal. Las mayores utilidades del modelo público de monopolio natural derivan de los menores costos de transacción esperados en un modelo centralizado, donde los procesos son unificados y existe un único contrato gobierno-consumidores. Los problemas de eficiencia tienen que ver con la baja productividad y las rentas que de manera endógena gerencian los agentes ligados a la producción, como sindicatos, grupos médicos, mediadores políticos, proveedores de insumos. El pluralismo se asumió como una solución a estos factores de ineficiencia. La estrategia de subdivisión de funciones igualmente puede generar mayores costos de transacción entre unidades que operan en un sistema integrado, pero que a su vez responden a principales con objetivos que no necesariamente alinean con los objetivos de eficiencia buscados por el modulador (Estado).

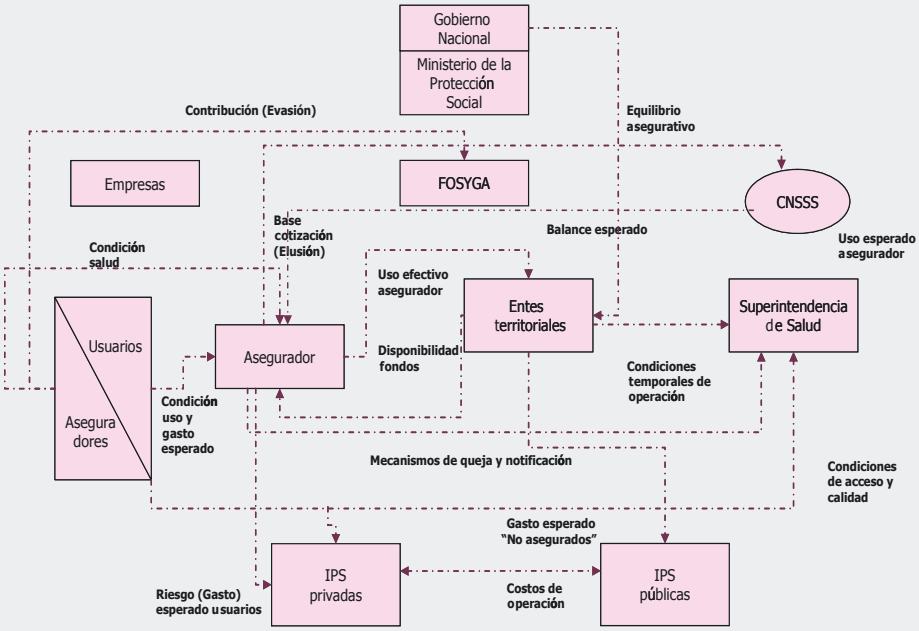
Articuladores integrados verticalmente y con ánimo de lucro buscarán generar rentas para sus accionistas. Los hospitales públicos y aquellos sin ánimo de lucro, privilegiarán la extracción de rentas a los niveles centrales, proveedores de presupuesto o contratos, y

a la retención de los flujos de fondos a los aseguradores, desde sus propios objetivos políticos. La especialización planteada por el pluralismo no necesariamente alinea sus incentivos sobre un único objetivo de bienestar para los consumidores. Por el contrario, tenderán a generarse incentivos para los cuales el modelo planteado por la Ley 100 se alineó con una regulación ex ante basada en un diseño rígido y de ineficaz regulación por concertación, en un entorno donde las rentas y asimetrías de información son dominantes.

Los agentes no pueden ser tomadores de precios cuando no es viable la competencia. El gráfico 3.3 ilustra los principales flujos asimétricos de información dentro de la configuración actual del sistema.

Gráfico 3.3

Fuentes y flujos de asimetrías de información



Para asegurados a un esquema bajo contribución forzosa, el sistema no plantea una posibilidad de ajuste de riesgo de acuerdo a sus condiciones de salud. Esta asimetría se resuelve en el propio ajuste de la prima (Upc). El ajuste se da en la cuenta de compensación,

con el asegurador (agente) como representante y beneficiario. Sin embargo, hasta el momento no se ha producido información actuarial de uso y gasto en salud con la robustez eficiente para garantizar un cálculo óptimo. Esta asimetría genera rentas a los aseguradores no seleccionados adversamente y se constituye en incentivo hacia no proveer información. Igualmente, existen asimetrías en la información sobre ingreso de la población y su capacidad para contribuir al sistema. Desde el usuario, esta limitación se transforma en un problema efectivo para el recaudo del coaseguro que limite el abuso moral. Tampoco es posible ajustar el copago por la carencia de información suficiente sobre ingreso de las personas.

¿Predominan en el modelo del Sgsss, las condiciones de renta de la firma sobre las del administrador del esquema de seguros? La teoría de la firma se basó en la hipótesis de maximización de utilidades como elemento básico. Últimamente este planteamiento se ha sofisticado ya que las relaciones endógenas pueden ser tan importantes como las de maximizar la utilidad bajo esa definición conceptual de la firma. La mayor parte del arsenal teórico de la firma maximizadora de utilidades son aplicadas a organizaciones sin ánimo de lucro tales como cooperativas y empresas de naturaleza pública (Sheperd WG, 1972).

En muchas situaciones económicas con competencia, especialmente en mercados integrados, las firmas sin ánimo de lucro pueden adoptar las estrategias de sus competidoras con ánimo de lucro. El planteamiento pluralista no ofrece una aproximación al articulador como firma actuando en el mercado integrado horizontalmente que propone el mismo modelo. Por tanto, prevé el manejo de los incentivos de maximización de utilidades o cuasimaximización de los aseguradores actuando en la función de articulación. En las condiciones de integración vertical como las generadas por la Ley 100 de 1993, los incentivos de un articulador con información privilegiada sobre otros aseguradores, se dirigirán hacia la selección de riesgo horizontal y vertical, terminando en abuso moral de los contratos con sus proveedores.

Un asegurador o ente territorial con interés, que transforme su papel central de mancomunación de riesgo (*risk pooling*) al de intermediario financiero, desarrolla estrategias hacia la rentabilidad financiera, desviándose de los objetivos iniciales de administradores del riesgo asociado a la salud. Si a ello se agrega una regulación por consenso (modulación), en la que su disponibilidad de información puede ser dominante sobre los demás agentes, se configura un esquema en el que los mercados y precios no son competitivos.

También hay asimetrías de información dentro de la estructura vertical del modulador, dada su multiplicidad de agencias e intereses. En particular, el modelo descentralizado en el caso colombiano es sensible. El ente territorial dispone de mayor información sobre las condiciones de ingreso, uso y gasto esperados de su población, las condiciones de las ubicadas en su territorio y la ejecución de los contratos de aseguramiento en el régimen subsidiado. Estas asimetrías son potenciales generadores de rentas desde el nivel descentralizado.

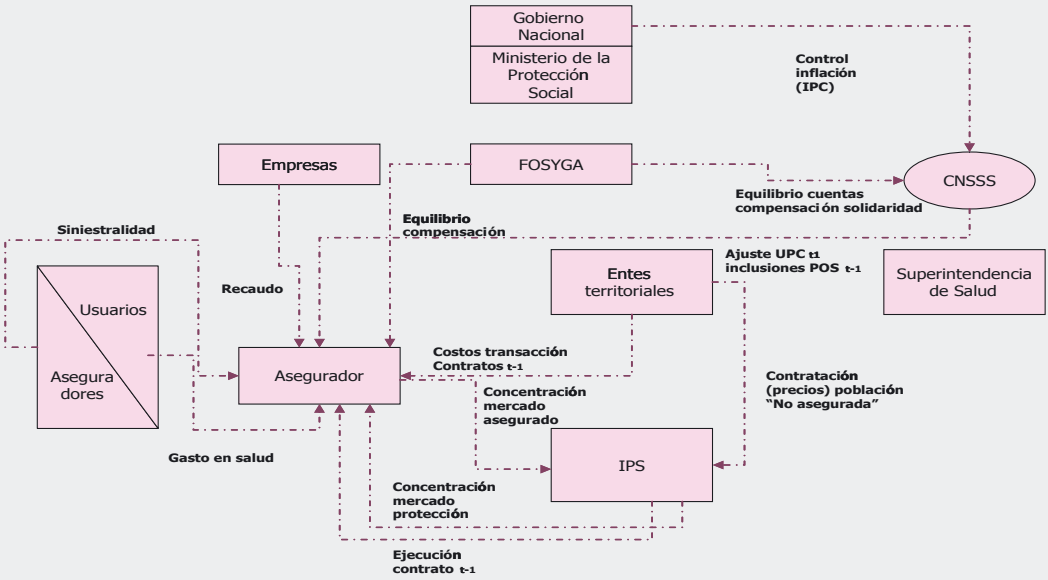
G. Formación de precios en el Sgsss

La Ley 100 de 1993 definió un detallado esquema de financiamiento de la seguridad social y un sistema de pago entre los diferentes niveles del Sgsss. Sin embargo, no planteó consideraciones teóricas ni técnicas frente a la formación de precios en el sistema. Este fue un desarrollo posterior en la medida en que se generaron los mercados de servicios. Ante la carencia de efectos objetivos para la formación de precios, fue necesario adoptar los sistemas de tarifas del Instituto de Seguros Sociales y el Soat, como referencia para la negociación de recursos.

Esto planteó un problema inicial de discriminación entre la canasta de servicios definida en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el Sistema general de seguridad social en salud (Mapipos), constitutiva del Pos y el sistema de los procedimientos tarifarios Iss y Soat, situación que no se ha solucionado hasta el momento. El

esquema de transacción por procedimientos dejó de lado la opción de conformación de precios a partir de unidades más integrales, como los diagnósticos (gráfico 3.4). Esta decisión ha incrementado de manera decisiva los costos de transacción de los contratos a través de sistemas de información, de control y de auditoría.

Gráfico 3.4
Formación de precios



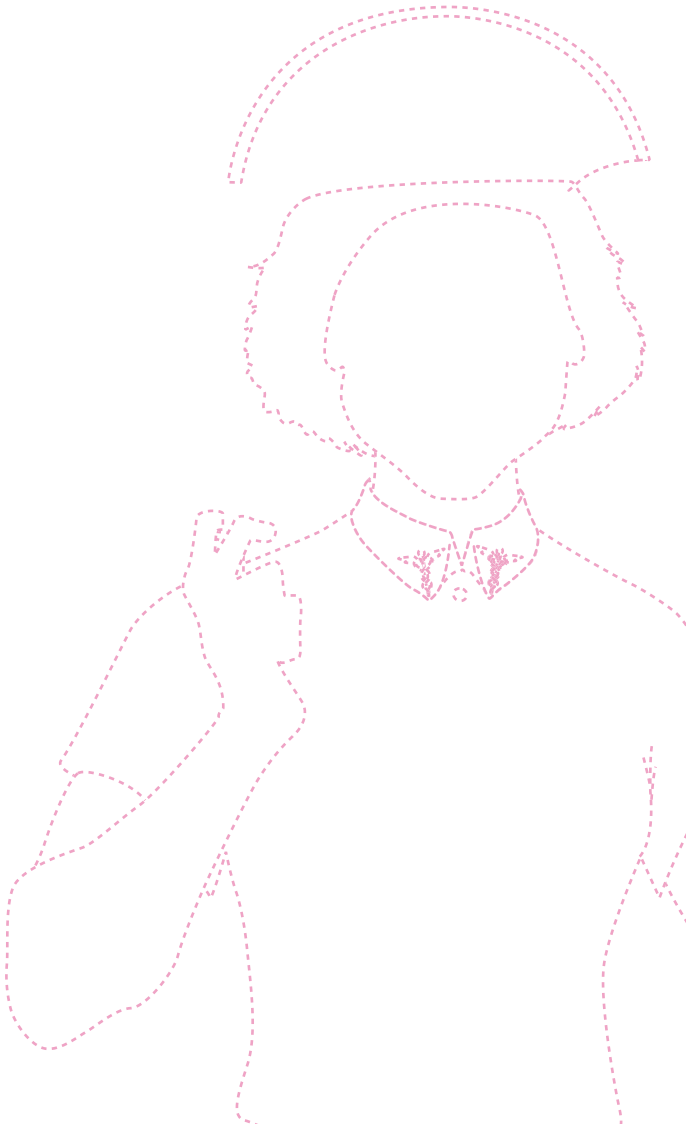
El gráfico 3.4 observa los flujos principales que contribuyen a la formación de los precios en los servicios. A las variables previas de siniestralidad y gasto en salud es necesario adicionar el efecto intertemporal de los contratos en los que secuencialmente y en el largo plazo el resultado de la ejecución de un contrato entre EPS e define la compensación y el precio del contrato subsiguiente. Dada la información limitada sobre precios en el mercado, el ajuste de la UPC se transforma en un mecanismo de referencia para el ajuste en un año del mercado. Existen algunas referencias adicionales como los precios en el sistema público de no vinculados. No hay evidencia

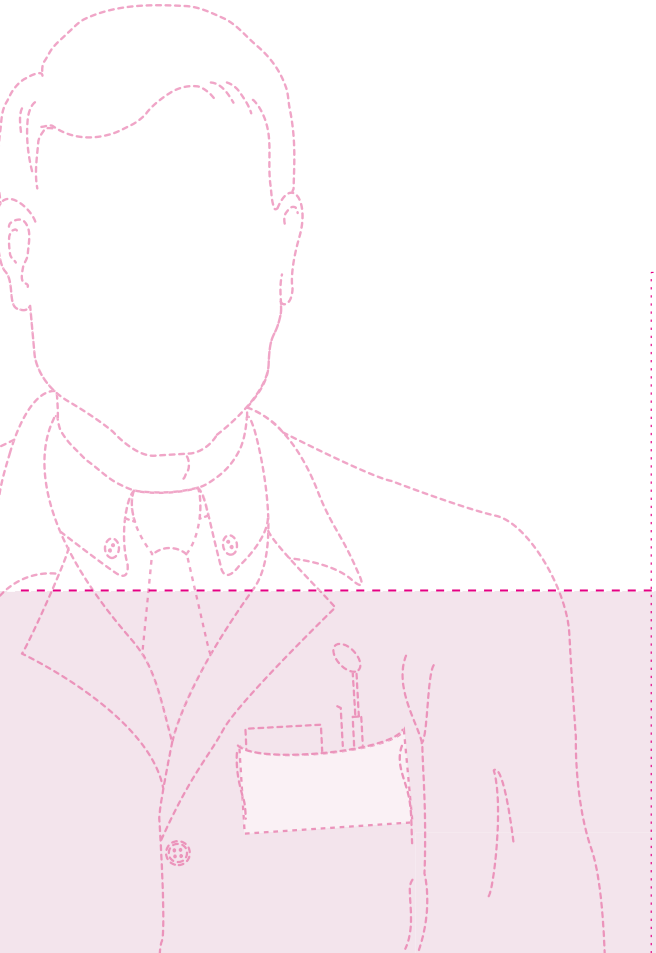
de cómo se comportan las relaciones entre los dos regímenes y los efectos de cambios en un régimen sobre otros.

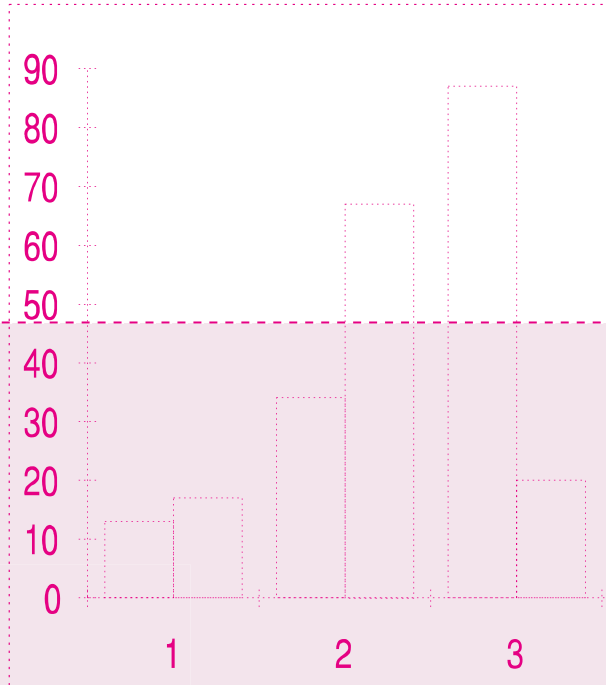
El precio en el Sgsss se origina de manera diferente en los dos regímenes de aseguramiento: en el contributivo, el precio se ubica en el contrato entre asegurador y prestador, la negociación tiende a ser asimétrica dada la mayor disponibilidad de información por parte del asegurador, a no ser condiciones monopólicas en la prestación. El prestador tiende a especializarse para concentrar endógenamente el mercado, mediante agregados tecnológicos. La integración vertical tiende a afectar esa estrategia mediante la discrecionalidad del asegurador para generar su propia oferta de servicios en segmentos seleccionados. Para el hospital se suelen formar dos niveles de contratos, un tipo de contrato privilegiado donde las condiciones de precio y temporalidad sustentan la operación, y contratos residuales, bajo los cuales optimiza su capacidad instalada residual sobrante.

En el régimen subsidiado el precio asegurador-prestador, se forma en el contrato ente territorial-asegurador. El asegurador tiene sólo la estrategia de manejo de externalidades que impiden al prestador copar el mínimo de contratación. En ese caso, las limitaciones tecnológicas y de capacidad instalada de la red pública permiten al asegurador mayor flexibilidad en el contrato y compensación de precios de los contratos con privadas.

¿Qué papel desempeñan las tarifas? Estas no deberían tener una función en un esquema de competencia de mercado. Si no hubiesen existido los manuales tarifarios, los contratos seguramente hubiesen adoptado mayormente los modelos de transferencia de riesgo. La existencia de tarifarios se constituyó en base de negociación que permitió mantener la contratación con pago por evento. De esta manera, la formación de precios de mercado se realizó a partir de los manuales de referencia.

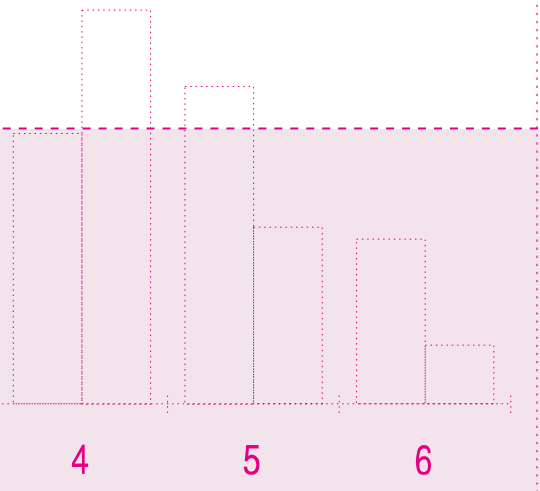





90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3

Capítulo 4

Enfoque metodológico



A. Estudio indicativo de precios de mercado

Cualquier estudio de los mercados y precios tiene, de entrada, dos limitantes metodológicos frente a los estudios poblacionales. En estos estudios poblacionales, el marco de referencia geográfico, puede estar casi exactamente determinado por la variable de residencia de las personas. Todo hogar, por definición, puede ser atribuido a la unidad geográfica en la cual está ubicada la vivienda. Este marco de referencia no opera igualmente en los estudios de mercado, ya que cada empresa productiva puede tener una referencia de mercado-objetivo única y diferente de las demás firmas. De allí que el investigador debe definir la unidad de referencia de mercado que mejor integre las unidades de producción analizadas, frente a los objetivos de la investigación. De todas maneras, la representatividad de los estudios de mercado, no puede evaluarse frente a una estricta definición geográfica, sino a las diferentes relaciones dinámicas entre oferta y demanda que se plantean en una aproximación funcional de las variables analizadas. Existe extensa literatura sobre diferentes metodologías y modelos de análisis de mercado y precios de salud (Vernon, 1976).

Entre estos se encuentran los desarrollos logrados a partir de las agencias reguladoras, específicamente en sus acciones antimonopolio, donde por efecto del crecimiento del *managed care*, ha sido necesario reevaluar la definición de mercado a partir del producto y área geográfica, llevándolo a la especificidad de las relaciones que se presentan entre los agentes. Dranove y White (1998) explican cómo el *managed care* ha transformado la decisión de qué servicios comprar, del paciente y su médico, al pagador. Esto también redefinió la interacción de los actores frente a la

determinación del precio. Ahora, los hospitales compiten por los contratos con los pagadores y estos a su vez por los que representan a los consumidores.

El segundo factor que afecta la confiabilidad de los estudios de mercado, es la limitada homogeneidad del bien analizado, entre diferentes oferentes. Es conocido que una de las estrategias más comunes en la competencia es la diferenciación de productos. La definición *ex ante* del bien analizado es determinante en el establecimiento de cantidades, concentraciones y precios transados.

En el caso de los estudios sobre precios en salud, se debe considerar el efecto de la intangibilidad del bien analizado. En la negociación entre aseguradores y prestadores de servicios, se transan tanto opciones como futuros. En cualquier contratación per cápita o evento, se tiene como base una nota técnica del asegurador, pero una vez acordado el contrato, el proveedor contratado enfrenta opciones de compra en tanto que el asegurador puede privilegiar su red propia o proveedores, con contratos más ventajosos. En segundo lugar, en el momento del contrato, los contratantes acuerdan el precio teniendo en cuenta su apreciación sobre las futuras cantidades potenciales de pacientes o procedimientos.

Por esta razón el precio finalmente pagado por procedimientos o casos no es más que la operacionalización de una transacción acordada previamente y puede ser secundario a un mercado de contratos, donde el bien no son los servicios, sino las opciones, futuros o paquetes que son acordados en cada contrato. El hospital "vende" contratos de salud y el asegurador "compra" contratos. Los mecanismos de autorizaciones (*ex ante*) y auditoría (*ex post*) que ejerce el asegurador, solamente buscan moldear las cantidades asociadas al contrato. El precio tiende a estar más determinado por la siniestralidad ex post del asegurador que por el objetivo de perfeccionamiento del contrato incompleto. Desde el mecanismo de autorización, el asegurador modula el valor esperado del contrato y su actuación frente al mecanismo dependerá del resultado efectivo del conjunto de todos sus contratos. El mecanismo de auditoría actúa contra el costo de sus factores de

producción y su eficiencia en la facturación de todos los procedimientos médicos asociados al evento del servicio.

Dados los aspectos generales y especificidades que afectan los mercados de salud, el diseño del estudio indicativo de precios en salud ubicó la transacción en el momento de la contratación, entendiendo como contrato cualquiera que mantuviera vigencia en un corte predeterminado de tiempo. El problema de representatividad geográfica se entendió como una fragilidad estructural, inherente a los análisis de mercado, concentrándose en las especificidades del diseño regulatorio del Sistema general de seguridad social en salud. Por supuesto, el diseño originó una muestra a partir de áreas geográficas que representan las características. En consecuencia, el diseño muestral responde a las relaciones funcionales del sistema bajo el supuesto de que estos aplican normativamente a todo el territorio nacional, y los errores que puedan deberse a condiciones territoriales no están incluidos en el estudio. Esta misma aproximación la toma el índice de precios al consumidor (Ipc), tanto general como de salud, al no asumir una muestra geográfica representativa.

Las variables características abordadas para el diseño de muestra fueron:

1. Características y relaciones territoriales como tamaño de municipio, acceso y vías de comunicación, dependencia territorial, infraestructura y relaciones de mercado. Estos se consideraron al adoptar el índice de tamaño funcional (Itf), único marco metodológico relacional disponible en Colombia.
2. Características público-privadas de los mercados, con inclusión de proveedores de ambos tipos.
3. Esquemas de aseguramiento: planes de beneficios, unidades de pago, especificidades de operación y características de capital de la población, al considerar la subdivisión por regímees del sistema.

4. Niveles de tecnología con la definición de canastas asociadas a los diferentes niveles tecnológicos de atención. Para ello, se realizó una homologación de los procedimientos de la clasificación única de procedimientos en salud (Cups) con los veles difundidos en el Mapipos.

5. Características de los mercados de aseguramiento tomando como marco para la selección, el índice de concentración de Hirsmann-Herfindall, asegurando la inclusión de los diferentes tipos de mercados.

A partir de los anteriores parámetros y aspectos metodológicos, se definió el diseño como de estudio indicativo de precios. Un estudio geográfico representativo probablemente requeriría una muestra sobre inventarios de contratos por , pero no hay información de universo como la totalidad de contratos realizados por la totalidad (todavía incierta) de en Colombia. El modelo de definición de universo contractual, se constituyó a partir de las relaciones funcionales y aseguradores seleccionados. Con ese universo contractual se toma un objetivo muestral definido en más del 50% de transacciones potenciales. Esto para solucionar el problema de débil homogeneidad en los productos que se tendrían al tomar una muestra representativa de contratos o procedimientos, la cual seguramente sería calculada en menos del 15%, según los métodos usuales de cálculo de muestra.

La metodología utilizada para la determinación de los precios de mercado de las actividades que se prestan a los afiliados al Sistema general de seguridad social en salud, se asemeja a aquella implementada para el cálculo del índice de precios al consumidor (Dane, 1998), dado que se presentan igualmente restricciones a nivel económico y operativo que impiden la consideración de una muestra geográfica representativa de contratos y precios, y no se cuenta con un marco muestral que permita una selección mediante muestreo probabilístico. Para solucionar el primer problema, se hizo necesario establecer una serie de criterios teóricos y operativos para la selección de municipios, aseguradoras (Eps y Ars)

y contratos, los cuales permitieran acotar la investigación sobre precios; para enfrentar la segunda limitación se controlaron los sesgos y la variabilidad de los precios establecidos a partir de los contratos seleccionados.

De igual modo, el cálculo del Ipc se fundamenta en ciertas consideraciones para la selección de los artículos que conforman la canasta de referencia y el cálculo de los índices. Dado que también se encuentra enmarcado en el diseño de muestras a partir de universos desconocidos, se basa en criterios estadísticos para la determinación y seguimiento del tamaño muestral de establecimientos y precios. Como es bien sabido, el Ipc se considera como referencia y análisis para toma de decisiones de política económica en el país, para la estimación de otros agregados representativos en el nivel nacional; esto es posible debido a que su sistema de cálculo asegura la continuidad de las series de precios en términos de la población de referencia y la cobertura socioeconómica del índice.

Uno de los factores que afecta la confiabilidad de los estudios de mercado es la limitada homogeneidad del bien analizado, entre diferentes oferentes. Es conocido que una de las estrategias más comunes en la competencia es la diferenciación de productos. La definición *ex ante* del bien analizado es determinante en el establecimiento de cantidades, concentraciones y precios transados.

En esta sección, se presenta inicialmente la exposición de la metodología aplicada para determinar los precios de mercado correspondientes a las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos prestados a los afiliados al sistema de seguridad social, una breve descripción de la metodología utilizada para el cálculo del Ipc-98. En cada caso se especificará el universo de estudio y población objetivo, la cobertura geográfica, la unidad de muestreo y de análisis, el marco estadístico de referencia, el tipo y tamaño de muestra, y los criterios para control de sesgos de información.

Para establecer el precio transado entre aseguradores y prestadores de los diferentes procedimientos y actividades del sector

salud, se realizó un estudio de corte transversal, representativo de la contratación de aseguradores en un conjunto de municipios seleccionados. Se definió como asegurador a cualquier comprador de servicios de salud registrado en el Sistema general de seguridad social en salud y con capacidad para comprar cualquier entidad territorial dentro del régimen subsidiado o contributivo, y como prestador a alguna organización de cualquier nivel de complejidad, con capacidad de vender al menos un procedimiento, prueba o actividad que estuviera contemplado en la clasificación de Mapipos y que por tanto hiciera parte del plan de beneficios del régimen contributivo o subsidiado.

Los municipios representativos de cada uno de los grupos establecidos, entre los cuales es posible encontrar variabilidad de precios, fueron seleccionados a partir de un marco muestral de municipios, teniendo en cuenta el total de usuarios, el Itf y el Ihh más cercano al promedio del grupo respectivo.

Por otra parte, se definió el precio finalmente pagado como el negociado en los contratos entre el asegurador y el prestador, los cuales fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios teóricos y operativos que permitieran asegurar la representación de los posibles ámbitos entre los cuales es viable encontrar diferencias en los precios de mercado. Tales ámbitos se determinan por la clasificación de los municipios según el índice de tamaño funcional (Itf), la concentración de mercado determinada mediante el índice Herfindahl-Hirschman (Ihh) y el régimen de salud categorizado en contributivo y subsidiado.

1. Universo, cobertura y unidad muestral

El universo de estudio se conformó por todos los contratos realizados entre aseguradores y prestadores, en los cuales se especifican los precios de los procedimientos y las actividades del sector salud. La población objetivo es el conjunto de tales contratos seleccionados de las aseguradoras (Eps y Ars) de dieciséis municipios, cada uno de los cuales representa a un grupo definido por su concentración de mercado y su tamaño funcional.

El índice cubre dieciséis municipios que representan la diversificación de la magnitud de las funciones urbanas y la concentración de mercado de cada uno de ellos. Los municipios elegidos en los cuales se representan los dos regímenes, subsidiado y contributivo, corresponden a Bugalagrande, La Mesa, Paipa, Cartagena, Pasto, Corozal, Pitalito, Tunja, Popayán, Bogotá, Barranquilla y Cali. También, se adicionó representatividad del régimen contributivo en los municipios de Duitama, Montería, Neiva y Sincelejo.

La unidad de observación corresponde a los contratos entre aseguradores y proveedores de actividades, pruebas y procedimientos asociados a servicios de salud, en ámbitos territoriales determinados por el ITF y el IHH. La unidad de análisis es el precio de mercado de actividades, procedimientos e intervenciones incluidos en los planes de beneficio de los dos regímenes bajo estudio: subsidiado y contributivo.

No se cuenta con un marco estadístico de referencia global de los contratos estipulados entre aseguradores y proveedores de actividades, pruebas y procedimientos asociados a servicios de salud de todo el país. De otro lado, los municipios y las aseguradoras cuentan con su correspondiente marco estadístico; entre otra información, el marco de municipios contiene la información requerida acerca del número de usuarios y los índices ITF e IHH, y el marco de las aseguradoras por municipio contiene la especificación del régimen de salud al cual pertenecen y la cantidad de afiliados.

Para el caso de contratos no es posible aplicar un muestreo probabilístico dado que no se cuenta con un marco estadístico de referencia, motivo por el cual la selección de contratos se realiza por medio de un muestreo dirigido teniendo en cuenta el juicio de expertos y algunas consideraciones de tipo metodológico y operativo, y criterios de temporalidad, cubrimiento de servicios y cobertura poblacional.

El universo de estudio se conformó por todos los contratos realizados entre aseguradores y prestadores, en los cuales se especifican los precios de los procedimientos y las actividades del sector salud. La población objetivo es el conjunto de tales contratos seleccionados de las aseguradoras (EPS y ARS) de dieciséis municipios, cada uno de los cuales representa a un grupo definido por su concentración de mercado y su tamaño funcional.

2. Instrumentos de recolección de información

Para la recolección de la información se estructuró una encuesta compuesta por cinco formularios que contienen: a) información sobre la caracterización del territorio; b) la matriz de relación de contratos en la cual se relaciona la totalidad de contratos ejecutados durante un periodo establecido para los regímenes subsidiado y contributivo; c) los aspectos más importantes en cuanto a los contratos y el valor de las unidades transadas entre asegurador y prestador; d) el tipo de contratación entre las partes; e) la matriz de facturas mediante la cual fue posible verificar para veinte eventos el 30% de la facturación de cada contrato hasta un máximo de cien facturas; y f) información adicional de otros factores con los que se establecieron las variables más importantes que influyen en la conformación del precio pactado en el contrato.

3. Control de sesgos

Para controlar los sesgos de información y amenazas a la confiabilidad de los datos se implementaron dos estrategias: a) se llevó a cabo un cabal proceso de capacitación a los responsables de obtener la información de costos a partir de los contratos, y b) se empleó una encuesta estructurada y un plan estandarizado para la verificación, depuración, procesamiento y consolidación de la información. Con el fin de afrontar los posibles sesgos de confusión y amenazas a la validez, se realizó un análisis de los datos recolectados para detectar información atípica que pudiera influir en la determinación del precio de mercado final. Para garantizar que los precios definidos en los contratos tuvieran el menor error posible, se realizaron controles de calidad por parte de expertos

altamente calificados que redujeron los sesgos por adulteración, datos faltantes o falsificación.

De otro lado, la determinación de la muestra de contratos, para la cual no se cuenta con el universo de estudio correspondiente, requirió la definición de criterios que permitieran asegurar un cubrimiento característico de los diferentes ámbitos entre los que pueden variar los precios en el mercado nacional. Teniendo en cuenta que tal variación depende del nivel de cobertura de las aseguradoras, el tipo de asegurador, y la clasificación de los municipios según su mercado y tamaño, se establecieron estos como los criterios para la selección de los contratos. Aunque se cuenta con un marco de referencia para los municipios y las aseguradoras, las restricciones económicas y operativas impidieron una selección probabilística de estos, por lo que se requirió de un muestreo dirigido por expertos a partir de la identificación de criterios de selección bien definidos.

Los municipios fueron tipificados de acuerdo con la clasificación, jerarquización y categorización de su estructura urbana, y al grado de concentración del mercado, medidos respectivamente por el ITF y el IHH.

El índice de tamaño funcional, como ya se mencionó, es una medida indicativa aproximada a una clasificación, jerarquización y categorización funcional de la estructura urbana, según su tamaño y las funciones que desempeñan y la intensidad de sus flujos. Aquí, el centro actúa como suministro y abastecimiento de bienes y servicios del área que lo rodea. Las funciones del lugar central se catalogan desde superiores a inferiores dependiendo del área de mercado a la que sirven. Entre de las variables que se utilizan para su construcción se encuentran: población, número de establecimiento y trabajadores por rama de la actividad económica, instituciones de salud, educación secundaria y obligaciones fiscales.

El indicador fue construido para el país en 1999 por el entonces Ministerio de Desarrollo Económico, por lo que al realizar la clasificación de la base actual de municipios se presentan

pérdidas en el universo de estudio debido a la aparición de nuevos municipios. Sin embargo, dada la gran cantidad de variables estructurales cuyo cambio es lento a través del tiempo es posible su aplicación. El índice categoriza los municipios en: metrópoli nacional, metrópoli regional, centros regionales mayores, centros regionales intermedios, centros subregionales mayores, centros subregionales intermedios y centros locales.

Por su parte, el índice Herfindahl-Hirschman los clasifica en mercados competitivos, monopólicos y oligopólicos. Sirve para determinar el grado de concentración de un mercado determinado. Su utilización es muy extendida especialmente en aquellos organismos encargados de tomar medidas antimonopolio.

Su construcción se da a partir de la suma de los cuadrados de las participaciones de las firmas que compiten en un mercado determinado, como se expresa a continuación:

$$HHI = \sum_{i=I}^{n} a^2$$

Donde ***n*** es el número de firmas en el mercado y ***a*****i** indica la participación en la firma ***i***.

Para el caso de los regímenes subsidiado y contributivo las participaciones de cada firma se calcularon teniendo en cuenta la afiliación total del municipio. En el caso del régimen contributivo fue necesario establecer el promedio de afiliación de cada Eps para el periodo de estudio y así determinar la afiliación total del municipio y la participación de cada Eps.

De acuerdo con los resultados que da el indicador los merca dos pueden clasificarse en:

- Concentrado (Ihh menor a 1.000) o competitivo
- Moderadamente concentrado (Ihh entre 1.000 y 1.800) u oligopolio
- Altamente concentrado (Ihh mayor a 1.800) o monopolio.

Teniendo en cuenta estos dos criterios y el tipo de régimen, se obtuvieron todas las posibles combinaciones de categorías de las cuales se seleccionaron aquellas comprometidas para el estudio. Mediante la prueba Kruskall Wallis se pudo comprobar, con un nivel de confianza del 95%, que el promedio de estos dos índices resultaba muy diferente entre tales grupos.

Los municipios representativos de cada uno de los grupos establecidos, entre los cuales es posible encontrar variabilidad de precios, fueron seleccionados a partir de un marco muestral de municipios, teniendo en cuenta el total de usuarios, el ITF y el IHH más cercano al promedio del grupo respectivo. La selección de las aseguradoras (EPS y ARS) dentro de los municipios elegidos, se realizó mediante un muestreo de expertos, para lo cual se establecieron algunos criterios de inclusión. Se buscó que las aseguradoras seleccionadas tuvieran altos niveles de afiliados, que en algunos municipios la misma empresa cubriera los dos regímenes, y que se garantizara diversificación en la selección de las aseguradoras en términos de que un mismo asegurador no cubriera demasiados municipios en uno o dos regímenes de salud. Se excluyeron del análisis aquellas empresas integradas verticalmente como es el caso del Instituto de Seguros Sociales.

Para controlar los sesgos de información y amenazas a la confiabilidad de los datos se implementaron dos estrategias: a) se llevó a cabo un cabal proceso de capacitación a los responsables de obtener la información de costos a partir de los contratos, y b) se empleó una encuesta estructurada y un plan estandarizado para la verificación, depuración, procesamiento y consolidación de la información.

Otra consideración importante es que en el SGSSS la contratación tiende a manejarse de manera privada tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo; estos contratos tienen temporalidades no estándar, se pueden adicionar otros durante cierto periodo y dar diferentes combinaciones tanto de manejo de riesgo como en formas de pago. Por esta razón no es posible la definición estricta de un periodo comparable entre los contratos de diferentes aseguradoras, ni siquiera entre una misma aseguradora. Bajo esta consideración se definió el diseño del estudio sobre la base de vigencia a una fecha de corte única en lugar de una vigencia sobre un periodo determinado.

Finalmente, para acotar el estudio de los precios de mercado, se establecieron características de los contratos para su selección; los contratos deberían: estar vigentes a 30 de junio de 2004, completar el 51% del valor total negociado entre la aseguradora y los prestadores vinculados contractualmente con ella, cubrir todos los servicios atribuibles a la población cubierta por el asegurador en los territorios y mercados seleccionados, y representar más del 50% de la población del asegurador. No se contemplaron para la determinación de precios aquellos contratos de tipo mixto que presentaban diferentes formas de pago, debido a la imposibilidad de diferenciar el precio para definir uno explícito.

Aunque es posible encontrar discrepancias entre el precio de mercado y el valor acordado en los contratos, debido a errores en el proceso de facturación o a la inapropiada identificación de la prueba de procedimiento transado, en el diseño del estudio se identificó el precio de mercado a partir de la tabla de precios acordada en el contrato bajo el supuesto de que el precio final pagado corresponde estrictamente al precio acordado. Para asegurar que las unidades transadas fueran homogéneas, se llevó el precio hasta la unidad más desagregada posible contenida en el procedimiento, prueba o actividad. Dada las diferencias en codificación tanto en los tarifarios (Iss y Soat) como en las clasificaciones de pruebas, procedimientos y actividades (Mapipos y Cups), se realizó una homologación entre ellos que buscara la mayor comparabilidad con el menor error posible.

4. Tamaño de muestra

El método de selección de la muestra se basa en el hecho de que los precios se encuentran altamente normatizados a partir de tarifarios, de manera que no se espera una alta variabilidad de los mismos entre aseguradoras dentro de un grupo específico determinado por el Itf, el Ihh y el régimen. En este sentido, los mecanismos especificados para la selección de los municipios, las

aseguradoras y los contratos aseguran que se cuenta con representatividad de la diversidad de precios de mercado en el país. Dichos mecanismos parten no solo de una revisión exhaustiva de las condiciones territoriales y los mercados sino del conocimiento de expertos en el tema, y adicionalmente la vigilancia estricta de los procesos de recolección, verificación, depuración, procesamiento y consolidación de los precios de mercado.

El Sgsss tiene una organización territorial de contratos operados en el ambito del municipio en el régimen subsidiado y de contratos de orden nacional en el régimen contributivo. Esta diferenciación hace que para poder tener una comparabilidad de los precios, la unidad inicial territorial de observación deberá constituirse alrededor del territorio municipal para poder establecer los precios de los regímenes subsidiado y los precios del régimen contributivo.

Al realizar una fusión entre los índices anteriores se obtienen 21 posibles combinaciones, sin embargo, para efectos del estudio se seleccionaron 12 que se presentan en el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1

Grupos de estudio predefinidos

Categoría ITF	Grupo IHH	Grupo
Metrópoli nacional	Competitivo	1
Metrópoli region al	Competitivo	2
Centros regionales mayores	Monopolio	3
	Oligopolio	4
Centros regionales intermedios	Competitivo	5
	Monopolio	6
	Oligopolio	7
Centros subregionales mayores	Monopolio	8
	Oligopolio	9
Centros subregionales intermedios	Monopolio	10
	Oligopolio	11
Centros locales	Monopolio	12

Teniendo en cuenta los criterios anteriores, se determinó la muestra de contratos en los municipios y aseguradoras ya seleccionados. En principio, con base en el marco de referencia de municipios, se requirió la inclusión forzosa de Bogotá, Barranquilla y Cartagena, pues eran los únicos exponentes en el grupo correspondiente a régimen subsidiado, caso similar a Bogotá y Pasto dentro del régimen contributivo; los municipios representativos de las categorías restantes se seleccionaron a partir de un marco muestral de municipios del total de usuarios, el ITF y el IHH más cercano al promedio del grupo respectivo, asegurando de esta manera que los municipios seleccionados agruparan una gran cantidad de usuarios y representaran los diferentes grupos establecidos.

Luego, a partir del marco de las aseguradoras correspondientes a cada uno de los municipios seleccionados, se eligieron las empresas representativas desde los criterios establecidos para ello y la opinión de expertos. Para elegir los contratos entre las aseguradoras seleccionadas y los correspondientes proveedores de actividades, pruebas y procedimientos asociados a servicios de salud, se buscaron las características especificadas para su selección. Los municipios elegidos, teniendo en cuenta la categoría ITF, el índice IHH, el régimen, y el número de aseguradores y contratos seleccionados, se esponen en el cuadro 4.2

Cuadro 4.2

Número de contratos seleccionados por cada desagregación

	Contributivo				Subsidiado			
Categoría ITF	IHH	Municipio	Número de aseguradores	Número de contratos	IHH	Municipio	Número de aseguradores	Número de contratos
Centro local	Monopólico	Bugalagrande	2	2	Monopólico	Bugalagrande	2	3
Centro regional intermedio	Monopólico	La Mesa	2	2	Monopólico	La Mesa	2	9
	Monopólico	Paipa	1	1	Oligopólico	Paipa	2	5
Centro regional mayor	Monopólico	Cartagena	2	11	Oligopólico	Cartagena	2	11
	Monopólico	Pasto	1	4	Monopólico	Pasto	2	10
Centro subregional intermedio		Corozal	2	3	Oligopólico	Corozal	2	5
	Monopólico	Pitalito	2	3	Monopólico	Pitalito	2	4

Continúa

Continuación

	Contributivo				Subsidiado			
Categoría ITF	IHH	Municipio	Número de aseguradores	Número de contratos	IHH	Municipio	Número de aseguradores	Número de contratos
Centro subregional mayor Oligopólico	Monopólico	Tunja	1	5	Monopólico	Tunja	2	7
	Oligopólico	Popayán	2	13	Oligopólico	Popayán	2	10
	Monopólico	Duitama	1	1				
	Oligopólico	Montería	2	3				
	Oligopólico	Neiva	2	7				
	Oligopólico	Sincelejo	1	1				
Metrópoli nacional	Monopólico	Bogotá	3	11	Oligopólico	Bogotá	1	4
Metrópolis regional	Monopólico	Barranquilla	2	8	Competitivo	Barranquilla	2	12
	Monopólicoo	Calí	2	86	Monopólico	Calí	3	14
TOTAL			28	86			24	94

Se seleccionaron 180 contratos a partir de los cuales se establecieron los precios de mercado, es decir, los precios negociados entre compradores y vendedores de servicios de salud, distribuidos en 52 aseguradoras (Eps y Ars). En el proceso de recolección de los precios de mercado, se fue determinando el grado de variabilidad de los datos con el fin de ajustar el tamaño de muestra a los requerimientos de la investigación. En el anexo se presenta la distribución del número de contratos según las aseguradoras elegidas en cada uno de los municipios seleccionados.

Los exhaustivos criterios de selección de los contratos permiten tener una visión de los precios en cuanto al valor real transado y negociado; adicionalmente, la cuidadosa aplicación de los procesos de control de calidad asegura la confiabilidad de la información. Por tanto, los precios obtenidos en este estudio se constituyen en los más relevantes del mercado, que puede tomar como base el sistema de salud en su propósito de ajustar la unidad de pago por capitación (Upc). Esta metodología, que asegura el control de sesgos de selección y variabilidad de los datos bajo estudio, permite asegurar que los precios de mercado recolectados constituyen una aproximación adecuada de la realidad nacional.

Los contratos fueron segmentados de acuerdo con las definiciones incluidas en el anexo técnico de cada contrato. Con base en los servicios incluidos se definió en qué nivel de complejidad cubría el referido contrato.

Al revisar los contratos es posible diferenciarlos por nivel y de alto costo, ya que el sistema define grupos separados para contratación, algunos servicios de alto costo, y además existen proveedores especializados en unos servicios. Sin embargo, la costumbre es que en Colombia ciertos servicios de alto costo como los que tienen que ver con enfermedades del sistema nervioso central y la mayoría de los eventos de cirugía cardiaca, tienden a ser incluidos en la mayoría de los casos en la contratación de tercer nivel de complejidad. Sin embargo, es común que ciertos servicios como radioterapia, diálisis y otros sean manejados de forma separada de los contratos de tercer nivel.

Por esta razón se definió una clasificación que incluía los tres niveles de complejidad. Los grupos de alto costo seleccionados fueron: reemplazo articular, radioterapia, quimioterapia, diálisis y hemodiálisis, y transplantes.

5. Reserva de información

Dado que la información contractual se maneja como privada y es sensible para los compradores de servicios, fue necesaria una estrategia particular para obtener la información suficiente en los tiempos requeridos por el proyecto. Por esa razón, se efectuó la solicitud de la misma con base en la Ley 812 de 2003, la cual establece que los diferentes actores del sistema están obligados a reportar al Ministerio de la Protección Social la información necesaria para evaluar el Sistema y realizar los ajustes requeridos a la Upc y al Pos.

Se hizo entrega de una carta de solicitud formal firmada por el nivel más alto del Ministerio de la Protección Social a cargo del viceministro de Salud, en la cual se solicitó la remisión de la información necesaria para conformar el universo de análisis del estudio.

Se llevó a cabo una reunión con los directores de las aseguradoras y jefes de contratación en la que se explicaron las características

del estudio, el uso a dar a la información y los requerimientos de tiempo y cronograma, así como las condiciones en las cuales debía ser recibida la información en la etapa de conformación del universo y en la de análisis de los contratos.

Para asegurar que los diferentes proveedores de información no contemplaran el riesgo de pérdida económica a partir de la información prevista, se estableció un protocolo de confidencialidad, con el que el Ministerio de la Protección Social recibiría una base ciega tanto para los proveedores como para los aseguradores para que no fuera posible la identificación por parte de terceros de las condiciones de los contratos incluidos en el estudio.

También se elaboró una estrategia interna en la cual se adicionaron cláusulas de confidencialidad en los contratos de las personas de la Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX que tenían que ver con el estudio; bajo esta cláusula las personas se comprometían a que dicha información no podría ser copiada ni transferida a terceros.

6. Operativo de recolección

Se implementó la recolección en dos fases: primero se recolectaron todos los contratos atribuibles a la provisión integral de servicios en los municipios incluidos en la muestra para los regímenes seleccionados en cada asegurador; se hizo el diseño de una matriz para la recepción de la información con unas características fundamentales y generales de cada contrato, y se solicitó a cada una la remisión de la respectiva información. De acuerdo con dicha matriz y con los criterios anteriormente definidos, se seleccionaron los contratos que representaran más del 50% de la población de la aseguradora en el respectivo municipio.

Para la segunda fase se pidió a los aseguradores la remisión de los contratos solicitados de manera física con sus respectivos anexos técnicos y la remisión de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) correspondientes a dichos contratos.

El operativo de recolección de información se realizó entre el 13 de abril y el 24 de junio de 2005. El cumplimiento en información de contratos entregado por aseguradores fue del 100%, los 14 aseguradores retuvieron información contractual completa sobre 46 operaciones de aseguramiento ubicadas en 12 municipios y distribuidas en dos operaciones completas por cada régimen en cada municipio. La cobertura de entrevistas a jefes de contratación (formulario otros determinantes) fue del 78%.

7. Conformación del universo de contratos

De los contratos relacionados, seleccionados en Cendex y recibidos finalmente, se puede observar su distribución según régimen en el cuadro 4.3.

Cuadro 4.3

Conformación del universo de contratos

	Número de contratos		
Contratos	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Total
Remitidos	922	545	1.467
Seleccionados	101	103	204
Recibidos	72	93	165

De los contratos enviados, 1.164 fueron celebrados bajo la forma de evento, 223 bajo la modalidad de cápita, 26 como paquete integral de servicios, y 7 como presupuesto global prospectivo (cuadro 4.4).

Cuadro 4.4

Distribución de contratos por formas de contratación

Forma de contratación	Número de contratos
Evento	1.164
Cápita	223
Paquete integral de servicios	26
Presupuesto global prospectivo	7

Las empresas seleccionadas fueron, en total, 16 aseguradoras, a las que se les asignaron municipios específicos. De la combinación de régimen, aseguradora y municipio resulta lo que el estudio ha denominado "operaciones de aseguramiento". El estudio tiene una amplitud de 48 operaciones de aseguramiento (cuadro 4.5).

Cuadro 4.5
Distribución de contratos por nivel de atención

Nivel contratado	Número de contratos
Nivel I	374
Nivel II	735
Nivel III	452
Nivel IV	133

*Nota: La suma de los contratos remitidos por nivel, puede sobrepasar el número de contratos totales enviados, al existir duplicidad de contratos entre niveles dado que un contrato puede contener varios grados de atención.

En la matriz de relación de contratos se observan listadas para las 16 aseguradoras, 134 instituciones prestadoras de salud. En cuanto a contratos por niveles de atención, fueron remitidos 374 de nivel I, 735 de nivel II, 452 de nivel III y 133 de nivel IV. De este universo se seleccionaron y analizaron 194 contratos individuales con 391 unidades de contratación.

Con el fin de identificar errores en la configuración de los precios, se calcula un coeficiente de variación de los proveedores, en el cual se revisaron todos los valores superiores a 0,5, lo cual permitirá corregir los mayores outliers en los precios.

Para la determinación de la muestra se utilizó información secundaria suministrada por el Ministerio de la Protección Social con las siguientes características:

- Régimen subsidiado: se empleó la base de contratación municipal del periodo entre abril de 2004 y abril de 2005.

- Régimen contributivo: se utilizó la base mensual de afiliados compensados por municipio, para el periodo entre julio de

2003 y julio de 2004, esta información fue emitida por Fisalud con fecha de actualización 1 de febrero de 2005.

La elección del periodo de estudio se realizó con el fin de omitir los picos del proceso de compensación.

8. Comparación con enfoque metodológico del índice de precios al consumidor, 1996

La metodología aplicada para el índice de precios al consumidor parte de la especificación de ciertos aspectos para reducir el problema del indicador a la medición de cantidades y precios, especificar la conformación de la canasta básica fija de los consumidores, determinar los artículos para seguimiento de precios, calcular los indicadores, elegir la población de referencia y establecer los mecanismos para calcular y controlar el tamaño de muestra de instituciones y precios. Se parte de las especificaciones del estudio, consolidadas en la ficha metodológica correspondiente al cálculo del Ipc-98, seguidas por la explicación de la metodología para establecer el tamaño de muestra de instituciones y precios, para los cuales no se cuenta con un marco estadístico de referencia.

El universo de estudio se conforma por todos los establecimientos donde el consumidor adquiere bienes o servicios para ser consumidos, incluyendo los de comercio al por menor, vivienda en arrendamiento, colegios, empresas de servicios públicos, Eps, etcètera. La población objetivo es el conjunto de dichos establecimientos, ubicados en las áreas urbanas de capitales de departamento.

El Ipc-98 cubre la población urbana de trece ciudades capitales de departamento, incluyendo algunas áreas metropolitanas, las cuales concentran el mayor número de habitantes en el país y presentan la mayor dinámica económica y poblacional. Las ciudades consideradas son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pasto, Pereira, Cúcuta, Cartagena, Montería, Neiva y Villavicencio.

Las unidades de muestreo y observación son los establecimientos donde el consumidor adquiere bienes y servicios para su consumo. La unidad de análisis corresponde a los precios de los bienes y servicios adquiridos por los consumidores.

El marco estadístico para las viviendas en arrendamiento es el censo de población y de vivienda de 1993 y encuesta de hogares; para la educación básica y media vocacional es el directorio de establecimientos educativos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane), los establecimientos de educación superior y no formal se obtienen del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (Icfes) y por operativo telefónico; para el resto de bienes y servicios se aplica un muestreo de expertos con apoyo de información georreferenciada.

Para el caso de viviendas en arrendamiento y educación básica y media vocacional, se aplica un muestreo probabilístico estratificado por etapas, mientras que para el resto de bienes y servicios no aplica un diseño muestral dado que no se tiene un marco estadístico; el método de selección en este último caso se realiza por medio de selección de expertos. El tipo de muestra aplicada a cada caso corresponde a muestreo por áreas para las viviendas en arrendamiento, muestreo de unidades para la educación básica y media vocacional y muestreo dirigido para el resto de bienes y servicios.

Para la recolección de los precios de la canasta de bienes y servicios del Ipc-98, se diseñó un formulario único de recolección (Fur), en el que se consignó la información acerca de la fuente, los datos del establecimiento, el periodo al cual corresponde la información, y la especificación de cada artículo en cuanto a: conceptos que identifican al artículo por establecimiento, la unidad de medida, el precio obtenido (sin conversión alguna) en la recolección anterior y en la actual, la indicación de sustitución inmediata de la especificación del artículo, los datos de las fuentes complementarias si existen, entre otros.

Para reducir el problema del indicador a la medición de cantidades y precios se hace uso de una estructura fija de preferencias

de los consumidores, la cual se evidencia en la estructura de gasto y consumo de las familias (Dane, 1985). Sin embargo, tal estructura resulta muy extensa para realizar un ejercicio sobre precios al consumidor y, por tanto, se requiere acotarla teniendo en cuenta elementos teóricos y operativos, que permitan asegurar que el campo de consumo de Ipc esté conformado por los gastos de consumo final de los hogares excluyendo impuestos, seguros y contribuciones a la seguridad social, gastos de inversión y ahorro. Para tal efecto, se seleccionan solamente los bienes y servicios de consumo final que resulten de una transacción de mercado, cuya adquisición sea decisión autónoma del consumidor, y a los cuales se les pueda identificar precios de adquisición, marcas, calidades y unidades para seguimiento de precios.

La canasta básica fija de los consumidores se establece teniendo en cuenta criterios de tipo metodológico para obtener grupos homogéneos en su interior y suficiente heterogeneidad para construir un agregado en función del uso, y criterios de costos de recolección, procesamiento y difusión con los que se pretende obtener un tamaño de canasta fija más reducida. Asumir una canasta fija genera sesgos sobre los precios al consumidor, los cuales se reducen mediante la definición adecuada del índice compuesto utilizado, que corresponde al índice de ponderaciones fijas del periodo base del ejercicio, el índice de ponderaciones relacionadas con el periodo corriente del mismo y un índice combinado de los dos anteriores.

La selección de los artículos para seguimiento de precios se fundamenta en criterios relacionados con la participación en el gasto y la frecuencia de demanda. Para el primer caso, se incluyen dentro de la canasta básica aquellos artículos con participación superior al 5% en el gasto del subgrupo, asegurando así mayor representatividad del efecto precio en esos niveles; en el segundo, se seleccionan los artículos que presentan una frecuencia de demanda superior al 30% de los consumidores, sin importar su precio relativo en el gasto. Además, el artículo elegido debe ofrecer garantía suficiente de permanencia en el mercado, ser representativo

de la evolución de precios de todos los artículos en el subgrupo, ser de consumo habitual por los hogares de estratos en el nivel de ingreso respectivo y presentar características y facilidad para seguimiento de precios.

La estructura de composición de la canasta del Ipc se asemeja a la encontrada en otros sistemas estadísticos, los cuales establecen criterios generales y particulares para la construcción de la estructura a escala general; estos criterios permitieron avanzar en la construcción del índice al identificar dos niveles generales en la estructura: fija y flexible. Entre los criterios generales, la estructura elegida debe: asegurar la continuidad en la información estadística que el índice viene produciendo, admitir cierto grado de comparación internacional de la información que produce el índice y permitir minimizar la aparición de sesgos en la medición del efecto precio, asociado al gasto de consumo final de los hogares. A nivel de los criterios particulares, para la conformación de agregados, la estructura debe asegurar la identificación de procesos de sustitución o complementariedad del gasto y de funciones de uso desde la perspectiva de los consumidores.

En cuanto al cubrimiento y representatividad en la información sobre el precio, el Ipc-98 no presenta exclusiones de grupos poblacionales por dispersión en el patrón de consumo o nivel de ingreso, a diferencia del Ipc-40 e Ipc-60; sin embargo, de la población de referencia, determinada por los parámetros de la Encuesta de ingreso y presupuesto familiar, se excluyen los hogares unipersonales y colectivos para los que no es representativa la información sobre precios al consumidor. Para finalizar, para la determinación de la canasta básica y la población de referencia, se da paso a los mecanismos para establecer la muestra de establecimientos y precios.

Una vez establecidos los criterios necesarios para reducir el cálculo del Ipc-98 en términos operativos, las consideraciones metodológicas requeridas para establecer la canasta básica fija para seguimiento de precios, y las restricciones aplicadas a la población

de referencia, se da paso la explicación del tamaño de muestra de los establecimientos en los cuales se obtendrán los precios de la canasta básica preestablecida. La muestra de establecimientos y precios para el Ipc-98 requiere de un diseño de muestra correspondiente a universos desconocidos, en el que es necesario definir parámetros de control iniciales para determinar un primer diseño sobre el cual iniciar el trabajo de recolección; después, se realizan los ajustes necesarios al tamaño de muestra con base en el coeficiente de variabilidad y el grado de precisión en los resultados que el indicador esté generando.

Estas estadísticas se asocian con el tamaño de muestra requerido, de manera que un coeficiente de variabilidad grande y un alto grado de precisión implican un mayor tamaño de muestra. El coeficiente de variación, que se toma como punto de partida en el análisis, se obtiene al asociar la desviación estándar contra la media de las observaciones; y el grado de precisión se requiere para determinar de antemano el error de muestreo que conlleva, de forma implícita, el cálculo a realizar. Para el cálculo del Ipc se tiene un total de 25.000 fuentes de información mes, y el correspondiente mantenimiento de la muestra se realiza cada año, por medio de la revisión de tamaños mínimos para variación y adición a la muestra.

B. Estudio diagnóstico de alternativas de contratación de servicios de salud

1. Objetivo

Analizar los efectos en el desempeño hospitalario en términos de eficiencia y calidad de un conjunto de casos en el ámbito nacional, cuyos mecanismos de contratación y pago presenten variedad en los incentivos manejados y permitan desarrollar un análisis de brechas entre la evidencia empírica hallada, el marco teórico, las experiencias internacionales documentadas y el modelo teórico propuesto para la modelación de la relación entre el

ente territorial y el hospital público. Esto con el fin de establecer las causas de desviación respecto a los resultados previstos en cada uno de los referentes e identificar sus posibles controles, así como obtener evidencia para postular un modelo de contrato.

2. Proceso metodológico

- Universo de estudio: mecanismos de contratación y pago entre el ente territorial y el hospital público.
- Muestra: muestreo por criterio correspondiente a seis casos, de acuerdo con: a) la disponibilidad de participación por parte de los representantes del ente territorial y el hospital público; b) la disponibilidad de información requerida en el momento de inicio del contrato y su evaluación durante el periodo pactado. No existe un lapso mínimo de contrato, pero sí debieron ejecutarse posterior al 2000 con el fin de mantener grado de recordación; y, c) el desarrollo de alguno de los siguientes juegos de mecanismos (cuadro 4.6).

Cuadro 4.6
Mecanismos de estudio

Nivel de complejidad	Ente territorial-hospital	Hospital-personal médico
Alto	Presupuesto global	Salario fijo
	Pago por evento acto o servicio	Pago por productividad
	Pago capita total	Salario fijo
	Pago por caso	Salario fijo
Bajo	Presupuesto global	Productividad fija
	Pago capital total	Pago por productividad

- **Criterios de exclusión:** mecanismos con información en medios físicos no magnéticos.
- **Unidad de observación:** ente territorial, hospital público y personal médico.

- **Unidad de análisis:** incentivos utilizados, características de la institucionalidad, resultados obtenidos en términos de eficiencia y calidad.
- **Fuentes de información:** a) primarias: funcionarios responsables o claves de la entidad territorial y el hospital público en la gestión del mecanismo; y, b) secundarias: contratos entre el ente territorial-hospital, hospital-médico y hospital-ARS, estadísticas de producción hospitalaria, RIPS, salarios, encuestas de satisfacción de usuarios (en caso de existir), cobertura municipal de servicios de salud, ejecuciones presupuestales y estados financieros.
- **Instrumentos de recolección:** para la obtención de la información se diseñan los siguientes formatos: a) lista de chequeo de variables: presenta las variables seleccionadas para la compilación de la evidencia empírica; y, b) entrevistas semiestructuradas: se realizan a los funcionarios responsables de la entidad territorial y del hospital público con el fin de recolectar las variables referentes a: características de la institucionalidad, percepción de los resultados e incentivos.
- **Procedimiento y técnicas de recolección:** a) recolección documental: su objetivo es reconstruir a partir de la evidencia escrita los niveles de eficiencia y calidad obtenidos por la institución hospitalaria, al inicio y durante la implementación del mecanismo de contratación y pago; y b) entrevista semiestructurada: pretende establecer las características de la institucionalidad y las percepciones que mantiene el personal encargado o clave de la gestión del mecanismo, profundizar en los resultados encontrados de eficiencia de los mecanismos.
- **Variables:** las variables a usar en el estudio se describen en el cuadro 4.7.

Cuadro 4.7

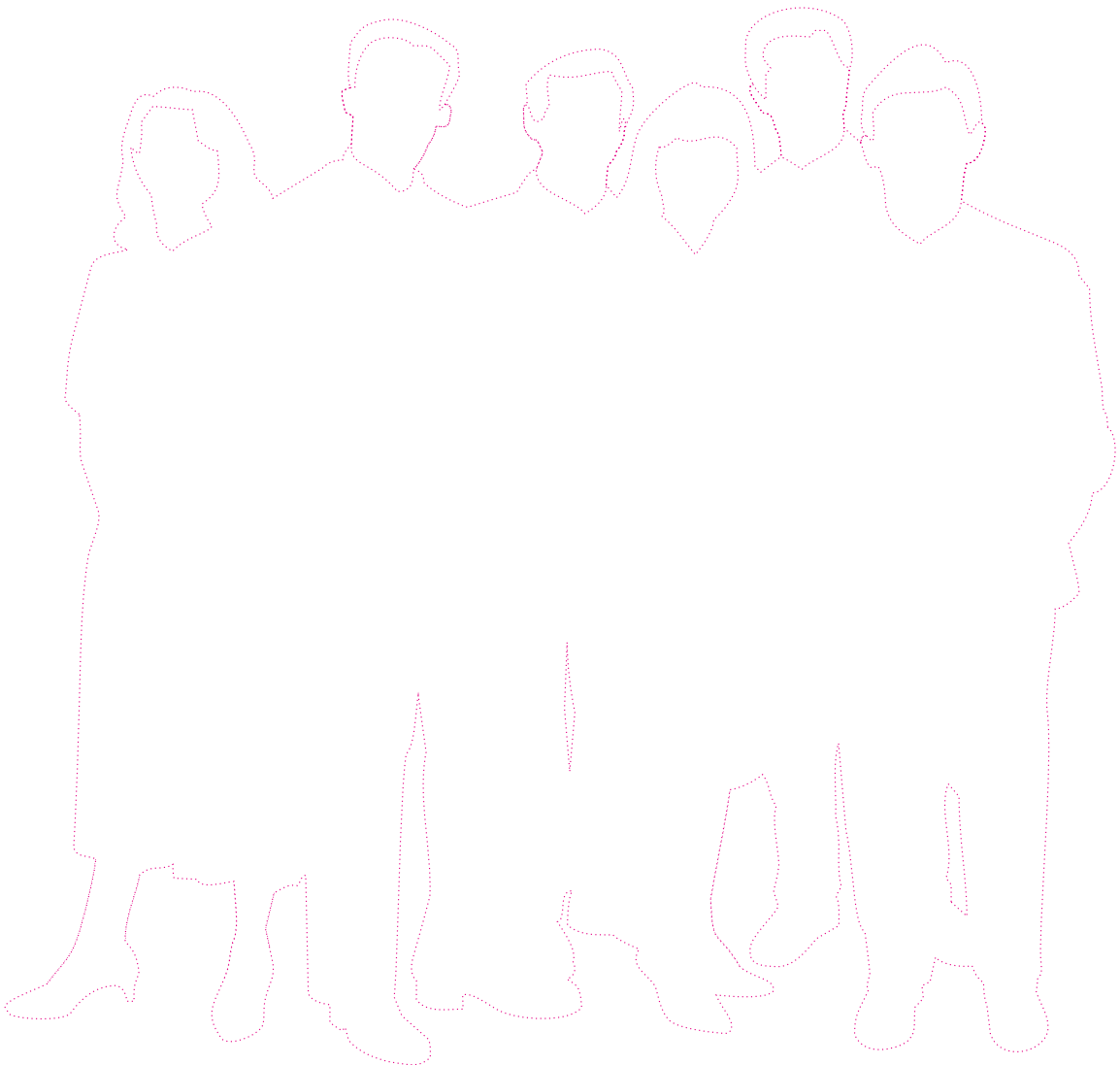
Variables de estudio

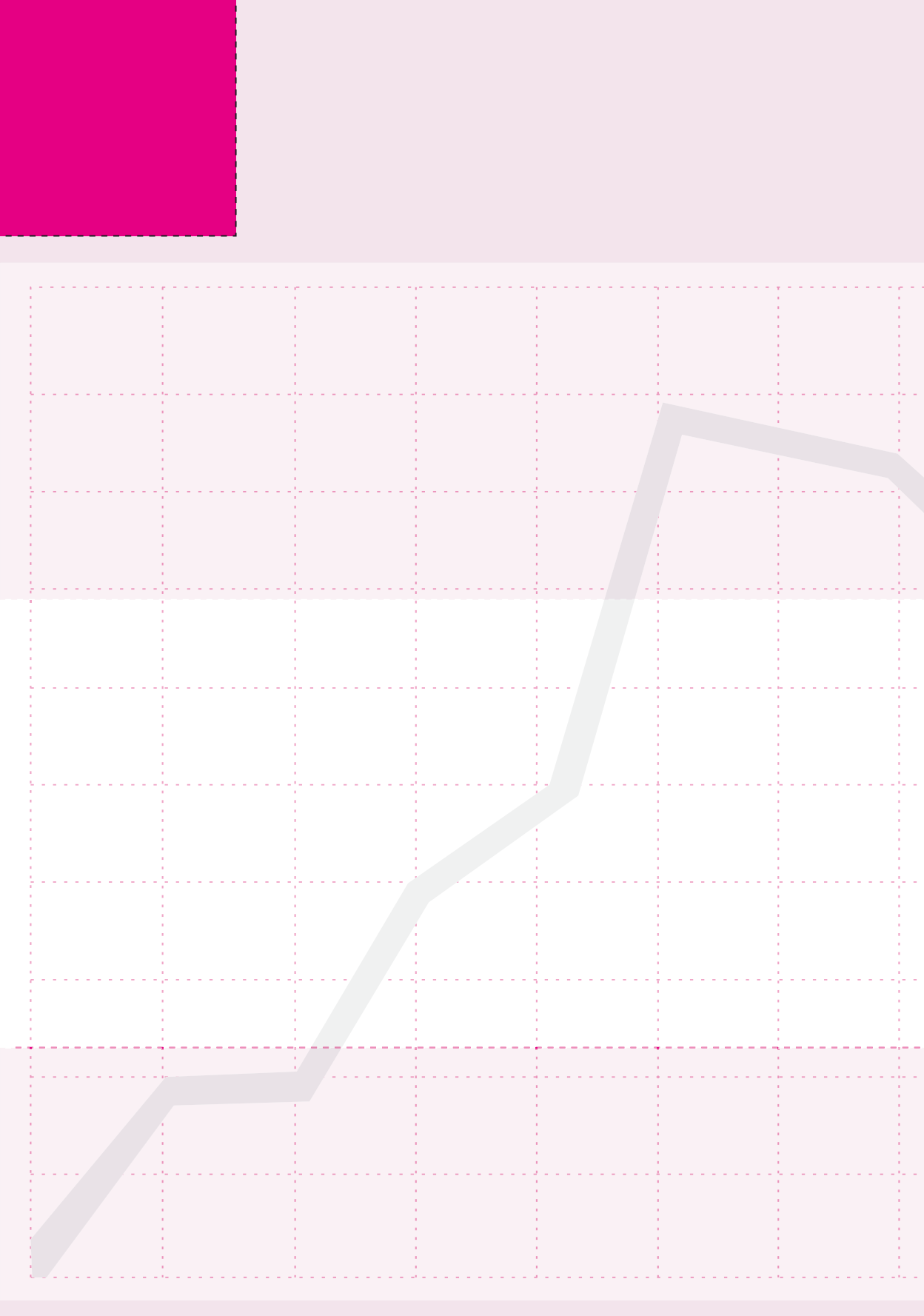
Grupo	Variable
Caracterización de los agentes	**Ente territorial:** • Municipio. • Cantidad de funcionarios en la Secretaría de Salud • Cantidad de funcionarios asignados al proceso de subsidio oferta • Recursos disponibles para salud y asignación por rubros. **Hospital:** • Nivel de complejidad • Tiempo de funcionamiento • Servicios que presta • Número de camas • Número de quirófanos. • Número de sala UCI • Composición del personal: administrativo, enfermeros, médicos.
Caracterización de la institucionalidad	**Territorio:** • Número y tipo de prestadores de salud • Composición de la población (edad, sexo, rural, urbana) • Cobertura de los sistemas de aseguramiento • Indicadores NBI y SISBEN • Número de ARS y población afiliada. **Ente territorial:** • Metas del plan de desarrollo local en salud (cobertura, financiamiento) • Asignación presupuestal. • Proceso de atención al vinculado **Hospital:** • Fuentes de ingreso. • Plan estratégico del hospital • Carga prestacional • Actualización tecnológica en equipos trazadores • Composición del costo de operación • Egresos por servicio y contratante • Equilibrio financiero • Ejecución presupuestal • Proceso de atención al vinculado • Percepción de calidad del servicio.
Mecanismo implementado	• Modalidad de contratación del ente territorial-hospital, hospital-médico • Tiempo de contratación • Monto del contrato • Población cubierta • Cobertura de servicios • Incentivos previstos (inducción y contención de la demanda, transferencia de riesgo de morbilidad, transferencia de riesgo financiero entre hospitales y niveles de complejidad, identificación y correcta calificación de beneficiarios y sus derechos, cobro adecuado de cuotas moderadoras y copagos, incentivos para la calidad) • Derivación del riesgo financiero • Derivación de la enfermedad • Percepción del riesgo • Sistemas de monitoreo y control del contrato.
Resultados hospitalarios	• Egresos hospitalarios • Comportamiento del costo • Percepción de calidad.

3. Técnicas de análisis

Recolectada la información se desarrollan los siguientes análisis:

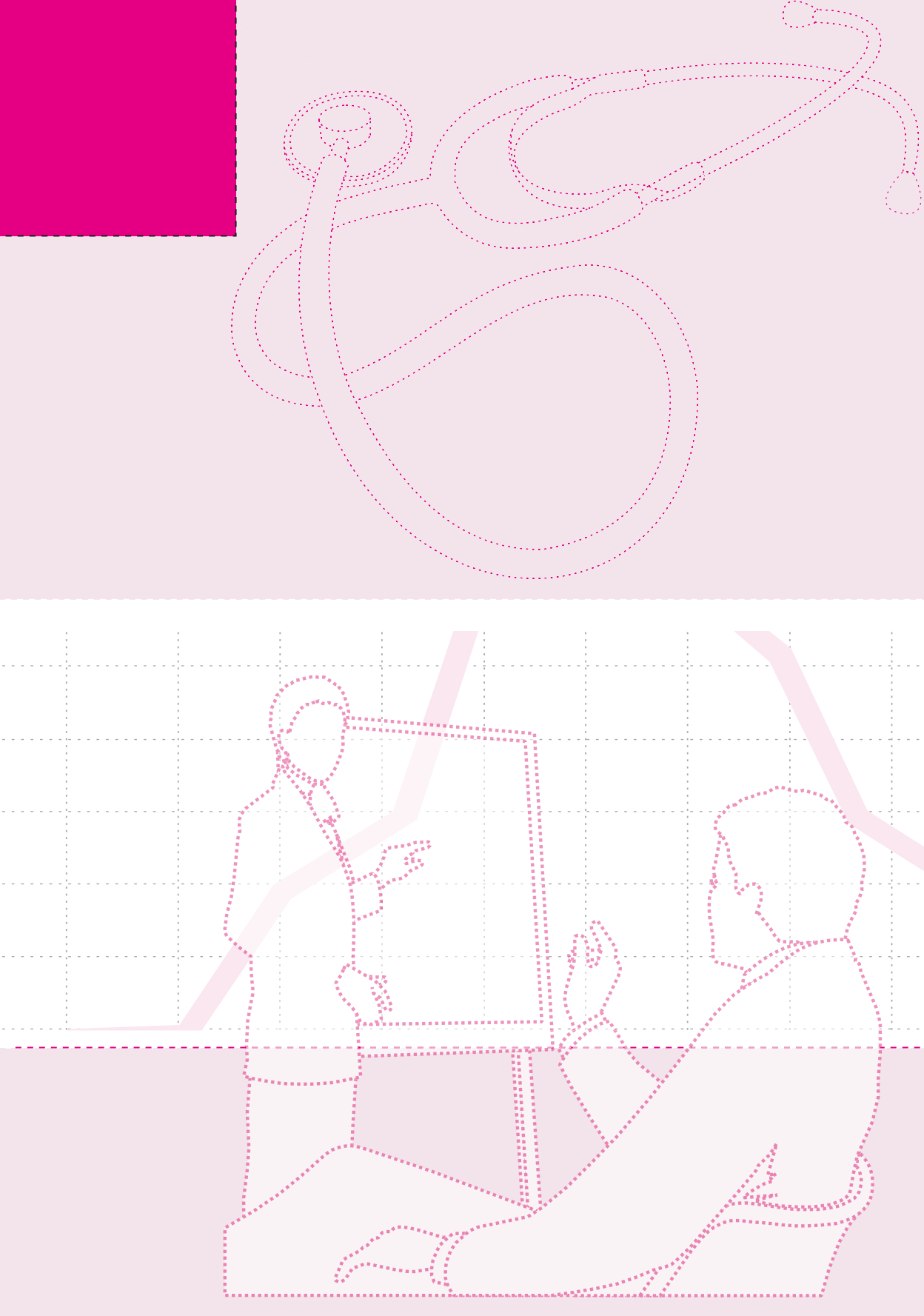
- **Conformación de línea base y monitoreo:** con las variables definidas se establecen los indicadores de seguimiento al mecanismo. Las observaciones de dan en tres momentos: previo a la implementación del mecanismo, es decir, las condiciones iniciales de la entidad hospitalaria, durante la implementación y finalizado el término del contrato. Con los resultados se determinan las variaciones en cada momento.
- **Análisis de contenido:** la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas son evaluadas haciendo uso de esta técnica.
- **Cálculo del modelo:** con la información obtenida se ingresan las variables requeridas en los modelos teóricos y se determinan las cantidades óptimas esperadas de cada mecanismo.
- **Análisis de brechas:** los resultados de los anteriores análisis son cruzados en una matriz que permite establecer las desviaciones más importantes de los resultados obtenidos frente a los esperados





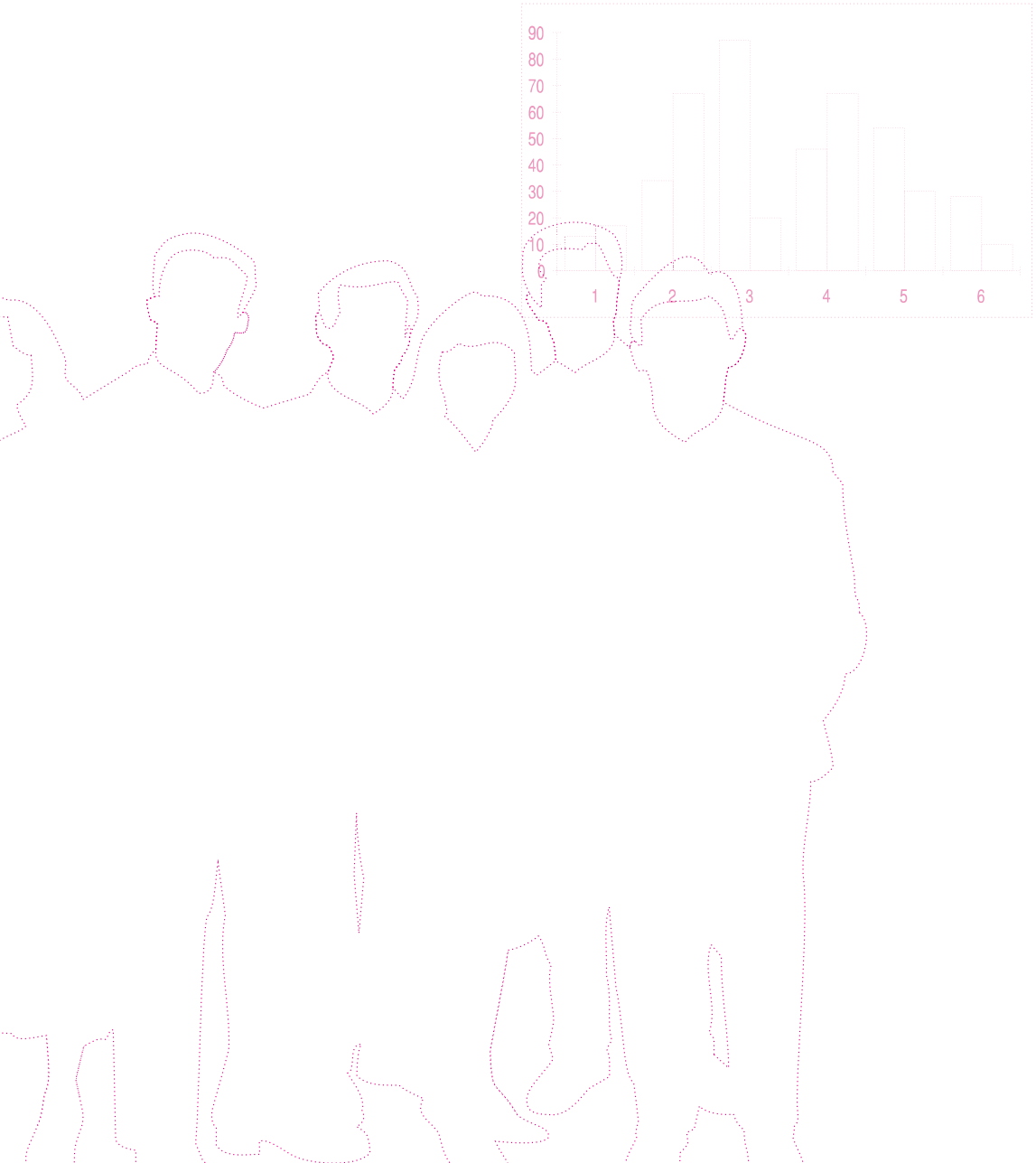
Segunda Parte

Estructura de mercado y precios en servicios de salud



Capítulo 5

Condiciones generales del mercado


90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6

A. Estructura territorial

El cuadro 5.1 presenta el número de municipios y de habitantes categorizados de acuerdo con este índice. Se observa cómo alrededor del 88% de los municipios del país se encuentran clasificados como centros subregionales intermedios y centros locales. Sin embargo, en estos lugares habita solo el 34% de la población nacional.

Por el contrario, menos del 1% de los municipios fueron considerados metrópolis y en estos residen alrededor del 30% de la población nacional.

Cuadro 5.1

Número de municipios de acuerdo a clasificación ITF

	Municipio		Número	Porcentaje
Categoría ITF	Número	Porcentaje		
Metrópoli nacional	1	0,1	7'029.928	15,8
Metrópoli regional	4	0,4	6'368.923	14,3
Centros regionales mayores	7	0,7	3'834.973	8,6
Centros regionales intermedios	30	2,9	6'600.221	14,8
Centros subregionales mayores	83	8,0	5'699.261	12,8
Centros subregionales intermedios	171	16,4	5'469.448	12,3
Centros locales	744	71,5	9'549.632	21,4
Total	**1.040**	**100**	**44'552.386**	**100**

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

1. Entorno del mercado del régimen subsidiado

1.1 Afiliación

En el periodo 2000-2004 la afiliación de la población al régimen subsidiado presenta un crecimiento sostenido, pasando de 9 millones de afiliados en 2000 a 15 millones en 2004, lo que representa una ampliación total en la afiliación del 38%. Como se observa en el gráfico 5.1, en el periodo 2003-2004 se tuvo el crecimiento más importante, con un aumento de más de 3 millones de afiliados, lo que implicó pasar de una cobertura del 26,7 al 34%.

Gráfico 5.1

Afiliación agregada régimen subsidiado 2000-2004

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En 2004 se tenía contratación del régimen subsidiado en 1.101 municipios, cuyo rango de afiliación osciló entre 693 en Busbanza, Boyacá y 1'527.685 en Bogotá D.C. afiliados, la desviación estándar poblacional es de 54.663, lo que indica grandes diferencias en los niveles de afiliación de los municipios.

La clasificación de los municipios de acuerdo al ITF, genera una reducción en el universo de estudio a 1.040 municipios, es decir, se tiene una pérdida de 61 municipios. Esto por la aparición de nuevos municipios y el manejo especial que se da en Amazonas y Putumayo.

En el agregado nacional de afiliación, los centros locales representan cerca del 32% de los afiliados del país, siendo el grupo con mayor participación y como se observa en el cuadro 5.2, los de mayor cobertura promedio. Es importante destacar la correlación significativa e inversa entre el índice de tamaño funcional y la cobertura alcanzada, que se hace evidente en el cuadro 5.2.

De otro lado se encuentran las metrópolis nacionales y regionales que suman el 20,7%; a pesar de contar con un menor número de municipios, su cobertura es la más baja dentro de todos los grupos y se explica en relación a los menores índices de pobreza que se tienen.

Cuadro 5.2

Afiliación agregada por tipo de municipio

Categoría ITF	Afiliados	Porcentaje	Promedio cobertura
Metrópoli nacional	1'527.685	10,2	21,7
Metrópoli regional	1'585.812	10,5	27,1
Centros regionales mayores	943.497	6,3	24,5
Centros regionales intermedios	1'969.896	13,1	30,0
Centros subregionales mayores	2'032.076	13,5	35,7
Centros subregionales intermedios	2'201.131	14,6	42,1
Centros locales	4'775.576	31,8	55,4
Total	15'035.673	100,0	50,6

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

De otro lado, los tamaños de afiliación municipal representan el mercado potencial para el asegurador (cuadro 5.3). Bajo esta visión, los centros locales son los mercados potenciales más pequeños, con un promedio de afiliación de 6.419 afiliados. Por el contrario, la metrópoli nacional ofrece un mercado de mayor tamaño con más de un millón de afiliados. El tamaño del mercado limita la posibilidad de competencia, haciendo unos municipios más atractivos que otros para las Ars, como se observa más adelante.

Cuadro 5.3

Tamaños de mercado por tipo de municipio

Categoría ITF	Mínimo afiliados	Máximo afiliados	Promedio afiliados	Desviación estándar poblacional
Metrópoli nacional	1'527.685	1'527.685	1'527.685	-
Metrópoli regional	195.072	536.633	396.453	125.748
Centros regionales mayores	58.998	261.136	134.785	64.723
Centros regionales intermedios	19.151	167.526	65.663	37.258
Centros subregionales mayores	5.964	73.766	24.483	14.612
Centros subregionales intermedios	2.020	32.188	12.872	5.936
Centros locales	693	56.384	6.419	4.738

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

2. Oferta Ars

2.1 Agregado nacional

Entre los años 2000 y 2004 el número de Ars se redujo en total 445%, al pasar de 240 instituciones a 44, respectivamente. Como se observa en el cuadro 5.4 el decrecimiento ha sido sostenido durante este periodo, aunque en los años 2003 y 2004 se dio una desaceleración.

Cuadro 5.4
Número de ARS por año

Tipo	2000	2001	2002	2003	2004
Total general	240	122	57	45	44
Porcentaje de crecimiento	Base	-97	-114	-27	-2

La reducción en el número de ARS implica un aumento de la afiliación per cápita en el agregado nacional, pasando de 39 mil afiliados por ARS en 2000 a 349 mil en 2004 (cuadro 5.5), lo que sirve de indicio para identificar una tendencia hacia la concentración del mercado.

Cuadro 5.5
Afiliación promedio de ARS

Datos	2000	2001	2002	2003	2004
Afiliados	9'510.566	11'070.543	11'655.452	11'867.947	15'396.893
Cantidad de ARS	240	122	57	45	44
Afiliados por ARS	39.627,36	90.742,16	204.481,61	263.732,16	349.929,39

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En 2004, las ARS con mayor participación fueron CAPRECOM-EPS con el 8,4% del mercado, seguida por COOSALUD con 6,5% del mercado. De acuerdo con estándares internacionales (Federal Trade Coission), en el agregado nacional no existe una firma con poder de mercado suficiente como para iniciar acciones de control, ya que en ningún caso se supera el 15%. Así mismo, en el cuadro 5.6 se puede observar cómo las ocho primeras ARS suman el 52% de la afiliación nacional y cómo solo 24 de las 44 ARS del mercado cuentan con más de 200 mil afiliados.

Cuadro 5.6
Participación Ars en afiliación

Código Ars	Nombre Ars	Afiliados totales	Participación (%)	Participación acumulada (%)
EPS020	Caprecom Eps	1'283.544	8,4	8,4
ESS024	Coosalud	994.952	6,5	14,8
EPS026	Solsalud Eps S.A.	994.815	6,5	21,3
UT001	Cajasalud UT Ars	930.106	6,1	27,3
ESS133	Coopsagar Ltda.	915.638	6,0	33,3
ESS118	Emssanar ESS – Nariño	790.592	5,1	38,4
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud Ess	757.025	4,9	43,4
EPS033	Salud Vida Eps S.A.	696.264	4,5	47,9
ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud Ess	678.517	4,4	52,3
EPS003	Cafesalud Eps. S.A.	638.315	4,2	56,5
ESS207	Mutual Ser Ess	589.544	3,8	60,3
EPS014	Humana Vivir S.A. Eps	513.035	3,3	63,6
ESS091	Empresa Cooperativa Solidaria de Salud, Ecoopsos	486.208	3,2	66,8
EPS022	Eps Convida	389.477	2,5	69,3
EPS009	Eps Comfenalco Antioquia	344.563	2,2	71,6
EPS030	Eps Cóndor S.A.	344.456	2,2	73,8
EPS002	Salud Total S.A. Eps	343.700	2,2	76,1
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó Ess	335.174	2,2	78,2
EPS031	Selvasalud S.A. Eps	328.471	2,1	80,4
EPS028	Calisalud Eps	301.174	2,0	82,3
CCF018	Caja de Compensación Familiar, Cafam	284.714	1,9	84,2
CCF055	Caja de Compensación Familiar, Cajacopi	240.840	1,6	85,8
CCF002	Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama	225.781	1,5	87,2
CCF015	Caja de Compensación Familiar de Córdoba, Comfacor	213.140	1,4	88,6
CCF054	Caja de Compensación Familiar Comfenalco Cundinamarca	172.973	1,1	89,7
ESS182	Asociación Indígena del Cauca, Aic	171.342	1,1	90,9
ESS170	Promotora de Salud Guaitara Epsi	150.492	1,0	91,8
EPS025	Capresoca Eps	134.402	0,9	92,7
ESS115	Entidad Promotora de Salud Mallamas Epsi	119.138	0,8	93,5
EPS016	Coomeva Eps S.A.	115.119	0,7	94,2
UT002	Comfamiliares en Salud UT	112.505	0,7	95,0
UT003	Convenio Comfenalco Ars UT	109.644	0,7	95,7
ESS177	Asociación de Cabildos Indígenas Dusakawi Epsi – Cesar	104.638	0,7	96,4
ESS184	Asociación de Cabildos Córdoba-Sucre Manexka	94.924	0,6	97,0
CCF037	Caja de Compensación Familiar de Fenalco del Tolima, Comfenalco	84.226	0,5	97,5
ESS203	Tayrona Eps Indígena	83.891	0,5	98,1
CCF035	Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja, Cafaba	82.596	0,5	98,6
ESS164	Entidad Promotora de Salud, Pijaosalud EPSI	57.802	0,4	99,0
ESS208	Anas Wayuu Eps Indígena	52.028	0,3	99,3
ESS197	Ess Salud Sarare Ltda.	37.306	0,2	99,6
CCF001	Caja de Compensación Familiar, Camacol	33.208	0,2	99,8
UT004	UT Convenio Comfama-Comfamiliar Camacol	22.153	0,1	99,9
CCF029	Caja de Compensación Familiar de Risaralda, Comfamiliar Risaralda	10.301	0,1	100,0
CCF040	Caja de Compensación Familiar de Cartago, Comfacartago	1.095	0,0	100,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

De acuerdo con el tipo de organización que actúa como Ars: cajas de compensación familiar (Ccf), entidades promotoras de salud (Eps) y empresas solidarias de salud (Ess) se encuentran los siguientes resultados. Como se compendia en el cuadro 5.7, en 2004 no existe una diferencia relevante en la cantidad de instituciones que operan en el mercado, ni en la cantidad de afiliados, salvo en el caso de las Ccf cuya participación es 24 puntos menor a las Eps y Ess.

Cuadro 5.7

Participación por tipo de ARS

Tipo	Número de instituciones	Participación (%)	Afiliados	Participación %
CCF*	14	31,8	2'524.193	16,4
EPS	13	29,5	6'437.478	41,8
ESS	17	38,6	6'435.222	41,8
Total	44	100,0	15'396.893	100,0

* Incluidas uniones temporales

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Por otro lado, las ARS han tomado estrategias de expansión diferentes, existen algunas que desarrollan su actividad en un solo municipio y otras en 441, es decir, operan en el 60% de los municipios del país. Lo anterior permite realizar una clasificación de las ARS de acuerdo con el número de municipios, siguiendo los criterios adoptados por Garavito (2000) para la clasificación por ámbito de operación[7] . Como se presenta en el cuadro 5.8, las ARS se han conformado como organizaciones de ámbito nacional que recogen más del 90% de los afiliados totales del mercado del régimen subsidiado.

Cuadro 5.8

Número de ARS y afiliados por ámbito de operación

Categoría	Número de ARS	Participación (%)	Número de afiliados	Participación (%)
Local	2	4,5	11.396	0,1
Regional	9	20,5	692.543	4,5
Nacional	33	75,0	14'692.954	95,4
Total general	44	100,0	15'396.893	100,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Todo lo anterior hace suponer una tendencia hacia la concentración del mercado, en detrimento de su competitividad y con el fortalecimiento de posiciones dominantes. Sin embargo, el indicador IHH para 2004 es de 422,9, lo que indica que en el ámbito nacional el mercado es competitivo.

7 Local de uno a tres municipios, regional de cuatro a veinte y nacional mayor a veinte municipios.

B. Aseguramiento según municipio

El número de ARS y el tipo de municipio de acuerdo al ITF, presenta una correlación significativa y positiva, es decir, las metrópolis nacionales cuentan con un mayor número de ARS en su mercado que los centros locales (cuadro 5.9). Sin embargo, en los centros subregionales y locales se encuentra que el número promedio de ARS es similar y la relación per cápita es mucho menor que la encontrada en las metrópolis y en los centros regionales, lo que hace suponer que estos últimos cuentan con mayores posibilidades de competencia en el mercado.

Cuadro 5.9

Número de ARS y afiliados por categoría municipal

Categoría ITF	Número de ARS			Afiliados / No. ARS		
	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio
Metrópoli nacional	15	15	15	101.846	101.846	101.846
Metrópoli regional	7	14	10	19.507	76.662	47.353
Centros regionales mayores	3	12	7	8.644	27.735	21.317
Centros regionales intermedios	1	11	6	3.888	34.745	11.943
Centros subregionales mayores	1	9	4	1.491	21.269	6.164
Centros subregionales intermedios	1	7	3	673	16.947	4.579
Centros locales	1	8	3	347	17.307	2.858

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

De otro lado, el grado de penetración de las ARS en el mercado difiere de acuerdo a la categoría de municipio que se estudie. Como se observa en el cuadro 5.10, en los centros locales el 45% de las ARS tienen una participación superior al 50%, lo que hace presumir que en estos mercados existen posiciones dominantes. Sin embargo, este fenómeno es común a los centros subregionales y regionales pero en una menor proporción. Es claro que en todos los grupos existen firmas cuya participación supera el 15%, lo que hace suponer que en todos los casos pueden existir tendencias a una posición dominante dentro del mercado, no así como se encontró en el agregado nacional.

Cuadro 5.10

Grado de penetración de las ARS por tipo de municipio (%)

Categoría ITF	>= a 15%	<15% y >= 30%	<30% y >= 50%	<50%
Metrópoli nacional	86,7	13,3	0,0	0,0
Metrópoli regional	80,7	6,1	13,2	0,0
Centros regionales mayores	56,1	13,2	21,6	9,2
Centros regionales intermedios	49,5	23,1	16,0	11,4
Centros subregionales mayores	39,8	23,4	19,6	17,2
Centros subregionales intermedios	24,2	22,3	24,6	28,8
Centros locales	14,8	19,9	20,2	45,1

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Finalmente, el índice de concentración de mercado muestra cómo el 98% de los municipios cuentan con estructuras de mercado monopólicas. Todas las categorías municipales se encuentran ampliamente afectadas por este fenómeno, con excepción de la metrópoli nacional cuya estructura es oligopólica (cuadro 5.11).

Estos resultados no son de extrañar en el caso de los centros locales y subregionales ya que el tamaño de su población beneficiaria y las políticas de afiliación tienden a concentrar los mercados. Por el contrario, resultan novedosos los casos de las metrópolis regionales, ya que estas cuentan con volumen de población suficiente para mantener espacios de mayor competitividad.

Cuadro 5.11

Estructura de mercado por tipo de municipio

Grupo ITF	Denominación	Competitivo	Oligopolio	Monopólico	Total general
1	Metrópoli nacional		1		1
2	Metrópoli regional	1		3	4
3	Centros regionales mayores		1	6	7
4	Centros regionales intermedios		6	24	30
5	Centros subregionales mayores		2	81	83
6	Centros subregionales intermedios		3	168	171
7	Centros locales		3	741	744
Total general		**1**	**16**	**1.023**	**1.040**

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

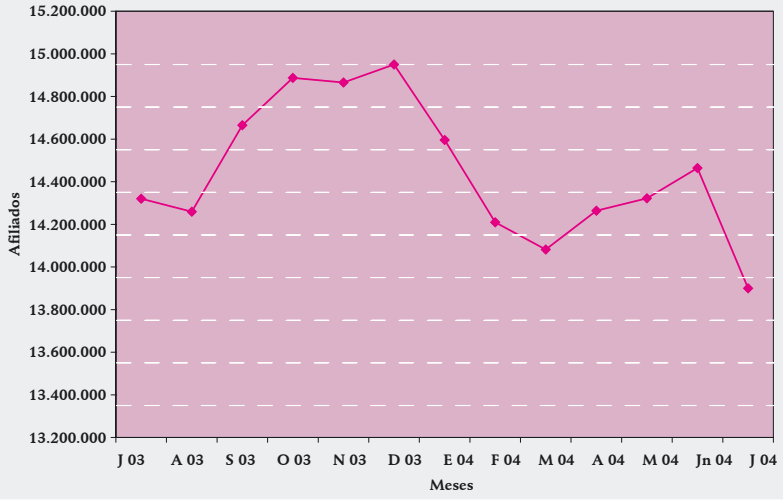
1. Entorno del mercado del régimen contributivo

1.1 Afiliación

Para el régimen contributivo (RC), durante el periodo de estudio, el número de afiliados compensados fue de 14'444.933, con oscilaciones que van desde 13'899.585 en julio de 2004 hasta 14'950.058 en diciembre de 2003 como se observa en el gráfico 5.2. La cobertura promedio lograda durante el tiempo de análisis fue del 32,1%, que es inferior en dos puntos a la del subsidiado.

Gráfico 5.2

Afiliación nacional régimen contributivo 2004



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En el nivel municipal, el rango de afiliación promedio al régimen contributivo durante el periodo de estudio va desde 1 afiliado hasta 3'767.072, en Cacahual (Vichada) y Bogotá, respectivamente (cuadro 5.12).

Como en el caso del régimen subsidiado la clasificación municipal por ITF genera una pérdida de municipios de estudio, en este caso la base inicial es de 1.096 y pasa a 1.050.

En el agregado nacional, las metrópolis nacionales y regionales son las categorías con los mayores pesos porcentuales, sumando más del 50% de la afiliación al régimen, a pesar de contar con el menor número de municipios. Por el contrario, los centros locales y subregionales intermedios, a pesar de contar con más municipios, sumados tan sólo alcanzan el 10%.

Frente a las coberturas y a diferencia del régimen subsidiado, el índice de cobertura más bajo se tiene en los centros locales, siendo 4,8 veces menor que en los centros subregionales. Las metrópolis regionales cuentan con el índice de cobertura más alto, superando incluso a la metrópoli nacional en 0,4 puntos.

Cuadro 5.12

Afiliación agregada RC por tipo de municipio

Categoría ITF	Afiliados	Porcentaje (%)	Promedio cobertura (%)
Metrópoli nacional	3'767.072	26,1	54,2
Metrópoli regional	3'637.824	25,2	58,3
Centros regionales mayores	1'631.777	11,3	45,8
Centros regionales intermedios	2'439.248	16,9	37,7
Centros subregionales mayores	1'506.580	10,4	27,0
Centros subregionales intermedios	974.103	6,8	23,5
Centros locales	471.910	3,3	4,8
Total general	**14'428.515**	**100.0**	

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En el cuadro 5.13 se recoge el rango y el promedio de afiliación por categoría de municipio. Como se observa, existen diferencias importantes entre los diferentes grupos y las desviaciones estándar indican una diversidad significativa en los grupos.

Cuadro 5.13

Tamaños de mercado municipales RC

Grupo ITF	Denominación	Mínimo afiliados	Máximo afiliados	Promedio afiliados	Desviación estándar
1	Metrópoli nacional	3'767,072	3'767.072	3'767.072	-
2	Metrópoli regional	355.682	1'393.384	909.456	474.797
3	Centros regionales mayores	136.359	354.321	233.111	64.511
4	Centros regionales intermedios	21.580	172.344	81.308	47.063
5	Centros subregionales mayores	1.179	80.479	18.152	15.219
6	Centros subregionales intermedios	20	227.902	5.663	17.772
7	Centros locales	1	17.361	627	1.346

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

2. Oferta aseguradora

2.1 Agregado nacional

En el contexto nacional, se contó con 31 Eps lo que da una afiliación per cápita de 461.202. Sin embargo, el rango de afiliación total por Eps va de 167 a 2'343.970 afiliados, como se observa en el cuadro 5.14. Nótese, la Eps Saludcoop que se encuentra en el extremo superior del rango, ocupando el 16,4% del mercado nacional, lo que frente estándares internacionales[8] harían suponer una posible posición dominante dentro del mercado.

Así mismo, es de destacar cómo el 53% del mercado se encuentra en manos de cinco instituciones, dentro de las que se destaca el Instituto de Seguros Sociales-eps como única entidad pública con una participación del 13,4% del mercado nacional.

Las entidades adaptadas de salud (Eas) suman el 5,5% del mercado nacional, es decir, 791.085 afiliados, donde la dirección de Servicio Médico y Odontológico de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá (Eaab) es la más importante con el 2% del mercado y ocupa la posición 15 dentro de las 31 Eps.

Cuadro 5.14

Participación Eps en afiliación

Código	Nombre	Afiliados totales	Participación (%)	Participación acumulada (%)
Eps013	Eps Saludcoop	2'343.970	16.4	16,4
Eps006	Instituto de Seguros Sociales Eps	1'911.529	13.4	29,8
Eps016	Coomeva Eps	1'554.836	10.9	40,6
Eps008	Compensar Eps	923.459	6,5	47,1
Eps002	Salud Total S.A. Eps	880.963	6,2	53,3
Eps010	SuSalud Eps - (Suramericana)	730.726	5,1	58,4
Eps 003	Cafesalud Eps. S.A.	698.501	4,9	63,3
Eps017	Eps Famisanar LTDA.	658.585	4,6	67,9
Eps005	Eps Sánitas S.A.	581.378	4,1	71,9
Eps001	Salud Colmena Eps. S.A.	579.508	4,1	76,0
Eps023	Cruz Blanca Eps. S.A.	463.941	3,2	79,2
Eps012	Comfenalco Valle Eps.	408.062	2,9	82,1
Eps014	Humana Vivir S.A. Eps.	403.526	2,8	84,9
Eps018	Eps Servicio Occidental de Salud S.A.- Eps -Sos	380.935	2,7	87,6
Eas029	Dirección Servicio Médico y Odontológico de la Eaab.	287.300	2,0	89,6

Continúa

8 Federal Trade Comnision fija como límite de precaución el 15% de participación.

Continuación

Código	Nombre	Afiliados totales	Participación (%)	Participación acumulada (%)
Eps009	Eps Prog. Comfenalco Antioquia	269.481	1,9	91,5
Eps011	Colseguros Eps.	239.202	1,7	93,1
Eas027	Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales	170.634	1,2	94,3
Eps026	Solsalud S.A. Eps.	165.372	1,2	95,5
Eas016	Empresas Públicas de Medellín-Departamento Médico	159.397	1,1	96,6
Eas010	Servicio de Salud de la Corporación Autónoma Regional	134.586	0,9	97,5
Eps024	Cajanal Eps	110.404	0,8	98,3
Eps015	Eps Servicios Médicos Colpatria	93.915	0,7	99,0
Eps033	Salud Vida S.A. Eps	34.562	0,2	99,2
Eas005	Corporación Eléctrica Costa Atlántica Corelca	33.083	0,2	99,4
Eps020	Caprecom Eps	27.889	0,2	99,6
Eps034	Salud Colombia Eps S.A.	27.502	0,2	99,8
Eps035	Red Salud Atención Humana Eps S.A.	17.925	0,1	100,0
Eas022	Instituto Colombiano de la Reforma Agraria –Incora	5.034	0,0	100,0
Eas001	Fondo Previsión Social del Congreso República	886	0,0	100,0
Eas019	Caja Previsión Social de la Superintendencia Bancaria	167	0,0	100,0

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Como en el caso del subsidiado, se aplica el criterio de conteo de municipios para establecer el ámbito de operación de la Eps, aunque se reconocen las importantes diferencias en los mecanismos de operación de las Ars y las Eps. El objetivo, es poder generar una línea de comparación.

Cuadro 5.15

Número de Eps y afiliados por ámbito de operación

Ámbito	Número de Eps	Participación (%)	Número de afiliados	Participación (%)
Local	1	3,2	886	0,01
Regional	1	3,2	167	0,00
Nacional	29	93,5	14'296.201	99,99
Total general	**31**	**100,0**	**14'297.253**	**100,0**

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Como se observa en el cuadro 5.15, las Eps manejan su operación en un ámbito nacional. Existen dos instituciones que tienen comportamiento diferente, el Fondo de previsión social del Congreso de la Republica y la Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria, con un ámbito local y regional respectivamente, ambas pertenecientes a grupos poblacionales especiales. En las Eps de ámbito nacional, el promedio de participación municipal es de 618, en un rango de 167 y 1054.

Finalmente, el índice de concentración Hhi nacional es de 802,60 para el periodo de estudio, lo que indica que el mercado tiene una estructura competitiva.

C. Mercado municipal

En el cuadro 5.16 se presenta el número de Eps promedio de acuerdo al tipo de municipio, nótese que los municipios clasificados como metrópolis tienen en promedio un mayor número de Eps que los centros locales; sin embargo, la diferencia no es tan relevante como en el caso del régimen subsidiado, a pesar de que el número de afiliados en mucho menor.

Otro aspecto importante es la relación per cápita, es decir, el número de afiliados municipales entre el número de Eps. Como se observa, el indicador más alto se encuentra en la metrópoli nacional seguido de lejos por las metrópolis regionales. Las diferencias entre los grupos son apreciables, en gran medida porque el número de Eps entre los grupos no cae de la misma forma que la población afiliada del municipio.

Cuadro 5.16

Número de Eps y afiliados por tipo de municipio

Categoría	Número de Eps			Afiliados / número de Eps		
	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio
Metrópoli nacional	31	31	31	121.518,5	121.518,5	121.518,5
Metrópoli regional	29	30	30	11.856,1	48.047,7	30.715,6
Centros regionales mayores	26	30	29	5.244,6	12.218,0	8.130,7
Centros regionales intermedios	19	29	27	886,2	6.155,1	2.941,9
Centros subregionales mayores	16	30	24	51,3	3.658,1	730,2
Centros subregionales intermedios	6	28	20	3,1	8.765,5	251,5
Centros locales	2	27	15	0,2	667,7	34,7
Total general	**2**	**31**	**17**	**0,2**	**121.518.5**	**494,8**

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio

Contrario al fenómeno encontrado en el régimen subsidiado, en la gran mayoría de los casos las Eps tienen porcentajes inferiores al 15% de afiliación, como lo muestra el cuadro 5.17. Tan solo 1,9% de Eps tienen porcentajes superiores al 50%, sin embargo, estos casos se dan en centros regionales, subregionales y locales.

Cuadro 5.17

Grado de penetración de las EPS por tipo de municipio (%)

Categoría	>= a 15%	<15% y >= 30%	<30% y >= 50%	<50%
Metrópoli nacional	96,8	0,0	3,2	0,0
Metrópoli regional	94,1	5,0	0,9	0,0
Centros regionales mayores	93,5	4,9	0,5	1,0
Centros regionales intermedios	93,9	3,3	1,8	1,0
Centros subregionales mayores	93,4	3,0	1,3	2,3
Centros subregionales intermedios	90,3	4,8	3,4	1,4
Centros locales	84,4	8,0	5,6	1,9
Total	**86,5**	**6,9**	**4,8**	**1,8**

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Por último, la concentración de mercado de acuerdo a la categoría de municipio, muestra cómo alrededor del 50% del país mantiene una estructura monopólica en el régimen contributivo, donde los centros locales y subregionales se ven más afectados por el fenómeno (cuadro 5.18)

El oligopolio tiene especial fuerza en este régimen ya que presenta una participación de cerca del 45% de los municipios del país, con más fuerza en los centros regionales intermedios. Por su parte las metrópolis operan en un esquema competitivo, lo que resulta muy positivo dado el tamaño de los mercados que estas albergan.

Cuadro 5.18

Estructura de mercado por tipo de municipio

Denominación	Competitivo	Oligopolio	Monopolio	Total general
Metrópoli nacional	1			1
Metrópoli regional	3	1		4
Centros regionales mayores	4	2	1	7
Centros regionales intermedios	5	18	7	30
Centros subregionales mayores	5	31	47	83
Centros subregionales intermedios	4	82	86	172
Centros locales	28	340	385	753
Total general	**50**	**474**	**526**	**1.050**

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

D. Características de la muestra analizada

De acuerdo con la metodología propuesta para la selección de la muestra, se inicia con la categorización de los municipios por índice de tamaño funcional e índice de concentración de mercados Hirschman-Herfindahl. Luego, se aplica la prueba Kruskall Wallis que muestra si existen diferencias significativas entre los grupos de los promedios del ITF y del IHH. En caso de rechazarse la hipótesis de igualdad de medias entre los grupos, se procede a seleccionar dentro de cada uno de los municipios cuyo indicador se encuentre más cerca del promedio del IHH del grupo, este subconjunto constituyó la base inicial de la selección de muestra.

1. Régimen subsidiado

En el cuadro 5.19 se presentan las características básicas de los grupos de estudio de acuerdo con el ITF y el IHH. Como se observa, los centros locales son fundamentalmente monopólicos, albergan la mayor cantidad de municipios, operaciones de ARS y tienen el promedio de afiliados más bajo. Por su parte las metrópolis regionales son en su mayoría monopolios y cuentan con un número promedio de ARS y afiliados inferior a las competitivas.

Cuadro 5.19

Características de los municipios por ITF y IHH régimen subsidiado

Categoría ITF	Grupo IHH	Número de municipios	Promedio de afiliados	Número de ARS	Promedio de ARS	Promedio de HHI	Concordancia*
Metrópoli nacional	Oligopolio	1	1'527.685	15	15	1,184	No prevista
Metrópoli regional	Competitivo	1	402.835	14	14	862	Aplica
	Monopolio	3	394.326	24	8	2,520	No contemplada
Centros regionales mayores	Monopolio	6	113.727	34	6	3,503	Aplica
	Oligopolio	1	261.136	12	12	1,622	Aplica
Centros regionales intermedios	Monopolio	24	58.712	125	5	3,465	Aplica
	Oligopolio	6	93.466	56	9	1,455	Aplica
Centros subregionales mayores	Monopolio	81	24.601	352	4	4.156	Aplica
	Oligopolio	2	19.705	14	7	1.628	Aplica
Centros subregionales intermedios	Monopolio	168	12.812	529	3	5.042	Aplica
	Oligopolio	3	16.225	20	7	1.737	Aplica
Centros locales	Monopolio	741	6.297	1.843	2	6.036	Aplica
	Oligopolio	3	36.549	22	7	1.673	No contemplada

*Concordancia entre los grupos definidos en Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX, Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. Protocolo Metodológico. Documento Técnico ASS/1161-05 : 17.

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

La aplicación de la prueba Kruskall Wallis a los promedios de ITF y IHH en cada uno de los grupos obtenidos para las combinaciones del índice de tamaño funcional y el índice de Hirschman-Herfindahl, muestra que existen diferencias significativas y, por tanto, se rechaza la hipótesis, como se observa en los siguientes resultados:

- ITF: Chi-cuadrado = 637.168; p-valor = 0,000
- IHH: Chi-cuadrado = 132.945; p-valor = 0,000

Con base en el anterior resultado, y tomando como guía los doce grupos establecidos en el protocolo metodológico, se seleccionan los grupos de estudio. Al confrontar los resultados del cuadro 5.13 y del protocolo metodológico se observa que algunas de las combinaciones definidas no se encuentran operando actualmente en el mercado y que en otras existe un único exponente. Ejemplo de esto es la metrópoli nacional que no opera competitivamente sino como oligopolio y los centros regionales intermedios en que no existen municipios competitivos.

Esto implica que en el caso de la metrópoli nacional es necesario adoptar el grupo con la estructura que actualmente opera, oligopolio. Para el caso del centro regional intermedio es necesario buscar un reemplazo.

En consecuencia, resulta obvio que en los grupos donde existe un único exponente este deberá formar parte de la muestra, los tres municipios que se presentan en el cuadro 5.20 responden a este criterio.

Cuadro 5.20

Grupos definidos a partir de un único exponente

ITF	IHH	Municipio
Metrópoli nacional	Oligopolio	Bogotá D.C.
Metrópoli regional	Competitivo	Barranquilla
Centros regionales mayores	Oligopolio	Cartagena

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

2. Régimen contributivo

En el cuadro 5.21 se presentan las características básicas de los grupos de estudio de acuerdo con los índices ITF y IHH el régimen contributivo. Aquí , la mayor parte de la población contributiva se encuentra en la metrópoli nacional y regional y, en los centros regionales, en una minoría de municipios.

Cuadro 5.21

Características de los municipios por ITF y IHH

Régimen contributivo

Categoría ITF	Grupo HHI	Número de municipios	Promedio de afiliados	Número de ARS	Promedio de ARS	Promedio de IHH	Concordancia*
Metrópoli nacional	Competitivo	1	3'767.072	31	31	720	Aplica
Metrópoli regional	Competitivo	3	748.147	90	30	845	Aplica
	Oligopolio	1	1'393.384	29	29	1.012	No contemplada
Centros regionales mayores	Competitivo	4	264.036	116	29	878	No contemplada
	Monopolio	1	136.359	26	26	2.116	Aplica
	Oligopolio	2	219.637	58	29	1.641	Aplica
Centros regionales intermedios	Competitivo	5	86.919	142	28	906	Aplica
	Monopolio	7	50.506	188	27	2.236	Aplica
	Oligopolio	18	91.728	484	27	1.315	Aplica
Centros subregionales mayores	Competitivo	5	13.506	124	25	897	No contemplada
	Monopolio	47	14.468	1.105	24	2.780	Aplica
	Oligopolio	31	24.485	775	25	1.414	Aplica
Centros subregionales intermedios	Competitivo	4	4.490	97	24	879	No contemplada
	Monopolio	86	6.867	1.661	19	2.730	Aplica
	Oligopolio	82	4.459	1.711	21	1.421	Aplica
Centros locales	Competitivo	28	117	491	18	883	No contemplada
	Monopolio	385	711	5.206	14	2.761	Aplica
	Oligopolio	340	573	5.336	16	1.413	No contemplada

*Concordancia entre los grupos definidos en Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX, Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. Protocolo Metodológico. Documento Técnico ASS/1161-05: 17.

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Como en el caso anterior, la aplicación de la prueba Kruskall Wallis a los promedios de ITF y IHH en cada uno de los grupos obtenidos para las combinaciones del índice de tamaño funcional y el índice de Hirschman-Herfindahl, muestran que existen diferencias significativas y por tanto se rechaza la hipótesis, como se observa en los siguientes resultados:

- ITF: Chi-cuadrado = 516.197; p-valor = 0.000
- IHH: Chi-cuadrado = 339.094; p-valor = 0.000

Siguiendo el mismo procedimiento expuesto en el apartado del régimen subsidiado se procede a seleccionar los grupos de estudio. Al confrontar los resultados del cuadro 5.6 y del protocolo metodológico, todos los grupos definidos operan en el mercado, por lo que no es necesario realizar reemplazos en los grupos.

Como en el caso anterior, existen grupos donde solo existe un exponente, por lo que su inclusión en la muestra resulta obvia, ejemplos de estos se presentan el Cuadro 5.22.

Cuadro 5.22

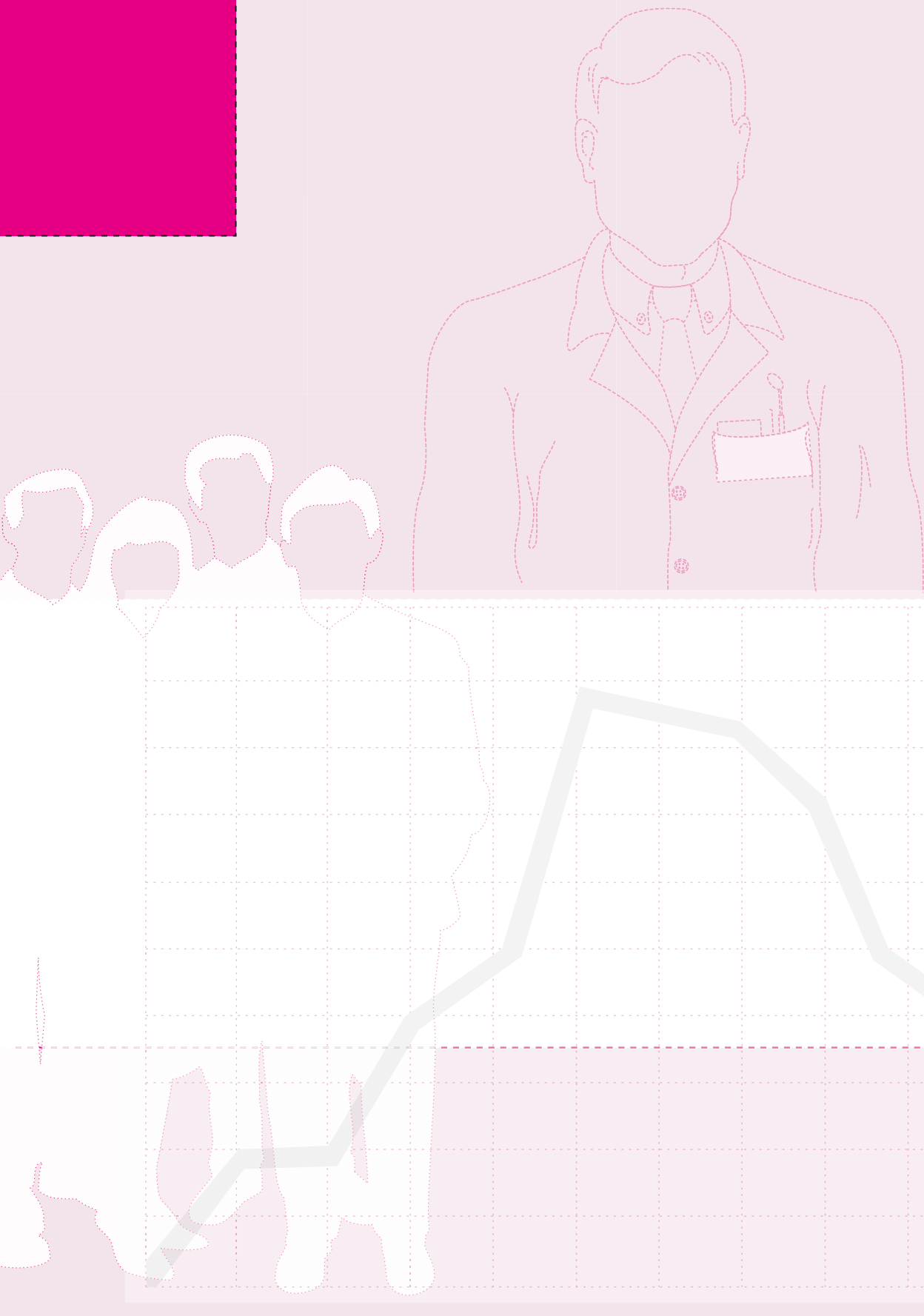
Grupos definidos a partir de un único exponente

ITF	IHH	Municipio
Metrópoli nacional	Competitivo	Bogotá D.C.
Centros regionales mayores	Monopólico	Pasto

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

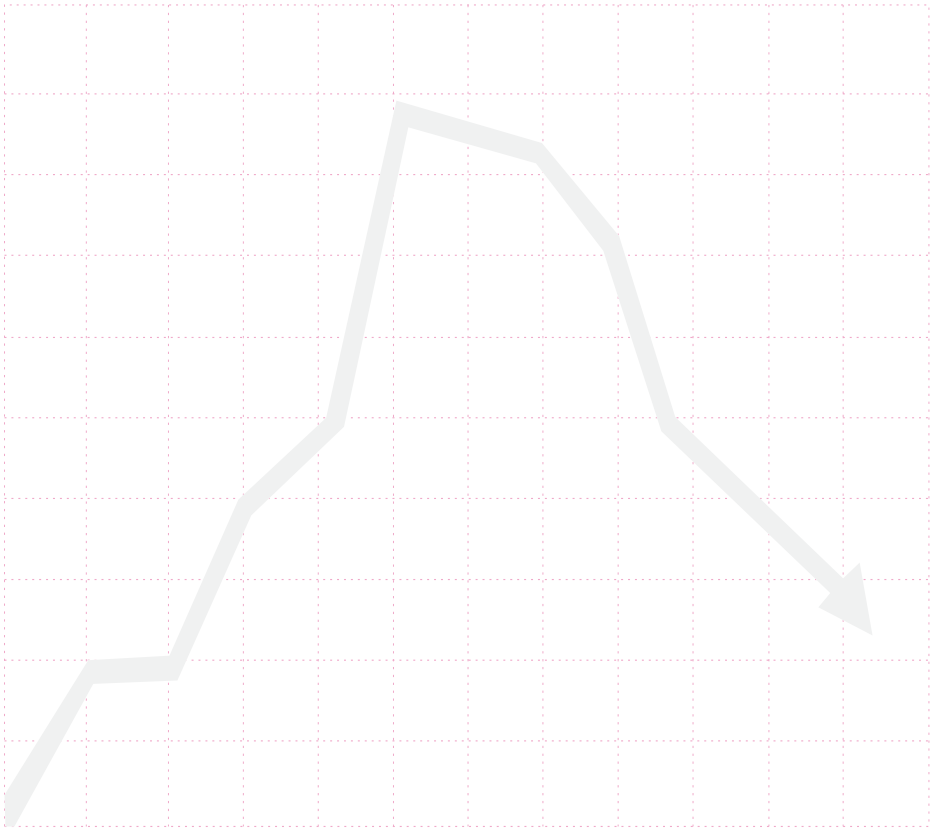
Para los grupos restantes se presentan los municipios de acuerdo a su cercanía con el promedio del indicador IHH de su grupo y como en el caso de subsidiado se presenta en el cuadro 5.18 una propuesta de selección de municipios.

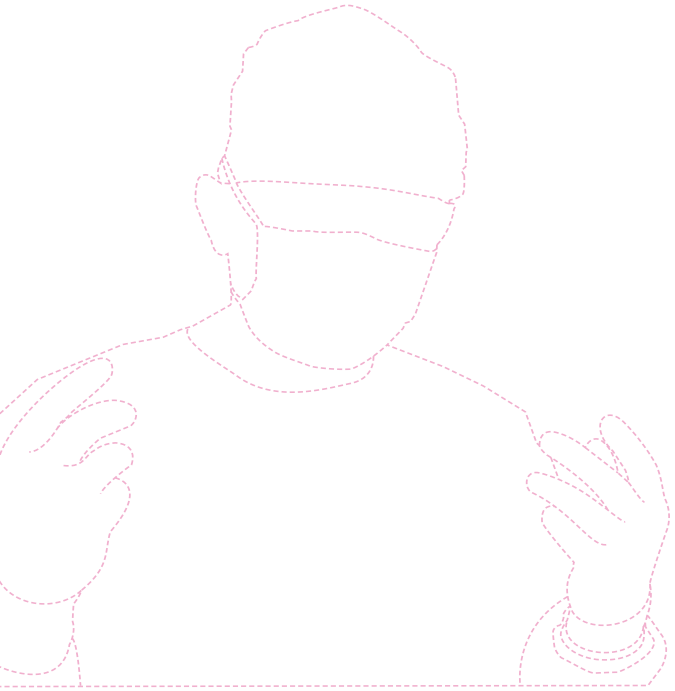
partir de la información remitida por las , correspondiente a los contratos seleccionados para las unidades territoriales seleccionadas, se evaluó el uso de tarifarios de referencia, como aparece en los gráficos 6.1 y 6.2. Es importante resaltar cómo para el año 2005, ya se encontraban vigentes los tarifarios SOAT 2004 e Iss 2004; empero, se evidencia una alta utilización de tarifarios en versión anterior a 2004.



Capítulo 6

Análisis de los precios



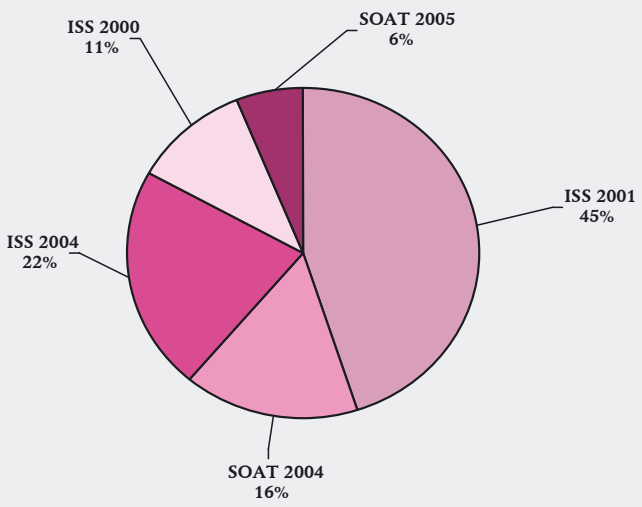


A. Uso de tarifarios de referencia

A partir de la información remitida por las , correspondiente a los contratos seleccionados para las unidades territoriales seleccionadas, se evaluó el uso de tarifarios de referencia, como aparece en los gráficos 6.1 y 6.2. Es importante resaltar cómo para el año 2005, ya se encontraban vigentes los tarifarios Soat 2004 e Iss 2004; empero, se evidencia una alta utilización de tarifarios en versión anterior a 2004.

Gráfico 6.1

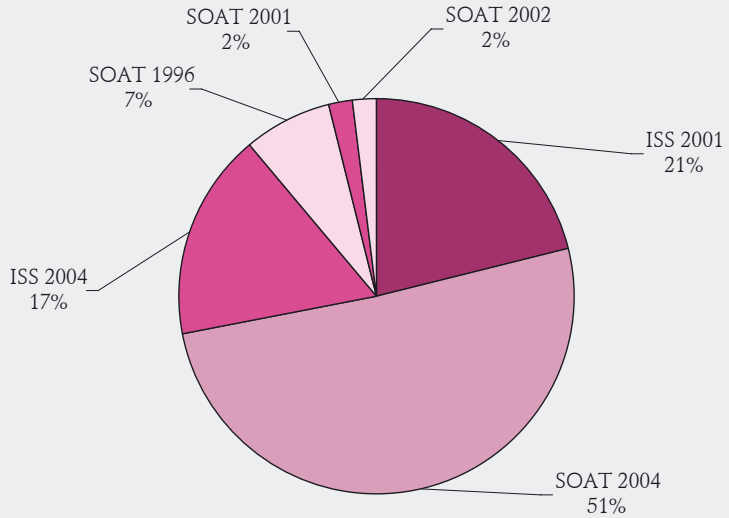
Tarifario de referencia en contributivo



Fuente: Presentación Estudio indicativo de precios de mercado. Análisis de los contratos. Reunión de presentación de resultados. Septiembre 8 de 2005. Stella Venegas.

Gráfico 6.2

Tarifario de referencia en subsidiado



Fuente: Presentación Estudio indicativo de precios de mercado. Análisis de los contratos. Reunión de presentación de resultados. Septiembre 8 de 2005. Stella Venegas.

En el caso del régimen contributivo, como lo plantea el gráfico 6.1, casi la mitad de los contratos celebrados están referenciados al tarifario Iss 2001, solo el 22% tienen actualización al tarifario Iss 2004. Los contratos del régimen contributivo en 78% utilizan los tarifarios Iss, los contratos restantes, correspondientes al 22%, utilizan como referencia al tarifario Soat.

Con relación al régimen subsidiado, el 62% de los contratos toman como referencia al tarifario Soat, mientras que el 38% restante lo hace frente al tarifario Iss. Se evidencia un mayor nivel de actualización en uso de tarifaros, frente al régimen contributivo. Como lo muestra el gráfico 6.2, el 51% de los contratos tienen como base el tarifario Soat 2004. Sin embargo, existe el 7% de contratos que están referenciados al tarifario Soat 1996. En cuanto al uso de los tarifarios del Iss, el 17% de contratos se referencian a la última versión del Iss. En total en 68% de los contratos se usa la última versión disponible de los dos tarifarios considerados en el análisis.

Lo anterior indica la existencia de una proporción importante de contratos no actualizados, especialmente en el régimen

contributivo, y de relaciones contractuales que se han mantenido en el tiempo. La actualización tarifaria puede no ser considerada en algunos casos como un componente importante en el proceso de contratación. Esto podría estar sustentado en la limitada actualización de procedimientos y tarifas que ha existido en los dos sistemas tarifarios, más allá de los ajustes por inflación. De acuerdo con los resultados, el tarifario SOAT tiene utilización más extensiva, ya que cubre una proporción importante en el régimen contributivo y es dominante en los contratos de régimen subsidiado.

B. Evolución de tarifarios

Para realizar este análisis se compararon los precios formulados en el tarifario SOAT del año 1996 y en el tarifario Iss del año 2000, indexados al 2004 de acuerdo con el incremento del índice de precios al consumidor (IPC) general, contra los tarifarios respectivos del año 2004. En los gráficos del 6.3 al 6.8 se presenta en el eje vertical el valor de referencia y en el eje horizontal los diferentes procedimientos de acuerdo con el nivel de atención, clasificados según MAPIPOS. En línea continua también se observan, para cada nivel de atención, el precio promedio en los procedimientos, pagados en el mercado, de acuerdo con el análisis de los contratos seleccionados en el estudio.

Gráfico 6.3
Comparación tarifario SOAT (1996–2004)
indexado con IPC total-nivel I

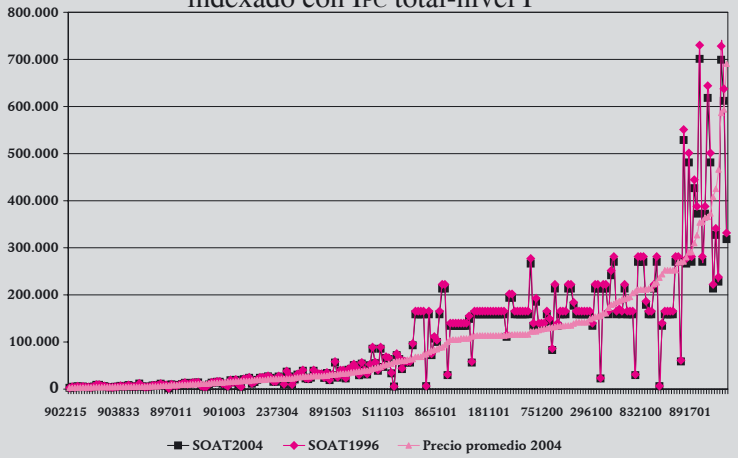


Gráfico 6.4

Comparación tarifario SOAT (1996–2004) indexado con IPC total-nivel II

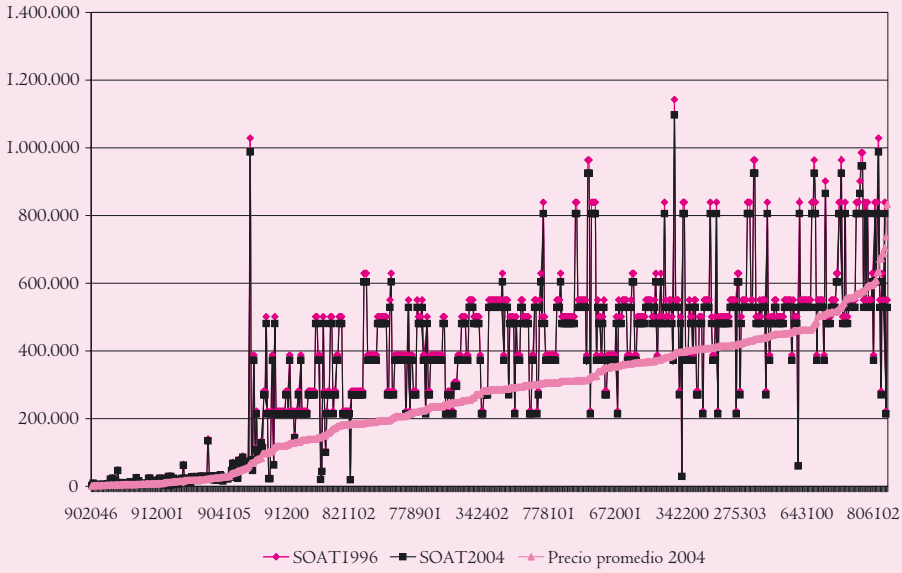
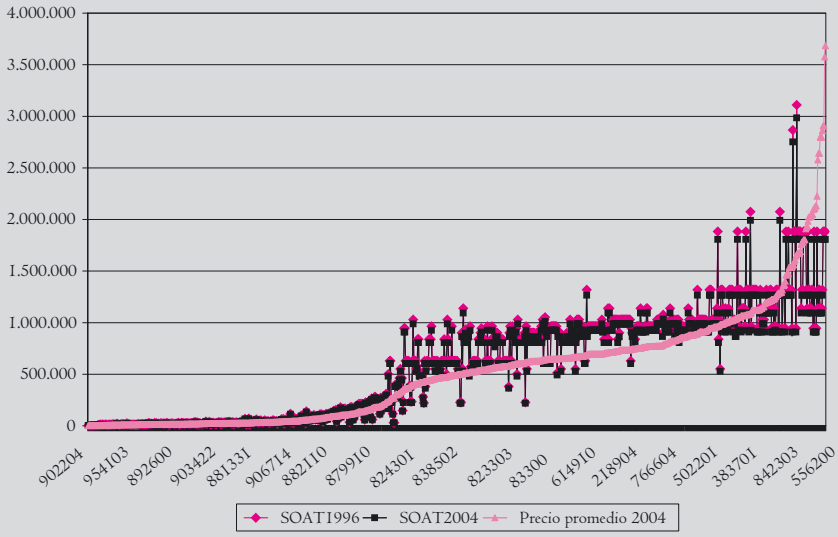


Gráfico 6.5

Comparación tarifario SOAT (1996–2004) indexado con IPC total-nivel III



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.6

Comparación tarifario Iss (2000–2004) indexado con IPC total-nivel I

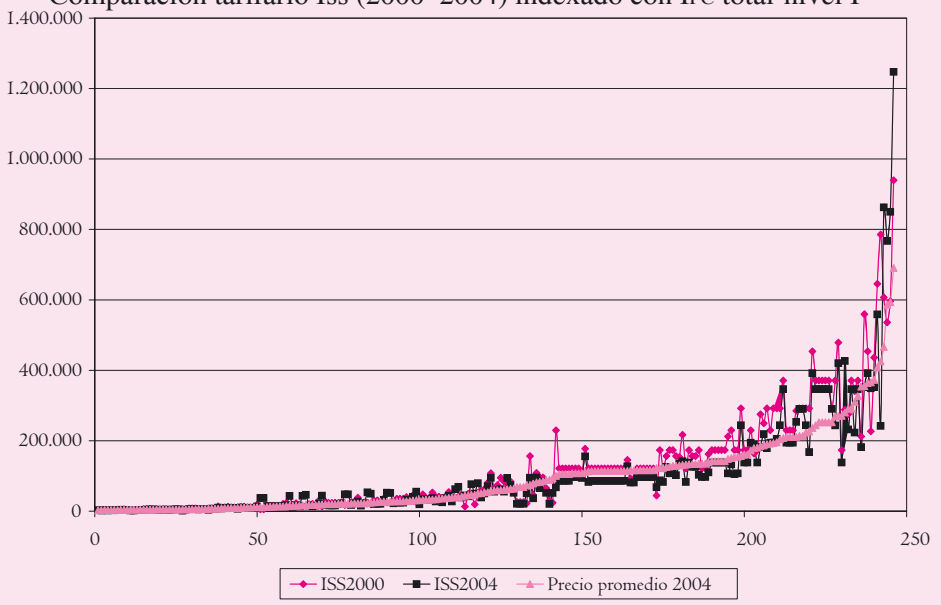


Gráfico 6.7

Comparación tarifario Iss (2000–2004) indexado con IPC total-nivel II

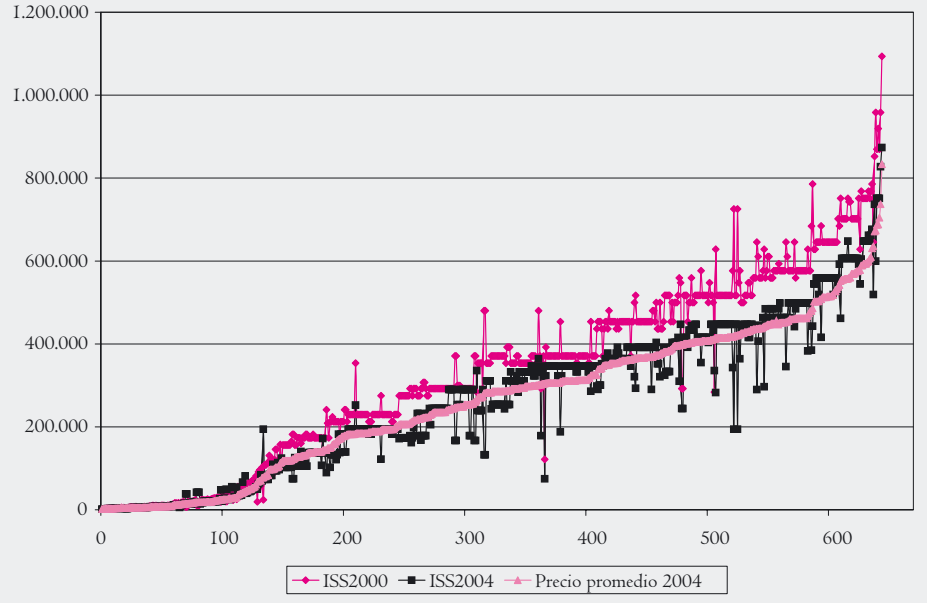
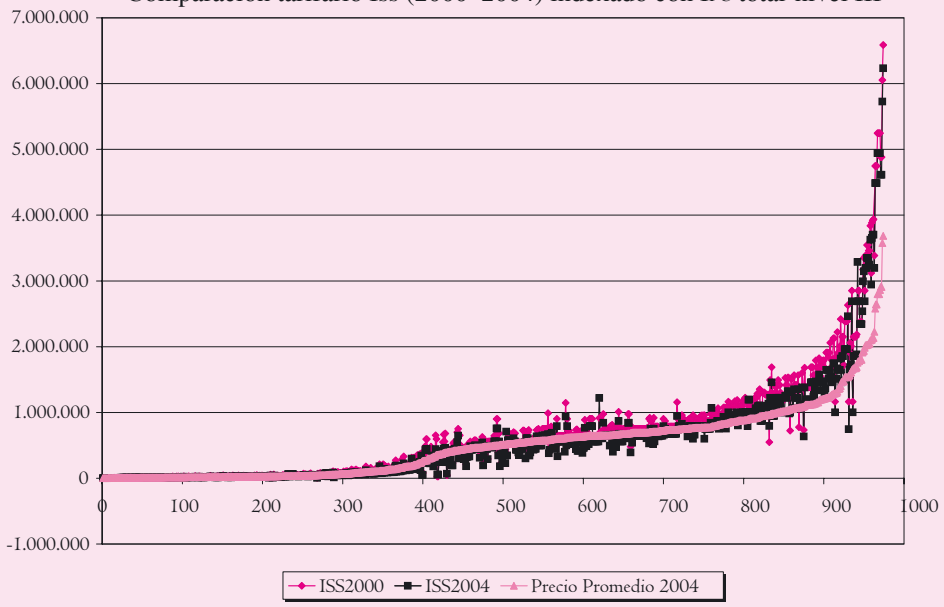


Gráfico 6.8

Comparación tarifario Iss (2000–2004) indexado con Ipc total-nivel III



Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En el caso del tarifario Soat, es evidente que no se encuentran diferencias en el precio entre los dos periodos seleccionados; esto indica que no ha existido actualización en los tarifarios, diferente a los cambios generados por la inflación. También es muy relevante cómo en la casi totalidad de procedimientos, el precio medio de mercado se encuentra por debajo de la tarifa estudiada en los dos años analizados, las excepciones se dan en el extremo derecho de mayores precios, en el que algunos precios promedio de mercado tienden a estar por encima del valor del tarifario. Este último segmento corresponde a los procedimientos con mayor costo y agregado tecnológico.

En el caso del tarifario Iss para el primer nivel de atención, se observa una diferencia relevante entre los dos intervalos analizados, con una brecha de tarifas a favor del tarifario indexado del año 2000, lo que demuestra cómo este tarifario ha presentado

una reducción real de precios entre los años 2000 y 2004. Esta brecha es más relevante a partir del segmento medio a alto en el precio de los procedimientos, donde la diferencia tiende a ser más significativa. El precio medio pagado en el año 2004 suele ser mayor que el valor tarifario Iss en el 62% de los procedimientos, mientras que tan solo en el 33% de los casos este valor es superior al tarifario SOAT del año 2004.

Con relación al segundo nivel de atención, el tarifario SOAT muestra la misma tendencia que en el primer nivel, sin diferencias importantes entre los años analizados, mientras que en el tarifario Iss se mantienen las diferencias entre los dos años, con un mayor precio en el año 2000. El precio promedio del mercado se encuentra por encima del tarifario SOAT en el 17%, y del tarifario Iss en el 39% de los procedimientos. Las tendencias de los tarifarios entre los dos años se mantienen en el tercer nivel de atención, incrementándose a 23 y 59% los procedimientos para los cuales el precio promedio de mercado supera al tarifario SOAT e Iss respectivamente.

Los hallazgos anteriores ilustran posibles efectos de diferenciación de precio entre procedimientos con o sin agregado tecnológico, en los cuales los procedimientos con mayor agregado tecnológico tienen tendencia a un mayor precio, que los procedimientos con menor agregado tecnológico. En los gráficos 6.9 al 6.14 se muestra la comparación de los tarifarios indexados de acuerdo con el IPC salud. Además, hay una pérdida relevante en el precio para el año 2004 tanto en el caso del tarifario Iss como del SOAT. Las brechas entre precios de mercado y tarifarios tienden a incrementarse, cuando se compara con el IPC salud.

Gráfico 6.9

Comparación tarifario SOAT (1996–2004) indexado con IPC salud-nivel I

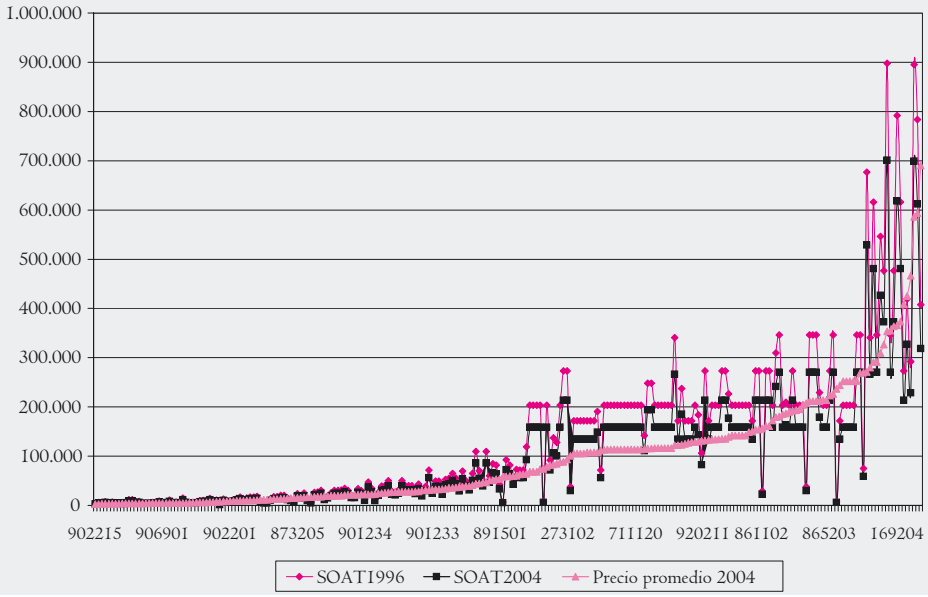


Gráfico 6.10

Comparación tarifario SOAT (1996–2004) indexado con IPC salud-nivel II

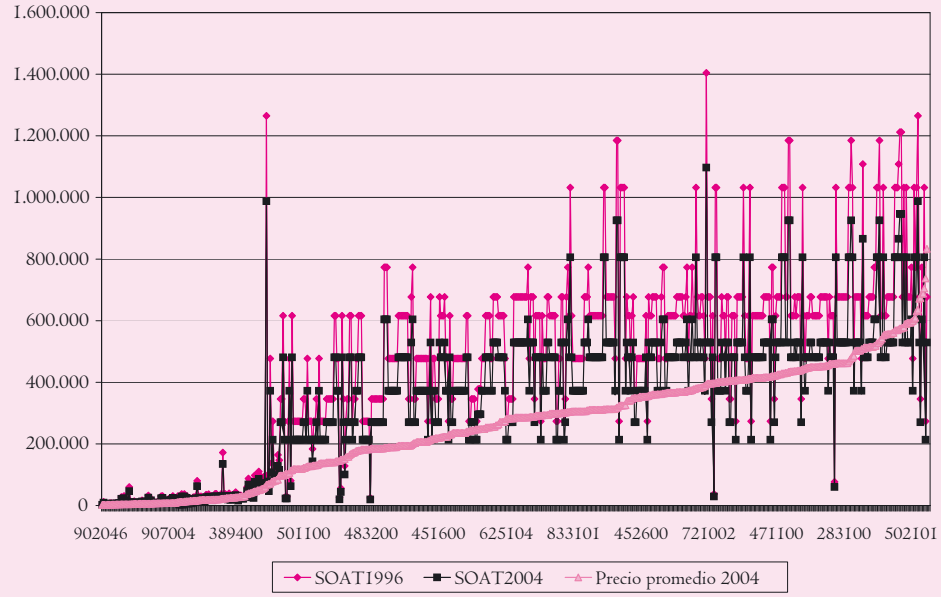


Gráfico 6.11

Comparación tarifario SOAT (1996–2004) indexado con IPC salud-nivel III

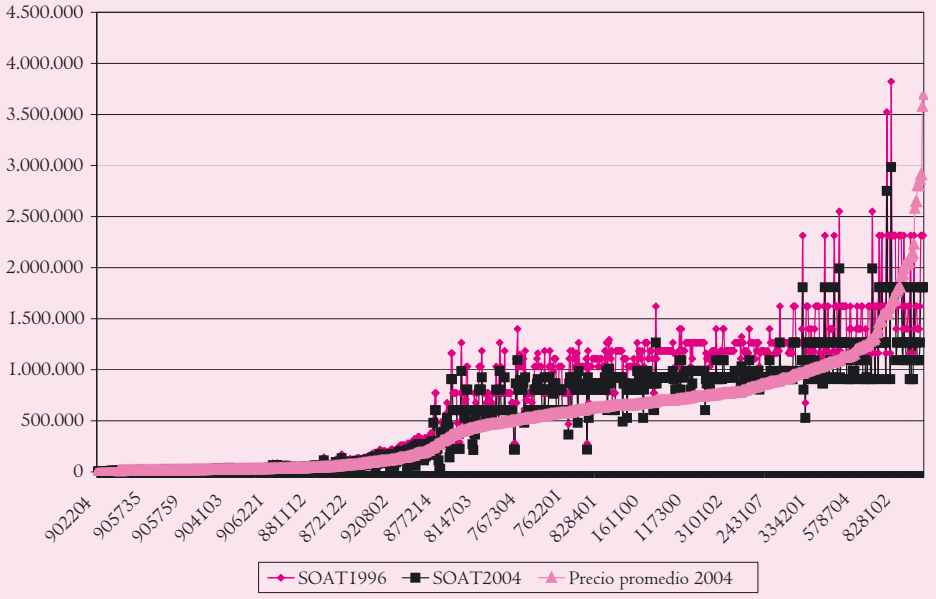


Gráfico 6.12

Comparación tarifario Iss (2000–2004) indexado con IPC salud-nivel I

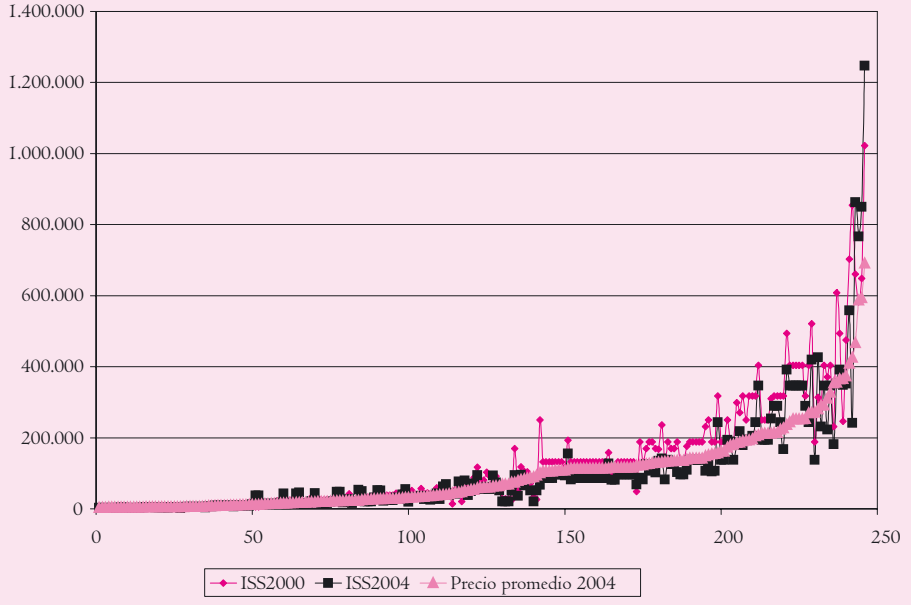


Gráfico 6.13

Comparación tarifario Iss (2000–2004) indexado con Ipc salud-nivel II

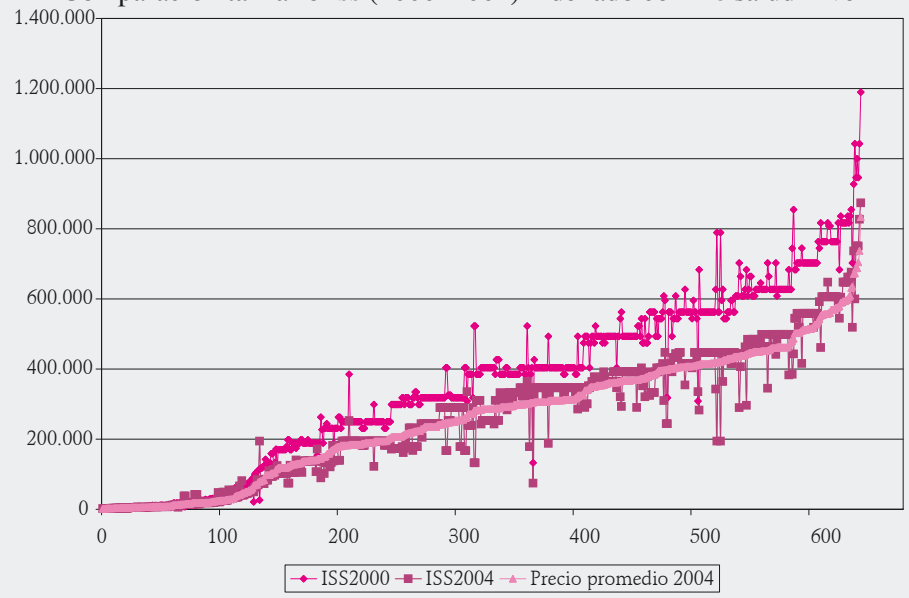
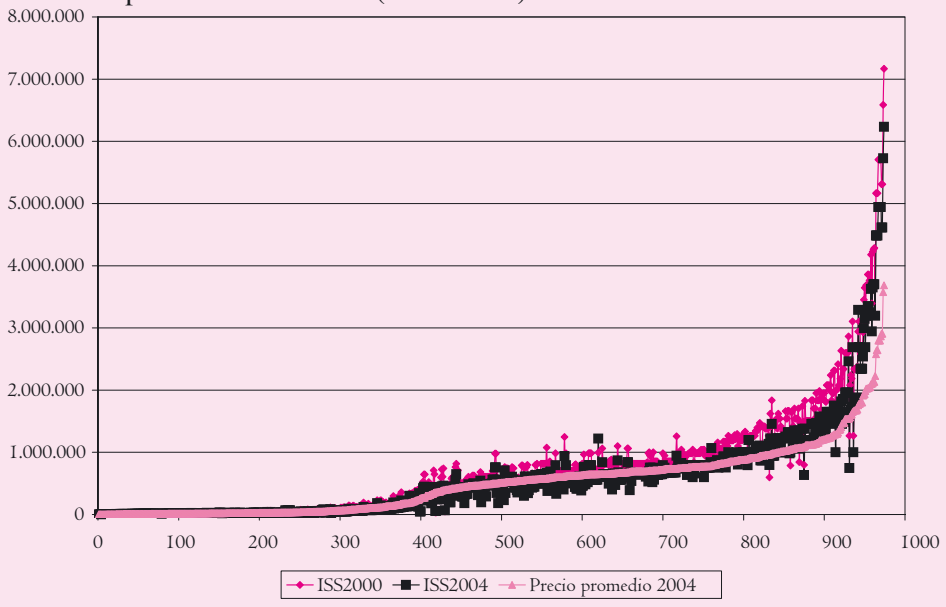


Gráfico 6.14

Comparación tarifario Iss (2000–2004) indexado con Ipc salud-nivel III



Cuadro 6.1
Promedios indexados de precios IPC salud

Nivel	SOAT 1996	SOAT 2001	SOAT 2002	SOAT 2004	ISS 2000	ISS 2001	ISS 2004	Precio promedio 2004
ACA	1.399.573	1.238.264	1.017.228	1.092.944	1.208.693	1.154.473	958.086	1.017.228
ACD	61.551	54.457	44.736	48.066	1430584	138.448	166.833	99.584
ACQ	183.237	162.118	133.179	143.092	193.492	186.570	124.833	134.187
ACR	957.666	847.290	696.045	747.854	1.269.794	1.1224.367	819.232	670.860
ACT	2.314.481	2.047.724	1.682.196	1.807.409	6.586.310	5.987.927	5.726.600	3.575.919
I	135.437	119.827	98.437	105.765	127.488	122.119	102.166	97.387
II	463.605	410.172	337.055	362.035	359.902	343.534	266.238	262.954
III	721.229	638.103	524.199	563.217	725.151	681.299	573.618	517.381
Total general	563.492	498.547	409.547	440.038	535.702	505.870	415.289	381.643

El cuadro 6.1 contiene los precios promedio según tipo de nivel tecnológico en los diferentes tarifarios, cuando son indexados por el valor del IPC salud. Se observa el valor medio de la canasta de procedimientos en cada nivel de atención o de alto costo incluidos en cada grupo. Se ilustra cómo el precio medio de la canasta de los tarifarios, cuando se indexa por el IPC salud, ha tendido a reducirse tanto en el tarifario Iss como el SOAT, con una mayor reducción en la tarifa en los del Iss. Es de resaltar que el valor del precio final del tarifario Iss tiende a ser menor en los grupos de procedimientos de bajo nivel tecnológico, mientras que esa relación se invierte en las canastas de procedimientos de alto nivel tecnológico.

Una decisión relevante para el desarrollo futuro del SGSSS, es la pertinencia de mantener a futuro dos sistemas de tarifarios con diferenciales tan reducidos en los precios: a) una referencia única a

tarifarios contribuirá a dar mayor simplicidad al sistema y mayor claridad a la negociación y contratación; b) otro aspecto crítico es la multiplicidad de los sistemas de clasificación de procedimientos (Cups, Mapipos, clasificación internacional de las enfermedades-Cieio), los cuales no están integrados a los sistemas de tarifarios Iss y Soat. Esta carencia de armonización es causa de costos de transacción.

C. Variaciones del precio según condiciones de entorno

Para el análisis se introducen cuatro condiciones de entorno bajo las cuales se estudiaron los diferenciales de precio en las canastas seleccionadas. Las canastas estudiadas hacen referencia a los procedimientos de artroscopia, diálisis, quimioterapia, ra dioterapia y las canastas de los tres niveles de atención, según la clasificación de Mapipos.

En relación con los diferenciales de precio, según la categoría del municipio basada en el índice de tamaño funcional y en los contratos analizados, no existen variaciones importantes y significativas mediante las pruebas no paramétricas aplicadas entre los tipos de municipios en los tres niveles analizados. En los centros locales no se contrataron procedimientos de I y II nivel, tampoco en los centros regionales ni procedimientos intermedios de alto costo. El caso de la radioterapia fue el único donde se encontraron diferencias significativas entre los ámbitos territoriales, con un precio menor en la metrópoli nacional frente a las demás tipologías de municipio.

Cuando se analizan los precios de las canastas de procedimientos, según el nivel de atención, se hacen evidentes las diferencias significativas en el precio según los distintos tipos de mercado analizados, en los niveles I y III de atención, con una tendencia al menor precio en los mercados de tipo oligopólico; igual se da

en los procedimientos de radioterapia, los cuales son los únicos en que se encuentran diferencias por tipo de mercado.

En el cuadro 6.2 se analizan las diferencias relevantes en todos los grupos de canastas por nivel tecnológico y en los procedimientos de radioterapia; en el nivel I de atención el precio medio de la canasta del régimen subsidiado es mayor al contributivo, lo mismo que en el nivel II. Esta tendencia se invierte ligeramente en el nivel III de atención en radioterapia, pues el precio es mayor en el régimen contributivo.

Cuadro 6.2
Diferencias de precios por régimen

Nivel	Total	Contributivo	Subsidiado	RS RC	%	U. de Mann-Whitney	Sig. asintot. (bilateral)	Hipótesis
ACA	1.017.228		1.017.228	0	0%			
ACD	133.072	142.784	115.415	-27.369	-19%	108	0,93	Iguales
ACQ	136.803	137.388	136.217	-1.171	-1%	111	0.93	Iguales
ACR	661.209	830.054	613.315	-216.738	-26%	3977	0.00	Diferentes
ACT	5.726.600	5.726.600	5.726.600	0	0%	1	1.00	Iguales
I	99.676	97.102	131.469	34.367	35%	409239	0.00	Diferentes
II	267.354	262.981	330.134	67.153	26%	5230954	0.00	Diferentes
III	521.906	532.698	507.861	-24.837	-5%	125751917	0.00	Diferentes
Total	419.025	387.205	491.662	104.458	27%	2361641140	0.00	Diferentes

Cuando se analizan las diferencias de precios según el tipo de prestador, se encuentra que en el precio tiende a haber diferencias significativas únicamente en los procedimientos de niveles II y III, con la tendencia inversa en procedimientos de nivel II con mayor precio medio en los entes públicos y una ligera desviación hacia el mayor precio en las entidades privadas, para el nivel III de atención (cuadro 6.3.).

Cuadro 6.3

Diferencias de precios por naturaleza del prestador

Nivel	Total	Públicos	Privados	U de Mann-Whitney	Sig. asintot. (bilateral)	Hipótesis
ACA	1.017.228		1.017.228			
ACD	133.072	143.033	131.596	46	0.64	Iguales
ACQ	136.803	128.650	139.768	76	0.57	Iguales
ACR	661.209	472.785	757.017	3680	0.00	Diferentes
ACT	5.726.600		5.726.600			
I	99.676	99.938	99.036	1377767.5	0.41	Iguales
II	267.254	274.578	263.171	23892558	0.00	Diferentes
III	521.906	516.244	527.497	126650148	0.00	Diferentes
Total	419.025	417.235	420.635	321816535	0.30	Iguales

Los anteriores hallazgos se relacionan también con la tendencia de esos tarifarios. El tarifario del Iss, que está más ligado al régimen contributivo y a oferentes privados, tiende a un mayor precio ligado a la tarifa Iss para los procedimientos de nivel III. En los demás procedimientos impera el mayor valor de la tarifa Soat. Por tanto, el precio medio observado en el régimen subsidiado y en los prestadores públicos es mayor. Los anteriores resultados plantean la pregunta hasta dónde el sistema colombiano ha logrado una efectiva integración entre la oferta privada y la oferta pública, y si se ha logrado una racionalidad única de mercado, postulado importante en el planteamiento de la reforma en salud del año 1993 (cuadro 6.4).

Cuadro 6.4
Diferencias de precios por concentración de mercado

Nivel	Total	Competitivo	Oligopólico	Monopólico	Chi-cuadrado	Sig. asintot.	Hipótesis
ACA	1.017.228		1.017.228				
ACD	133.072	118.720	150.591	140.901	0.34	0.84	Iguales
ACQ	136.803	142.160	133.038	134.839	0.41	0.81	Iguales
ACR	661.209	776.731	444.876	777.037	56.29	0.00	Diferentes
ACT	5.726.600	5.726.600		5.726.600	0.00	1.00	Iguales
I	99.676	111.899	92.913	103.418	9.50	0.01	Difernetes
II	267.254	270.086	268.066	262.978	5.47	0.06	Iguales
III	521.906	538.436	489.709	538.981	41.73	0.00	Diferentes
Total	419.025	438.685	401.876	414.882	44.16	0.00	Diferentes

Los resultados sugieren una importante segmentación de mercado consecuencia de las diferentes normatizaciones y barreras de entrada impuestas entre los regímenes y las estrategias de posicionamiento desde diferentes tipos de prestadores. (cuadro 6.4). De igual manera, evidencian cómo el efecto del tarifario es significativo sobre la determinación final del precio y también cómo en el esquema de precios del SGSSS impera un mercado de descuentos por encima de la racionalidad en un mercado abierto con formación autónoma de precios. Estos descuentos se generan a partir del valor tarifado que se constituye en el tope para los procedimientos de medio y bajo nivel tecnológico y, tal vez, en valor medio de referencia o valor piso para los procedimientos de alta tecnología.

D. Precios, pago por evento

1. Primer nivel de atención

Los gráficos 6.15 a 6.20 ilustran las diferencias y comparaciones de precios en el nivel I de atención, las primeras dos gráficas muestran las diferencias entre los tarifarios, la tercera compara el precio medio con la tarifa Iss, la cuarta compara el precio medio con la tarifa Soat, la siguiente establece el diferencial entre contributivo y subsidiado, y la última hace una comparación del precio según tipo de prestador en el nivel I de atención. Para mayor información sobre los precios por evento, segmentados por régimen y tipo de mercado, se puede consultar el anexo.

Gráfico 6.15

Comparación tarifa Iss 2004 - Soat 2004-nivel I

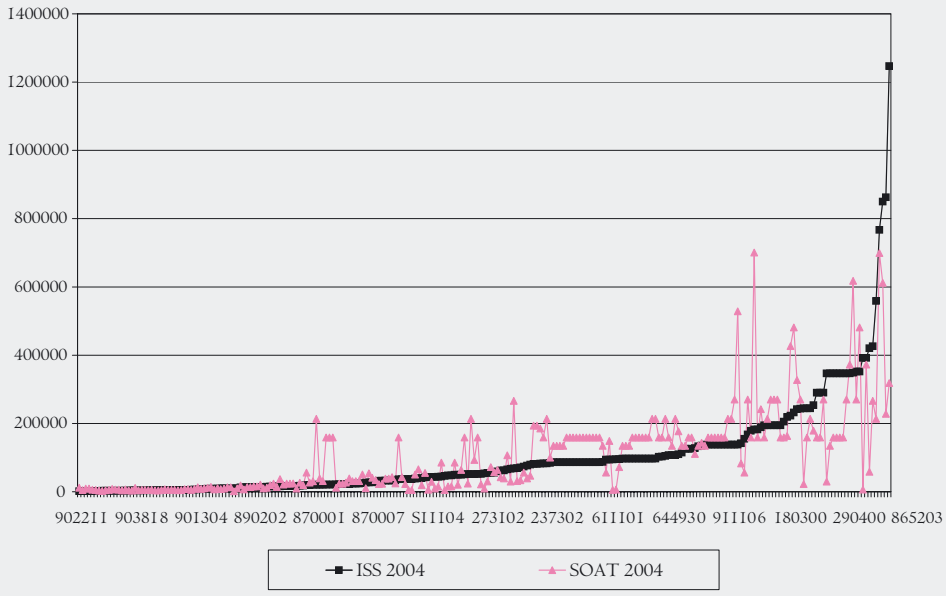
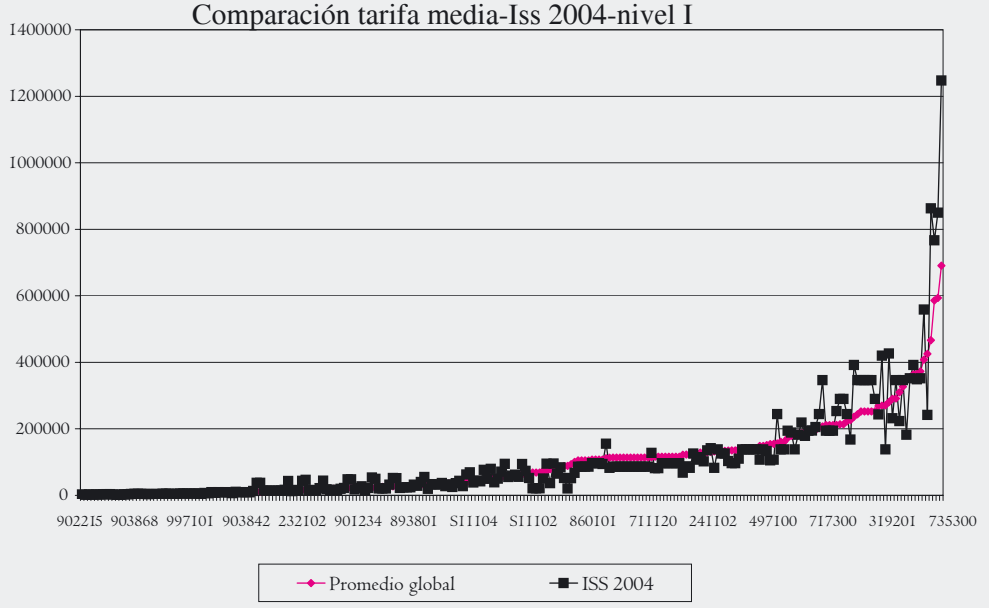


Gráfico 6.16

Diferencial-nivel I

Gráfico 6.17

Comparación tarifa media-Iss 2004-nivel I



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.18

Comparación tarifa media SOAT 2004

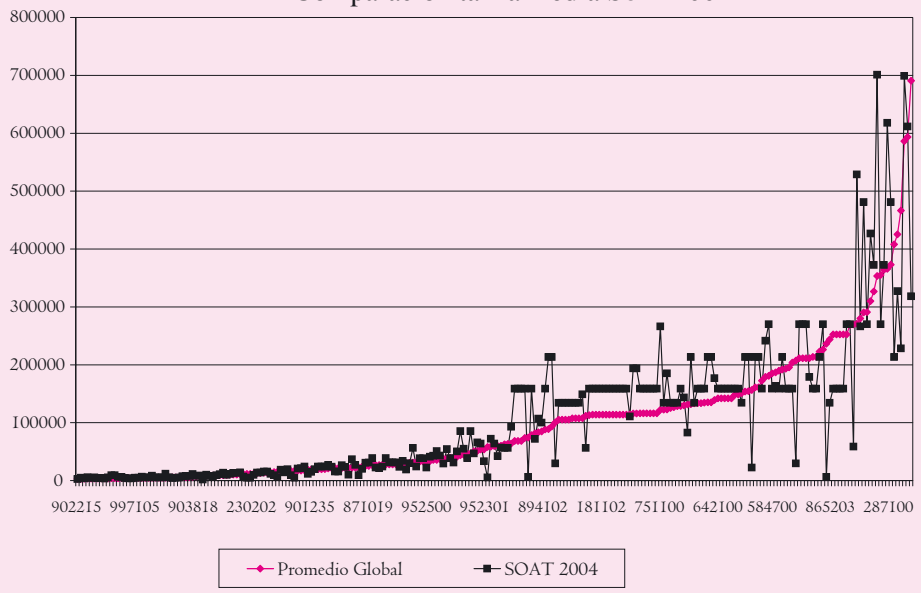
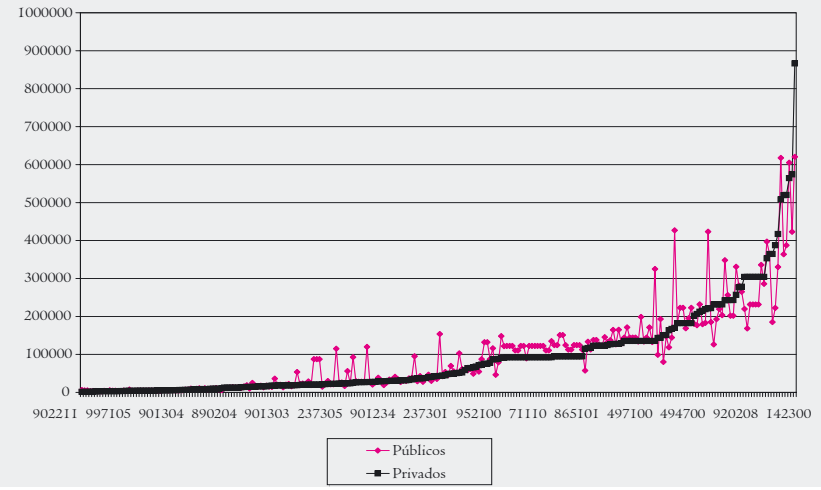


Gráfico 6.19

Diferencial contributivo-subsidiado. Procedimientos nivel I

Gráfico 6.20

Precios comparativos según tipo de prestador. Procedimientos nivel I



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En el gráfico 6.15, la tarifa Iss para el nivel I de atención se marca en una línea continua, la tarifa SOAT está representada en una línea que varía sobre la atención, estableciendo brechas de acuerdo con la base Iss expresada en la línea continua. Se pueden observar diferencias entre los dos tarifarios para el primer nivel y cómo estas son mayores en la tarifa Iss en los procedimientos de mayor costo, mientras que los procedimientos de menor costo, de tarifa SOAT, tienden a ser muy similares. Cuando se expresa la diferencia, se encuentra que en la tarifa Soat los procedimientos de menor costo tienen un valor menor. En los procedimientos de mayor costo, la tarifa Iss se invierte.

Cuando se compara el precio medio de los procedimientos, se encuentra que en relación con la tarifa Iss, el precio en este primer nivel de atención presenta ligeras variaciones. En relación con la tarifa Soat, las variaciones son mayores, particularmente en los niveles de precio medio y mayor inclinación a la variación que en relación al tarifario Iss. Cuando se comparan, contributivo y subsidiado, se encuentran diferencias en los procedimientos de mayor

costo. Por otro lado, la diferencia entre públicos y privados para el I nivel de atención no son relevantes. Sin embargo, en el segmento de costo medio el precio pagado en los hospitales tiende a ser mayor, este comportamiento se invierte en los procedimientos de mayor costo.

2. Segundo nivel de atención

En relación con el segundo nivel de atención, el tarifario del Soat tiene precios consistentemente mayores sobre los precios del tarifario Iss, siendo únicamente similar el extremo de procedimientos de menor costo. Este diferencial se presenta en los gráficos del 6.21 al 6.24 de manera más fehaciente, donde el valor a pagar por procedimientos de segundo nivel es mayor en el caso del tarifario del Soat.

Gráfico 6.21

Comparación tarifa Iss 2004 - Soat 2004-nivel II

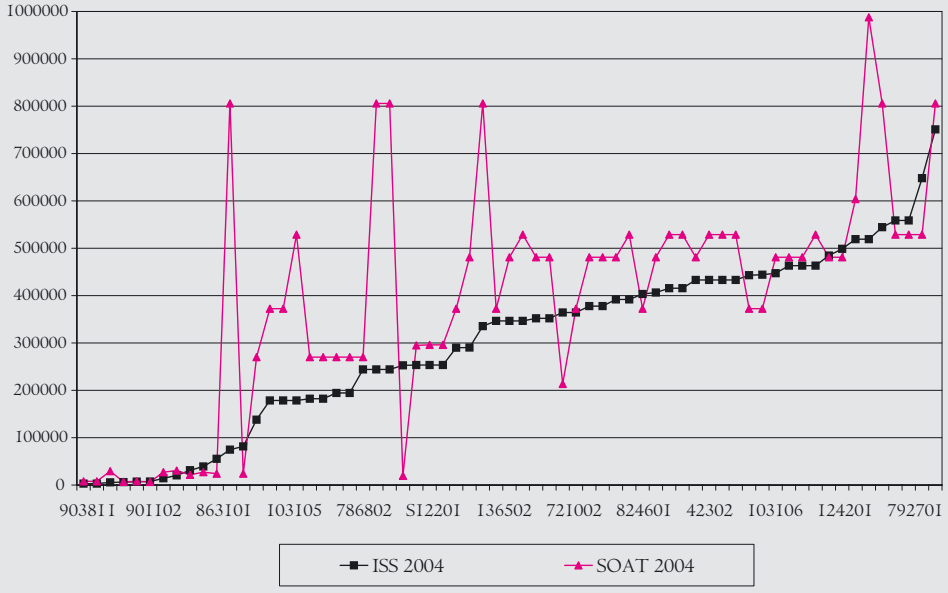


Gráfico 6.22

Diferencial nivel II

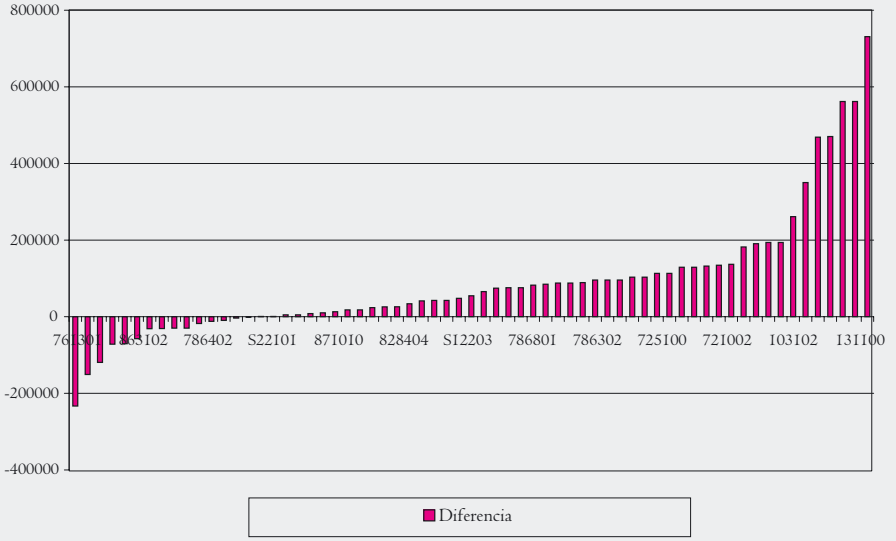
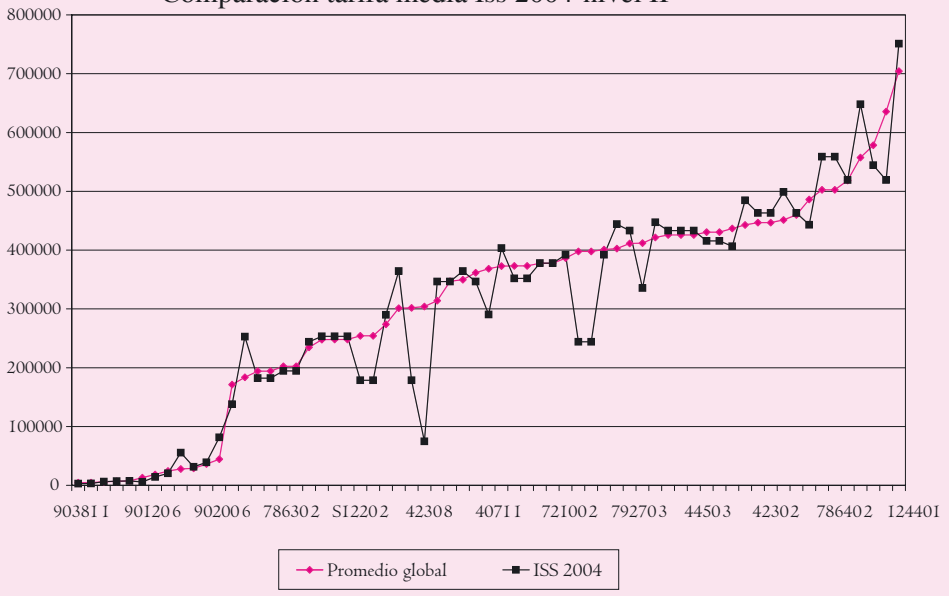


Gráfico 6.23

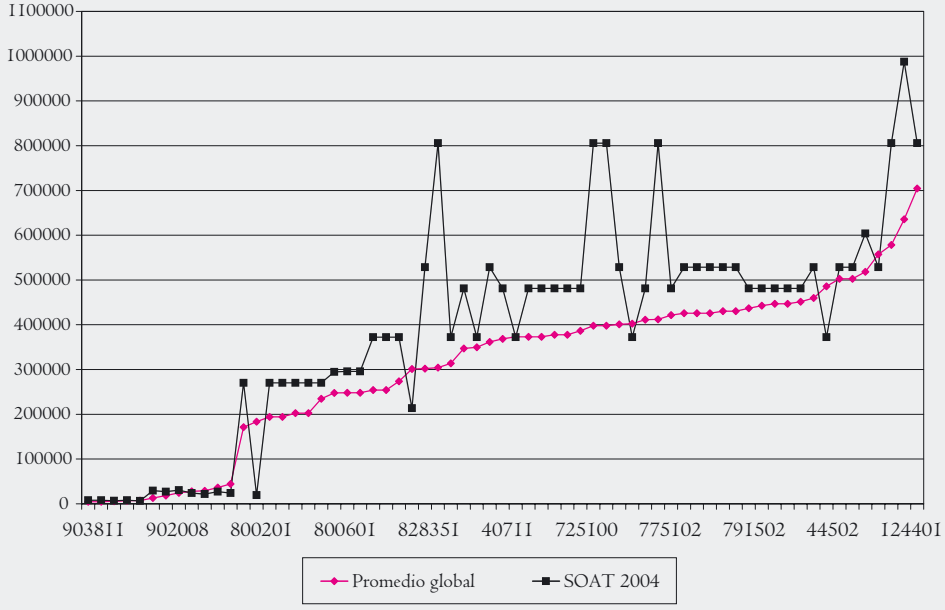
Comparación tarifa media Iss 2004-nivel II



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.24

Comparación tarifa SOAT 2004 nivel II



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.25

Diferencial contributivo-subsidiado. Procedimientos nivel II

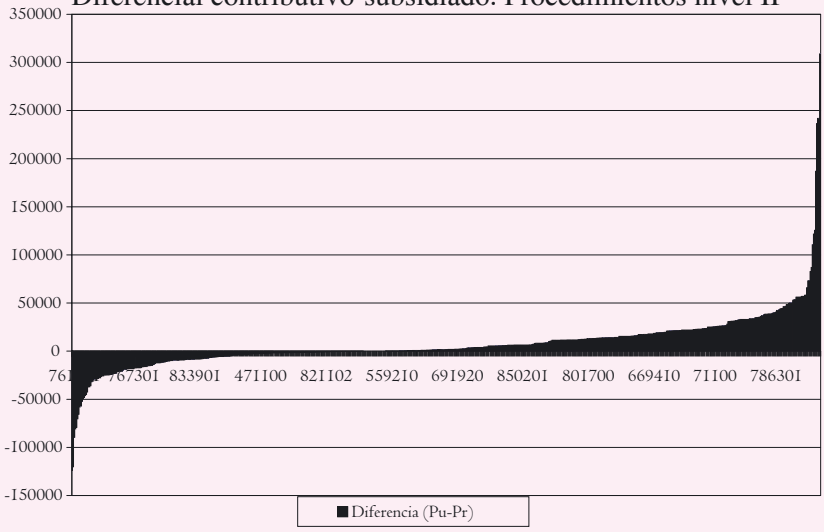
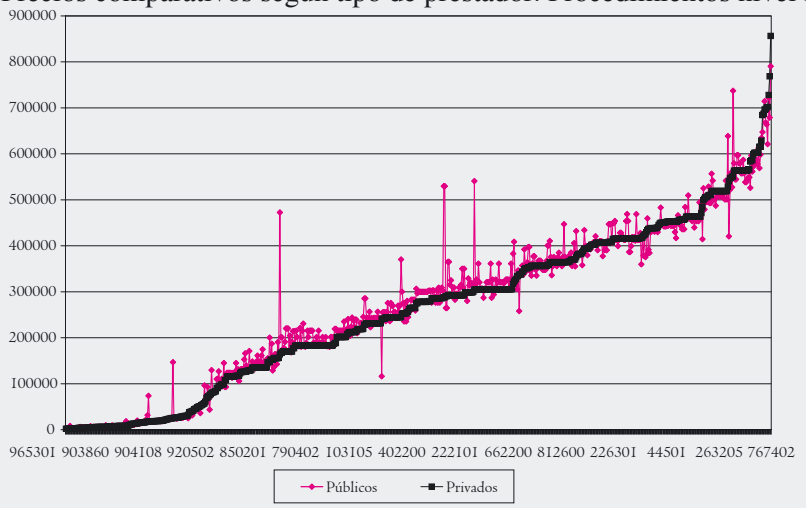


Gráfico 6.26

Precios comparativos según tipo de prestador. Procedimientos nivel II



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Cuando se compara la tarifa pagada con el tarifario Iss en el segundo nivel de atención, surge una línea con una brecha muy escasa, entre el valor del tarifario y precio efectivamente pagado, encontrándose una mayor uniformidad. Sin embargo, al comparar la tarifa media contra el tarifario SOAT, se encuentra un diferencial importante en la totalidad de los procedimientos incluidos en la canasta, con excepción del extremo de menor costo; la tendencia muestra un mayor precio del Soat frente al valor normalmente pagado (gráfico 6.25).

Al analizar, según el tipo de prestador, los procedimientos de relativo menor costo y costo medio, el valor pagado en los prestadores públicos tiende a ser mayor; este comportamiento se concentrará en los procedimientos de mayor costo; la diferencia entre contributivo y subsidiado es importante, sobre todo en los procedimientos de mayor costo, dentro del segmento (gráfico 6.26).

3. Tercer nivel de atención

En relación con los procedimientos de tercer nivel de atención, es evidente cómo en el segmento de costo medio de esta canasta, el tarifario Soat tiene una brecha positiva relevante sobre el tarifario Iss. Esta diferencia se invierte en el extremo de procedimientos de mayor

costo de la canasta, donde el precio del Soat se mantiene en un nivel medio de costo, un poco por encima de un millón de pesos. Mientras que los procedimientos ligados al Iss muestran valores absolutos que van desde los 2.000.000 a los 6.500.000 de pesos, estableciendo una brecha muy importante sobre el tarifario del Iss. Esta diferencia es ostensible en los procedimientos de menor costo del tercer nivel, donde el tarifario del Soat muestra precios menores de referencia.

Cuando se compara la tarifa media pagada contra el valor de referencia del tarifario Iss, no se encuentra una variación importante, excepto en el segmento de mayor costo, donde el valor del tarifario es mayor en casi la totalidad de los procedimientos al valor pagado. Esta comparación es contraria a la presentada en la relación con el tarifario del Soat, que muestra un comportamiento a favor del tarifario en los segmentos de procedimiento de costo medio y menor que en los procedimientos de mayor costo. Al comparar estas diferencias, según el tipo de proveedor de servicios, se encuentra que el valor pagado en los públicos es muy similar al tarifario Iss. En el tercio de procedimientos de bajo costo, es mayor en los públicos en el tercio medio y se invierte a favor de los privados en el tercio de procedimientos de mayor costo. Hay, igualmente, diferencias entre contributivo y subsidiado, particularmente en los extremos con mayor valor pagado en el contributivo (gráficos 6.29 a 6.32).

Gráfico 6.27

Comparación tarifa Iss 2004 - Soat 2004-nivel III

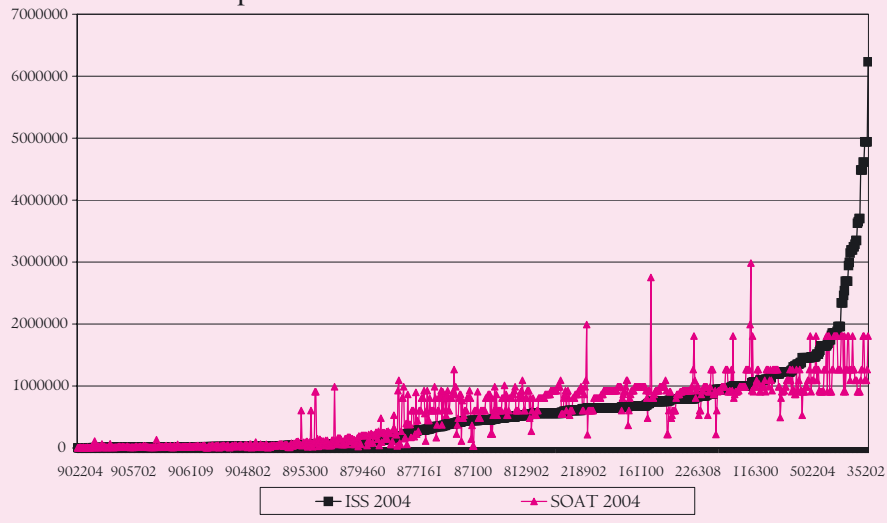
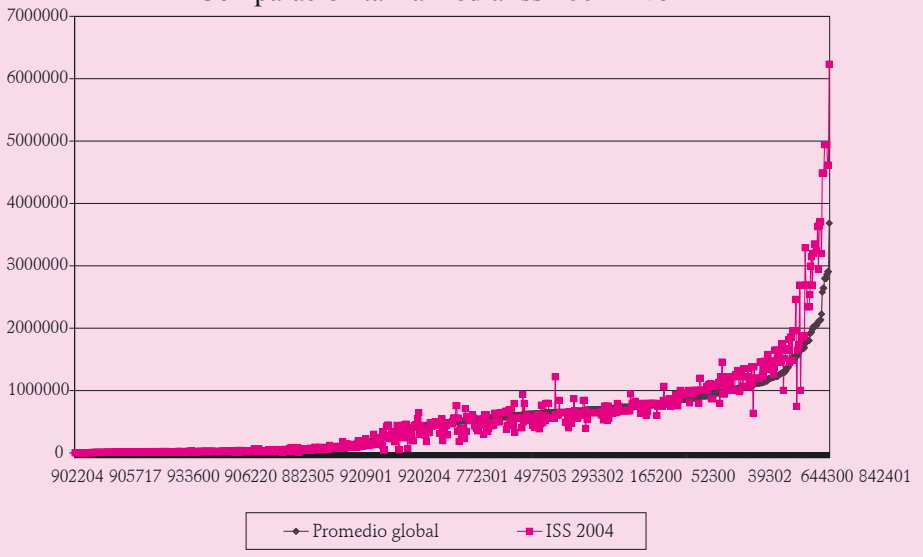


Gráfico 6.28

Diferencial nivel II

Gráfico 6.29

Comparación tarifa media Iss 2004-nivel III



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.30

Comparación tarifa media SOAT 2004-nivel III

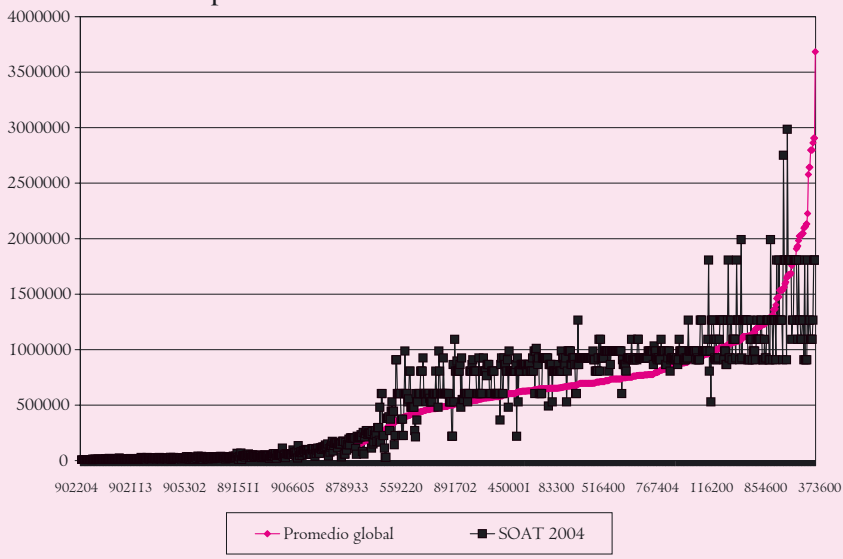


Gráfico 6.31

Diferencial contributivo-subsidiado
Procedimientos nivel III

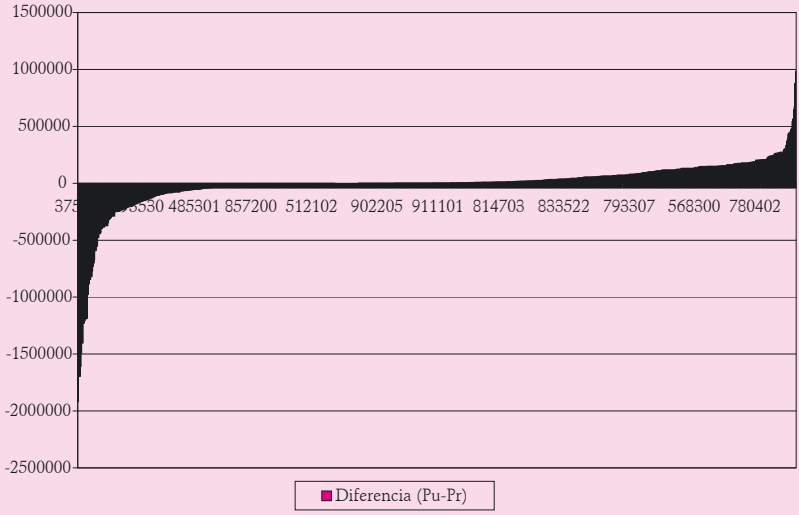
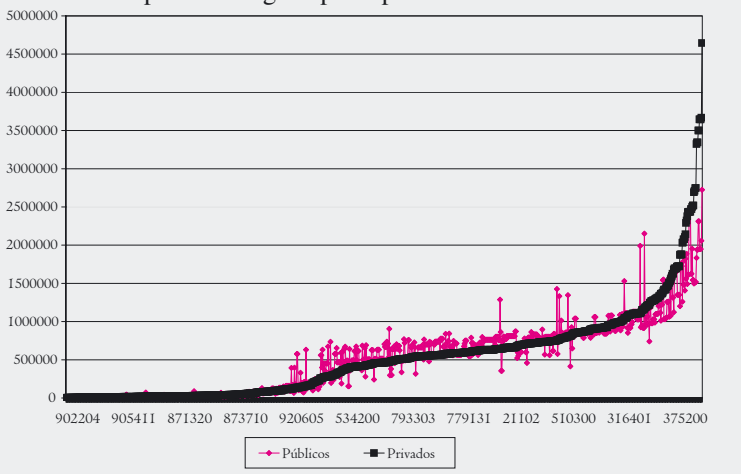


Gráfico 6.32



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

4. Precios en procedimientos de alto costo

En las canastas de procedimientos de alto costo se compara un número relativamente pequeño, por tanto, las diferencias en precios, refieren a un conjunto básico de procedimientos identificados específicamente con el alto costo. Se compara el precio según régimen y tipo de prestador. (gráficos 6.33, 6.34 y 6.35).

4.1 Diálisis

Gráfico 6.33

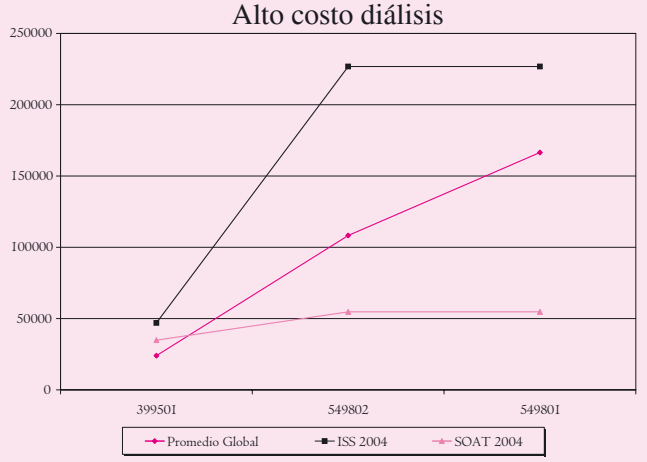


Gráfico 6.34

Precios comparativos según régimen. Procedimientos diálisis

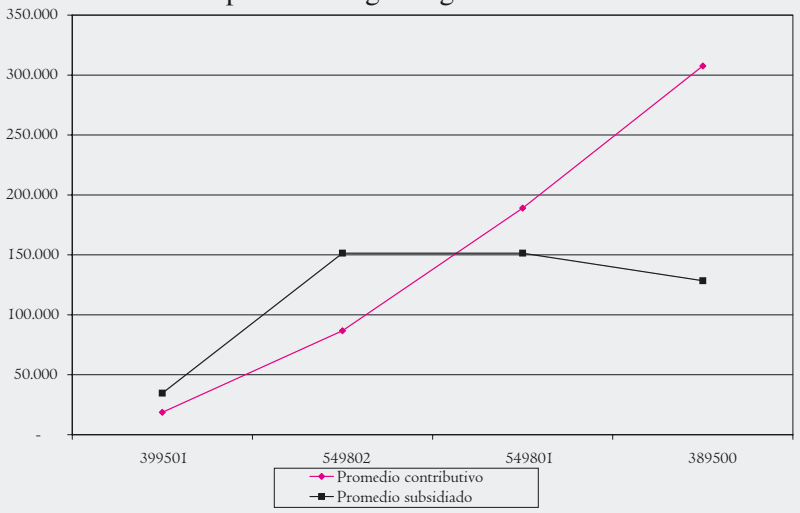
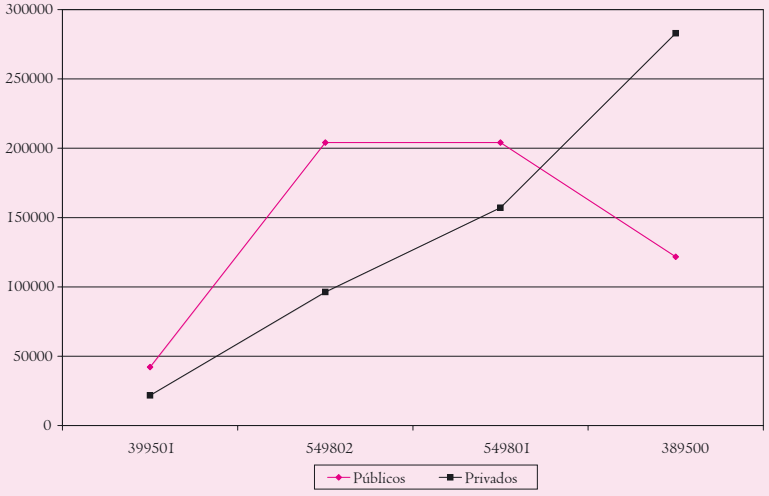


Gráfico 6.35

Precios según tipo de prestador. Procedimientos diálisis



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En este caso, el promedio global de precio es menor, se ubica entre los tarifarios Iss y SOAT, con un valor medio, para los tres

procedimientos incluidos, entre 50.000 pesos y 240.000 pesos por procedimiento en una sesión única. El precio del tarifario Iss es mayor en los tres procedimientos analizados, al precio promedio de mercado. Cuando se compara según régimen, se evidencia que el precio promedio del contributivo es mayor en dos de los cuatro procedimientos analizados, mientras que el precio promedio para el régimen subsidiado es mayor en los otros dos procedimientos contemplados. Según el tipo de prestador, en tres de los procedimientos el precio en los públicos es mayor, y solo en uno de los procedimientos asociados a diálisis el precio es menor en los prestadores de tipo público.

4.2 Quimioterapia

En el conjunto de quimioterapia, el precio promedio se ubica en el intermedio de los tarifarios Iss y Soat, con mayor costo en la tarifa del Iss. Cuando se compara según régimen, los precios pagados son idénticos entre los dos regimenes analizados y según tipo de prestador; la tendencia es a un precio ligeramente mayor en los prestadores de tipo privado que en los prestadores de tipo público (gráficos 6.36, 6.37 y 6.38).

Gráfico 6.36
Alto costo quimioterapia

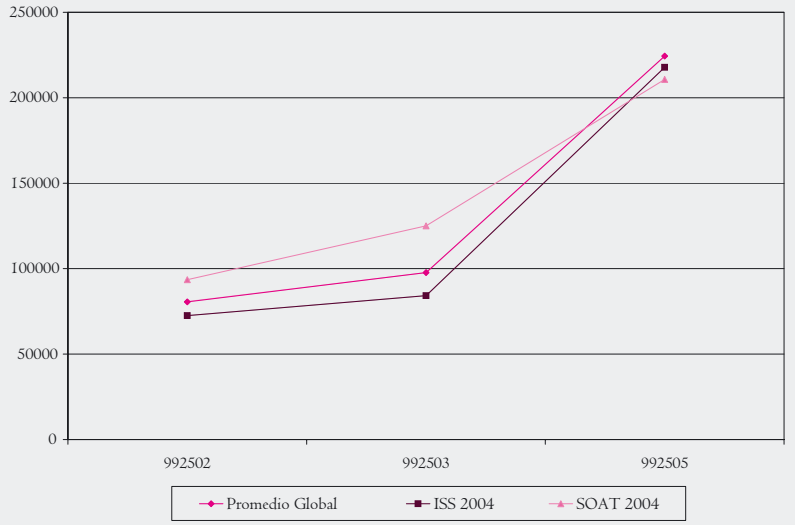


Gráfico 6.37

Precios comparativos según régimen. Procedimientos alto costo quimioterapia

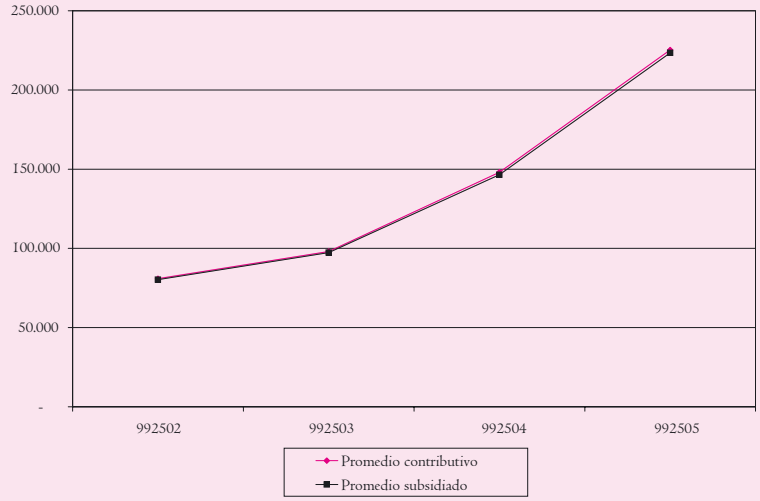
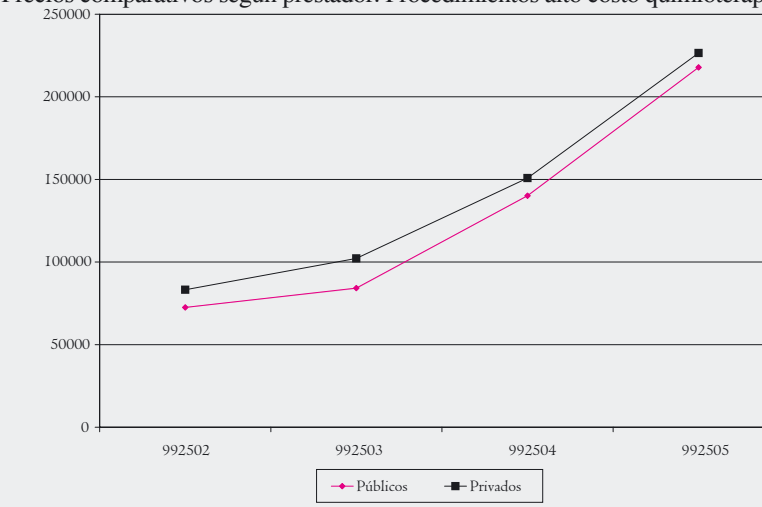


Gráfico 6.38

Precios comparativos según prestador. Procedimientos alto costo quimioterapia



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

4.3 Radioterapia

Para los procedimientos de radioterapia, el precio promedio se ubica debajo de los precios referencia de los dos tarifarios, para el conjunto de procedimientos que conforman la canasta de ra-

dioterapia, compuesta por quince de ellos. Según régimen, en los procedimientos analizados, el precio promedio pagado en el contributivo es mayor que el pagado en el subsidiado, y el precio de la canasta en todos los procedimientos es mayor en los oferentes privados que públicos (gráficos 6.39, 6.40 y 6.41)

Gráfico 6.39

Alto costo radioterapia

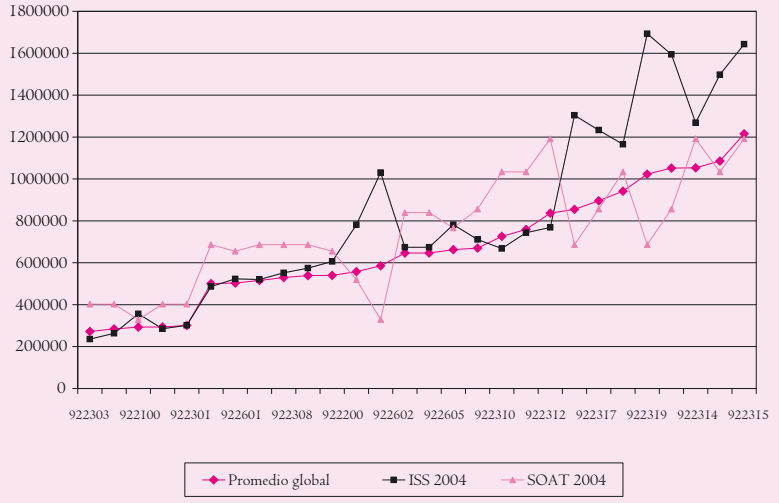


Gráfico 6.40

Precios comparativos según régimen.
Procedimientos alto costo radioterapia-nivel ACR

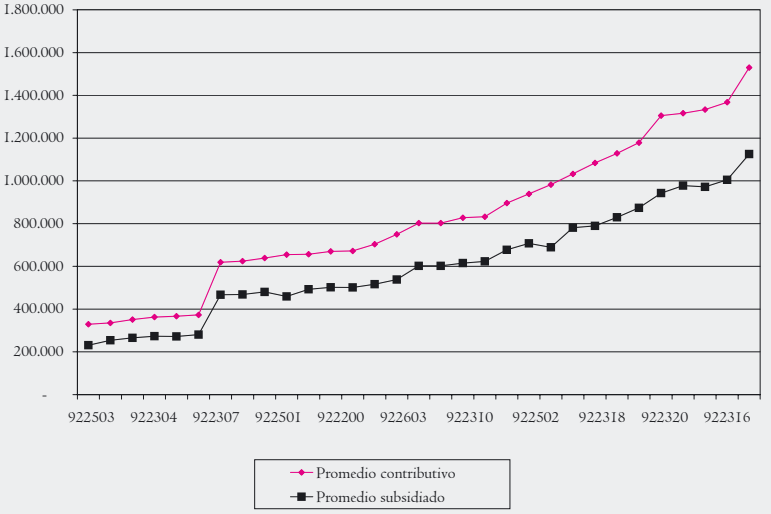
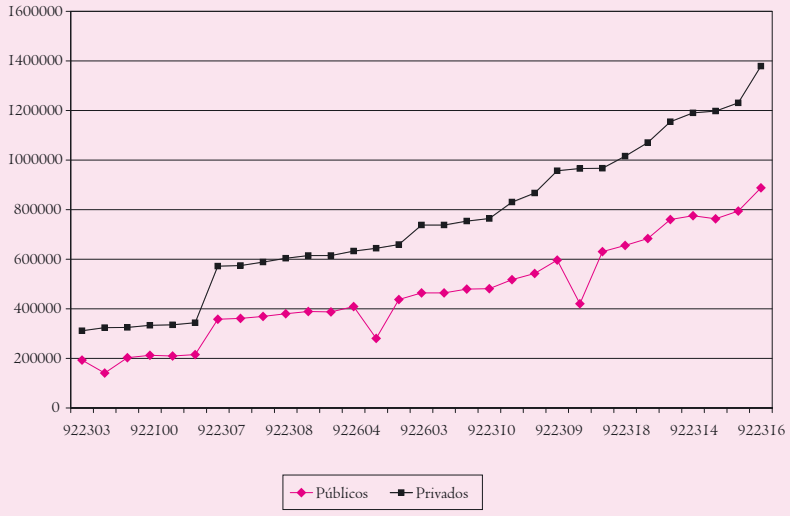


Gráfico 6.41

Precios comparativos según tipo de prestador. Procedimientos alto costo radioterapia-nivel ACR



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Los anteriores resultados ilustran el comportamiento de los precios en los procedimientos según nivel de alto costo, indicando cómo en la medida que el agregado tecnológico disminuye, el valor de los tarifarios y el precio pagado en el régimen subsidiado y prestadores públicos tiende a ser mayor, mientras que la tendencia se invierte en el alto costo y en el tercer nivel de atención a favor de precios mayores para los oferentes privados ligados al régimen contributivo.

Estos resultados podrían sugerir, de alguna manera, la organización del mercado, donde se ha venido observando una mayor tendencia a la inversión en tecnología en los oferentes de tipo privado, los cuales pueden estar supliendo los procedimientos de alto costo tanto para el sector público como el privado, y se encuentran referenciados al tarifario del Iss, cuya tendencia se

dirige a precios mayores en los procedimientos de alto costo y alta tecnología.

5. Precios por evento según sistema y régimen

A continuación se ofrece una descripción gráfica de los precios, según canastas de procedimientos, definidas según sistema taxonómico como Proxy de los servicios médicos. Para mayor ilustración se recomienda analizar los precios individuales mediante el código CUPS ofrecido, y recurriendo al respectivo manual o al anexo ubicado al final del libro.

Grupo 1 Sistema nervioso

Gráfico 6.42
Precios comparativos
Grupo 1: Sistema nervioso

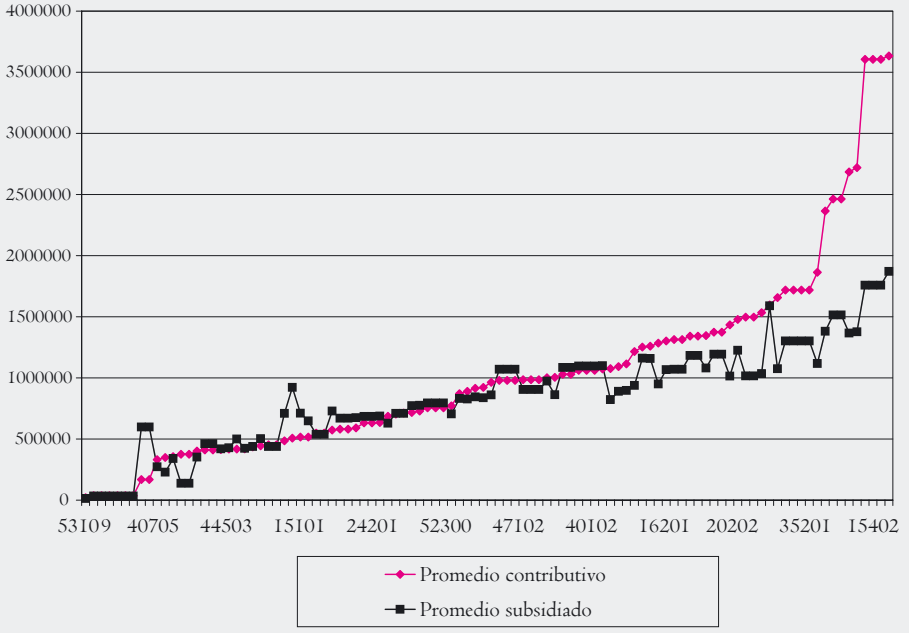
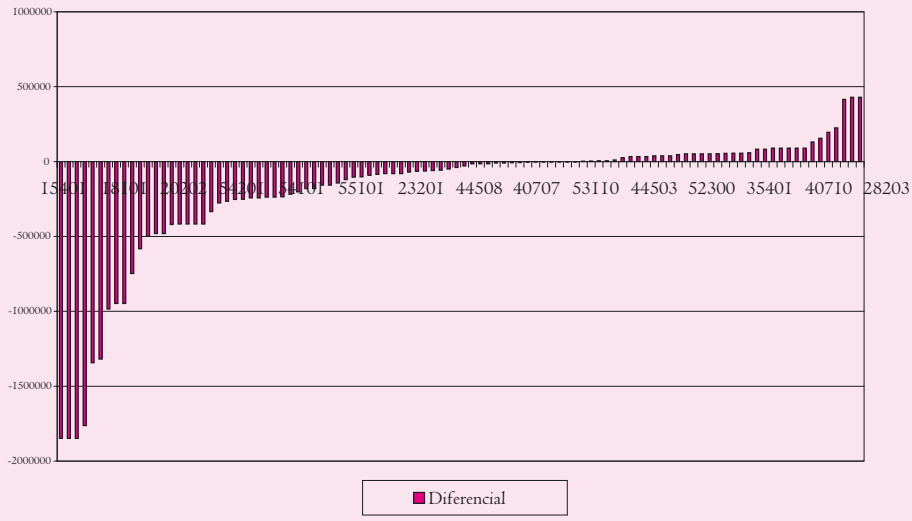


Gráfico 6.43
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 1: Sistema nervioso



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

El gráfico 6.42 muestra cómo en los precios de menor cuantía, hasta cerca del millón de pesos, no hay una diferencia apreciable entre el precio pagado en el régimen subsidiado y en el contributivo; a partir de este precio en los procedimientos más costosos, hay un mayor precio en los del régimen contributivo.

Los diferenciales de precio son mayores en este caso para el régimen contributivo, donde los procedimientos más costosos son los de drenaje de colección espinal piural, drenaje de espacios subdurales, incisiones en las meninges cerebrales y procedimientos diagnósticos de la médula espinal o estructura raquídea (gráfico 6.43).

Grupo 2 Sistema endocrino

En el sistema endocrino los precios son muy similares, ubicados en una escala intermedia de precios, frente a otros sistemas. Es mayor el precio promedio en el régimen subsidiado a partir de un valor cercano de precios mayor a los 600.000 pesos, y a los 800.000 pesos el valor medio en el del régimen contributivo.

Cuando se compara el diferencial en el gráfico 6.44 para el grupo de sistemas endocrino, los precios de mayor magnitud en el régimen contributivo son aquellos relacionados con biopsias para tiroides, reexploraciones de cuello inmediastino, tiroidectomías; mientras que el de mayor valor en el régimen subsidiado tiene que ver con exploraciones supraclaviculares del plexo braqueal, compresiones del plexo del tronco y la resección de lesiones de tiroides (gráfico 6.45).

Gráfico 6.44
Precios comparativos
Grupo 2: Sistema endocrino

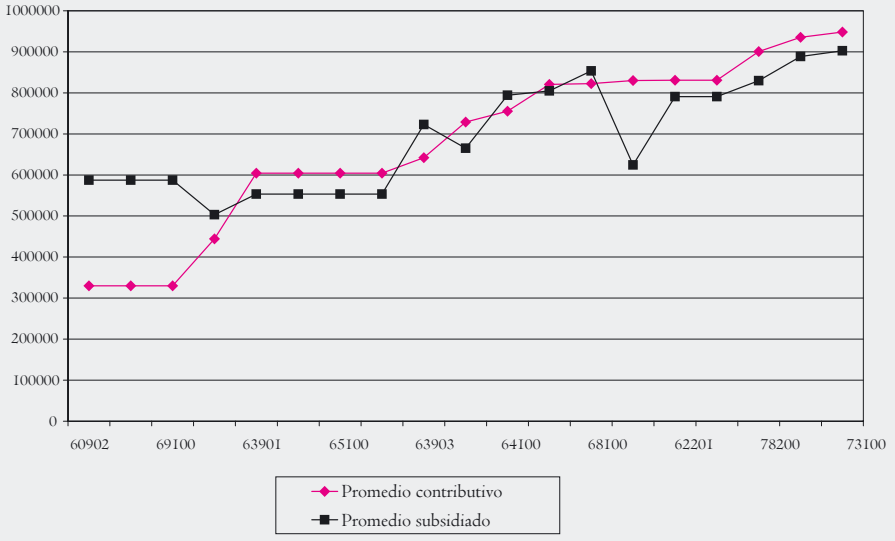


Gráfico 6.45
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 2: Sistema endocrino

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 3 Sistema visual

En el grupo 3 de sistema visual la media de precios en el régimen subsidiado tiende a ser mayor que en el régimen contributivo. Este comportamiento se mantiene desde los procedimientos más básicos hasta los de mayor agregado tecnológico. Los procedimientos más costosos en el régimen contributivo conforman un segmento de trece procedimientos, de los cuales el más costoso corresponde a drenaje posterior de órbita.

En el régimen subsidiado, en cambio, el procedimiento más costoso es la capsulotomía, cuyo precio casi triplica el pagado en el régimen contributivo. Así, las extracciones intracapsulares de cristalino, los implantes de prótesis corneana y las resecciones simples de tumores de córnea, son más costosas en el régimen subsidiado (gráficos 6.46 y 6.47).

Gráfico 6.46

Precios comparativos. Grupo 3. Sistema visual

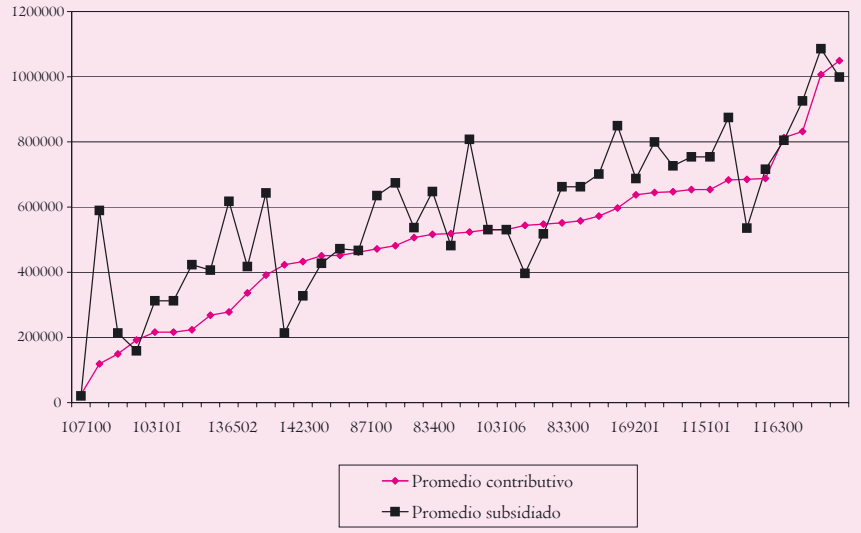
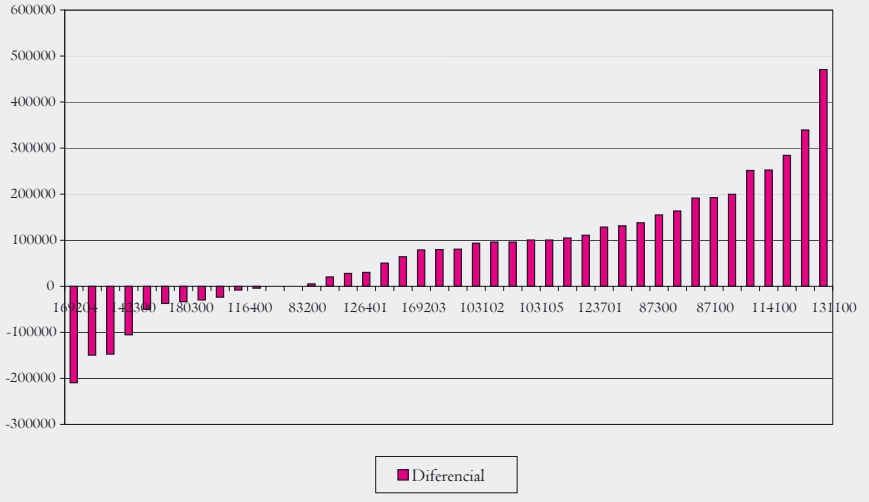


Gráfico 6.47

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 3 Sistema visual



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 4 sistema auditivo

En el sistema auditivo se evidencian niveles de precios muy similares entre el régimen contributivo y el subsidiado. Solo algunos

procedimientos en el segmento intermedio tienden a ser más costosos en el régimen subsidiado (gráfico 6.48).

Como se observa en la gráfico 6.49 algunos procedimientos son más costosos en el régimen subsidiado, y el conjunto de procedimientos de mayor costo es más grande en el subsidiado.

Gráfico 6.48

Precios comparativos. Grupo 4: Sistema auditivo

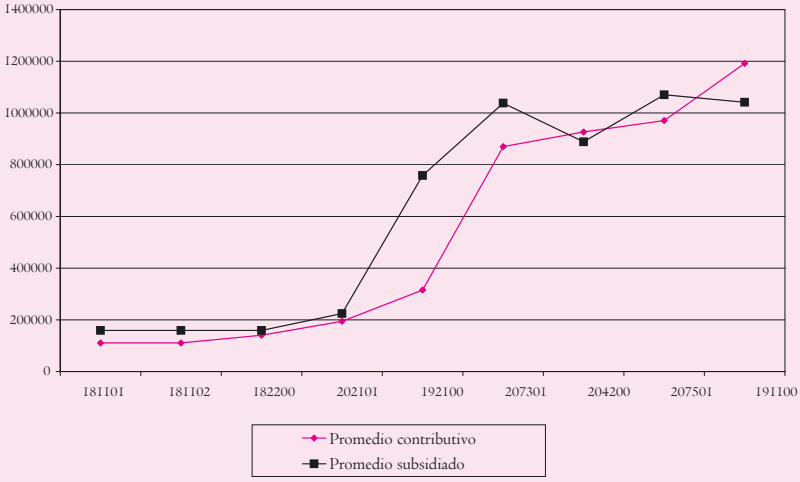
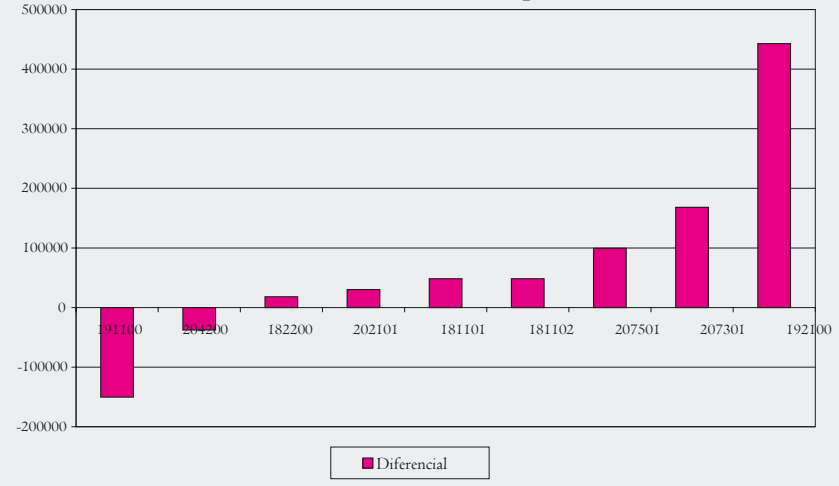


Gráfico 6.49

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 4: Sistema auditivo



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 5 Sistema nariz, boca y faringe

Los gráficos 6.50 y 6.51 ilustran cómo el precio promedio entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo, para el sistema nariz, boca y faringe, es muy similar. Hay un mayor valor en el régimen subsidiado en el segmento de precio comprendido entre el valor unitario de 400.000 pesos y valores unitarios cercanos a los 800.000 pesos. A partir de esa cuota, la tendencia se revierte con un ligero incremento en el precio promedio de dichos procedimientos en el régimen contributivo.

Cuando se muestra el diferencial de precios entre el régimen subsidiado y el contributivo, es posible establecer un mayor número de procedimientos de mayor precio en el régimen subsidiado que en el contributivo, en proporción de 3 a 1.

Gráfico 6.50

Precios comparativos

Grupo 5: Sistema nariz, boca y faringe

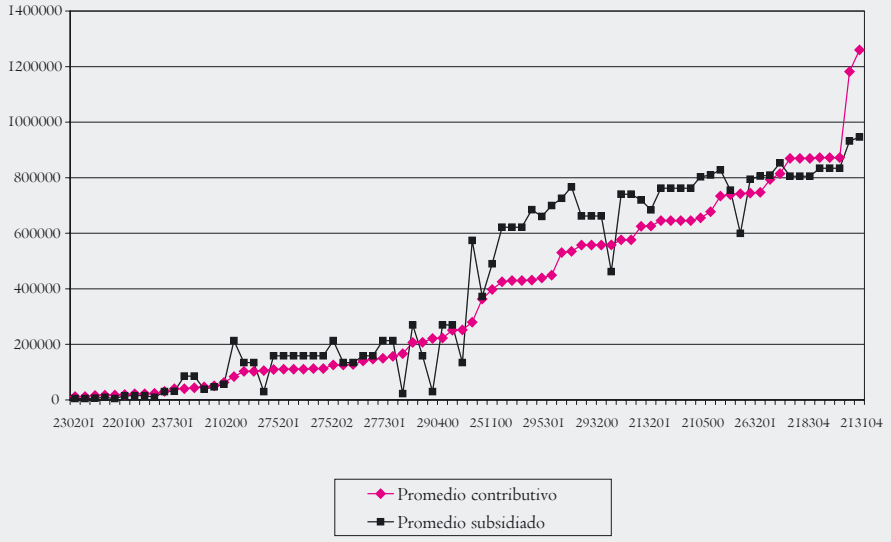
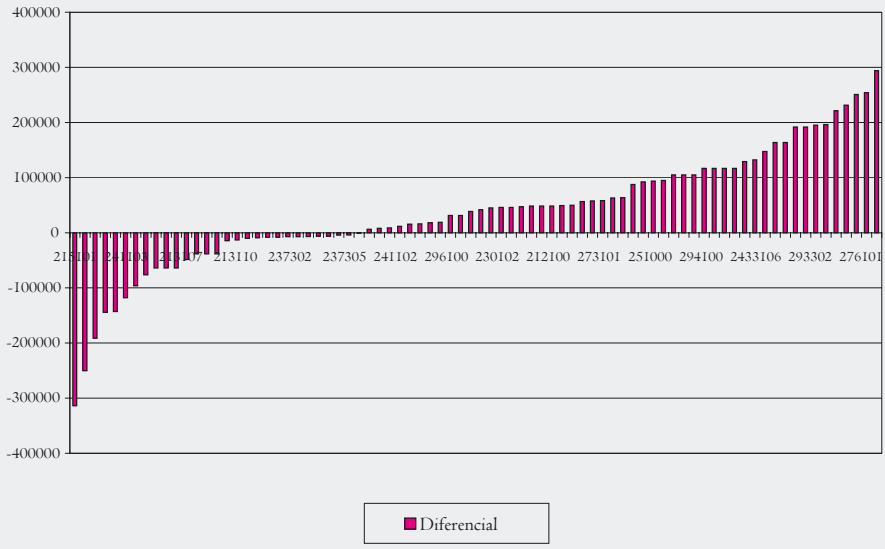


Gráfico 6.51

Diferencial contributivo-subsidiado

Grupo 5: Sistema nariz, boca y faringe



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 6 Sistema respiratorio

En los precios del grupo 6 hay inclinación hacia el mayor precio promedio pagado en el régimen subsidiado, por debajo de un tope de 800.000 pesos por procedimiento, esa tendencia se revierte a partir de dicho nivel.

En los gráficos 6.52 y 6.53 es posible visualizar un equilibrio entre el valor de los procedimientos de acuerdo con los códigos de la CUPS, entre los dos regimenes, sin que sea posible considerar una mayor proporción de procedimientos de mayor costo en ninguno de los dos regímenes.

Gráfico 6.52
Precios comparativos
Grupo 6: Sistema respiratorio

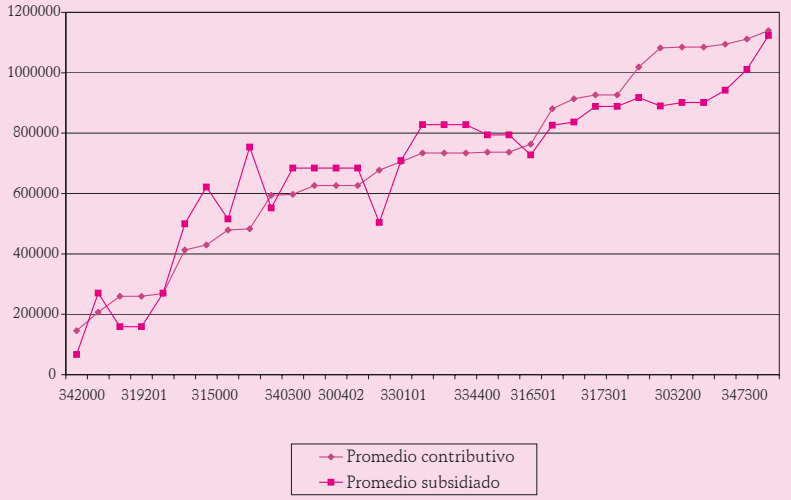
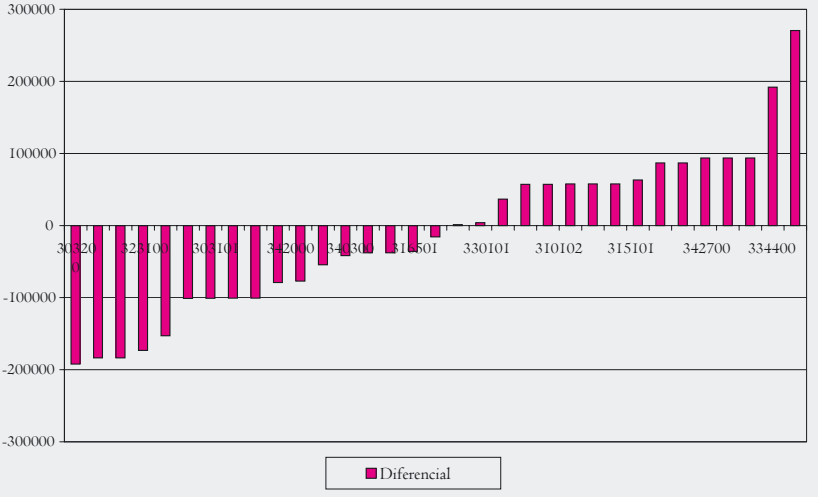


Gráfico 6.53
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 6: Sistema respiratorio



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 7 Sistema circulatorio

En los procedimientos de este grupo se tiende al equilibrio entre el precio pagado en los dos regímenes hasta llegar a niveles de I'500.000 pesos, donde se objetiviza una divergencia en los precios con promedio mayores de precios en el régimen contributivo que en el subsidiado. En algunos procedimientos del extremo de mayor precio, el valor más costoso expresa una diferencia cercana a los dos millones de pesos, con mayor precio en el régimen contributivo.

Los gráficos 6.54 y 6.55 se refieren al diferencial de precios tiende a ser mayor para el régimen contributivo, donde se presenta más procedimientos costosos que en el régimen subsidiado.

Gráfico 6.54
Precios comparativos
Grupo 7: Sistema circulatorio

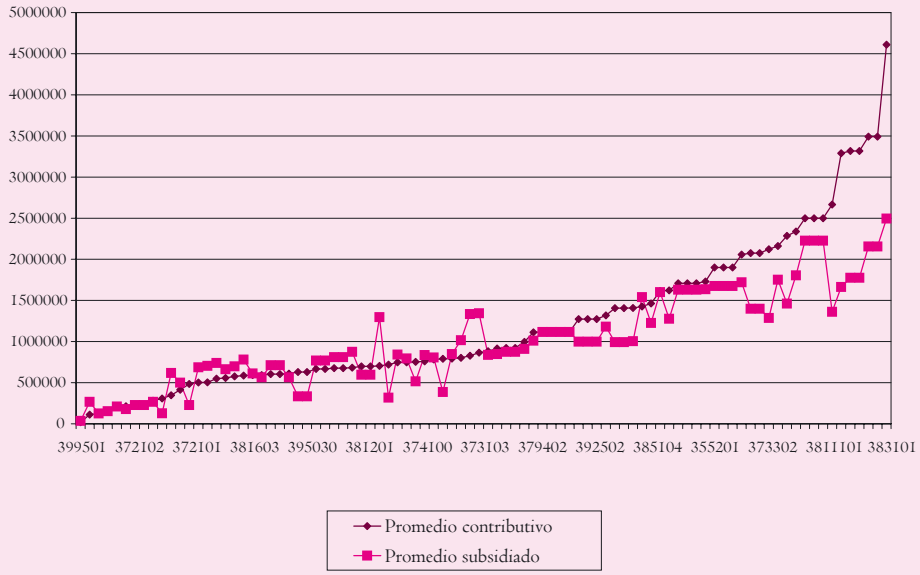
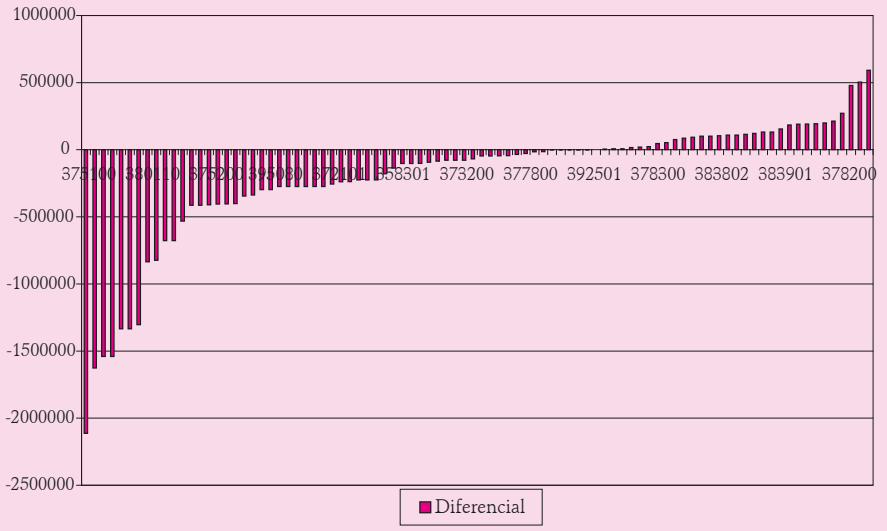


Gráfico 6.55
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 7: Sistema circulatorio



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 9 Sistema digestivo

La comparación de precios en los procedimientos del sistema digestivo, indica una gran variabilidad con diferencia de precios mayores en algunos procedimientos del régimen contributivo y en otros del régimen subsidiado, sin que se pueda establecer un patrón de mayor valor de acuerdo con la magnitud de los precios.

Los gráficos 6.56 y 6.57 muestran cierto equilibrio, con una ligera predominancia de procedimientos de mayor valor en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado. En cuanto a magnitudes, existe un diferencial en precios en los procedimientos a través del régimen contributivo.

Gráfico 6.56

Precios comparativos. Grupo 9: Sistema digestivo

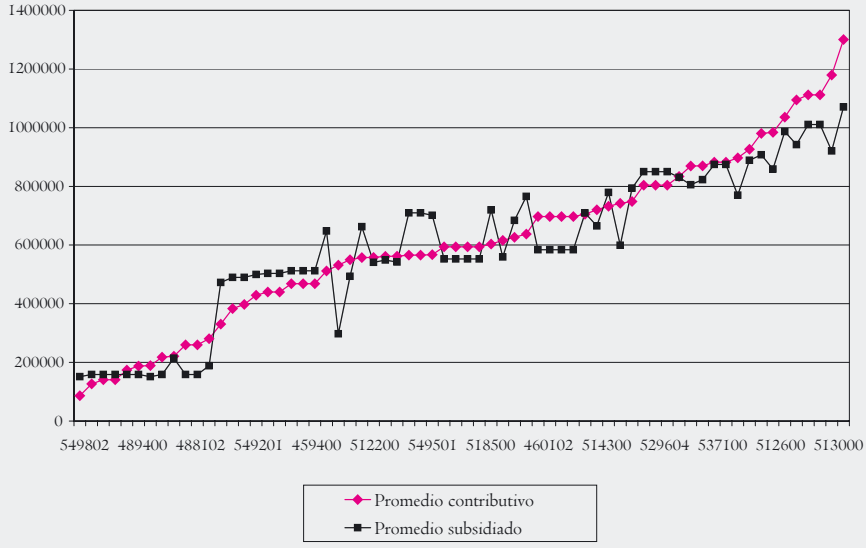
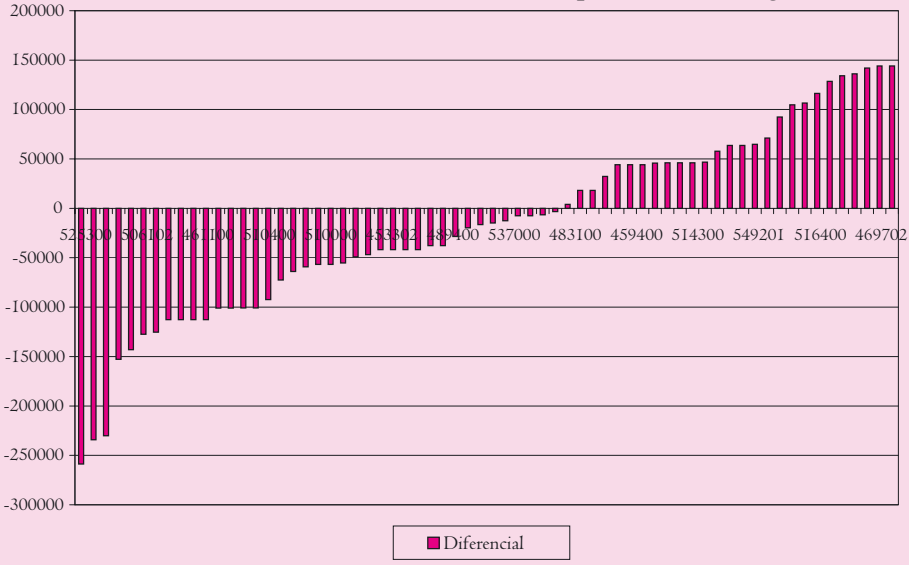


Gráfico 6.57

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 9: Sistema digestivo



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 10 sistema urinario

Los gráficos 6.58 y 6.59 muestran los precios comparativos del sistema urinario. Es posible visualizar la relativa uniformidad entre los promedios para los dos regímenes, con excepción del procedimiento más costoso el cual se comporta como un outlier: el valor pagado en el régimen contributivo es casi el doble precio en el subsidiado, siendo posible ilustrar una diferencia entre los dos regímenes, mayor a 1'500.000 pesos.

El gráfico 6.59 muestra un relativo equilibrio entre los precios de los dos regímenes, sin una denominancía en alguno de los dos grupos.

Gráfico 6.58
Precios comparativos
Grupo 10: Sistema urinario

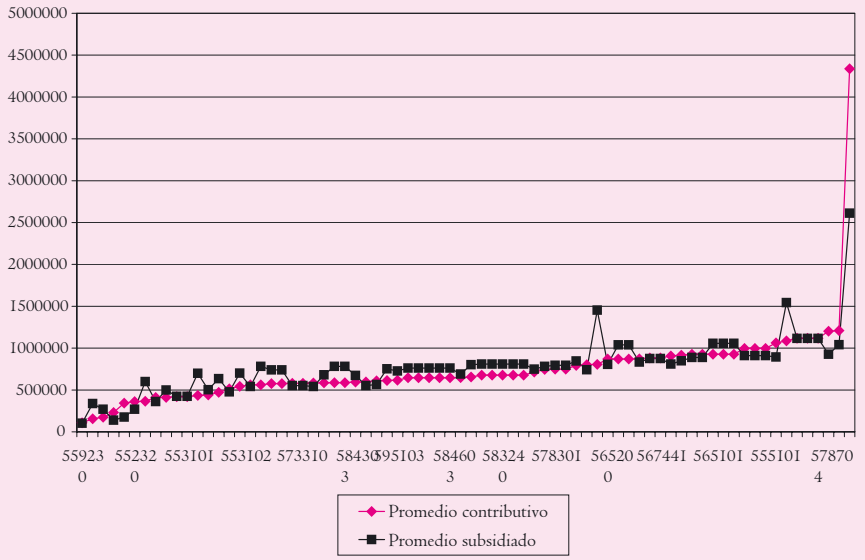
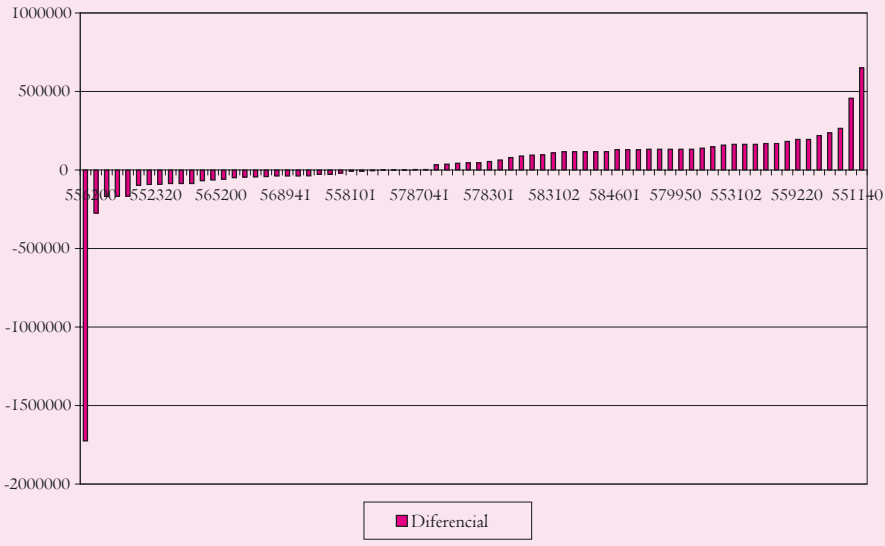


Gráfico 6.59

Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 10: Sistema urinario



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 11 Sistema reproductor masculino

En los procedimientos del grupo 11 del sistema reproductor masculino (gráficos 6.60 y 6.61) se puede visualizar cómo el promedio de precios es mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo. Este mayor valor se da tanto en los precios de mayor magnitud como en los de menor escala.

En el gráfico 6.61, el diferencial de precios transados en el régimen subsidiado es mayor que en el régimen contributivo y en la mayor parte de los procedimientos correspondientes a este grupo.

Gráfico 6.60

Precios comparativos
Grupo 11: Sistema reproductor masculino

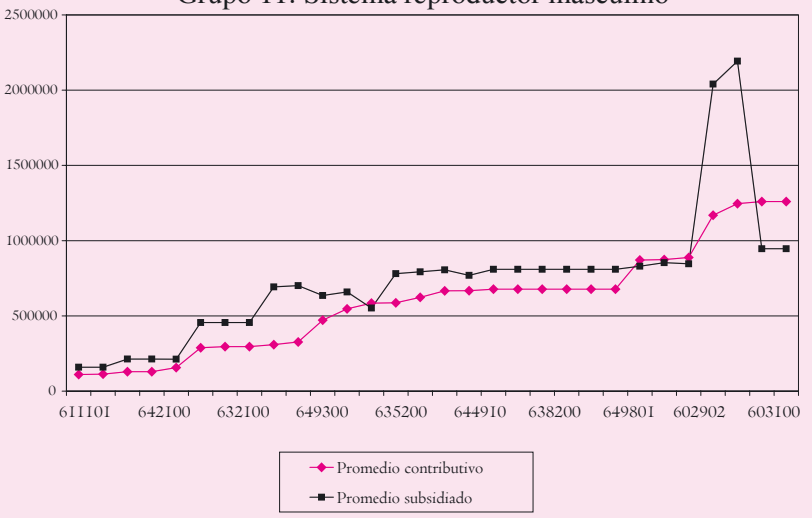
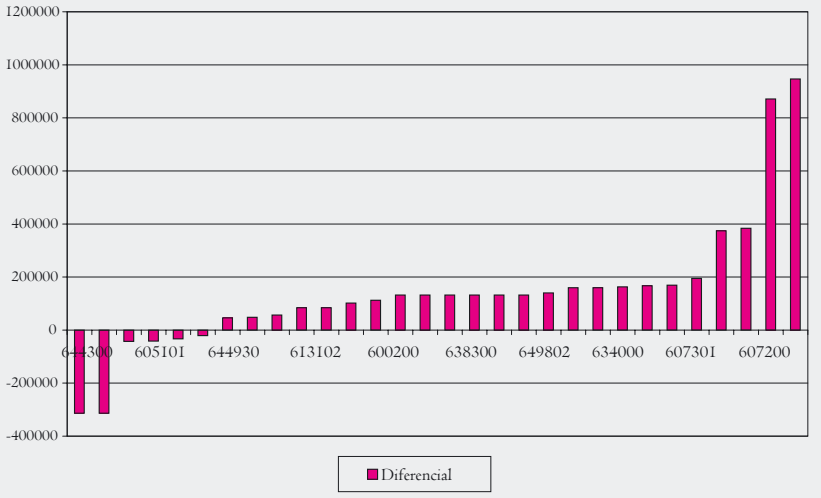


Gráfico 6.61

Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 11: Sistema reproductor masculino



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 12 Sistema reproductor femenino

En el grupo de sistema reproductor femenino, el precio tiende a ser mayor en los procedimientos del régimen subsidiado mientras que el promedio, en general, es de menor magnitud en el régimen contributivo. Existe alguna variabilidad en los procedimientos de mayor precio ubicados entre los cuatrocientos y novecientos mil pesos (gráficos 6.62)

En el gráfico 6.63 se presenta cómo el diferencial de precios tiende a ser positivo en el régimen subsidiado con un mayor número de procedimientos acordados a mayor precio. Los procedimientos más costosos en el régimen contributivo son: histerectomía total abdominal y resección de embarazo etópico. Por su parte, en el régimen subsidiado, los precios de mayor valor son: resección parcial de vagina, pulvectomías y parto espontáneo normal.

Gráfico 6.62
Precios comparativos
Grupo 12: Sistema reproductor femenino

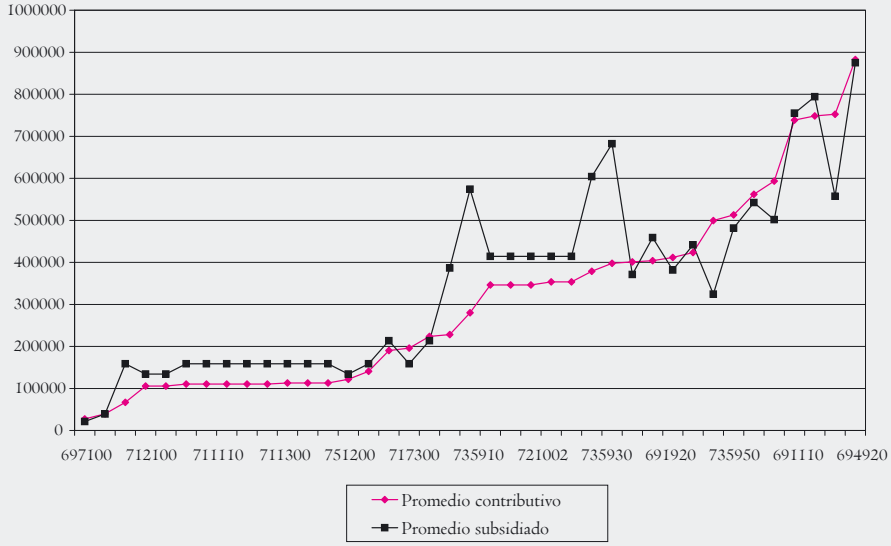
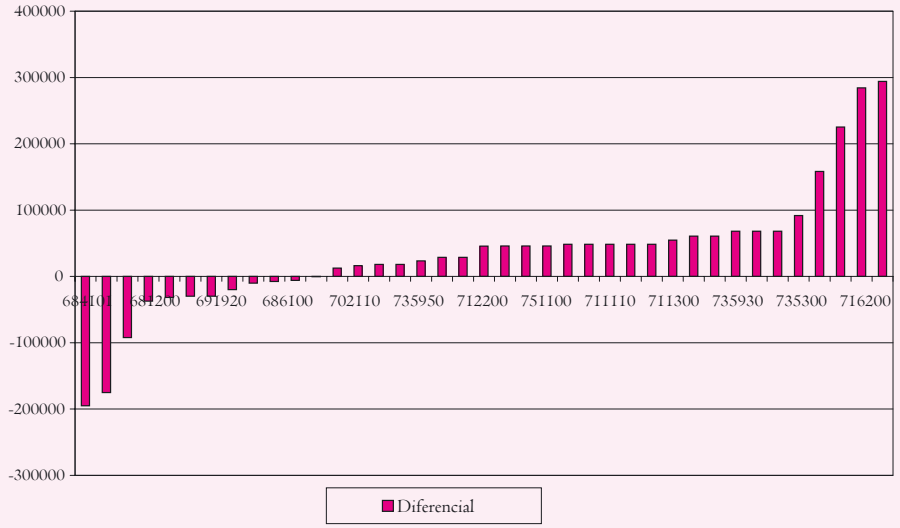


Gráfico 6.63

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 12: Sistema reproductor femenino



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 13 Sistema osteomuscular

En los precios comparativos en el sistema osteomuscular se puede visualizar que el promedio del régimen subsidiado es mayor en los procedimientos de menor magnitud ubicados por debajo del millón de pesos (gráfico 6.64). En los procedimientos entre un millón y dos millones quinientos, los precios son mayores en el régimen contributivo.

El gráfico 6.65 muestra cómo en los procedimientos del sistema osteomuscular existe un número apreciable de aquellos más costosos en el régimen subsidiado y un número menor en el régimen contributivo.

Sin embargo, los procedimientos del régimen contributivo tienden a tener un mayor diferencial de precios que aquellos del régimen subsidiado. Los procedimientos más costosos en el régimen contributivo son aotrodesis y los implantes de miembro superior y reimplante de dedos.

Gráfico 6.64

Precios comparativos. Grupo 13: Sistema osteomuscular

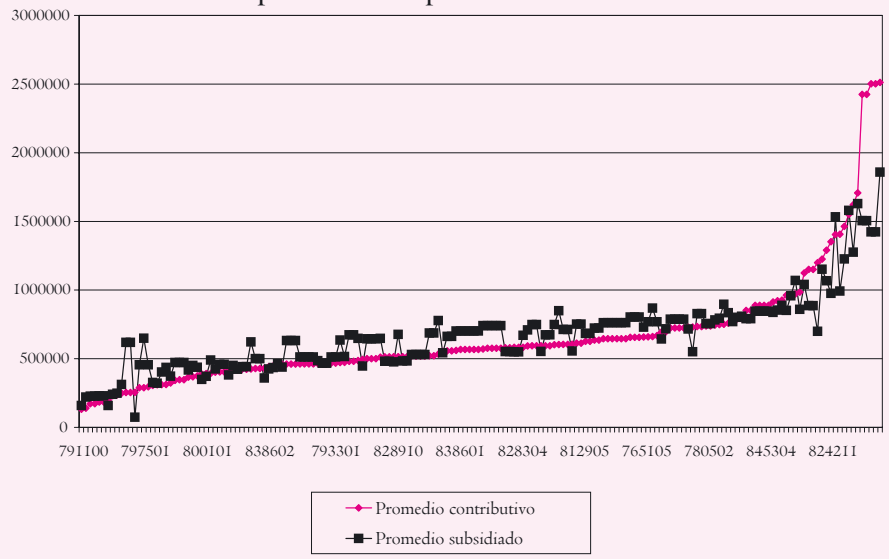


Gráfico 6.65

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 13: Sistema osteomuscular

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 14 Sistema tegumentario

Según el gráfico 6.66, hay equilibrio en los precios del subsidiado y contributivo en la mayor parte de los valores de baja magnitud, con variabilidad hasta un valor en procedimientos con precios cercanos a un millón de pesos. A partir de ese valor, existe un mayor costo en los procedimientos en el régimen contributivo.

En el gráfico 6.67 es posible observar una tendencia al equilibrio en los precios en cuanto a la cantidad de procedimientos con diferencia de costos entre los dos regímenes. Sin embargo, existen al menos dos procedimientos del régimen contributivo con diferenciales de costos amplios frente al régimen subsidiado. Estos dos procedimientos más costosos en el régimen contributivo corresponden a los tratamientos de colgajo libre compuesto y colgajo libre cutáneo, con diferenciales de costo alrededor del millón de pesos.

En el régimen subsidiado los procedimientos con mayor precio son las suturas de heridas múltiples en área general y el retiro de espansores tisulares. Esta diferencia en procedimientos podría estar relacionada con la configuración del plan de beneficios en el régimen subsidiado, para el sistema tegumentario.

Gráfico 6.66

Precios comparativos. Grupo 14: Sistema tegumentario

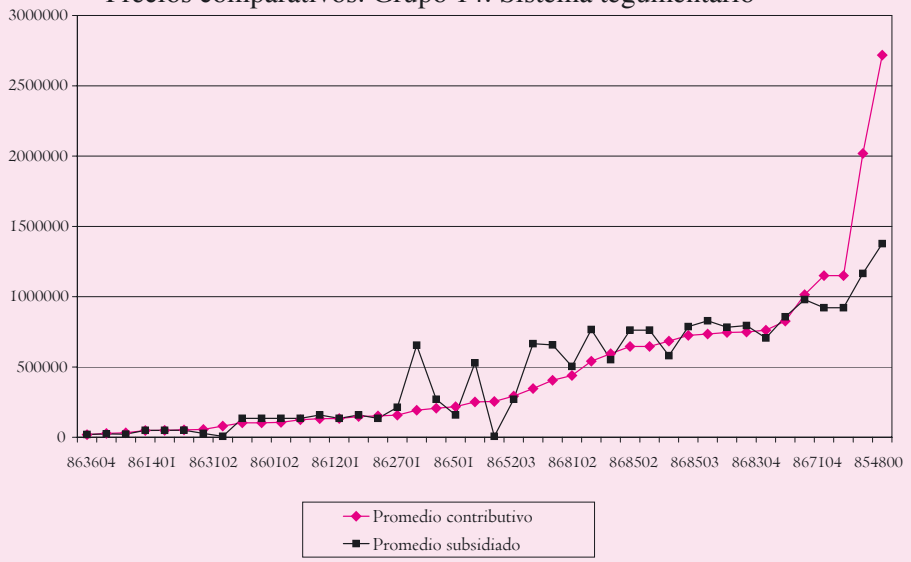
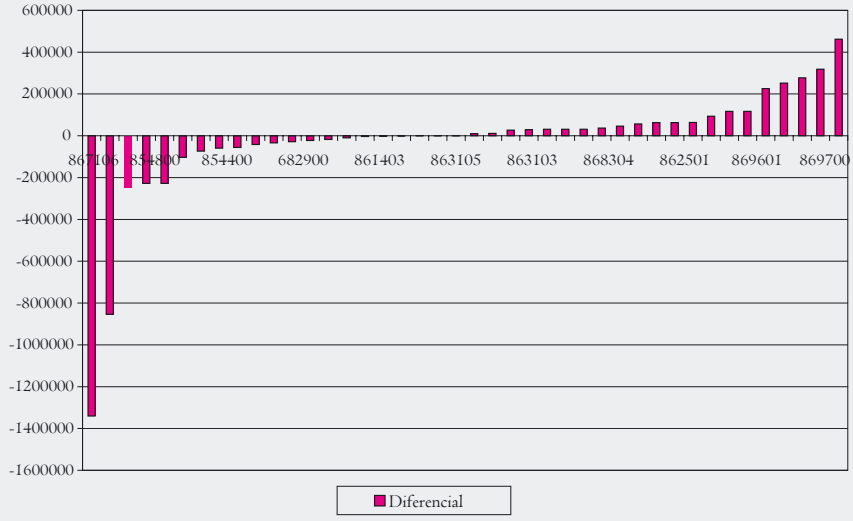


Gráfico 6.67

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 14: Sistema tegumentario



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

6. Procedimientos diagnósticos y eventos de servicio, descripción según régimen

Grupo 15 Imagenología

El gráfico 6.68, comparativa de precios del grupo de imagenología, muestra equilibrio entre los dos regímenes en los procedimientos de menor valor, pero una mayor variabilidad en los procedimientos más costosos con diferencias apreciables en los dos regímenes.

El gráfico 6.69 muestra unos diferenciales importantes de precios con participación de procedimientos de ambos regímenes. Los procedimientos con mayor diferencial de precios en el régimen contributivo corresponden a todo el grupo de arteriografía, que incluyen arteriología vertebral, carotidea, abdominal, renal y suprarrenal. De otra parte los procedimientos de mayores costos en el régimen subsidiado corresponden al grupo de las tomografías axiales de cráneo, abdominales y de articulaciones, entre otros.

Gráfico 6.68

Precios comparativos. Grupo 15: Imagenología

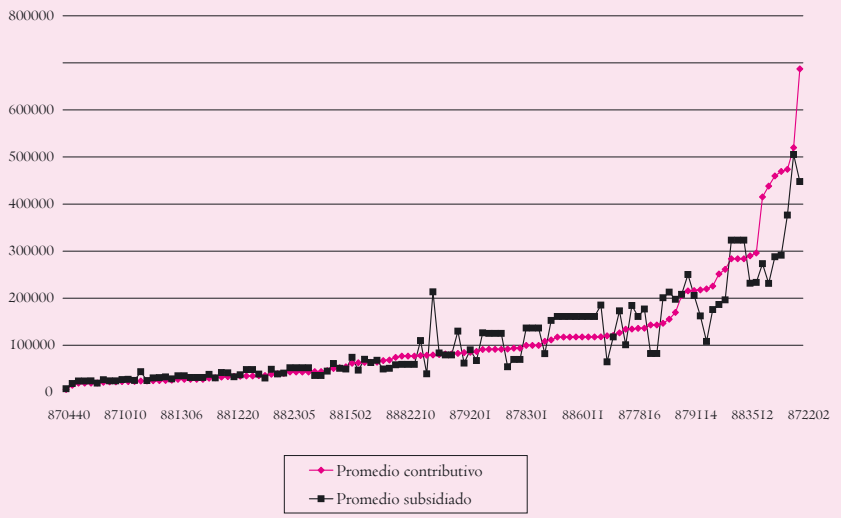
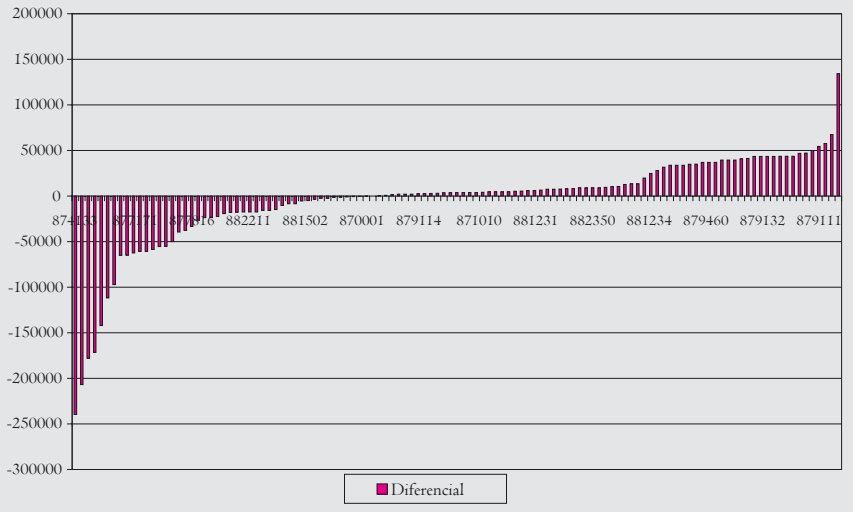


Gráfico 6.69

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 15: Imagenología



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 16 Consulta, monitorización y procesos diagnósticos

El grupo 16 es mixto e incluye los procedimientos de consulta de monitoría y diferentes procesos de diagnóstico no incluidos en imagenología y en exámenes de laboratorio. Aquí se observa la tendencia en todo el grupo hacia un equilibrio entre los precios promedio del régimen subsidiado y el régimen contributivo (gráfico 6.70).

El gráfico 6.71 muestra mayor concentración de diferenciales de precio por procedimiento en el régimen subsidiado. En el régimen contributivo se presenta solamente un procedimiento con diferencia ostensible en el precio que corresponde al estudio fisiológico del sueño, donde el diferencial es mayor a los 200.000 pesos con el precio acordado en el régimen subsidiado. Por otro lado, en el régimen subsidiado no existe diferenciales superiores a los 60.000 pesos y el procedimiento con mayor divergencia es el audiograma izquierdo.

Gráfico 6.70

Precios comparativos

Grupo 16: Consulta, monitorización y procesos diagnósticos

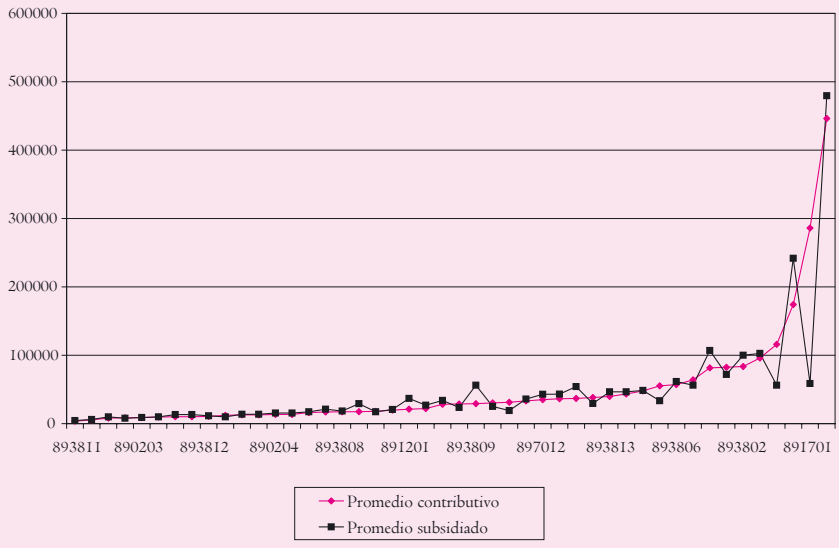
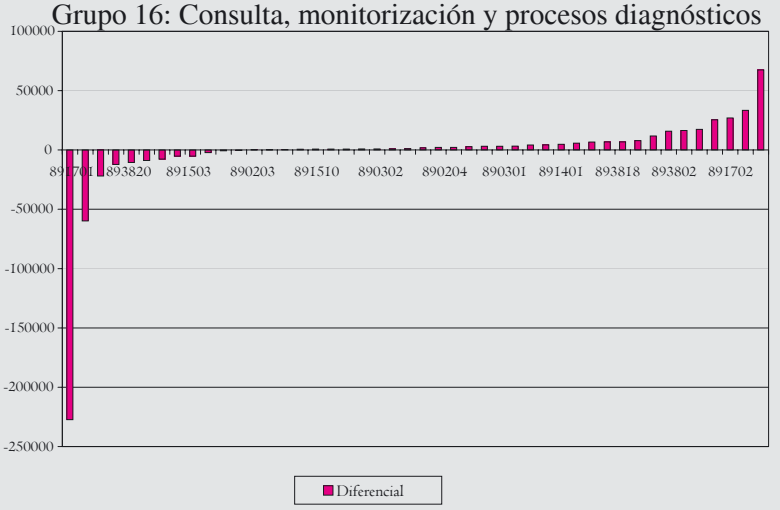


Gráfico 6.71

Diferencial contributivo-subsidiado

Grupo 16: Consulta, monitorización y procesos diagnósticos



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 17 Laboratorio clínico

En los gráficos 6.72 y 6.73 existe algún grado de variabilidad en los precios entre ambos regímenes. Sin embargo esas diferencias no son apreciables en términos de magnitud.

Hay un mayor número de procedimientos con diferenciales en el régimen subsidiado, pero la magnitud tiende a ser mayor en los procedimientos más costosos del régimen contributivo. El cultivo con mayor diferencia a favor en el régimen contributivo corresponde al mixto de linfocitos, con un diferencial cercano a los 90.000 pesos, mientras que las mayores brechas de precio en el régimen subsidiado de encuentran en las hormonas estimulantes del tiroides con 30.000 pesos de diferencia y los coprocultivos, con 15.000 pesos.

Gráfico 6.72

Precios comparativos. Grupo 17: Laboratorio clínico

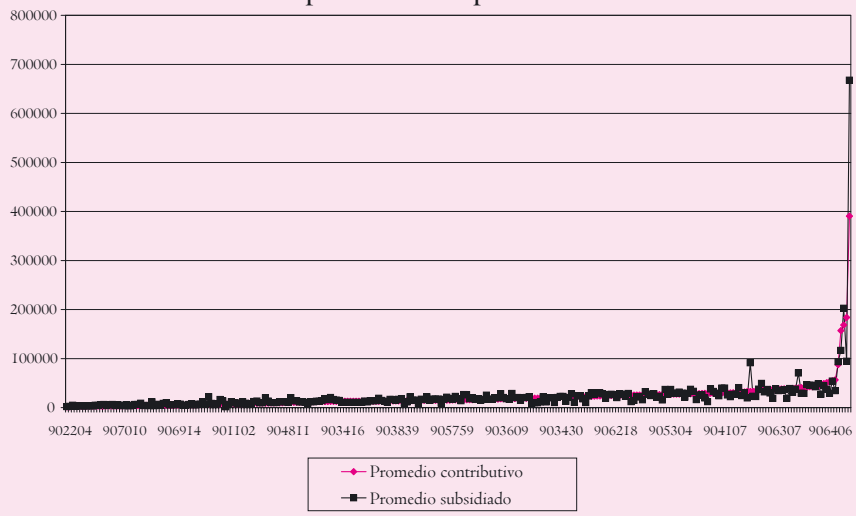
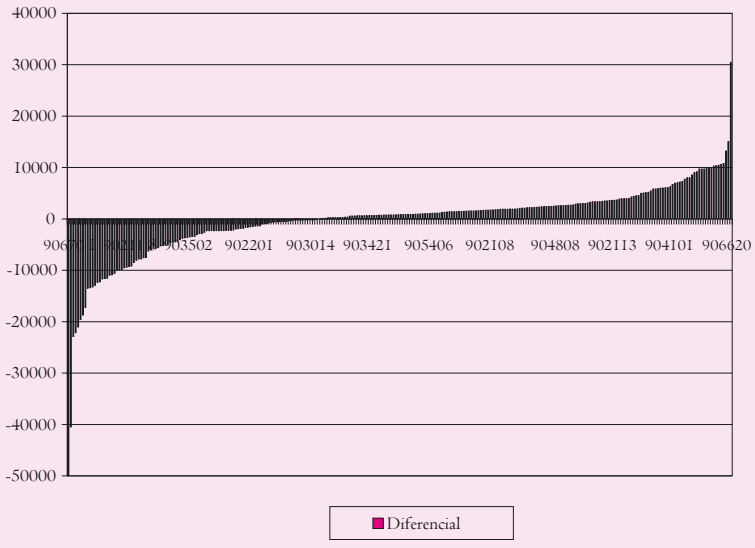


Gráfico 6.73

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 17: Laboratorio clínico



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 18 Medicina transfusional y banco de sangre

Los gráficos 6.74 6.75 muestra precios muy similares entre los procedimientos del grupo de medicina transfusional y banco de sangre entre el régimen subsidiado y contributivo, existiendo solamente diferencias apreciables entre los tres procedimientos de mayor costo.

En estos gráficos es posible observar que los procedimientos con mayor diferencial están en el régimen subsidiado y corresponden estrictamente a los exámenes de Cooms directo fraccionado, detección de anticuerpos irregulares y el procesamiento de la unidad de glóbulos rojos. Los procedimientos con mayores diferenciales en el régimen contributivo, son de menor cuantía.

Gráfico 6.74

Precios comparativos

Grupo 18: Medicina transfusional y banco de sangre

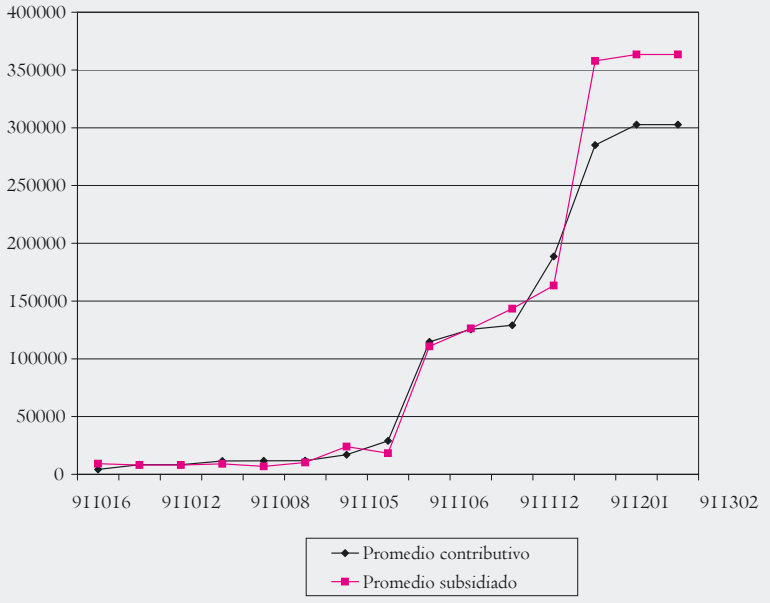
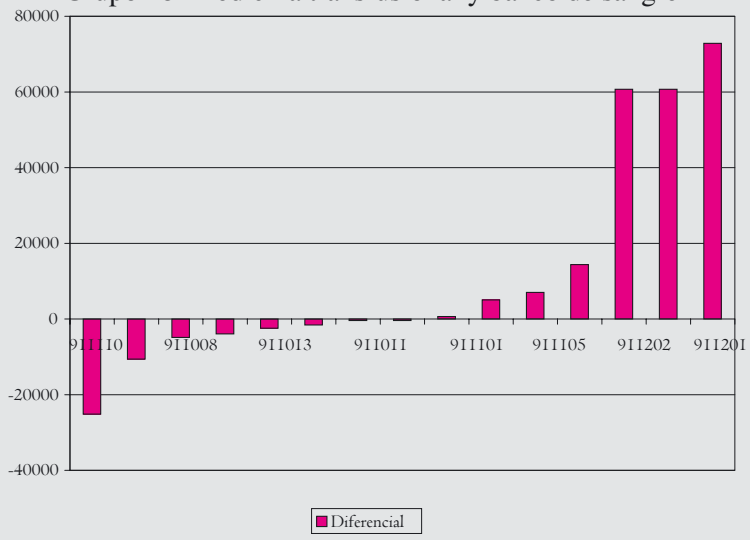


Gráfico 6.75

Diferencial contributivo-subsidiado

Grupo 18: Medicina transfusional y banco de sangre



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 19 Medicina nuclear, diagnóstica y terapéutica

Existe un equilibrio marcado en los precios hasta los procedimientos de un valor cercano a los 500.000 pesos (gráfico 6.76). En los procedimientos de mayor valor se establece un diferencial importante y constante en el que los precios en el régimen contributivo tienden a ser mayores.

En este grupo son preponderantes los diferenciales de precios en el régimen contributivo en los procedimientos de mayor magnitud de precio de mercado. Todos los procedimientos con diferencial en el régimen contributivo corresponden al grupo de telerradioterapia y braquiterapia, con diferenciales que oscilan entre los 85.000 y 405.000 pesos. Existe un pequeño grupo de procedimientos con mayores diferencias de precio en el

régimen subsidiado que corresponde a las gamagrafías, donde existe más concentración, con diferenciales entre 40.000 y 260.000 pesos (gráfico 6.77).

Gráfico 6.76

Precios comparativos. Grupo 19: Medicina nuclear, diagnóstica y terapéutica

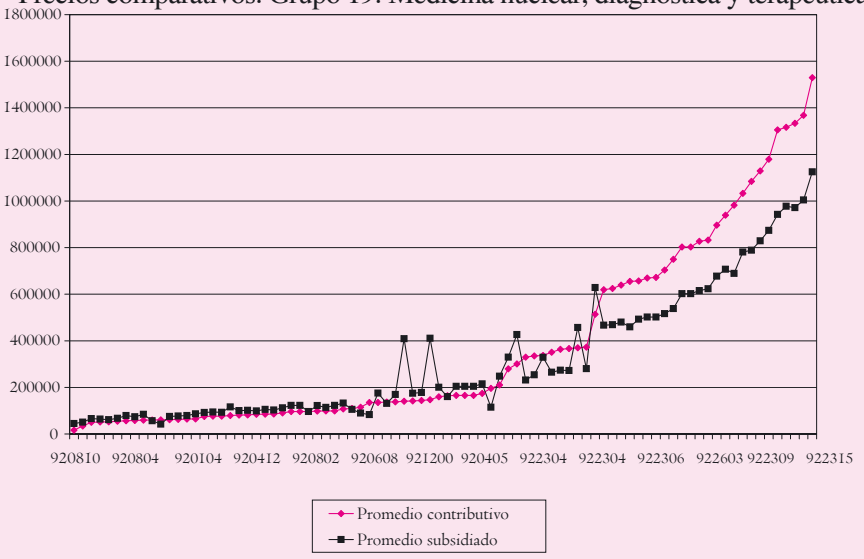
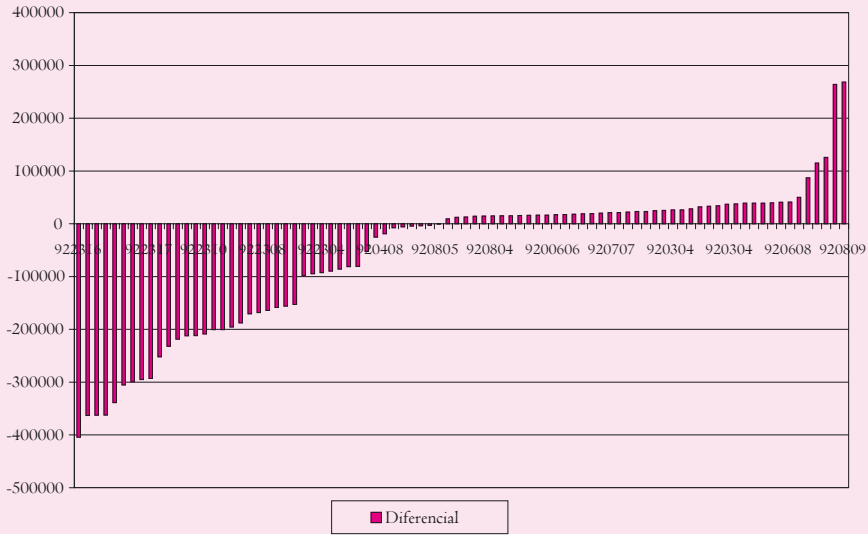


Gráfico 6.77

Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 19: medicina nuclear, diagnóstica y terapéutica



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 20 Desempeño funcional y rehabilitación

El grupo de desempeño funcional y rehabilitación constituye un conjunto relativamente pequeño. Se evidencia la tendencia al equilibrio en el precio entre los dos regímenes (gráfico 6.78).

Como se observa en el gráfico 6.79, los procedimientos con mayor diferencial de precio en el régimen contributivo son las electromiografías con cifras que oscilan entre los 8.000 y 35.000 pesos. De otro lado, los mayores diferenciales en el régimen contributivo corresponden a los otros ocho procedimientos en el cual el mayor máximo diferencial es de 26.000 pesos.

Gráfico 6.78
Precios comparativos
Grupo 20: Desempeño funcional y rehabilitación

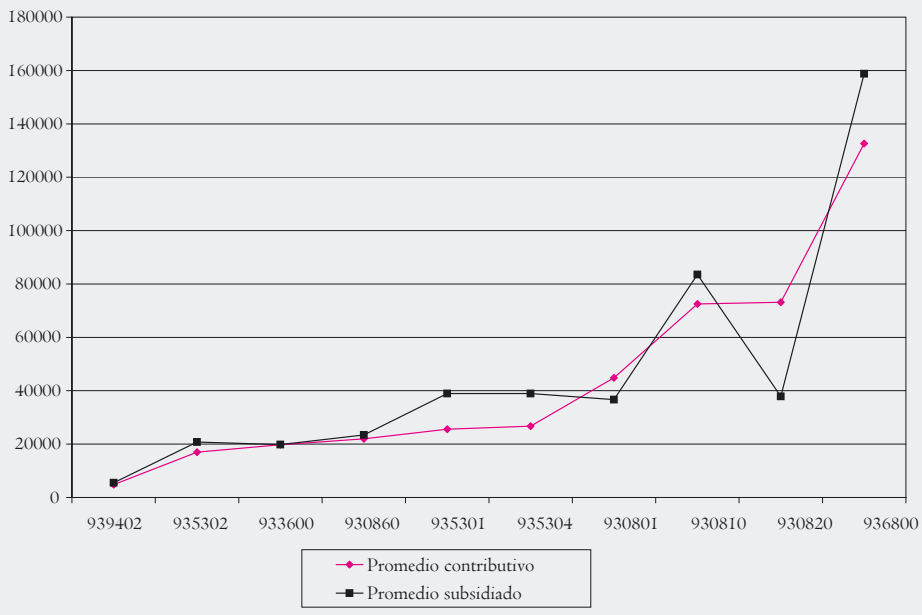
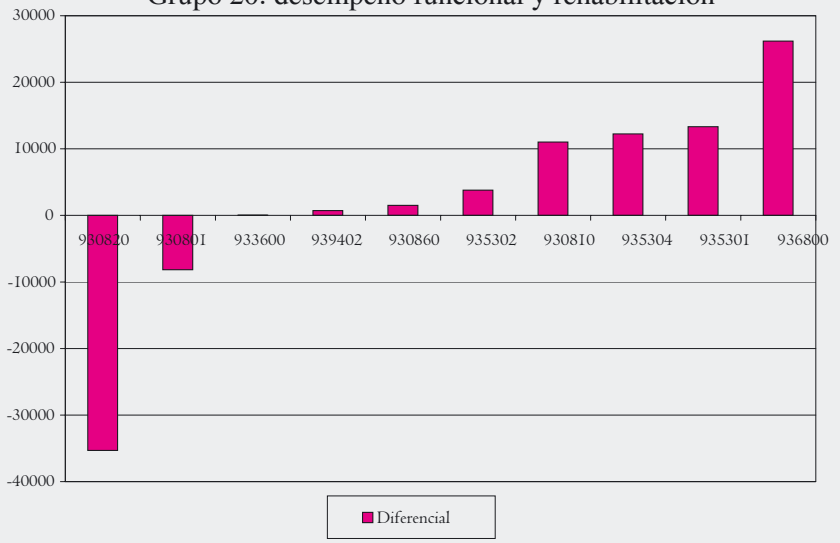


Gráfico 6.79

Diferencial contributivo-subsidiado

Grupo 20: desempeño funcional y rehabilitación



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 21 Salud mental

En el grupo de salud mental sólo fueron incluidos tres procedimientos en los que el precio pagado en el régimen subsidiado es mayor al precio en el régimen contributivo. Los procedimientos de salud mental incluidos en la canasta corresponden a los de urgencia. No se realizó un análisis específico de contratos entre aseguradores y hospitales de pacientes crónicos en salud mental (gráfico 6.80).

En los tres procedimientos incluidos se observan diferencias de muy pequeña, cuantía siendo el de mayor diferencial la sicoterapia de pareja con un mayor precio del régimen subsidiado cercano a los 1.800 pesos (gráfico 6.81).

Gráfico 6.80

Precios comparativos. Grupo 21: Salud mental

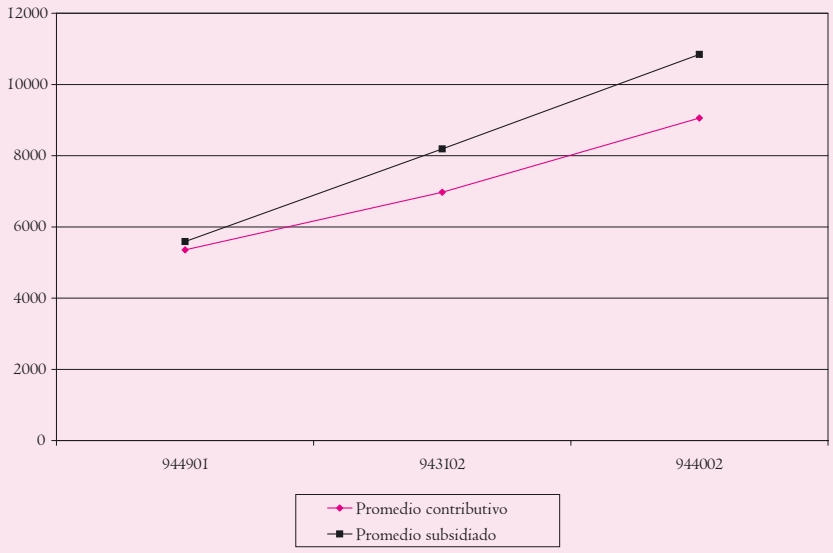
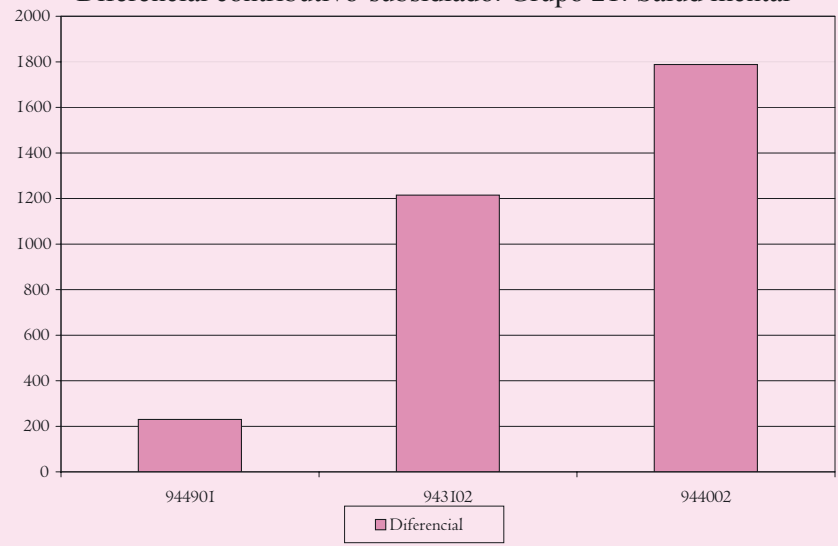


Gráfico 6.81

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 21: Salud mental



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 22 Diagnóstico y tratamiento en sistemas visual y auditivo

El grupo anterior comprende procedimientos no incluidos en las canastas de imagenología correspondientes a pruebas de los sistemas visual y auditivo. Como se observa, existe una tendencia a precios mayores en el promedio de régimen subsidiado (gráfico 6.82).

Solo se encuentran dos procedimientos con mayor costo en el régimen contributivo: la eletrococleografía, con divergencias cercanas de 56.000 pesos, y la betaterapia, con un diferencial de 460 pesos. Existe predominio en los diferenciales para el régimen subsidiado con mayores precios en los procedimientos de electrooculograma y electrorretinografía, pruebas de electronistamografía e impedancia acústica. Estos diferenciales oscilan entre los 600 pesos y los 84.000 (gráfico 6.83).

Gráfico 6.82
Precios comparativos
Grupo 22: Diagnóstico y tratamiento en sistemas visual y auditivo

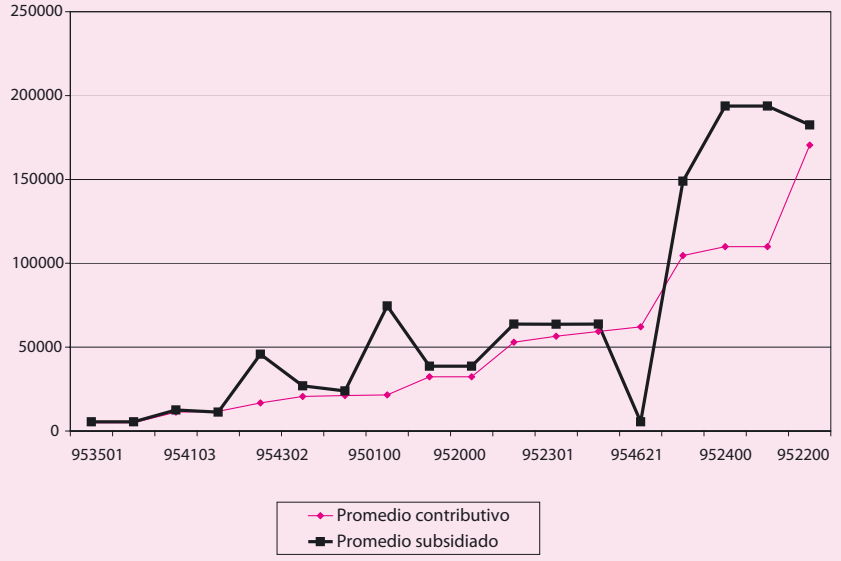
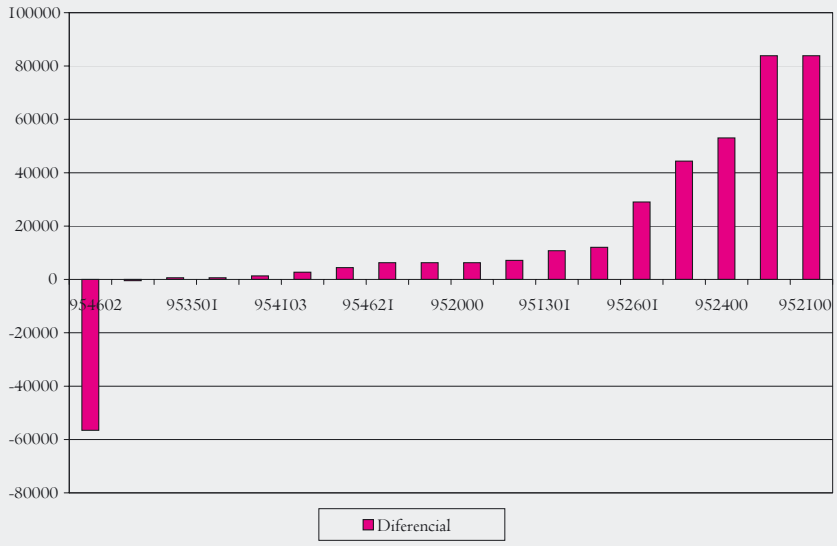


Gráfico 6.83

Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 22 Diagnóstico y tratamiento en sistemas visual y auditivo



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 23 Otros procedimientos no quirúrgicos

En este grupo se encuentra que los precios son mayores en el régimen subsidiado y las diferencias en magnitud son apreciables, con excepción de los dos procedimientos menos costosos (gráfico 6.84).

Los procedimientos más costosos en el régimen subsidiado corresponden a extracciones sin incisión de cuerpo extraño con diferenciales cercanos a los 100.000 pesos, dilatación de esfínter anal, con diferencial también superior a los 80.000 pesos (Gráfico 6.85).

Gráfico 6.84

Precios comparativos. Grupo 23: Otros procedimientos no quirúrgicos

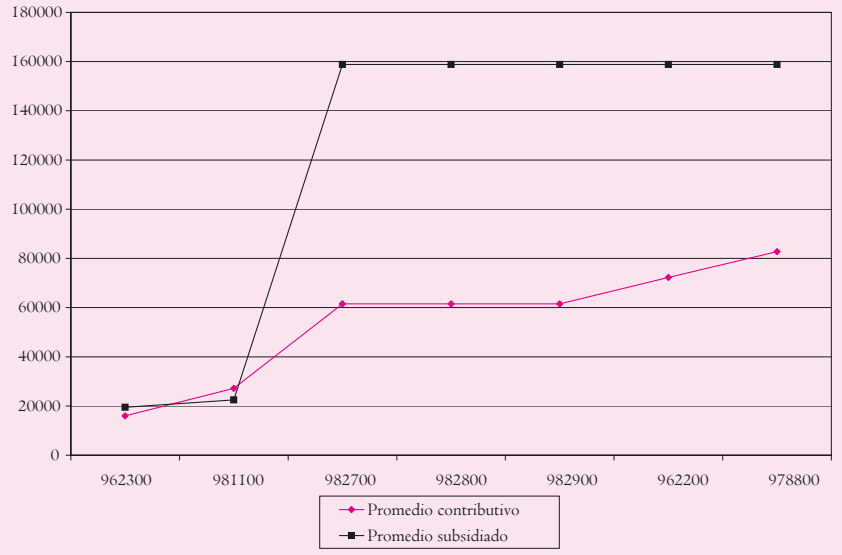
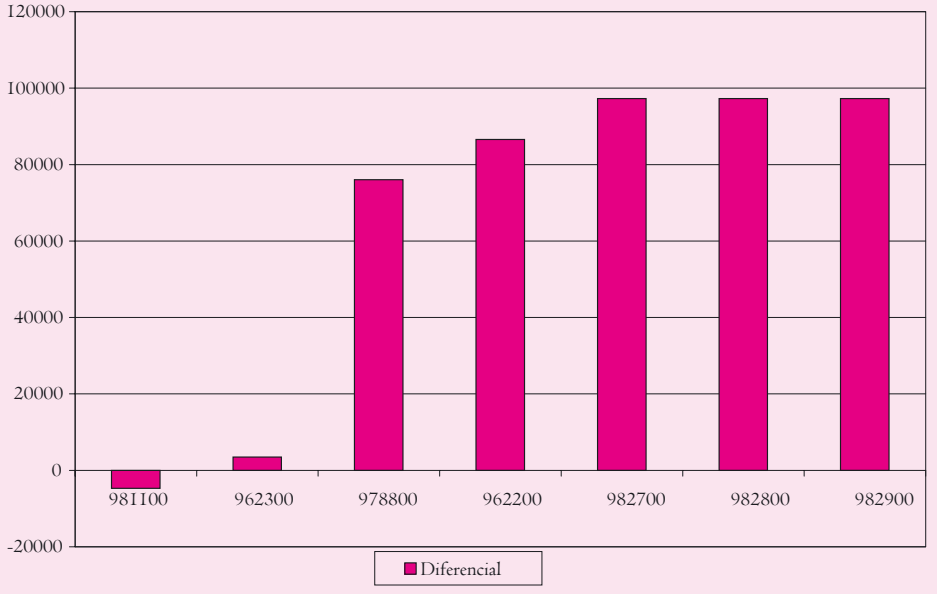


Gráfico 6.85

Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 23: Otros procedimientos no quirúrgicos



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Grupo 24 Procedimientos misceláneos

En el grupo de los procedimientos misceláneos existe, al parecer, equilibrio de los precios entre ambos regímenes, de acuerdo con sus promedios. Sin embargo, existen diferencias en algunos procedimientos seleccionados (gráfico 6.86)

El mayor diferencial de precios en el régimen contributivo está dado por las internaciones en unidades de cuidado intensivo con diferencias no muy apreciables con el subsidiado; estas se ubican en 35.000 pesos de diferencia y un valor absoluto del procedimiento de algo más de 500 pesos en ambos regímenes. En el régimen subsidiado, la mayor diferencia se encuentra en la internación en los servicios de complejidad intermedia (gráfico 6.87).

Gráfico 6.86
Precios comparativos
Grupo 24: procedimientos misceláneos

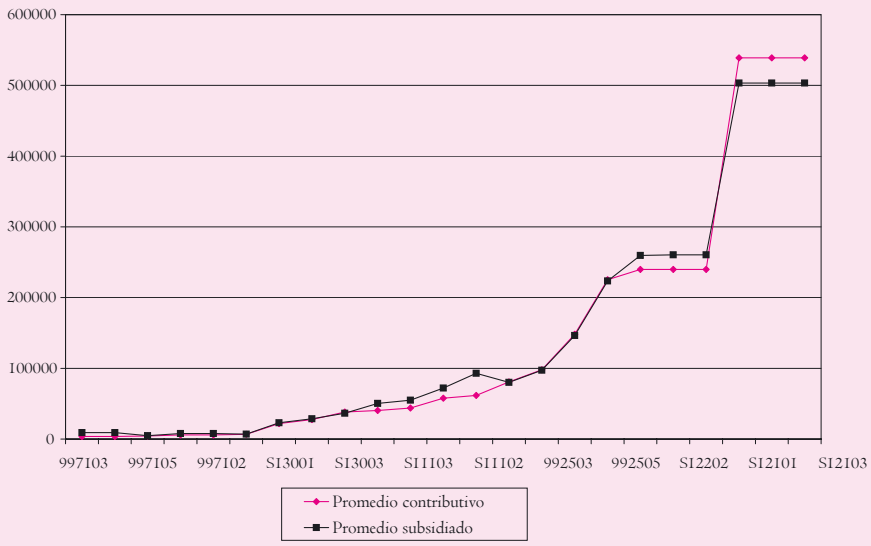
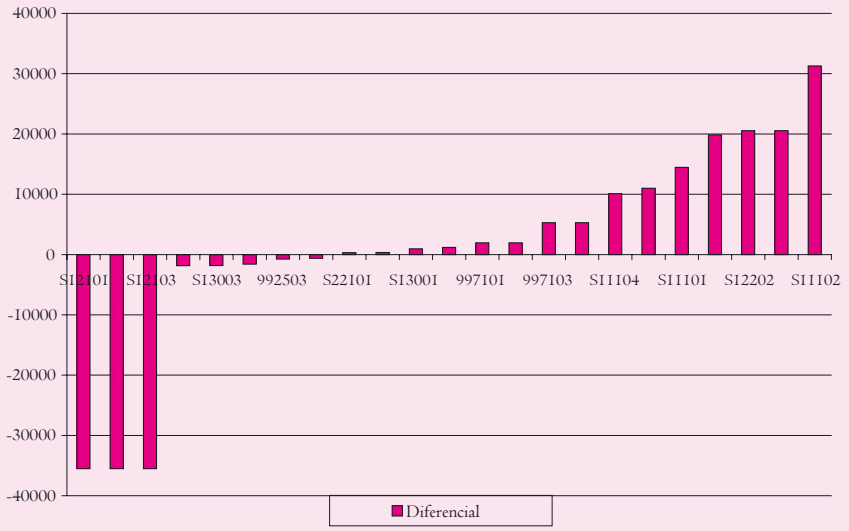


Gráfico 6.87
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 24: procedimientos misceláneos



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

E. Precios, pago por conjunto integral

El sistema de pago por conjunto integral se define en términos del flujo de servicio. Incluye todas las pruebas y procedimientos que conllevan la atención de un paciente desde su ingreso hasta el egreso de la entidad hospitalaria, en un único evento de atención. Para realizar el análisis de este tipo de servicio se homologaron los contratos al código de procedimiento de la CUPS, el cual describe conjuntos de servicios agrupados dentro de una estructura sistémica (cuadro 6.5).

Cuadro 6.5

Clasificación de grupos de acuerdo con Cups

Grupo	Denominación
Grupo 1	Sistema visual
Grupo 5	Procedimientos en nariz, boca, faringe
Grupo 7	Sistema circulatorio
Grupo 8	Sistema hemato linfático
Grupo 9	Sistema digestivo
Grupo 10	Sistema urinario
Grupo 11	Sistema reproductor masculino
Grupo 12	Sistema reproductor femenino
Grupo 13	Sistema osteomuscular
Grupo 14	Sistema tegumentario
Grupo 15	Imagenología
Grupo 17	Procedimientos de laboratorio clínico
Grupo 19	Medicina nuclear

La contratación por conjunto integral de servicios está muy relacionada con la homologación de las actividades que componen el flujo de servicios y la reducción de la incertidumbre frente a las cantidades de eventos involucrados. Es decir, la contratación por caso es razonable en la medida que se puedan "empaquetar" grupos de procedimientos alrededor de un diagnóstico o procedimiento principal.

Del universo de contratos analizados en el estudio compuesto por 1.420, solamente 26 eran específicos para contratación por conjunto integral. Esto corresponde al 1,8% de los contratos individuales.

De los grupos sistémicos incluidos en la Cups, se contrataron por caso solo en los siguientes sistemas: visual, orofaríngeo, quirúrgico del sistema digestivo, diálisis, cesárea, legrado, parto, reemplazo articular, resonancia magnética, atención integral en Vih/Sida, procedimientos intervencionistas del sistema circulatorio y quimioterapia (cuadro 6.5)

1. Grupo 1 Sistema visual

En el sistema visual es posible describir once conjuntos integrales que se encontraron de manera exclusiva en el régimen contributivo. Como se puede observar en el cuadro 6.6, existe una importante variabilidad en el tipo de procedimientos según su nivel de precios.

Cuadro 6.6

Sistema visual

Nombre	Precio ($)
Catarata	293.756
Chalazión	28.966
Corrección estrabismo horizontal y vertical	470.000
Corrección unilateral de estrabismo dos músculos	510.000
Dacriocistorrinostomia	480.000
Drenaje de absceso	20.800
Injerto de conjuntiva incluye transplante y plastia	390.000
Plastia de canalículos lagrimales	240.000
Resección de pterigio	161.107
Retinopexia bucle escleral total o parcial	800.000
Retinopexia por criodiatermia o fotocoagulacion	840.000

2. Grupo 5 Procedimientos de nariz, boca y faringe

En el grupo de procedimientos orofaríngeos, se evidenciaron cinco grupos con homogeneidad importante en el precio. Estos grupos están constituidos alrededor de procedimientos principales (cuadro 6.7).

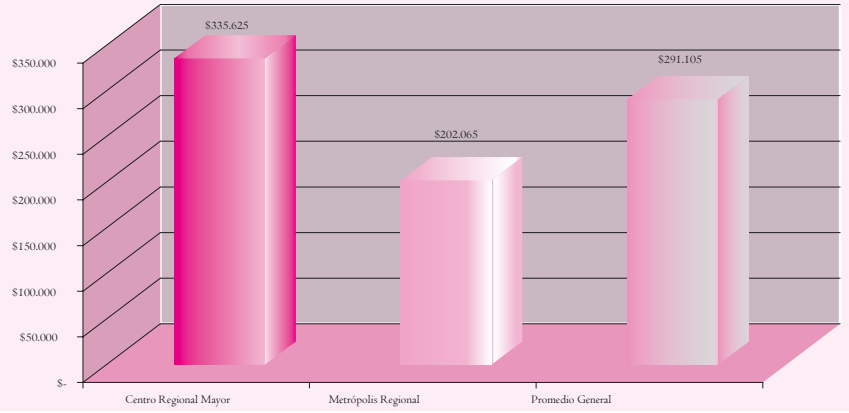
Cuadro 6.7

Promedio de precios grupo 5

Nombre del conjunto	Promedio general ($)
Adenoidectomía	69.608
Adenoamigdalectomia	291.105
Amigdalectomia	161.107
Septoplastia + turbinoplastia	244.837
Turbinoplastia	202.065

Gráfico 6.88

Precio promedio adenoamigdalectomía



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

El gráfico 6.88 ilustra los diferenciales importantes de precio en el paquete de adenoamigdalectomía entre el centro regional mayor y la metrópoli regional, comparados con el promedio general en los diferentes territorios.

3. Grupo 9 Procedimientos del sistema digestivo

Cuadro 6.8

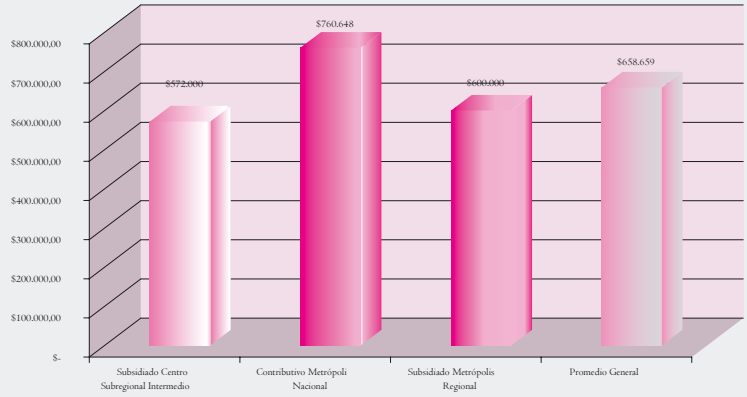
Precios promedio

Grupo 9 Para regímenes contributivo y subsidiado

Nombre de conjunto	Contributivo ($)	Subsidiado ($)	Promedio general ($)
Apendicetomía	760.648	590.667	658.659
Apendicetomía apéndice perforado más drenaje de peritonitis generalizada	1'001.658		1'001.658
Colecistectomía	774.654	825.000	808.218
Colecistectomía abierta	1'047.900		1'047.900
Herniorrafia crural		380.000	380.000
Herniorrafia epigástrica	124.711		124.711
Herniorrafia inguinal	290.360	365.000	327.680
Herniorrafia inguinal - herniorrafia umbilical	170.460		170.460
Herniorrafia inguinal bilateral	345.969		345.969
Herniorrafia susceptible de complicaciones		500.000	500.000
Herniorrafia umbilical	173.331	336.000	266.285
Herniorrafia umbilical incluye recidiva	390.257		390.257

Gráfico 6.89

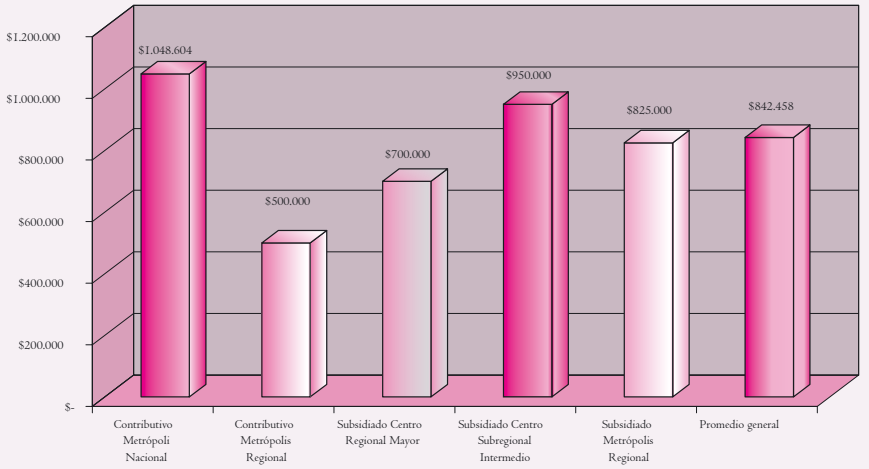
Precio promedio apendicectomía



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.90

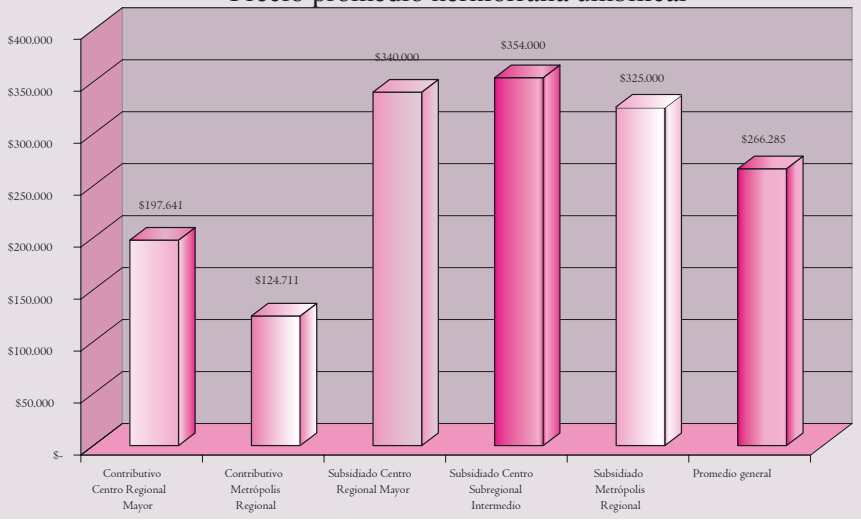
Precios promedios de colestistectomía



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.91

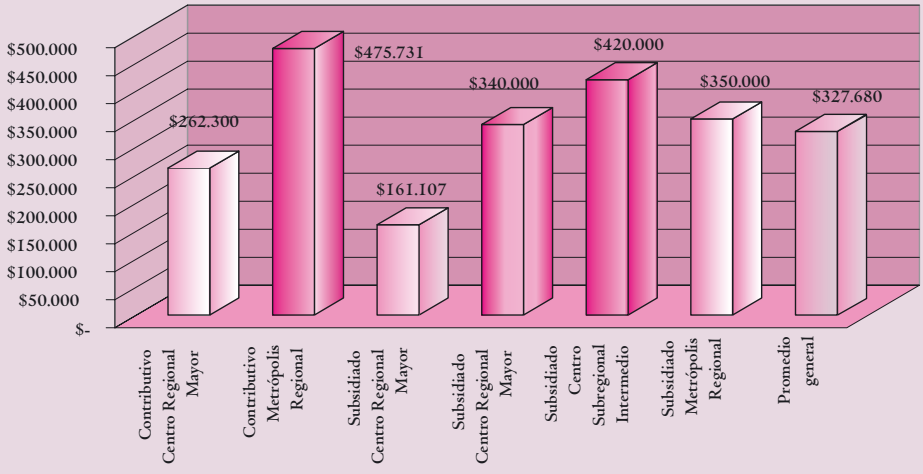
Precio promedio herniorrafia umbilical



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.92

Herniorrafia inguinal



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En el grupo de procedimientos quirúrgicos del sistema digestivo se encuentran doce tipos diferentes de conjunto integral. Todos están definidos de acuerdo con el procedimiento principal. Sin embargo, es de resaltar cómo la mayoría de ellos se diferencia según complicación o recidiva. Este tipo de contrato se encuentra tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, con precios promedio que muestran algunas diferencias importantes.

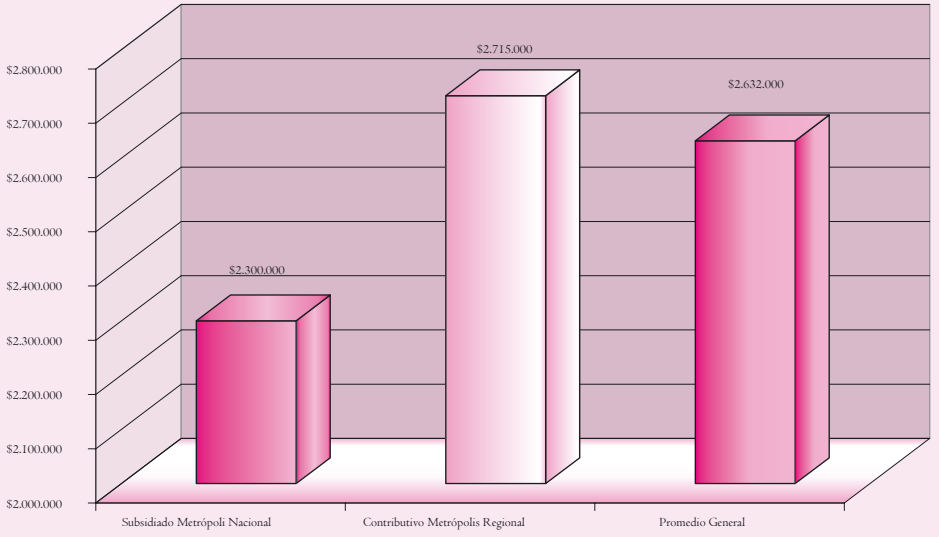
El precio promedio de apendicectomía, no muestra mayor variabilidad entre los diferentes ámbitos territoriales con una media de 658.659 pesos por caso. En relación con la colesistectomía, hay mayor variación y resalta cómo el promedio del precio del régimen contributivo en la metrópoli nacional es mayor a los demás entornos territoriales, situación que no se repite en los demás procedimientos del grupo. Este precio podría estar contaminado por una mayor disponibilidad de colesistectomía laparoscópica en los hospitales de la metrópoli que participan en el estudio. Los precios de las herniorrafias umbilical e inguinal son similares (cuadro 6.8 y gráficos del 6.89 al 6.92)

4. Grupo 10 Procedimientos del sistema urinario

Cuadro 6.9
Precios promedio diálisis

Nombre de conjunto	Precio promedio ($)
Diálisis peritoneal sesión	102.000
Paquete manejo integral mensual diálisis peritoneal	2'919.440
Hemodiálisis sesión	233.860
Hemodiálisis mensual	2'632.000
Hemodiálisis tipo bicarbonato sesión	193.841

Gráfico 6.93
Precio promedio diálisis mensual



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

La contratación por caso en los procedimientos del sistema urinario, se reduce al conjunto de la diálisis, la hemodiálisis y la peritoneal (cuadro 6.9). El conjunto en el sistema está conformado por cinco procedimientos, subdivididos en el manejo por sesión de hemodiálisis y diálisis peritoneal (gráfico 6.93).

5. Grupo 12 Sistema reproductor femenino

El grupo de sistema reproductor femenino presentó la mayor contratación por conjunto integral. Fue posible definir al menos 32 grupos de paquetes que incluyen procedimientos ligados al embarazo y parto, y quirúrgicos de ginecología (cuadro 6.10).

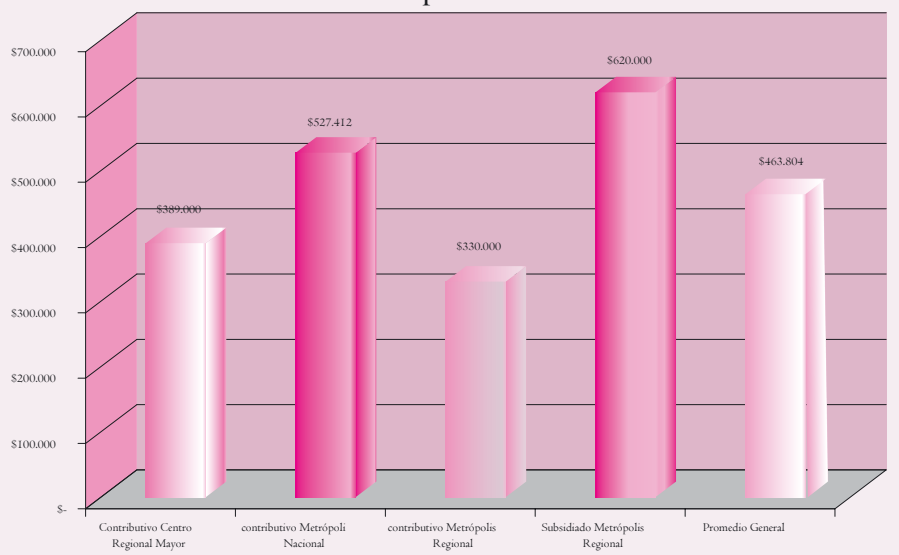
Cuadro 6.10
Precios promedio procedimiento cesárea según régimen

Nombre de conjunto	Régimen		Total general ($)
	Contributivo ($)	Subsidiado ($)	
Cesárea	432.565	620.000	463.804
Cesárea + pomeroy	545.000		545.000
Cesárea + pomeroy (no incluye honorarios médicos)	420.000		420.000
Cesárea + *salping*	524.000		524.000
Cesárea pigmentaria transperitoneal		600.000	600.000
Cesárea pigmentaria transperitoneal + pomeroy		700.000	700.000
Cesárea segmentaria		510.000	510.000
Cesárea segmentaria transperitoneal		600.000	600.000
Cesárea segmentaria transperitoneal + pomeroy		660.000	660.000

El conjunto de cesáreas incluye al menos nueve tipos de paquetes. Como se puede observar, los precios indican elevada uniformidad con diferencias importantes según el tipo de territorio estudiado (gráfico 6.94).

Gráfico 6.94

Precio promedio cesárea



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Se encontraron cuatro paquetes definidos alrededor del procedimiento legrado (cuadro 6.11), con diferentes variantes según la causa y la presencia de honorarios médicos. La variación según tipo de territorio no es muy relevante (gráficos 6.95 y 6.96)

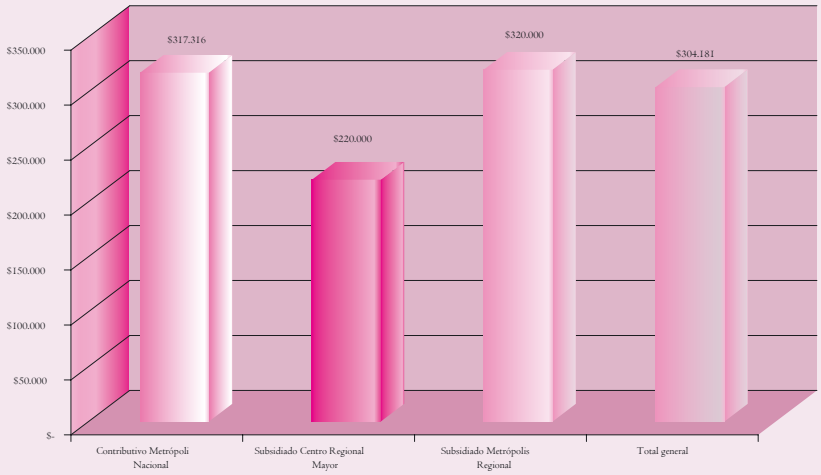
Cuadro 6.11

Precios procedimientos legrado según régimen

Nombre de conjunto	Régimen		Total general ($)
	Contributivo ($)	Subsidiado ($)	
Legrado (no incluye honorarios médicos)	160.000		160.000
Legrado diagnóstico patología	174.774		174.774
Legrado por aborto	182.800		182.800
Legrado uterino	317.316	286.667	304.181

Gráfico 6.95

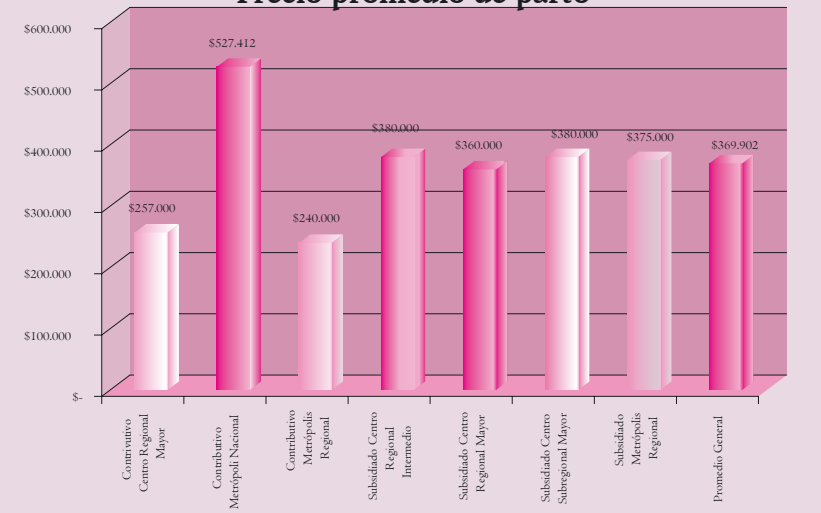
Promedio precios legrado uterino



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Gráfico 6.96

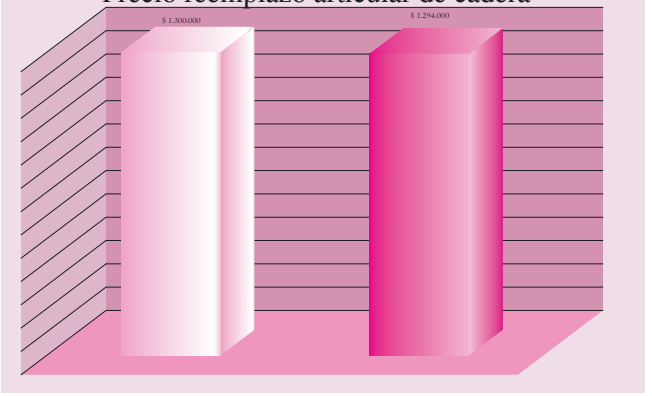
Precio promedio de parto



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

6. Grupo 13 Sistema osteomuscular

Gráfico 6.97
Precio reemplazo articular de cadera

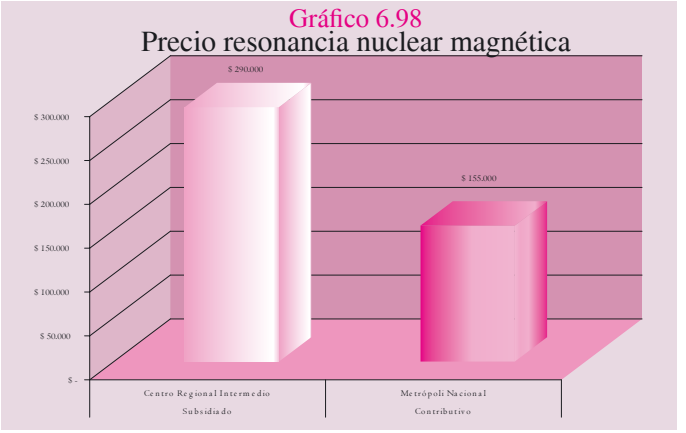


Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

Dentro del grupo de sistema osteomuscular, el conjunto integral más transado es el reemplazo articular de cadera; como se puede observar en el gráfico 6.97, su precio medio es de 1'294.000 pesos. Como sería de esperar en un procedimiento de alta tecnología, solo se contrata a nivel de metrópoli nacional y regional.

7. Grupo 15 Imagenología

Gráfico 6.98
Precio resonancia nuclear magnética



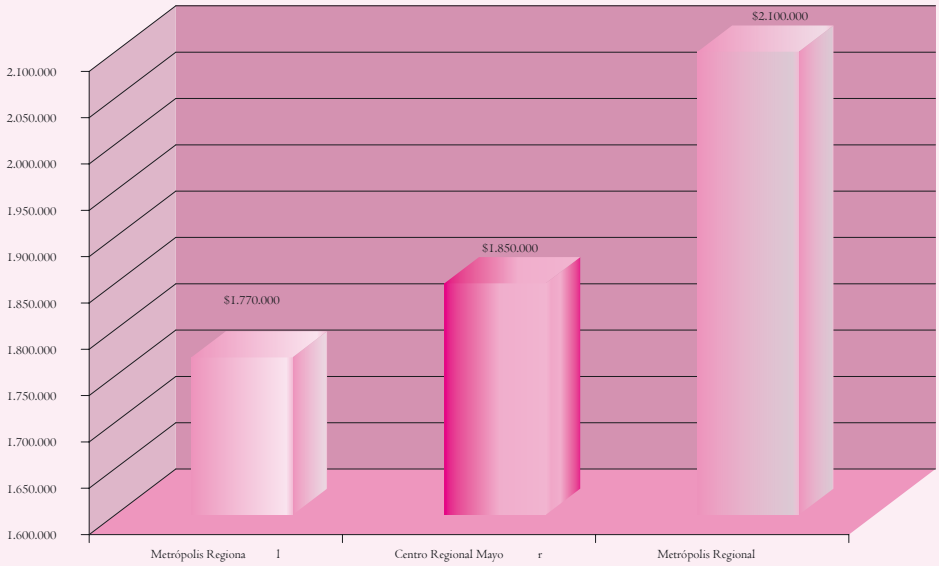
Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

En el grupo de imagenología el único procedimiento contratado de paquete es la resonancia nuclear magnética. Se encuentra una variación importante entre los dos casos de contratación hallados. Uno corresponde a un centro regional intermedio del régimen subsidiado y el otro a la metrópoli nacional del régimen contributivo

8. Grupo atención VIH/SIDA

Gráfico 6.99

Precio atención mensual paciente con VIH / SIDA



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

El grupo de atención de VIH/SIDA está conformado alrededor del diagnóstico y se compone por la atención y los diagnósticos. El precio del paquete oscila entre 1'770.000 y 2'100.000 pesos (gráfico 6.99)

9. Grupo 7 Sistema circulatorio

Cuadro 6.12
Precios sistema circulatorio

Nombre de conjunto	Régimen		Total general
	Contributivo	Subsidiado	
Angioplastia coronaria dos vasos	2'763.050		2'763.050
Angioplastia coronaria, más de dos vasos	3'990.000		3'990.000
Angioplastia coronaria un vaso	2'562.000		2'562.000
Cateterismo izquierdo con o sin angiografía	920.850		920.850
Cierre de fístula a-v		689.130	689.130
Cirugía cardiovascular (cambio valvular único mitral o aórtico)	15'372.500		15'372.500
Cirugía cardiovascular (comunicación interauricular)	10'726.600		10'726.600
Cirugía cardiovascular (comunicación interventricular)	12'128.500		12'128.500
Cirugía cardiovascular (puentes aortocoronarios)	15'954.800		15'954.800
Cirugía cardiovascular (reemplazo o construcción de dos o tres válvulas)	15'646.600		15'646.600
Cirugía cardiovascular (valvuloplastia mitral)	14'658.800		14'658.800
Colocación o retiro de catéter		384.740	384.740
Construcción de fistula arteriovenosa	239.121	620.890	430.006
Implantación de catéter subclavio o yugular	115.570		115.570
Implantación de *stent* en arteria periférica	1'656.000		1'656.000
Implantación de *stent* intracoronario	1'656.000		1'656.000
Implantación de catéter permanente		512.850	512.850
Implantación de catéter subclavio		230.410	230.410
Safenovaricectomia	244.837		244.837
Safenovaricectomia + perforantes	321.697		321.697

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. Resultados estudio indicativo de precios en el sistema general de seguridad social en salud. Informe Final. CENDEX, Documento Técnico ASS/1220-05. Julio de 2005.

En el grupo de sistema circulatorio se encontraron veinte paquetes de servicio definidos todos alrededor de procedimientos (cuadro 6.12). En este grupo se encuentran los conjuntos integrales con mayor precio unitario.

10. Paciente para tratamiento de quimioterapia

Cuadro 6.13

Precios paciente para tratamiento de quimioterapia

Evento	Precio
Pacientes de primera línea de tratamiento para quimioterapia	2'200.000
Pacientes de segunda línea de tratamiento para quimioterapia	2'500.000

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Pars – Pontificia Universidad Javeriana – Cendex Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. Resultados estudio indicativo de precios en el sistema general de seguridad social en salud. Informe Final. Cendex, Documento Técnico Ass/1220-05. Julio de 2005.

La contratación del procedimiento de quimioterapia se constató su por conjunto integral solamente en el régimen subsidiado, con los precios presentados en el cuadro 6.13. Los conjuntos están definidos por la línea de tratamiento.

F. Precios pago por capitación

La contratación por cápita se define, siempre tomando como unidad la persona. En el cuadro 6.14 se presentan los tipos de contratación per cápita encontrados.

Cuadro 6.14

Tipos de cápita y precios como porcentaje de la Upc

Plan	Upc (%)	Población contrato	Itf	Mercado
Nivel I, II y III completos	0,70	20000	Centro regional mayor	Competitivo
Nivel I y II ambulatorio medicamentos urgencias	0,40	21.462	Centro subregional mayor	Oligopólico
III nivel y alto costo menos cáncer	0,15		Centro regional intermedio	Monopólico
III nivel y alto costo	0,15	830	Centro regional intermedio	Monopólico
I, II nivel completos	0,58	4.900	Centro subregional intermedio	Monopólico
I nivel sin stent ni cv	0,08	17.337	Centro subregional intermedio	Monopólico
I nivel sin medicamentos sin PyP	0,37	1.560	Centro subregional intermedio	Oligopólico
I nivel sin medicamentos	0,27	2.802	Centro regional intermedio	Oligopólico
I nivel hospitalario Imagenología y pyp	0,15	60.744	Centro regional mayor	Oligopólico
I nivel completo	0,39	13.205	Metrópolis regional	Competitivo
I nivel completo	0,45	23.000	Metrópoli nacional	Oligopólico
I nivel completo	0,44	15.447	Metrópoli nacional	Oligopólico
I nivel completo	0,42	1.500	Centro regional mayor	Oligopólico
I nivel completo	0,39	830	Centro regional intermedio	Monopólico

Continúa

Continuación

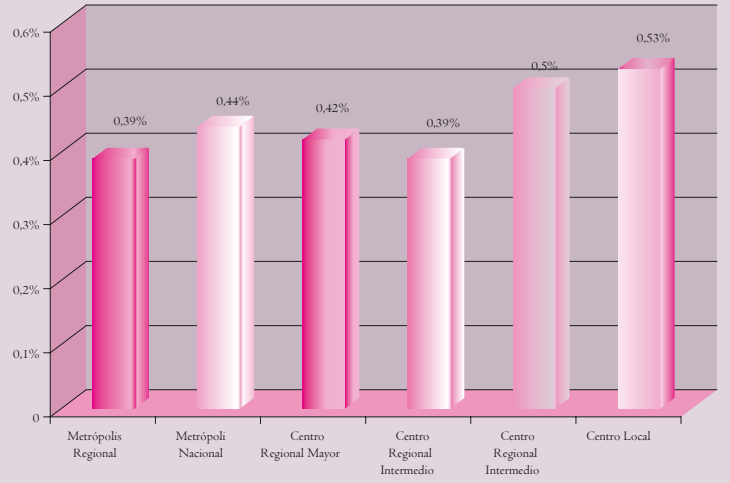
Plan	UPC (%)	Población contrato	ITF	Mercado
I nivel completo	0,50	6.570	Centro regional intermedio	Monopólico
I nivel completo		2.418	Centro local	Monopólico
I nivel completo	0,53	2.120	Centro local	Monopólico
I nivel ambulatorio y medicamentos	0,34	4.897	Centro subregional intermedio	Monopólico
I nivel ambulatorio	0,25	15.000	Metrópolis regional	Monopólico
Cardiología alto costo	0,02	830	Centro regional intermedio	Monopólico

Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. Resultados estudio indicativo de precios en el sistema general de seguridad social en salud. Informe Final. CENDEX, Documento Técnico ASS/1220-05. Julio de 2005.

Como se observa, la tipología de contratación per cápita es muy diversa y no permite comparación en los grupos de alta tecnología ni en grupos que combinen bajo nivel tecnológico con niveles intermedios muy altos.

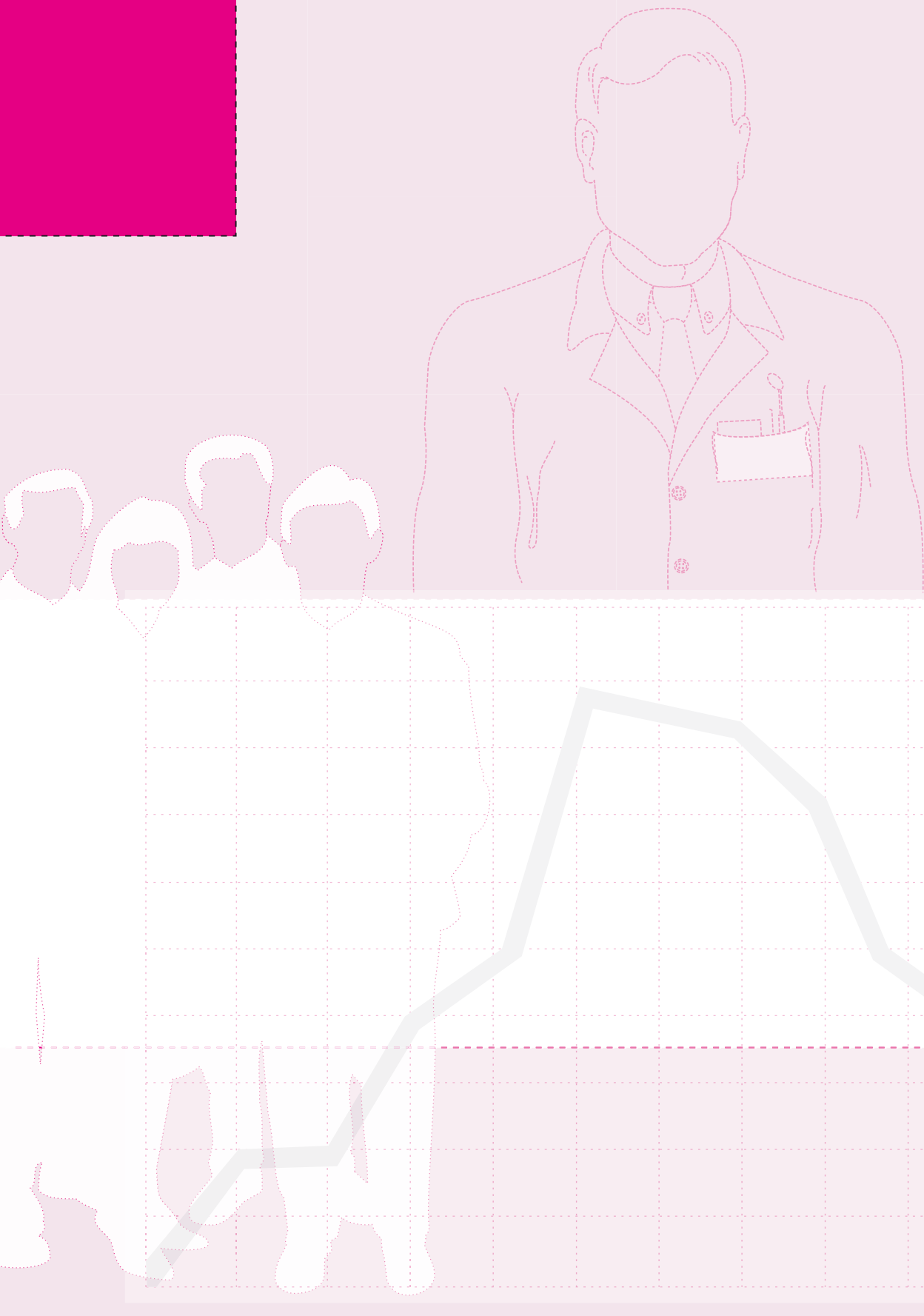
Gráfico 6.100

Porcentajes de cápitas de primer nivel según región



Fuente: Ministerio de la Protección Social – PARS – Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Amaya JL, Garavito L, Sandoval E, Vásquez ME, Venegas S. 2005. Resultados Estudio indicativo de precios en el Sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Documento técnico ASS/1220-05. Julio.

El gráfico 6.100 muestra la contratación de cápita de primer nivel completo, aa única en la que se encontró una definición homogénea. Los porcentajes indican la porción de UPC pagada, de acuerdo con los diferentes tipos de entidad territorial. Como se puede observar existe una importante variabilidad.



Capítulo 7

Condicionantes del precio

90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6

A. Tiempo de operación de la aseguradora

El tiempo transcurrido entre el establecimiento de la aseguradora en cada municipio seleccionado y la fecha del proyecto, oscila entre cuatro y diez años para la mayoría de los casos, destacándose tres y nueve años, como los tiempos más frecuentes.

B. Naturaleza de la aseguradora según ánimo de lucro

La mayoría de las aseguradoras son entidades promotoras de salud, seguidas por las cajas de compensación. Solo cuatro aseguradoras se clasifican como "públicas" dentro de las categorías establecidas en el formulario.

C. Segmentos del mercado de aseguramiento

En la mayoría de los casos, las aseguradoras solamente cubren un régimen de atención en salud, ya sea el subsidiado o el contributivo. De otra parte, el cubrimiento de la medicina prepagada únicamente lo realizan dos empresas que pertenecen al régimen contributivo, por lo que se observa una alta especialización en uno de los dos regímenes en salud dentro del sistema.

D. Integración vertical

El gran porcentaje de empresas estudiadas no posee propias, solo la minoría presenta integración vertical para los niveles I y II. Otras son dueñas de la infraestructura de la institución prestadora y los profesionales que laboran son contratados por la

Eps, lo que significa que se presenta una figura de outsourcing o administrada.

E. Proporción de integración vertical

Dado que son pocas las entidades aseguradoras que poseen propias, esta pregunta solamente fue respondida por unas pocas aseguradoras. No obstante, entre las respuestas obtenidas, los porcentajes son: para nivel I: 18%, 28,25%, 8,5% de la Upc-C y para nivel II: 18%.

F. Presencia de alianzas estratégicas

Algunas aseguradoras presentan alianzas estratégicas en términos de la exclusividad en la atención de los usuarios, ubicación de la imagen corporativa, y un punto que sirve para orientar y referir hacia los niveles superiores, ofreciendo así integralidad en el servicio y evitando el desplazamiento de los afiliados o beneficiarios.

Para los niveles II, III y IV hospitalario, la alianza en algunos casos, consiste en el alquiler de un piso para el uso exclusivo de los usuarios de la Eps, ubicación de la imagen corporativa y un punto de atención anexo a las urgencias de la clínica, en el que se ofrece el servicio de consulta prioritaria. La aporta el espacio y la Eps el profesional y el sistema de información.

Otras aseguradoras, cuentan con alianzas estratégicas para todos los niveles, resultado de la sociedad entre prestadores y Eps. Otra forma de alianza en todos los niveles, consiste en la contratación a largo plazo por volumen de usuarios y cantidad de servicios que se requieren. También existen las de

Varias aseguradoras tienen en las políticas de su entidad, una negociación que se basa en un gana-gana para las partes y se ajusta a la normatividad vigente que establece un porcentaje mínimo de contratación. Esta política busca un equilibrio entre las expectativas de las partes, a partir de un acuerdo entre tarifas, disponibilidad de la capacidad instalada, calidad de la atención, oportunidad en el pago y facilidad en los trámites administrativos, para el proceso de autorizaciones y auditoría, entre otros.

largo plazo para servicios específicos como diálisis que superan los cinco años.

Una categoría de alianzas se establece con ciertos prestadores, resultado de contar con una unión temporal por la cual perciben cerca del 25% del valor facturado. La alianza se constituye por la posibilidad de la aseguradora de remitir o asignar usuarios.

Para los niveles I y II, ciertas alianzas tienen que ver con la condición de socios de las entidades y se traduce en la atención exclusiva para los afiliados y beneficiarios de la EPS. Es importante señalar que la alianza se circunscribe a una estrategia comercial de crecimiento para las partes. Por último, existe un tipo de alianza "natural", que consiste en el direccionamiento de los usuarios de una misma zona geográfica dentro del municipio a una en particular, zonificando así los usuarios del asegurador.

G. Diferenciación de precios según prestador

De las respuestas obtenidas para el primer nivel, existe una distribución más o menos homogénea entre precios similares y proveedores exclusivos. Dichas respuestas representan el 83% de las encuestas del nivel. Solo el 17% de las mismas corresponden a precios diferenciales.

Para el nivel II, el 63% de las respuestas presentan precios similares en las contrataciones por parte de las aseguradoras con diferentes prestadores, el 26% de las EPS y ARS muestran precios diferenciales y el 10% revela tener proveedores exclusivos para este nivel.

En el nivel III de atención, la distribución de porcentajes según las respuestas obtenidas mediante la encuesta, son: 56% precios diferenciales, 40% precios similares y 3% proveedores exclusivos.

Para el nivel IV de atención, los precios diferenciales se encuentran presentes en el 73% de las encuestas, los precios similares en el 23% y los proveedores exclusivos representan el 3%.

H. Opciones de diferenciación

Las opciones de respuesta para esta pregunta podían ser: por volumen, por agregados de calidad, por existencia de alianzas estratégicas o por la obligatoriedad en la contratación.

La investigación da a conocer que el 35% de las respuestas obtenidas corresponden a diferenciaciones de precios por volumen de individuos atendidos, el 28% provienen de diferencias de precios de acuerdo con agregados de calidad, el 21% hace referencia a diferenciaciones ocasionadas por la presencia de alianzas estratégicas, y el 15% por obligatoriedad en la contratación.

I. Poder de negociación

Las opciones de respuesta para esta pregunta podían ser: la aseguradora, el prestador, el ente territorial o ambas.

El 37% de las encuestas revelan que la Eps o Ars tiene más poder de decisión en la negociación del contrato, el 34% muestra que el poder de decisión es igual entre asegurador y prestador, el 18% indica que la lleva el liderazgo al momento de pactar los precios contractuales, y solo un 9% muestra un poder de decisión del ente territorial en la fijación de los precios sobre todo para el primer nivel de atención.

J. Fuentes de poder de negociación

La obligatoriedad en la contratación con la pública es regulada en la norma, sobre todo en los niveles I y II de atención. Esta posición no solo se traduce en tarifas diferenciales, sino en la exigencia de contratar todos los servicios que tiene la Ese, que se encuentren contenidos en el Pos-S y no con otros proveedores privados, como los servicios de odontología o medicina general. Así mismo, desempeña un papel importante, la conformación de asociaciones de que forman un solo frente común para presionar a las Ars, lo que le proporciona al prestador ventajas en la negociación.

Para el III y IV nivel, el poder de negociación se encuentra en promedio distribuido de forma equitativa, resultado de la sobreoferta de servicios con condiciones de calidad similares.

El ente territorial por ser el dueño de los afiliados, establece porcentajes de contratación so pena de terminar las relaciones contractuales. La por ser monopolio en el municipio y contar con el respaldo normativo impone sus condiciones porcentuales de contratación.

Algunas aseguradoras presentan alianzas estratégicas en términos de la exclusividad en la atención de los usuarios, ubicación de la imagen corporativa, y un punto que sirve para orientar y referir hacia los niveles superiores, ofreciendo así integralidad en el servicio y evitando el desplazamiento de los afiliados o beneficiarios.

Varias aseguradoras tienen en las políticas de su entidad, una negociación que se basa en un gana-gana para las partes y se ajusta a la normatividad vigente que establece un porcentaje mínimo de contratación. Esta política busca un equilibrio entre las expectativas de las partes, a partir de un acuerdo entre tarifas, disponibilidad de la capacidad instalada, calidad de la atención, oportunidad en el pago y facilidad en los trámites administrativos, para el proceso de autorizaciones y auditoría, entre otros.

Dentro de esta práctica del gana-gana, la mayoría de las aseguradoras negocian con las excepto cuando existe un único prestador en su nivel de complejidad; en este caso la tiene más poder de negociación en algunos aspectos. Algunas aseguradoras argumentan que el gana-gana es resultado de la experiencia de más de siete años de negociaciones con la misma red, relación que se ha traducido en confianza, conocimiento y crecimiento de las partes.

K. Habilitación de IPS

La mayoría de las aseguradoras arguyen que el 100% de su red se encuentra habilitada o cuentan con formulario de inscripción. Unas pocas manifiestan tener formulario único de habilitación, pero no han sido certificadas por parte de la Secretaría de Salud.

Un porcentaje mínimo de aseguradoras dice no tener habilitadas las de nivel I, habiendo realizado tan solo la declaración ante la Dirección Departamental de Salud.

L. Factores de ajuste anual del precio

En el cuadro 7.1 se muestran los principales factores que inciden en el ajuste anual de precios.

Cuadro 7.1

Factores que inciden en el ajuste anual de precios

Nivel I

- Porcentaje de ejecución.
- Upc efectivamente recibida.
- I, si es público a tarifa Soat; Si es privado a Tarifa Iss 2001 menos un % de descuento.
- La Ars propende porque el incremento esté de acuerdo con el de la Upc-S o el Ipc, o Estudio de frecuencias a partir de los Rips; sin embargo, la red pública no sustenta el incremento con base en estos lineamientos técnicos; situación que dificulta el proceso de negociación.
- Indicadores de gestión y ajuste de la Upc-S.
- Son políticas nacionales; a comienzos del año se evalúan los rendimientos y la situación de la empresa el año anterior y de acuerdo con eso, la aseguradora evalúa los incrementos y los negocian con cada .
- Es una renovación automática; sin embargo, el porcentaje de aumento para el siguiente año está sujeto a los resultados de los indicadores de la aseguradora

Nivel 2

- Ajuste manual tarifario Soat o Iss
- Si es público a tarifa Soat; si es privado a tarifa Iss 2001 menos un descuento.
- La Ars propende porque el incremento sea de acuerdo con incremento de la Upc-S o el Ipc, o Estudio de frecuencias a partir de los RIPS; sin embargo, la red pública no sustenta el incremento con base en estos lineamientos técnicos; situación que dificulta el proceso de negociación.
- Indicadores de gestión y ajuste de la Upc-S.
- El ajuste anual de precios se basa en el incremento de la Upc.
- Incremento manual de tarifas Iss y Soat. Si los manuales no presentan ajustes las tarifas se mantienen, independiente del inicio de un nuevo periodo de contratación.
- Son políticas nacionales; a comienzos del año se evalúan los rendimientos y la situación de la empresa el año anterior y de acuerdo con eso, la aseguradora evalúa los incrementos y los negocian con cada una de las Ips.
- Es una renovación automática, sin embargo, el porcentaje de aumento para el siguiente año está sujeto a los resultados de los indicadores de la aseguradora.

Nivel III

- Ajuste manual tarifario Soat o Iss.
- Descuentos por pronto pago.
- Ajuste del manual Soat o incremento de un porcentaje sobre el manual Iss 2001, con base en los lineamientos técnicos.
- Indicadores de gestión y ajuste de la Upc-S.
- El ajuste anual de precios se basa en el incremento de la Upc.
- Incremento manual de tarifas Iss y Soat. Si los manuales no presentan ajustes las tarifas se mantienen, independiente del inicio de un nuevo periodo de contratación.
- Son políticas nacionales a comienzos del año se evalúan los rendimientos y la situación de la empresa el año anterior y de acuerdo a eso la aseguradora evalúa los incrementos y negocia con cada una de la .
- Es una renovación automática, sin embargo, el porcentaje de aumento para el siguiente año está sujeto a los resultados de los indicadores de la aseguradora.

Nivel IV

- Ajuste manual tarifario Soat o Iss.
- Descuentos por pronto pago.
- Si es público, a tarifa Soat menos un porcentaje. Si es privado, a tarifa Iss 2001 menos un descuento.
- Indicadores de gestión, ajuste de la Upc-S, manual tarifario Iss.
- El ajuste anual de precios se basa en el incremento de la Upc.
- Incremento manual de tarifas Iss y Soat. Si los manuales no presentan ajustes, las tarifas se mantienen, independiente del inicio de un nuevo periodo de contratación.
- Son políticas nacionales; a comienzos del año se evalúan los rendimientos y la situación de la empresa el año anterior y de acuerdo con eso, la aseguradora evalúa los incrementos y negocia con cada una de las Ips
- Generalmente no se incrementan las tarifas acordadas en el periodo anterior; para la nueva vigencia, su incremento depende del Ipc, previa solicitud y justificación del prestador.
- Es una renovación automática, sin embargo, el porcentaje de aumento para el siguiente año está sujeto a los resultados de los indicadores de la aseguradora.

M. Sistema de auditoría

Casi la totalidad de las aseguradoras involucradas en el estudio, con excepción de una, implementan tanto auditoría de cuentas médicas como concurrente. Sin embargo, algunas realizan procesos de auditoría adicionales como: auditoría de historia clínica, pertinencia, facturación, farmacia y autorizaciones.

Una de las aseguradoras del estudio promueve la auditoría de primer orden, es decir que las realicen su propia auditoría basada en unos indicadores que el asegurador establece. Así mismo, lleva a cabo la auditoría de segundo orden, donde se revisan los indicadores que ellos han enviado y se evalúan algunos casos específicos para mirar cumplimiento de protocolos y evaluar pertinencias.

La auditoría concurrente en muchas empresas se realiza en todos los niveles hospitalarios; se asignan I ó 2 auditores por para verificar la pertinencia y la facturación, disminuyendo así el porcentaje de objeciones o glosas.

Ciertas empresas que ejecutan una auditoría concurrente en las de II, III y IV nivel, expresan que al momento de la radicación, el 90% de las cuentas ya están preauditadas. La auditoría es más enfocada a calidad que a glosas.

Otra forma no generalizada de auditoría, es la interventoría del contrato que implica seguimiento administrativo y de calidad, así como análisis de los eventos adversos, la suficiencia y la oportunidad de la y verificación de las condiciones técnico-científicas. También se realizan visitas trimestrales de seguimiento contractual y verificación de la red de servicios.

Unas pocas aseguradoras ejecutan auditoría interna de procesos administrativos y una auditoría de mejoramiento continuo de la calidad y de garantía de calidad (cumplimiento de indicadores de calidad, oportunidad para realizar procedimientos quirúrgicos, oportunidad para asignación de citas, porcentaje de cancelación procedimientos qx., etc). Esta se realiza en las IPS

En la mayoría de los casos, las aseguradoras solamente cubren un régimen de atención en salud, ya sea el subsidiado o el contributivo. De otra parte, el cubrimiento de la medicina prepagada únicamente lo realizan dos empresas que pertenecen al régimen contributivo, por lo que se observa una alta especialización en uno de los dos regímenes en salud dentro del sistema.

Otra modalidad de auditoría la ejerce el auditor de comité técnico científico y tutelas: su control recae sobre los medicamentos no Pos solicitados y de las tutelas.

Por último, la revisión de red es un procedimiento de auditoría que se realiza y su fin es verificar que los documentos legales soporte, se encuentren vigentes y anexos al contrato. Además, un enfermero de red verifica que se cumpla con los requisitos de infraestructura establecidos en la habilitación y los indicadores de calidad de la Eps.

N. Tipo de renovación en los contratos

La mayoría de contratos presentan prórrogas automáticas. A pesar de ello, algunas Eps y Ars solo presentan prórrogas de contratos por medio de otrosí en el IV nivel. Por su lado, algunas aseguradoras no utilizan el mecanismo de renovación automática sino que realizan procesos de liquidación y terminación de cada periodo contractual, y elaboran nuevos contratos para el periodo siguiente.

Otras solo utilizan prórroga automática en el caso de un contrato de administración con el ente territorial, que implicaría prórroga de los contratos de prestación de servicios, por la misma vigencia. Unas pocas entidades diseñan, para los niveles I, II y III, nuevos contratos, y para el nivel IV, prórroga automática. Algunas entidades llevan a cabo prórrogas automáticas y los ajustes al anexo tarifario los establecen mediante otrosí. En general, la figura del otrosí es utilizada para actualizar tarifas y vigencia de las minutas ya concertadas.

¿La ubicación de la facturación se encuentra en el nivel central o es posible acceder a ella desde las oficinas descentralizadas de las aseguradoras?

El 42% de las respuestas obtenidas apuntan hacia una ubicación de las facturas en el nivel central, mientras que para el 57% de las operaciones la facturación se encuentra descentralizada.

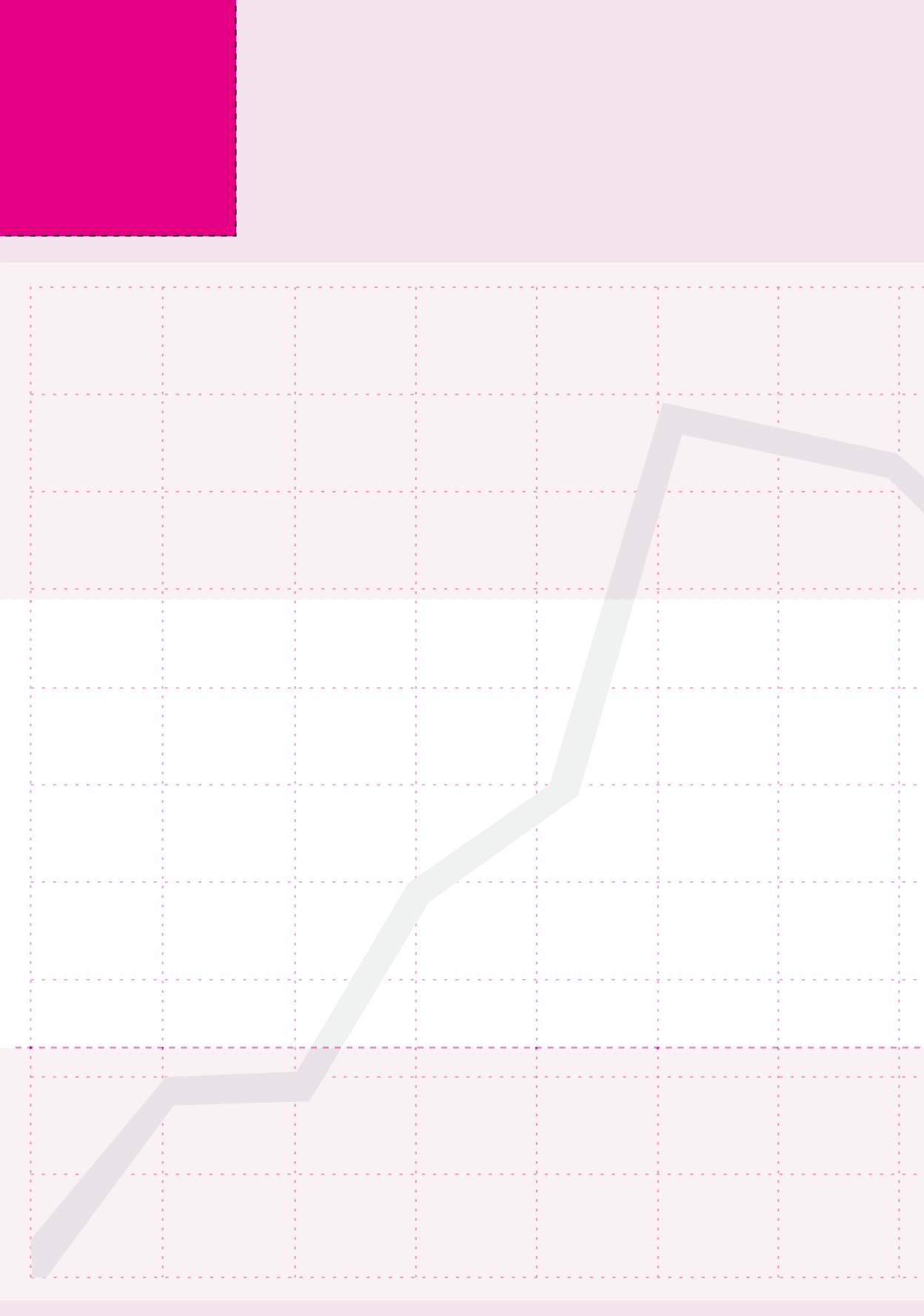
¿En la negociación de los contratos, los precios son pactados a nivel central, departamental, o se tiene libertad de negociación?

El mayor porcentaje de los precios entre asegurador y prestador son pactados a nivel central. En algunos casos se dejan ciertas libertades a las sucursales departamentales o municipales, pero de acuerdo con una política nacional ya establecida. Así mismo, existen ciertas mezclas o combinaciones como la colocación de las tarifas de los niveles I, II y III por parte del nivel descentralizado y el IV nivel por el nivel central. A continuación se presentan las respuestas que mostraron una mayor frecuencia:

Las políticas nacionales establecidas hacen referencia a parámetros de contratación emitidos por el nivel central, como son techos tarifarios, estándares de calidad y modalidades de contratación por nivel; sin embargo, la regional cuenta con un margen de negociación, según las condiciones del mercado.

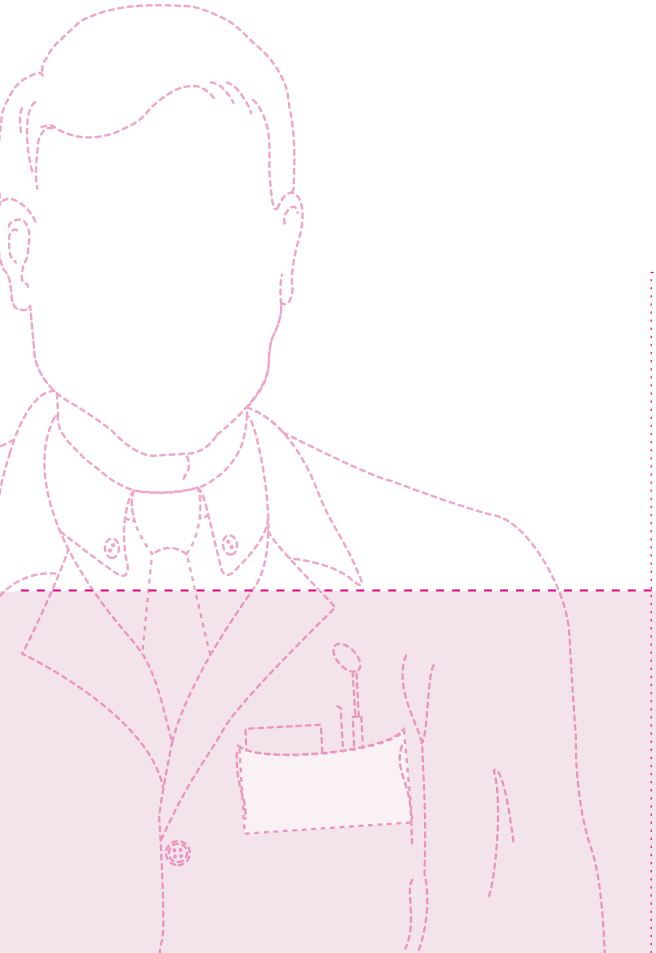
En otros casos la secuencia de formación de precios no comienza por el nivel central sino que la negociación se inicia en el municipio, según los parámetros establecidos a comienzos de año por la empresa, luego deben pasar al aval de la regional y luego por el aval nacional. La negociación la define la regional pero debe tener el visto bueno de la nacional.

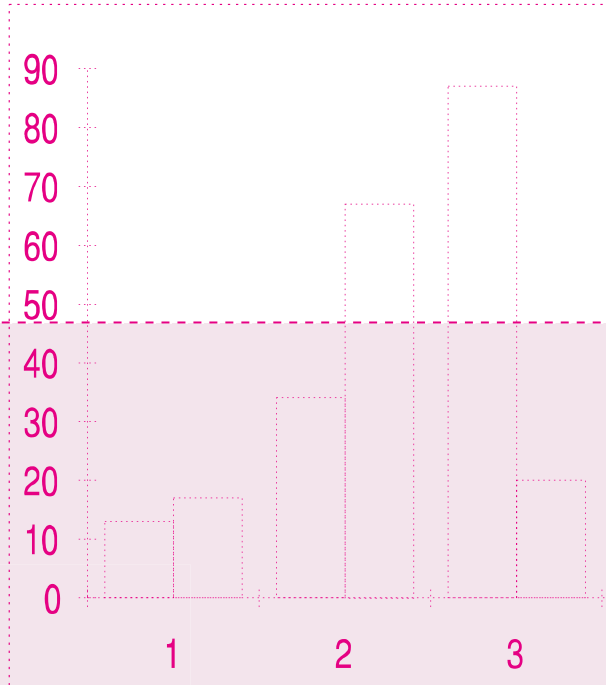
En pocas empresas, la regional define unos parámetros de contratación dependiendo de las condiciones de operación de su red y la capacidad resolutiva de la misma. Cada regional por delegación de la gerencia general tiene autonomía para contratar los niveles I y II de atención. La gerencia general contrata el nivel III y IV de atención para todo el país de acuerdo con las condiciones de cada región.



Tercera Parte

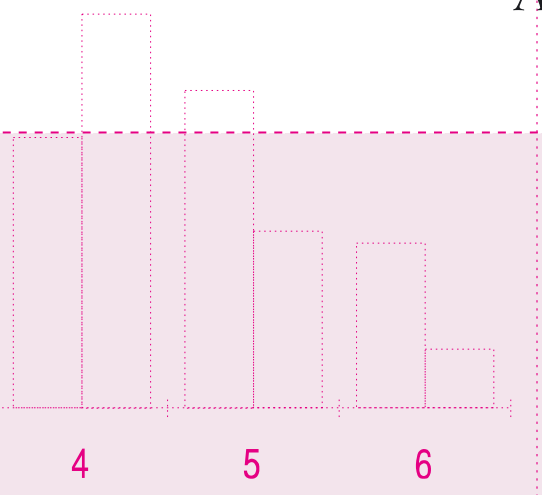
Mecanismos y procesos contractuales en salud




90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3

Capítulo 8

Análisis de la contratación de servicios de salud



A. Contratos entre aseguradores y prestadores

Desafortunadamente en el país no se recolecta de manera sistemática información sobre contratos entre aseguradores y prestadores para la provisión de servicios de salud. Esta deficiencia es, particularmente, notable en la contratación entre aseguradores y hospitales privados. La mejor información disponible sobre contratos corresponde a la contratación entre entes territoriales y hospitales públicos. A continuación se presenta el análisis sobre dichos contratos para los años 2002 y 2003, que aún cuando se reconoce parcial, puede brindar elementos para la comprensión sobre las variables que influyen en la contratación, los tipos de contratos y su valor monetario.

En Colombia, la Superintendencia Nacional de Salud se ha encargado de sistematizar algunas variables de monitoreo a la contratación que adelantan las entidades territoriales con instituciones de salud. Dicha información se convierte en un bastión importante para realizar evaluación a la contratación que se realiza a este nivel. Sin embargo, esta iniciativa corresponde a un esfuerzo inicial, por lo que el conjunto de variables seleccionado permite realizar un acercamiento superficial, mas no profundización sobre el tema. A continuación se presentan las variables inicialmente contenidas en la base de datos:

- Departamento: nombre – texto
- Municipio: nombre – texto
- Vigencia fiscal: 2002, 2003, enero a marzo de 2004
- Periodo: nombre mes inicio y fin
- Número contrato: alfanumérico
- Nombre : nombre – texto
- Nit : numérico
- Naturaleza jurídica: no definida, mixta, pública, privada

- Fecha inicio contrato: numérico
- Fecha final contrato: numérico
- Valor total contrato: numérico
- Tipo contrato: capitación, conjunto integral de atención, evento, otros, no definido
- Valor servicios primer nivel de atención: numérico
- Valor servicios otros niveles de atención: numérico.

La base de datos está compuesta por doce variables básicas descriptivas de un contrato, no obstante carece de elementos como: objeto, tipo de institución, ejecución presupuestal, resultados obtenidos.

Para efectos del análisis se decidió tomar únicamente los periodos de 2002 y 2003 por tratarse de una serie anual completa, es decir se excluye el primer trimestre de 2004.

Al realizar la depuración inicial de la información, se encontraron errores persistentes de digitación en la información, especialmente en los campos: nombre de , Nit , fecha inicio del contrato y fecha fin del contrato, lo que hizo necesario realizar ajustes sobre la misma. Por las pérdidas y el subregistro de información presente de un periodo a otro, no se realizan comparaciones entre los mismos, se analizan de manera independiente.

El universo de estudio se encuentra compuesto por 318 y 307 contratantes para 2002 y 2003 respectivamente, dentro de los que se encuentran municipios descentralizados y entidades departamentales. Las instituciones de salud contratadas suman 1002 y 749 para los periodos de estudio. Como se observa en el cuadro 8.1, el mecanismo más común de contratación es pago por evento, ocupando casi el 50% en 2002 y 60% en 2003. El conjunto integral de atención representa un porcentaje inferior al cuarto de la contratación total en los dos periodos.

Los departamentos ausentes en 2003 son: Arauca, Chocó, Córdoba, Distrito de Santa Marta, Guianía, Magdalena, San Andrés Islas, Vaupés y Vichada. Departamentos que reasentaron el

8% de la contratación en 2002 y 4% del monto total reportado en el mismo año.

Cuadro 8.1

Unidades generales

Año	Departamentos	Contratantes	Instituciones de salud	Contratos				
				Cápita	Conjunto integral	Evento	Otros	Total
2002	36	318	1002	474	156	660	116	1406
				33,7%	11,1%	46,9%	8,3%	100,0%
2003	28	307	749	257	139	697	56	1149
				22,4%	12,1%	60,7%	4,9%	100,0%

El valor total registrado en contratación suma para 2002 cerca de 755.000 millones de pesos, donde más del 40% no tiene contratos con modalidad de pago por evento. El conjunto integral de atención en este periodo representa el 6,5% con 49.000 millones de pesos, como se observa en el cuadro 8.2

Cuadro 8.2

Montos de contratación por modalidad de contrato

Vigencia fiscal	Tipo contrato				
	Capitación	Conjunto integral de atención	Evento	Otros	Total general
2002	192.530'280.871	49.109'388.870	317.683'335.491	195.757'900.430	755.080'905.662
2003	120.557'758.593	98.353'505.445	279.819'473.375	25.287'807.161	524.018'544.574
Total general	**313.088'039.464**	**147.462'894.315**	**597.502'808.866**	**221.045'707.591**	**1"279.099'450.236**

Al analizar la asignación de recursos por tipo de servicio se encuentra que el 60% de estos se utilizan en servicios de niveles diferentes de atención al primer nivel, donde el mecanismo más utilizado es el pago por evento.

Así mismo, al observar en el cuadro 8.3 el total general de recursos y contrastarlo con los resultados del cuadro 8.2 se encuentran diferencias asociadas a la forma de registrar la información.

Cuadro 8.3

Montos de contratación por tipo de servicio y contrato

Tipo contrato	2002		2003	
	Primer nivel de atención	Otros niveles de atención	Primer nivel de atención	Otros niveles de atención
Capitación	82.436'842.257	109.684'468.326	58.658'028.975	61.792'320.846
Conjunto integral de atención	41.273'530.285	6.707'333.002	55.354'775.442	42.664'986.684
Evento	91.278'933.271	233.864'878.312	60.138'519.884	232.120'665.518
Otros	63.553'204.709	143.755'136.158	32.164'626.719	2.620'198.125
Total general	278.542'510.522	494.011'815.798	206.315'951.019	339.198'171.173
	772.554'326.320		**545.514'122.192**	

La mayor cantidad de recursos se asigna a instituciones públicas, con porcentajes superiores al 80% en los dos periodos de estudio. Seguida por instituciones privadas y de economía mixta, como se presenta en el cuadro 8.4.

Cuadro 8.4

Montos de contratación por naturaleza jurídica

Naturaleza jurídica	2002		2003	
	$	%	$	%
Mixta	429'427.412	0,1	1.054'427.204	0,2
Privada	67.294'548.940	8,9	85.207'745.166	16,3
Pública	685.753'940.823	90,8	437.756'372.204	83,5
No clasificadas	1.602'988.487	0,2		0,0
Total general	**755.080'905.662**	**100,0**	**524.018'544.574**	**100,0**

Al observar el tipo de instituciones con que se contrata, se pueden establecer diferencias de acuerdo con el objeto de cada una, por lo que se realizó una clasificación de acuerdo con la misma (cuadro 8.5). Los recursos son destinados principalmente a las , sumando casi el 99% de la contratación total en 2002 y el 98% en 2003. Los porcentajes restantes se distribuyen entre ayudas diagnósticas, medicamentos y otros. También se presentan Ars, Ccf y Eps; al no tener el objeto del contrato no fue posible determinar la finalidad de estos o si se trató de un error en el registro.

Cuadro 8.5

Montos de contratación por objeto de institución

Tipo institución	2002		2003	
	$	%	$	%
Ars	531'792.795	0,1		0,0
Ayudas diagnósticas	2.451'751.000	0,3	1.154'957.689	0,2
Ccf	333'651.027	0,0	202'000.000	0,0
Eps	1.598'293.754	0,2		0,0
Individuo	1.770'391.059	0,2	8.695'405.724	1,7
Ips	719.199'284.110	95,2	466.177'303.241	89,0
Ips - Centros de salud	14.703'668.278	1,9	10.173'740.218	1,9
Ips – no explícito	12.211'240.475	1,6	36.052'097.452	6,9
Medicamentos	680'209.167	0,1	723'966.757	0,1
Otros	1.600'623.997	0,2	839'073.493	0,2
Total general	**755.080'905.662**	**100,0**	**524.018'544.574**	**100,0**

De acuerdo con el valor de los contratos, se realizó una clasificación por rangos de valor, en el cuadro 8.6 se presentan las cantidades de contratos de acuerdo con estos rangos. Los resultados se encuentran de acuerdo con lo esperado, es decir, los centros de ayudas diagnósticas y las centros de salud tienen la mayor parte de sus contratos en rangos que no superan los 300 millones de pesos. Por el contrario, las tienen su mayor concentración de contratos entre 0 y 100 millones y tienen la mayor participación en el rango de mayores a 2.000 millones de pesos.

Cuadro 8.6
Cantidad de contratos por rangos

Año	Tipo institución	0-100 millones	100-300 millones	300-500 millones	500-1.000 millones	1.000-2.000 millones	Mayores a 2.000 millones
2002	ARS	1		1			
	Ayudas diagnósticas	37	8				
	CCF	4	1				
	EPS	5	2	1	1		
	Individuo	50			1		
	IPS	401	273	100	104	53	87
	IPS - centros de salud	157	31	5	3		1
	IPS – no explícito	35	12	1	3		2
	Medicamentos	8	3				
	Otros	11	2	1	1		
	Total general	709	332	109	113	53	90
2003	ARS						
	Ayudas diagnósticas	38	2				
	CCF	3	1				
	EPS						
	Individuo	45	7	2			1
	IPS	336	215	93	85	39	50
	IPS - centros de salud	32	17	7	3	1	
	IPS – no explícito	83	25	7	4	2	5
	Medicamentos	15	1				
	Otros	29	1				
	Total general	581	269	109	92	42	56

En el cuadro 8.7 se relaciona el valor acumulado de la contratación por tipo de institución y rango. Como se observa, la contribución más importante para las se tiene en contratos cuyo rango es mayor a 2.000 millones de pesos. En el caso de los centros de salud y proveedores de medicamentos se concentra en contratos que oscilan entre 100 y 300 millones.

Cuadro 8.7

Montos acumulados por rangos de contratación

Año	Tipo institución	0 – 100 millones	100-300 millones	300-500 millones	500-1.000 millones	1.000-2.000 millones	Mayores a 2.000 millones
2002	Ars	88'632.660		443'160.135			
	Ayudas diagnósticas	1.062'376.000	1.389'375.000				
	Ccf	105'000.000	228'651.027				
	Eps	165'451.479	335'598.872	467'243.403	630'000.000		
	Individuo	1.042'588.705			727'802.354		
	Ips	13,689'839.223	46.889'872.725	37.786'899.457	68.880'542.153	79.879'480.152	472.072'650.400
	Ips - centros de salud	2,749'496.682	5.252'589.469	1.658'307.490	1.984'326.912		3.058'947.725
	Ips – no explícito	866'047.955	1.936'456.032	361'416.968	2.264'906.650		6.782'412.870
	Medicamentos	290'209.167	390'000.000				
	Otros	217'709.949	410'914.048	380'000.000	592'000.000		
	Total general	**20.277'351.820**	**56.833'457.173**	**41.097'027.453**	**75.079'578.069**	**79.879'480.152**	**481.914'010.995**
2003	Ars						
	Ayudas diagnósticas	904'957.689	250'000.000				
	Ccf	97'000.000	105'000.000				
	Eps						
	Individuo	914'016.433	1.309'061.887	896'853.097			5.575'474.307
	Ips	11.388'505.128	38.318'243.738	34.314'935.523	55.461'929.538	54.369'545.574	272.324'143.739
	Ips - centros de salud	1.192'467.576	3.051'591.336	2.494'345.694	2.214'882.231	1.220'453.381	
	Ips – no explícito	2.790'334.138	4.527'860.322	2.852'654.000	3.037'035.870	2.379'010.005	20.465'203.117
	Medicamentos	623'419.757	100'547.000				
	Otros	720'705.396	118'368.097				
	Total general	**18.631'406.117**	**47.780'672.380**	**40.558'788.314**	**60.713'847.639**	**57.969'008.960**	**298.364'821.163**

Los periodos de contratación van desde 0 hasta 24 meses, existe una pérdida de información en esta variable de 3,3 y 7% en 2002 y 2003 respectivamente. Los montos más grandes de contratación se dan en contratos con periodos superiores a siete meses, los mismos que ocupan los porcentajes más importantes de contratación (cuadro 8.8).

Cuadro 8.8

Periodos de contratación

Rango meses	2002		2003	
	Número	Monto	Número	Monto
1	63	1.912'891.244	95	9.162'889.829
2	51	6.491'335.034	52	8.479'767.699
3	66	16.958'051.444	46	5.563'045.882
4	140	10.489'944.725	58	14.090'571.383
5	70	11.808'303.692	65	18.491'900.365
6	95	22.666'743.443	74	5.124'612.527
7	875	680.927'026.239	682	454.002'694.613
N.A	47	3.826'609.841	79	9.103'062.275
Total	**1.407**	**755.080'905.662**	**1.151**	**524.018'544.574**

Los contratos con periodos de contratación mayores se concentran en instituciones públicas (cuadro 8.9). Cabe destacar que los contratos con periodos más largos de contratación no corresponden necesariamente a los de mayor monto.

Cuadro 8.9

Montos de contratación por objeto de institución

Naturaleza jurídica	Rango valor 2	2002		2003	
		Número	Monto	Número	Monto
Mixta	1	1	18'136.773	1	76'003.284
	4	1	162'798.130	1	28'000.000
	7	2	248'492.509	7	935'423.920
	N.A			1	15'000.000
Total mixta		**4**	**429'427.412**	**10**	**1.054'427.204**
Privada	1	33	971'183.600	45	4.226'439.116
	2	21	4.500'592.989	14	2.008'505.896
	3	15	1.145'000.000	29	3.091'438.746
	4	25	1.784'901.693	28	2.397'074.342
	5	49	4.802'450.051	38	8.545'227.795
	6	29	3.234'686.153	25	1.101'032.367

Continúa

Continuación

Naturaleza jurídica	Rango valor 2	2002		2003	
		Número	Monto	Número	Monto
	7	215	50.310'877.851	184	61.399'156.494
	N.A	22	544'856.603	34	2.438'870.410
Total privada		**409**	**67,294'548.940**	**397**	**85.207'745.166**
Pública	1	28	923'570.871	49	4.860'447.429
	2	28	1.312'349.990	38	6.471'261.803
	3	51	15.813'051.444	17	2.471'607.136
	4	114	8.542'244.902	29	11.665'497.041
	5	21	7.005'853.641	27	9.946'672.570
	6	66	19.432'057.290	49	4.023'580.160
	7	653	630.035'059.447	491	391.668'114.199
	N.A	24	2.689'753.238	44	6.649'191.865
Total Pública		**985**	**685.753'940.823**	**744**	**437.756'372.204**
No clasificadas	1	1	-		
	2				
	7	5	332'596.432		
	N.A	1	592'000.000		
Total no clasificadas		**9**	**1.602'988.487**		
Total general		**1,407**	**755.080'905.662**	**1.151**	**524.018'544.574**

En el cuadro 8.10 se presentan las instituciones por departamento que tienen contratos mayores a 2.000 millones de pesos. Cabe destacar que los montos presentados se desarrollan en un único contrato con excepción del hospital de la Samaritana de Cundinamarca y el San Jorge de Risaralda que realiza dos. La contratación de este rango se adelanta entre hospitales de mediana y alta complejidad.

Los mecanismos de contratación con mayores porcentajes de participación son pago por evento y otros, con participaciones del 36,7 y 37,2% respectivamente. El conjunto integral de atención representa el 2,8% con 13.000 millones de pesos.

El contrato con el mayor valor lo tiene el Hospital Simón Bolívar con 21.000 millones de pesos utilizando un mecanismo clasificado como otros. En segundo lugar está el Hospital de Caldas con 8.700 millones de pesos en conjunto integral de atención. Los dos contratos tienen una duración de un año.

Cuadro 8.10

Contratos mayores a 2.000 millones de pesos en 2002

Departamento	Nombre IPS	Capitación	Conjunto integral de atención	Evento	Otros
Antioquia	Fundación Hospital San Vicente de Paul de Medellín			3.750'000.000	
Arauca	Hospital del Sarare San Ricardo Pampouri			2.737'411.718	
	Hospital San Vicente de Arauca			3.563'213.271	
Atlántico	ESE Centro de Atención y Rehabilitación Integral – Cari			4.472'186.160	
	ESE Hospital Departamental de Sabanalarga			4.716'629.409	
	ESE Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad			2.583'616.408	
	ESE Hospital Universitario de Barranquilla			12.366'810.945	
Boyacá	Comparta				2.456'853.497
	ESE Centro de Rehabilitación de Boyacá			2.151'009.793	
	ESE Hospital Regional de Duitama			4.068'769.615	
	ESE. Hospital San Rafael de Tunja			6.062'534.564	
	Hospital Regional de Sogamoso ESE			3.953'116.402	
Caldas	Hospital de Caldas		8.975'991.614		
	Hospital Santa Sofía		2.433'423.723		
Caquetá	Hospital María Inmaculada			6.000'000.000	
Casanare	ESE Hospital Yopal			5.312'397.000	
Cauca	Hospital Susana L. V. ESE Nivel II			2.018'124.167	
	Hospital Universitario San José			4.041'758.000	
Cesar	Hospital Rosario Pumarejo de López	3.588'886.695			
Córdoba	ESE Hospital San Diego	3.167'923.000			
	ESE Hospital San Jerónimo	8.792'916.000			
	ESE Hospital San Juan	3.117'180.000			
	ESE Hospital San Vicente	3.117'180.000			
Cundinamarca	Hospital El Salvador de Ubaté			2.979'217.907	
	Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha			2.882'595.314	
	Hospital Pedro León Alvarez de La Mesa			3.279'329.803	
	Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá			5.713'585.848	
	Hospital San Rafael de Facatativá			4.295'476.357	
	Hospital San Rafael de Fusagasugá			5.286'362.434	
	Hospital San Rafael de Girardot			9.188'548.000	
	Hospital San Rafael de Pacho			2.299'692.647	
	Hospital Universitario La Samaritana de Bogotá			13.649'539.000	
Distrito Barranquilla	Centros y Puestos de Salud del Distrito			3.058'947.725	
	Hospital General de Barranquilla			9.288'283.339	
	Hospital Nazareth			4.900'096.723	
	Hospital Pediátrico de Barranquilla			7.059'270.182	
	Hospital San Francisco de Paula			2.019'926.236	

Continúa

Continuación

Departamento	Nombre Ips	Capitación	Conjunto integral de atención	Evento	Otros
Distrito Bogotá	Ese Hospital Simón Bolívar				21.351'760.000
	Ese Hospital Occidente de Kennedy				20.680'000.000
	Hospital Centro Oriente				4.547'000.000
	Hospital de Bosa				3.466'868.000
	Hospital de Chapinero				2.606'668.000
	Hospital de Engativá				10.635'896.000
	Hospital de Fontibón				4.868'400.000
	Hospital de Meissen				10.678'176.000
	Hospital de Suba				5.095'804.000
	Hospital de Usaquén				2.261'690.673
	Hospital de Usme				4.189'284.000
	Hospital del Sur				8.520'000.221
	Hospital El Tunal Ese				20.368'800.000
	Hospital La Victoria Ese				11.689'160.000
	Hospital Pablo VI Bosa				5.694'780.000
	Hospital Rafael Uribe Uribe				3.912'192.000
	Hospital San Blas				11.150'856.000
	Hospital San Cristóbal				2.800'608.000
	Hospital Santa Clara				12.588'480.000
	Hospital Tunjuelito				5.207'838.480
	Hospital Vista Hermosa				4.698'720.000
Distrito Cartagena	Ese Hospital Local Cartagena de Indias	5.019'295.000			
	Ese Hospital Local Cartagena	2.488'833.283			
	Hospital Universitario de Cartagena			2.000'000.000	
Distrito Santa Marta	Hospital Central Julio Méndez B.	2.850'176.894			
Guaviare	Hospital San José del Guaviare	6.000'000.000			
Huila	Ese Garzón	2.350'000.000			
	Ese Neiva	6.478'000.000			
	Ese Pitalito	2.585'000.000			
La Guajira	Nuestra Señora de los Remedios	4.325'559.373			
	San José de Maicao	4.316'460.055			
	San Rafael de San Juan	3.675'553.444			
Meta	Ese Municipio de Villavicencio		2.158'854.944		
Nariño	Hospital Departamental			6.904'297.897	
	Hospital Infantil			3.219'870.214	
	Hospital San Andrés			4.527'212.539	
	Hospital Civil Ipiales			4.168'668.965	
	Hospital Lorencita Villegas de Santos			264'919.787	
	Hospital San José (Túquerres)			2.017'428.378	
	Hospital San Pedro			5.990'097.665	
Norte de Santander	Ese Emiro Quintero Cañizarez	3.726'933.477			
	Ese Rudesindo Soto Cúcuta	2.521'008.480			
	Ese San Juan de Dios P/Na	4.132'356.725			
	Ese-Imsalud	3.746'938.219			
Putumayo	Hospital José María Hernández	2.812'153.843			
Quindío	Ese San Juan de Dios	10.691'711.101			
	Hospital La Misericordia de Calarcá	2.209'191.443			
	Redsalud Ese	2.443'381.101			
Risaralda	Ese Hospital Universitario San Jorge de Pereira	15.079'974.122			
	Ese Salud Pereira	2.842'338.000			
Santander	Ese Isabu			2.006'011.176	
Total general		**112.078'950.255**	**13.568'270.281**	**176.796'955.588**	**179.469'834.871**

En el caso de 2003, la modalidad que tiene la mayor concentración de recursos está en pago por evento con 56% del total de recurso asignado en contratos en este rango. Cabe destacar la proporción similar entre la contratación por cápita y el conjunto integral de atención.

En este periodo, el contrato con mayor asignación de recursos está en el hospital Universitario del Valle Evaristo García, usando como mecanismo pago por evento. Se observa en general una homogeneidad en el mecanismo utilizado por departamento, como es el caso de Bolívar, Bogotá, Nariño y Valle del Cauca (cuadro 8.11).

Cuadro 8.11

Contratos mayores de 2.000 millones de pesos en el 2003

Departamento	Nombre IPS	Capitación	Conjunto integral de atención	Evento	Otros
Antioquia	METROSALUD				20.000'000.000
Atlántico	ESE CARI			5.479'893.731	
	ESE Hospital Departamental de Sabanalarga			5.559'955.095	
	ESE Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad	2.777'600.997		3.807'076.595	
	ESE Hospital Niño Jesús			3.487'929.229	
	ESE Hospital Universitario de Barranquilla			12.316'272.360	
Bolívar	ESE Hospital Monte Carmelo	2.000'000.000			
	ESE Hospital San Juan de Dios de Magangué	3.000'000.000			
	ESE Hospital San Juan de Dios de Mompóx	2.800'000.000			
	ESE Municipio de Magangué	2.214'628.939			
	Hospital Universitario De Cartagena	3.150'000.000			
Caldas	ASSBASALUD			2.042'884.436	
Caquetá	Hospital María Inmaculada			,000,000,000	
Distrito Bogotá	Hospital de la Misericordia			3.820'813.000	
	Instituto Materno Infantil			6.000'000.000	
Distrito Cartagena	Hospital Local de Cartagena de Indias		8.454'628.913		
Huila	ESE Garzón	2.855'200.000			
	ESE Neiva	7.567'400.000		5.000'000.000	
	ESE Pitalito	3.338'600.000			
Meta	ESE Municipio de Villavicencio		2.232'640.424		
Nariño	Hospital Civil de Ipiales		4,664,000,000		
	Hospital Lorencita Villegas		2,108,600,000		
	Hospital San Andrés		4,493,000,000		
	Hospital San Pedro		6,455,562,236		
	Hospital Departamental		8,510,000,000		
	Hospital Infantil		3,776,000,000		
	Red Pública Municipal de Pasto		4,691,903,166		

Continúa

Continuación

Departamento	Nombre Ips	Capitación	Conjunto integral de atención	Evento	Otros
Norte De Santander	Ese Hospital Eqc Ocaña			4.046'392.477	
	Ese Hospital Erasmo Meoz			20.166'780.896	
	Ese Hospital Rud. Soto			2.699'203.495	
	Ese Hospital Sjd Pamplona			2.931'585.140	
	Ese-Imsalud		7.459'677.260		
Putumayo	Ese Hospital San Francisco de Asís	2.434'160.585			
Quindío	Ese San Juan De Dios			6.280'858.559	
	Redsalud Ese	2.880'055.517			
Risaralda	Ese Hospital Universitario San Jorge de Pereira	16.114'602.598			
Santander	Ese Barrancabermeja			2.013'088.345	
	Ese Isabu	2.835'345.240			
Tolima	Hospital San Francisco	2.104'504.986			
Valle del Cauca	Hospital San José-Buga			2.019'589.032	
	Hospital Universitario del Valle Evaristo García			29.233'074.980	
	Mario Correa Rengifo-Cali			5.575'474.307	
	Psiquiátrico San Isidro-Cali			4.483'904.808	
	Regional-Buenaventura			5.576'664.393	
	Sagrado Corazón-Cartago			5.191'443.072	
	San Juan de Dios-Cali			7.929'429.112	
	San Vicente de Paúl -Palmira			3.953'081.713	
	Tomás Uribe Uribe-Tuluá			5.005'192.486	
	Universitario del Valle-Cali			6.826'123.041	
Total general		**56.072'098.862**	**52.846'011.999**	**169.446'710.302**	**20.000'000.000**

Al realizar una validación de algunos mecanismos de contratación registrados en 2003 con las directivas de un conjunto de instituciones seleccionadas, se encontraron los hallazgos que se presentan en el cuadro 8.12.

Cuadro 8.12

Validación de información 2003

Hospital	Mecanismo reportado a Superintendencia de Salud	Mecanismo descrito en entrevista telefónica**	Resultado
Departamental de Nariño	Conjunto integral de atención	Pago por evento y techo presupuestal.	Error total
Erasmo Meoz	Pago por evento	Pago por evento y techo presupuestal.	Falta precisión
Santa Sofía*	Conjunto integral de atención	Pago por evento y techo presupuestal.	Error total
Universitario de Barranquilla	Pago por evento	Pago por evento y techo presupuestal.	Falta precisión

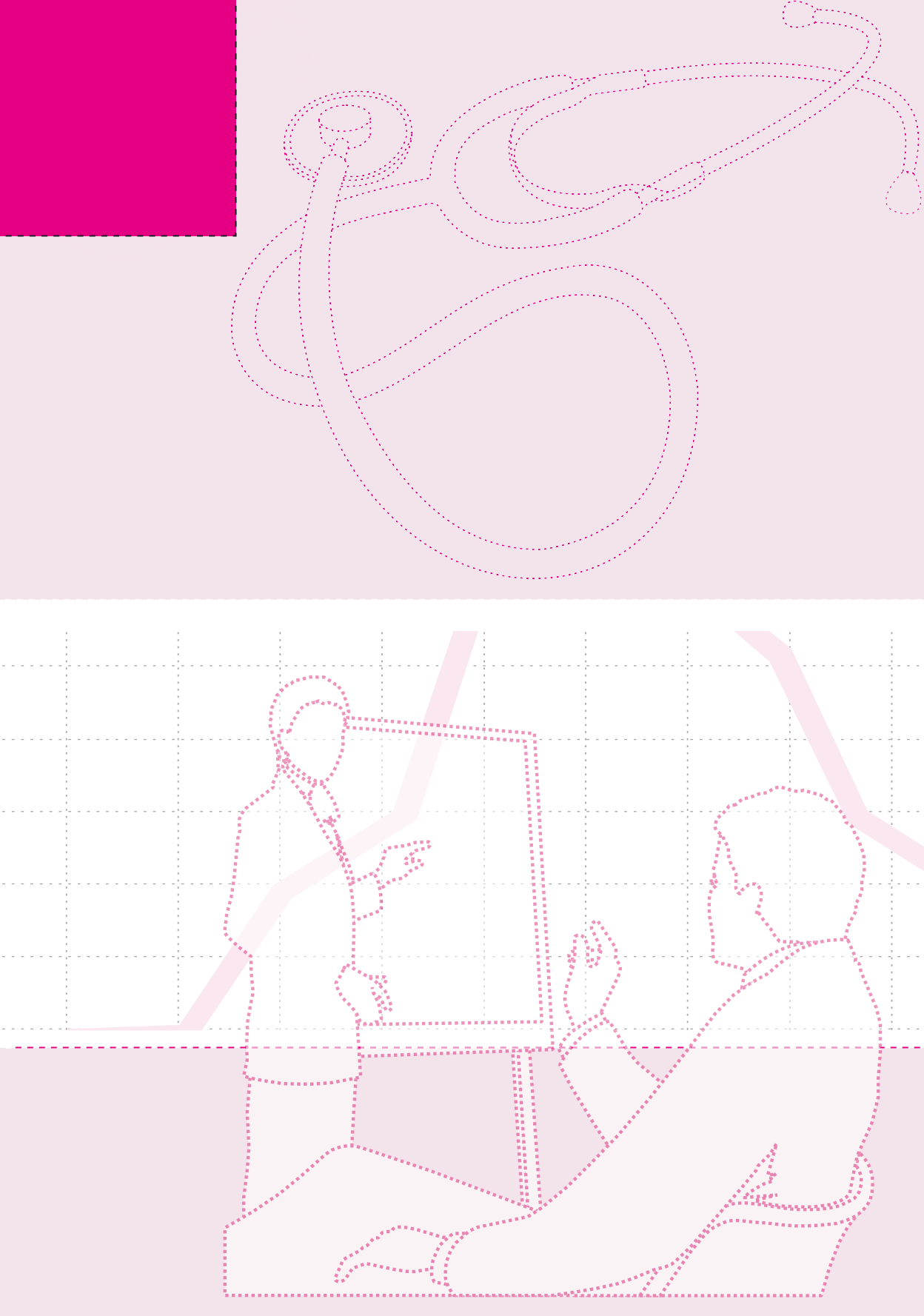
*Las directivas afirman no haber cambiado de mecanismo en los últimos tres años.
** Es un mecanismo incompleto porque la modulación del consumo está a cargo del hospital no del contratante.

La información presentada en general no es exacta, dos de los cuatro casos no concuerdan con precisión y los dos siguientes presentan un error total, lo que hace suponer que no existe un concepto claro sobre las características de los mecanismos, dado que se presentan errores en la digitación.

En conclusión, con los elementos actuales de información, no es posible desarrollar un acercamiento profundo a la situación actual de contratación entre entidades territoriales y hospitales públicos; por tanto, tampoco sobre los efectos en eficiencia y calidad de los mismos.

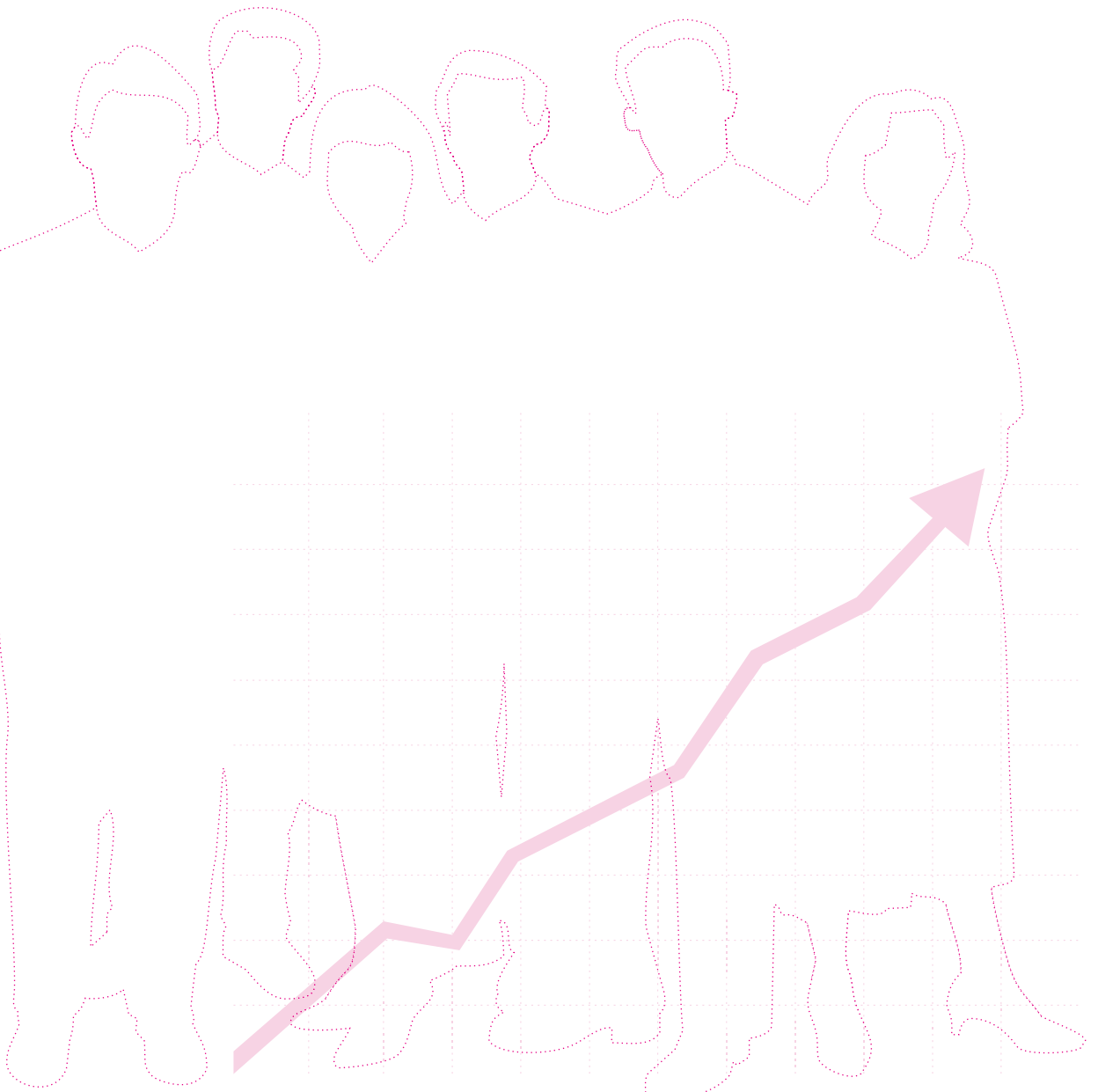
Existe una evidente dificultad conceptual en cuanto a las implicaciones de cada modalidad de contratación, por lo que pueden existir imprecisiones al momento de registrar la información, por lo que se hace necesario dar un apoyo técnico tanto a entidades territoriales como a entidades de salud sobre el mismo.

Ante la necesidad de establecer a corto plazo el comportamiento de los diferentes mecanismos de contratación entre entidades territoriales y hospitales públicos y sus efectos, se hace necesario abordar el problema mediante el uso de técnicas de análisis diferentes, por lo que se desarrollarán estudios de casos que permitirán establecer con mayor profundidad los efectos de los diferentes mecanismos de contratación, los elementos particulares del entorno que los afecta y la identificación de las variables críticas que se deben seguir en un mediano plazo en el contexto nacional.



Capítulo 9

Contexto institucional para la contratación



A. Modelos de atención y contratación

El modelo colombiano de seguridad social en salud no está basado en una estructura de modelos de atención. Esta carencia tiene como antecedente el predominio del diseño financiero sobre la visión de servicios, con ausencia en el diseño de las herramientas microeconómicas. En consecuencia, la unidad básica de transacción ha sido el procedimiento médico, mas no la enfermedad o condición traumática.

En su inicio, el sistema estuvo influenciado por el modelo de contratación del Instituto de Seguros Sociales. Este modelo estaba basado en la contratación de procedimientos de los servicios residuales que la red propia del Instituto no alcanzaba a cubrir. Cuando se estaba diseñando la reforma, se realizó un intento de asociar el modelo de atención inicial a las prioridades sobre la base de carga de enfermedad, que hubiera derivado irremediablemente al costeo de paquetes básicos asociados a los diagnósticos, enfatizando los de mayor impacto sobre la pérdida de vida saludable por enfermedad o discapacidad. Sin embargo, la vía seleccionada tomó la ruta de definir grupos de procedimientos incluidos en el Mapipos.

Esta decisión de política generó una desconexión entre la condición de salud o enfermedad definida en un diagnóstico, con las condiciones financieras y contables, subsidiadas y asociadas al pago. El sistema ha tomado como unidad contractual del procedimiento, prueba, medicamento o diagnóstico, pero inconexo con la patología y los requerimientos integrales del paciente. La mayor parte de los países con arreglos de mercado, han optado

o incluso corregido la vía de los procedimientos médicos y han adoptado sistemas de contratación y pago ligados al diagnóstico. En el modelo colombiano esta situación se ha tratado de corregir con la implantación de guías médicas normatizadas, particularmente en procedimientos de alto costo.

Los sistemas de contratación y pago ligados a diagnósticos, tienen menor complejidad intrínseca y permiten un ejercicio más discrecional del criterio médico como modulador del pago y el precio, aislando los efectos cuasicontables del control contenido en la auditoría médica, requerida en los sistemas de pago por procedimiento.

Se ha presentado el fenómeno de "puerta de atrás", relacionado con el uso de urgencias para la atención inmediata de eventos ambulatorios. Este problema ha sido difícil de controlar y ha sido mediado desde el mecanismo de precios bajo el cual la consulta de urgencias tiene un valor residual y su reconocimiento involucra mayor costo de transacción para los hospitales.

En el sistema colombiano, el modelo contractual es particularmente desregulado y se asume información perfecta de parte de los intervinientes en el contrato. Sin embargo, y como se explicó antes, los incentivos que encuentran en la práctica de los contratos en salud, conducen hacia la generación de rentas propias desde los diferentes actores.

Desde el punto de vista de la incertidumbre, en el análisis económico se descubren al menos seis tipos de contratos (Faraboth, 1987):

1. **Contratos de preferencia y gasto administrativo:** donde el propietario de la firma tiene limitada observación sobre las operaciones y no puede observar completamente las acciones de sus gerentes. El propietario tiende a basarse en utilidades de referencia para tasar la suya propia.
2. **El modelo del contrato principal-agente con abuso moral:** también involucra oportunismo de los agentes o administradores. Sin embargo, en este caso el principal no está satisfecho con las utilidades pagadas y trata de regresar a una situación de f*irst best.*

3. **Modelo de selección adversa:** el principal no puede observar las calidades del agente antes de contratarlo. Como solución, el principal ofrece diferentes tipos de contrato para que el agente revele su tipo y preferencias.

4. **Contrato implícito:** involucra una combinación de riesgo e información simétrica. Se resuelve con el ofrecimiento de contratos fijos con menor riesgo.

5. **Contrato incompleto,** con los supuestos de información simétrica entre tomadores de decisión y pronóstico imperfecto: Es una situación de contingencias inciertas e involucra alto riesgo. Sin embargo, en ciertas decisiones se puede lograr una situación de second best, si las partes acuerdan dar al tomador del riesgo alguna discrecionalidad sobre el otro.

6. **Contratos autorrestrictivos** (*self enforced*): no pueden ser dirimidos por la justicia con información simétrica pero sin conocimiento de las intenciones entre las partes. Puede resolverse parcialmente con demostraciones creíbles y verificables.

A su vez, en el Sistema general de seguridad social en salud, se encuentran al menos, los siguientes modelos de contrato:

1. **Contrato principal-agente con abuso moral**, que es el tipo predominante que asume el asegurado frente al asegurador en el esquema del SGSSS. Una vez lograda la afiliación hay una tendencia al sobreconsumo. Las exclusiones son casi inexistentes y los periodos de carencia muy cortos. A estos incentivos, el asegurador responde limitando el acceso, en especial a medicamentos, desviando el riesgo a prestadores o dilatando su pago, desviando la contingencia a su propio contrato con el FOSYGA. El costo de transacción de dicho contrato es asumido por el proveedor, contratado desventajosamente, o por el sistema bajo el mecanismo de tutelas.

2. **Modelo de selección adversa,** que se da entre aseguradores y se ha resuelto mediante la concentración en el pool de riesgo del Seguro Social. Sin embargo, esta solución, será resuelta

en el contrato con el Fosyga, en el grado en que las medidas regulativas (de riesgo o coeficientes) serán efectivas en reducir la selección adversa.

3. **Contrato incompleto entre aseguradores y los hospitales no integrados verticalmente.** El asegurador tiene el incentivo de transferir riesgo y poner el peso de la resolución del contrato sobre la y su eficiencia en la facturación y reconocimiento de los procedimientos médicos realizados. El incentivo de inducción de demanda es controlado mediante el mecanismo de auditoría que transforma una glosa ex post en un mecanismo preventivo ex ante, forzando en el mediano plazo una conducta restrictiva en el prestador. Si el mecanismo de auditoría no da resultado, el asegurador puede controlar el acceso mediante la autorización o la contratación selectiva de casos. La resolución inmediata de un contrato incompleto es una opción adicional del asegurador.

B. Consolidación de la demanda

En el sistema colombiano hay una relación directa entre las estrategias de mercadeo y la consolidación de los *pooles* de riesgo, en especial en el régimen contributivo. Esto ha producido un nivel importante de selección adversa entre aseguradores. Las mediciones efectuadas indican alta concentración de riesgo en aseguradores públicos. En consecuencia, se ha perdido la relación entre las bases poblacionales del cálculo de la Upc con la configuración actual de los *pooles* de riesgo de algunos aseguradores.

En el nivel de riesgo financiero, el sistema utiliza la capacidad de aporte de los cotizantes como mecanismo de modulación de demanda, no como estrategia de financiamiento. Esto tiene repercusiones en la afiliación de la población sin vinculación al trabajo, a la cual no se ha podido ofrecer alternativas diferentes a la afiliación forzosa al modelo contributivo, con el resultado de alta evasión en la contribución.

De esta manera, los aseguradores hacen poco por el manejo del riesgo sanitario y tienen escaso incentivo para invertir en acciones preventivas. Tampoco existe incentivo eficiente para la administración del riesgo financiero. Se busca traspasar, entre tanto, al usuario a través de mecanismos de contención de demanda, como al prestador que va manejando la asimetría de información sobre el pool de riesgo y mediante mecanismos de dilación en el pago.

Una vez constituido un derecho, se genera un problema de acceso que el asegurador o pagador de los servicios debe resolver. Se podría decir que en Colombia hay tres modelos de encauzamiento de la demanda.

1. Modelo público para aseguradores.
2. Modelo privado para aseguradores.
3. Modelo público para vinculados.

En Colombia se ha especificado una nomenclatura pública que incluye al menos cuatro tipos de contratos entre hospitales y pagadores de servicios. Esta nomenclatura por costumbre está definida a partir de las modalidades de pago del contrato: de tipo presupuestal, por evento, por caso y por cápita.

El modelo público para aseguradores, que abarca primero al subsidiado, tiende a operar en redes interconectadas de manera operativa en el flujo, pero carentes de sistemas de incentivos económicos. El paciente puede optar por diferentes mecanismos para entrar al puerto de servicio. Las instituciones tienen poca capacidad para diferenciar los pacientes asegurados y, por tanto, estos pueden optar por la condición de vinculados si el incentivo económico es positivo. De esta manera, el servicio público se transforma en sustitutivo del aseguramiento. Los hospitales públicos tienen capacidad limitada para ofrecer contratación por cápita ya que no disponen de información sobre los usuarios asegurados y el control de dicha información reposa en el asegurador, cuyo incentivo dirige hacia la derivación de pacientes, sin el reconocimiento financiero per cápita.

El desarrollo del modelo público de encauzamiento de la demanda para vinculados ha tenido limitados progresos. Dada la contratación vía presupuesto, el incentivo de los hospitales será inducir la demanda y generar cuentas de cobro. En este sentido se ha dado un retroceso en la conducta de minimización de costos del hospital dado el nuevo sistema de pago; en hospitales de alta tecnología la estrategia de facturación, toma el rol dominante que actúa quebrando la restricción presupuestaria frente al ente territorial.

El modelo colombiano de seguridad social en salud no está basado en una estructura de modelos de atención. Esta carencia tiene como antecedente el predominio del diseño financiero sobre la visión de servicios, con ausencia en el diseño de las herramientas microeconómicas. En consecuencia, la unidad básica de transacción ha sido el procedimiento médico, mas no la enfermedad o condición traumática.

Los modelos privados de encauzamiento han favorecido las estrategias integradas y secuenciales. Hay un fuerte incentivo para la integración vertical entre aseguramiento y prestación. Sin embargo, el incentivo para la integración de niveles no es tan poderoso y las aseguradoras han preferido en general transferir el riesgo de los eventos de alto costo a los hospitales privados. La secuencialidad se ha dado en la contratación selectiva de primer nivel por capitación o con red propia, con el pago por evento o capitación en una institución diferente, reservándose la autorización entre niveles como estrategia para la contención de demanda.

De todas maneras se ha presentado el fenómeno de "puerta de atrás", relacionado con el uso de urgencias para la atención inmediata de eventos ambulatorios. Este problema ha sido difícil de controlar y ha sido mediado desde el mecanismo de precios bajo el cual la consulta de urgencias tiene un valor residual y su reconocimiento involucra mayor costo de transacción para los hospitales.

C. Modelo regulatorio para la contratación hospitalaria

El modelo de hospital público es aún un modelo en transición. La Ley 100 de 1993 permitió una transformación del modelo de agencia del Estado al de empresa social. Esta transformación permitió una autonomía hospitalaria parcial, en cuanto que permitió la autonomía administrativa y la descentralización efectiva de los hospitales frente al sistema nacional y municipal.

El Decreto 723 de 1997 reguló las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores. Se definió la autonomía para la relación contractual entre aseguradores y hospitales. También, se establecen algunas condiciones para las relaciones en contratos de captación.

Para la contratación con hospitales públicos implantó la obligatoriedad de contratación del 40% por parte de las ARS y los intereses de mora para los retrasos injustificados en el pago.

La Ley 812 de 2003 en su artículo 38 estableció que la prestación de servicios a la población pobre no afiliada debe sustentarse en la compra de servicios de salud y permitió diferentes modalidades de pago convenidos por contratos. Además, de diferenciar entre transferencia pública de recurso y el pago por servicios prestados.

Esta ley define el instrumento de convenios de gestión para la obtención de eficiencia, articulación y equilibrio financiero. Igualmente, planteó la evaluación anual de los convenios y previó la liquidación en caso de incumplimiento durante las vigencias fiscales consecutivas. Los entes territoriales se transforman en garantes de la reestructuración.

Así mismo, abordó la organización del sistema público permitiendo la modulación del subsidio a la oferta, de acuerdo con las condiciones de la demanda de población no asegurada. Sin embargo, para lograr este objetivo es necesario desarrollar el ins-

trumental regulatorio y el sistema de incentivos y mecanismos contractuales que permitan el desarrollo de un sistema de contratación entre entes territoriales y hospitales.

La Ley 715 de 2001 generó, de paso, una restricción adicional en la constitución de los recursos, al hacer forzosa la contratación del 40% de los recursos municipales con el primer nivel de servicios.

La Ley 1122 de 2007 configura una Comisión de regulación en salud, impone restricciones a la integración vertical e incrementa el porcentaje mínimo de contratación con empresas sociales del estado al 60% del gasto en salud de las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado.

En general el sistema de contratación hospitalario ha carecido de la definición de los límites regulatorios en las modalidades de pago y los requerimientos para la consolidación de cada tipo de contrato. Por esa razón parece necesario revisar las especificaciones de los contratos.

D. Tipificación de los contratos hospitalarios

En Colombia se ha especificado una nomenclatura pública que incluye al menos cuatro tipos de contratos entre hospitales y pagadores de servicios. Esta nomenclatura por costumbre está definida a partir de las modalidades de pago del contrato:

1. **Contratos de tipo presupuestal:** entre hospitales públicos y el ente territorial, corresponden al esquema tradicional de contratación bajo el cual hay una población asignada al ente hospitalario y un presupuesto fijo que es ejecutado de acuerdo con un patrón temporal predeterminado. Por lo general, la población asignada es definida a partir de algún esquema censal de estratificación o necesidades básicas insatisfechas (NBI). Sin embargo, esta definición no corresponde a un registro de tipo sectorial ni se mantiene actualizada en línea. Por consiguiente, es alta la incertidumbre sobre la población efectiva demandante.

En este tipo de contrato el incentivo del hospital es endógeno, en cuanto este dispone de una capacidad técnica restringida y ajusta su producción en el nivel donde el diferencial entre costos e ingresos es mayor. En consecuencia, la población tiende a ser sometida a razonamiento de servicios o lista de espera.

2. **Contratos por evento:** se da por lo general en los hospitales privados donde de acuerdo con una tabla de precios predeterminada se factura cada evento de consumo que implica la atención del paciente en su enfermedad, lo cual es asumido por el pagador. En ese tipo de contrato el sistema de incentivos se dirige hacia la inducción de demanda, en especial si el grupo médico es pagado bajo un esquema de productividad. En los hospitales públicos, por razones normativas, se encuentra un esquema mixto donde hay un presupuesto y el evento se factura contra este presupuesto, el cual actúa como un tope (*stop loss*)[9] . Sin embargo, los hospitales públicos suelen realizar diferentes acciones de cabildeo para quebrar el tope establecido, con lo cual el esquema de incentivos pierde eficacia.

En el sistema colombiano hay una relación directa entre las estrategias de mercadeo y la consolidación de los *pooles* de riesgo, en especial en el régimen contributivo. Esto ha producido un nivel importante de selección adversa entre aseguradores. Las mediciones efectuadas indican alta concentración de riesgo en aseguradores públicos. En consecuencia, se ha perdido la relación entre las bases poblacionales del cálculo de la UPC con la configuración actual de los *pooles* de riesgo de algunos aseguradores.

3. **Contratos por caso:** el hospital acuerda con el pagador un precio por el conjunto de eventos agrupado en un caso clínico definido a partir de alguna característica agrupadora como puede ser el diagnóstico o categorías diagnósticas. En esta situación se da un precio (prospectivo) de acuerdo con la categoría agrupadora. La mayor limitante del contrato por caso se da por la variabilidad en el gasto médico dentro de una misma categoría. Por esta razón es necesario que el contrato por caso esté asociado a un sistema de precios y variaciones del mismo, estandarizados y ponderados por alguna

9 *Stop Loss*: tope de pérdida, a partir del cual el contrato no asume cobertura de gastos por un suministro.

forma de mezcla, como es el caso de los grupos relacionados de diagnóstico. En Colombia hay una experiencia limitada en la contratación por caso, tanto a nivel público como privado, consecuencia de la limitada aplicación de sistemas de clasificación por casos y la carencia de costos estándar por categoría de agrupadora. Es una opción interesante ya que reduce la incertidumbre del pagador e incentiva al hospital a ajustarse al costo medio sobre el cual se establece la lista de precios.

4. **Contrato por cápita:** en este tipo de contrato el precio se determina sobre la demanda y el gasto que pueda hacer una persona o grupo familiar en un periodo determinado y en atención integral o limitada a un grupo o segmento de patologías predeterminados. El precio está definido sobre la base del cálculo del gasto medio esperado de la población contratada y no de la población enferma como de los tres tipos anteriores. El contrato de cápita reduce en forma drástica la incertidumbre en el pagador, pues controla el precio y la frecuencia de la enfermedad, y transfiere la totalidad del riesgo al hospital. No obstante, existen esquemas complejos con topes de gasto o fracciones de gasto compartido. La mayor limitante para la aplicación de la contratación cápita es que la información sobre la población sujeto del contrato debe estar actualizada durante toda la vigencia del contrato, incluyendo tanto entradas como salidas del *pool* de riesgo, ya que cualquier desviación significará un detrimento para algunos de los contratantes. El contrato de cápita ha tenido una mayor aplicación en el sector privado y entidades ambulatorias de baja complejidad. En eventos de alta complejidad, los tamaños de los pooles de riesgo pueden ser insuficientes para proteger al hospital contra *outliers*[10] que representen costos catastróficos para el equilibrio del contrato. En el sector público es utilizada la denominación de contratos de cápita para la definición de precios capi-

En el sistema colombiano, el modelo contractual es particularmente desregulado y se asume información perfecta de parte de los intervinientes en el contrato. Sin embargo, los incentivos que encuentran en la práctica de los contratos en salud, conducen hacia la generación de rentas propias desde los diferentes actores.

tados con base en población asignada y no actualizada como es requerido.

E. Componentes del contrato

El conjunto mínimo de variables comprende categorías intervenibles a través de mecanismos reconocidos que actúan sobre la demanda, la remisión, la facturación y el pago de los servicios prestados. Esas categorías incluyen:

1. **Cobertura:** integra tanto el conjunto de derechos como los beneficios a que aplica ese derecho. Conjunto de personas representadas por el pagador y sujeto de los servicios contratados al proveedor. En Colombia la cobertura está determinada por el plan de beneficios ya sea contributivo (Pos) o subsidiado (Pos-s).

2. **Consumo:** representa la relación de cantidad de bienes o servicios utilizados para el tratamiento del paciente. Esta función de consumo es la representación la final de la demanda y es establecida por el médico tratante. Este es un caso particular del consumo de salud donde el modelo de interrelación entre el médico y el paciente tiende a ser de competencia monopolística[11] dada la ventaja el médico en la determinación del tratamiento y la asimetría de información frente al paciente.

3. **Servicio:** esta categoría hace relación al modelo planteado y predeterminado por el pagador o asegurador para la atención de la población beneficiaria. Usualmente incluye una red que puede ser cerrada, en el caso de no permitir consumo por

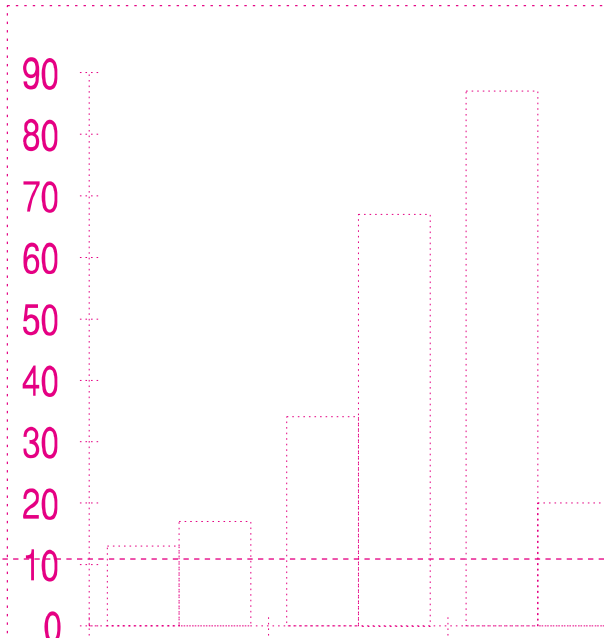
10 *Outliers*: representan eventos de consumo muy infrecuentes que dada su alta incidencia en el costo no alcanzan a ser capturados por la serie estadística que soporta la nota técnica sobre la cual se tasa el gasto médico. Nota técnica es el instrumento básico para el seguimiento de la siniestralidad en un sistema de seguros, contiene al menos población, distribución etárea y frecuencia de utilización.

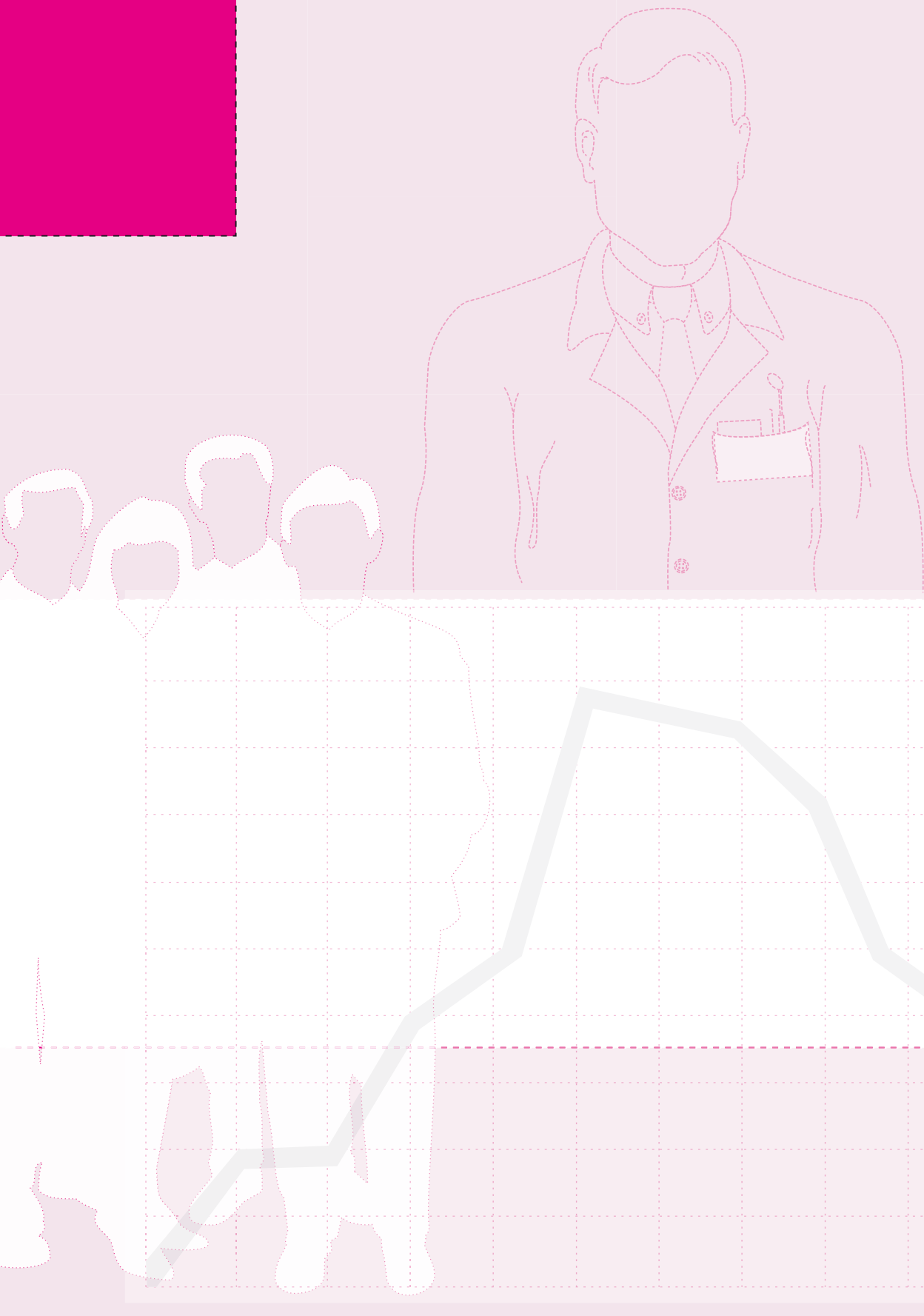
11 Competencia monopolística: algunos autores afirman que debido a la asimetría en la información sobre tratamiento entre médico y paciente, el modelo económico entre agente principal es competencia monopolística donde el médico (agente) es quien determina las cantidades de demanda.

fuera de ella, o abierta con o sin restricciones. En la actualidad, los modelos de servicio mayormente utilizados tiende a ser funcionales dentro de los esquemas de administración gerenciada (managed care), los cuales se diseñan teniendo en cuenta incentivos al usuario, al médico y a los hospitales para la prevención del abuso moral y la selección adversa.

4. **Precio:** el riesgo financiero para el pagador disminuye en la medida en que existe una determinación previa de los precios en el contrato y se da mayor estabilidad en la frecuencia de utilización frente a patrones conocidos de servicios, en cada categoría de enfermedad o grupo diagnóstico. Por tanto, el precio es un determinante importante para ajustar los niveles de incertidumbre.

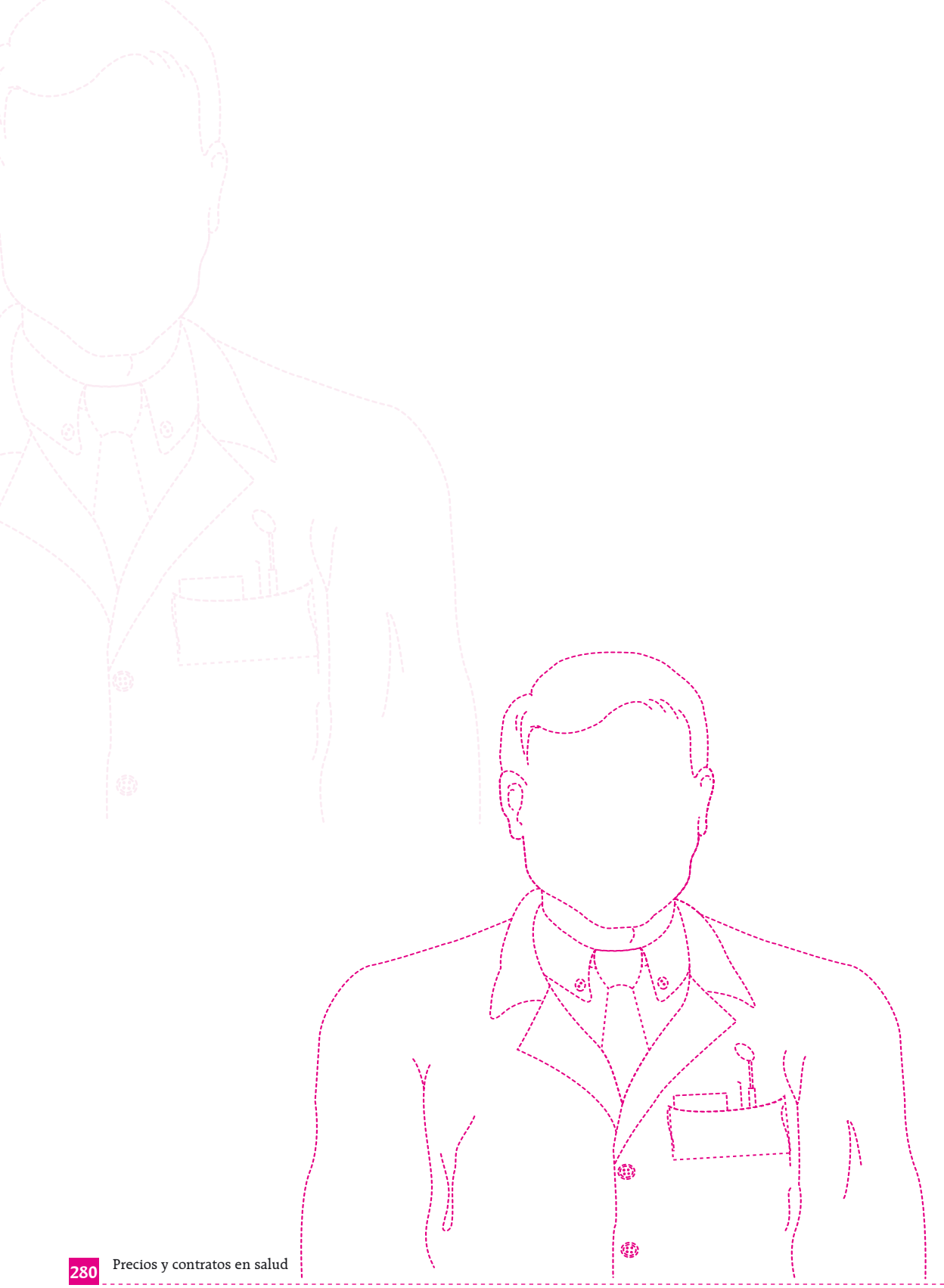
5. **Gasto médico:** dada la capacidad del médico para determinar discrecionalmente la función de consumo, el gasto médico constituye uno de los factores más importantes dentro de la relación contractual. Realmente es la relación entre dos contratos donde el contrato hospital y un médico actúa ex ante frente al contrato asegurador hospital, dentro del flujo de servicios.





Capítulo 10

Mecanismos de ajuste contractual



A. Fases del ciclo contractual

Se ha dicho que el contrato entre asegurador y hospital tiende al modelo de contrato incompleto en el Sgsss. La solución económica a un contrato incompleto que permite llegar a un *second best* en el mercado es el mecanismo de ajuste contractual. Son estrategias de naturaleza económica que a partir de la evidencia, se conoce que generan un determinado incentivo que busca superar las asimetrías de información y externalidades que aumentan la incertidumbre en un mercado incompleto.

Los mecanismos contractuales representan estrategias reconocidas y aplicables que buscan modular las dos variables críticas en el equilibrio financiero de los servicios de salud: frecuencia y costo. Estos mecanismos adhieren a cada una de las cinco categorías de variables de seguimiento contractual ya que actúan sobre cobertura, consumo, servicio, precio y gasto médico. Por otro lado, los mecanismos actúan sobre los componentes de servicios y administrativos del ciclo contractual. La temporalidad de los mecanismos frente al ciclo contractual puede ser:

1. *Ex ante:* cuando se han predeterminado antes de que se constituya la demanda de servicios.
2. Durante: cuando el mecanismo actúa en el momento del servicio.
3. *Ex post*: cuando su intervención se da como un reajuste a un evento de servicio o pago.

Todo contrato debe definir tanto los mecanismos como su momento de aplicación y las consecuencias derivadas de la violación tanto del mecanismo como de su aplicación en los tiempos acordados. El conjunto de los mecanismos contractuales los representan las condiciones y deben ser parte integral del anexo técnico del contrato.

En el Sgsss, el ciclo contractual está definido en cuatro fases:

1. **Constitución del derecho,** afiliación y consolidación del pool de riesgo[12] : este proceso se conoce como afiliación e incluye la focalización y la afiliación, y se representa en el conjunto de población vinculada a un asegurador, y que recibe beneficios por parte del prestador, de acuerdo con el contrato. Sin embargo, no representa solamente el número de personas y su distribución etárea y por género, sino principalmente el conjunto de los riesgos de enfermedad, y por ende, la potencialidad de gasto médico que representa para el asegurador y el prestador. Desde el punto de vista de los afiliados, estos se transforman en derechohabientes, respaldados por una vía de entrada al consumo, un plan de beneficios, acordado con anterioridad y un conjunto de limitaciones a su derecho.

2. **Provisión de servicios ambulatorios o de baja complejidad:** la transformación de derechohabiente[13] a demandante se origina en la presencia de enfermedad o la decisión de buscar alguna acción preventiva individual. Usualmente, la entrada se da por algún servicio de tipo ambulatorio o de baja complejidad. El punto crítico de estos servicios ambulatorios, por tanto, es la decisión de salida o derivación que constituye la entrada a los servicios de alta tecnología. En el sistema de salud colombiano existe una tradición desde el Sistema nacional de salud para la derivación de servicios a partir de la plataforma tecnológica más simple. Los mayores problemas para el flujo contractual son la entrada alterna por la vía urgencias y la derivación a niveles de alta tecnología de pacientes que no lo requieren. Frente al problema de urgencias las estrategias son de tipo administrativo y triade. En el problema de derivación, las estrategias de ajuste deben incluir incentivos y desincenti-

12 En el concepto de *pool* de riesgo se involucra tanto a la población cubierta por un seguro o sujeta a un comprador centralizado de servicios, como el riesgo de enfermedad y financiero asociado a las características de ese grupo. Sobre esa base se calcula actuarialmente la prima o unidad de pago.

13 La condición de derechohabiente implica no solamente la opción de acceder a una institución o servicio sino la garantía mediada en un contrato de cobertura en los servicios acordados en la póliza.

3. **Provisión de servicios hospitalarios o de alta complejidad:** una vez se efectúa la entrada a esta plataforma de servicios, el consumo se revela ligado al gasto médico. Esta situación afecta tanto al comprador de servicios, pues se somete a consumos injustificados, de acuerdo con la evidencia, como al hospital en tanto no exista un equilibrio entre el gasto médico y el precio acordado por el conjunto de servicios. El sistema colombiano tiene limitaciones en los hospitales públicos para el control del gasto, dada su limitada capacidad normativa para transformar el costo fijo en costo variable y montar sistemas efectivos de incentivos o productividad.

Los mecanismos sobre el precio del plan de beneficio son los más directos para el ajuste del contrato. Sin embargo, debido al comportamiento incierto de la demanda y del efecto (costo) del tratamiento, son muy difíciles de aplicar.

4. **Facturación y pago:** este es el componente final del ciclo del contrato y consolida el gasto médico. Tanto para comprador como para proveedor es la efectividad del sistema de facturas para contabilizar el gasto médico. En los hospitales es un problema el costo de facturación y su complejidad, con costos de transacción elevados.

La segmentación entre servicios ambulatorios y hospitalarios afecta la eficacia de los mecanismos de ajuste de los contratos. Una segmentación sistemática de servicios puede ser más adecuada en sistemas cerrados como fue el Sistema nacional de salud.

B. Mecanismos sobre la cobertura

Los mecanismos de ajuste contractual sobre la cobertura involucran un estatuto de limitaciones en la relación entre el asegurador actuando como agente y el hospital como sujeto de contratación. La restricción sobre el plan de beneficios constituye un contrato marco al contrato entre pagador y prestador. La restricción de derecho es una variable dicotómica en cuanto al ingreso: si el derecho es acreditado se continúa en el flujo del servicio, de otra manera el proceso termina.

La extensión del plan de beneficios puede ser acotado en el contrato entre comprador y proveedor. Una vez diseñado el contrato, el proveedor debe ejercer función de control sobre el consumo de servicios y discriminar los eventos cubiertos de los no cubiertos para separar las cuentas de cobro. El problema surge cuando el plan de beneficios es indefinido, como el caso de la población no asegurada sujeta a subsidio de oferta, debido a que incrementan las condiciones de contrato incompleto, con un incentivo para la transferencia de riesgo entre los contratantes. Este es un problema central en la evaluación contractual entre ente territorial y hospital público. Al no existir un plan de beneficios para la población vinculada, la relación contractual se desarrolla sobre un conjunto incierto en el cual no es posible definir frecuencias esperadas para el diseño completo del contrato. Igualmente, se pierde la referencia para el establecimiento de precios, en particular en contratos por cápita.

En los hospitales públicos el gasto médico es uno de los componentes más importantes y difíciles de controlar en la función de beneficios del hospital. El gasto médico actúa como una función endógena a los costos de prestación del hospital, en la que la dirección del mismo no puede intervenir en forma directa dada la autonomía médica.

La restricción de derecho requiere de un sistema de información actualizado con el fin de no generar simetría de información entre los contratantes. El requisito de información incluye la correspondiente a la condición como derecho habiente y la asimetría en la información de consumo cuando el contrato deriva hacia los incentivos de contratación segmentada, además los componentes de la red pueden derivar pacientes a entidades de diagnóstico u otros niveles de referencia.

C. Mecanismos sobre el servicio

Los mecanismos que actúan sobre el servicio imponen restricciones desde la oferta a la demanda, derivadas de las imperfecciones e ineficacia de los mecanismos de cobertura.

La restricción de red busca reducir la incertidumbre frente a la amplitud de los derechos a través del conjunto de derechos y beneficios. La efectividad del mecanismo se relaciona con la posibilidad del comprador de acordar precios con una red o institución y tener la posibilidad de programar su flujo y rendimientos financieros. Tiene como aspecto negativo que puede ser utilizado para restringir el consumo si la red de utilización forzosa no tiene la capacidad instalada suficiente para atender la totalidad de la población contratada. Un sistema de red calculado de manera adecuada puede permitir consumos fuera de la red ajustando el copago del usuario de acuerdo con el sobrecosto, pero permitiendo mayor satisfacción y competitividad del asegurador.

La autorización es un mecanismo de auditoría ex ante donde el pagador puede controlar la derivación de la frecuencia y el patrón de consumo frente a la función sobre la cual se ajustó la prima. Tiene el inconveniente de afectar la satisfacción del usuario y generar costos de transacción en la interrelación entre el hospital y el asegurador. Puede ser utilizado como mecanismo para discriminar el consumo, en particular en eventos cuando la demanda es muy elástica al precio. En el diseño del SGSSS también afecta los servicios inelásticos, por la puerta de la tutela.

La autorización puede desembocar en la negociación del servicio si está por fuera del plan de beneficios o el derecho puede continuar con el flujo mensual del servicio o generar una lista de espera. La lista de espera es viable en eventos que involucren la vida o sufrimiento del paciente pero es un mecanismo común en sistemas de aseguramiento social centralizado donde la restricción de la oferta es utilizada como mecanismo para buscar una eficiencia técnica de second best. Así mismo, se puede generar lista de espera implícita cuando el contratado no dispone de la

capacidad instalada suficiente para la demanda y los demandantes son obligados a ajustar su consumo a la capacidad instalada, o incurrir en gasto de bolsillo por consumo fuera del contrato.

Los mecanismos de auditoría representan intervenciones del contratante frente al proceso de facturación y cobro. Puede ser concurrente al servicio, esto es, ex ante a la factura o ex post a la factura.

Es un mecanismo con alto costo de transacción en el contrato tanto para el comprador por el costo mismo de la auditoría, como para el proveedor por el costo asociado al procesamiento de glosas que implica.

La restricción tarifaria es el método más extendido en Colombia donde se adoptaron manuales tarifarios, calculados sobre la base de costos no estandarizados. El resultado ha sido que los precios no aportan información suficiente para ajustar las relaciones contractuales y se trabajan esquemas de descuentos por encima de precios de mercado. Un sistema de precios requiere calcular los precios de negociación con el fin de divulgar la información suficiente.

Los mecanismos de ajuste al servicio son los más utilizados en las relaciones contractuales dentro del sistema colombiano. Esto se debe a que la mayor parte de los contratos son de tipo presupuestal o de evento. También puede ser utilizado por sus efectos, en mecanismo anómalo de financiación por parte de compradores que utilizan deshonestamente el mecanismo de glosas para quebrar el precio acordado al obtener réditos financieros en contratos incompletos.

Ambos mecanismos de ajuste se aplican de manera unilateral y el costo de transacción es asumido casi en su totalidad por los hospitales. Además, incentiva la gestión inadecuada del riesgo en los aseguradores y los reduce a la administración financiera como constituyente básico en su generación de beneficios. Durante los últimos años en países con larga implantación de sistemas de administración gerenciada, se han formulado mecanismos que se producen ex post al servicio y ex ante a la contratación. Un ejemplo son los sistemas de registros administrativos y clínicos, sobre desempeño médico physician performance,

los cuales buscan ilustrar al contratante y al consumidor. Su efectividad aún no ha sido demostrada.

D. Mecanismos sobre el precio

Los mecanismos sobre el precio del plan de beneficio son los más directos para el ajuste del contrato. Sin embargo, debido al comportamiento incierto de la demanda y del efecto (costo) del tratamiento, son muy difíciles de aplicar. El cálculo de una prima o contrato, ajustado de forma actuarial, requiere series de tiempo grande (ley de los grandes números)[14] y por periodo de tiempo suficientemente extenso para ajustar el efecto de *outliers* que puedan desviar la distribución del gasto hacia la derecha.

La restricción de precios per cápita reduce la incertidumbre[15] asociada a la variabilidad en el protocolo médico y la respuesta al tratamiento, así como la variabilidad en la frecuencia para el comprador y reducción del costo de transacción asociado a los mecanismos de autorización y auditoría. Para el contratante disminuye el costo financiero asociado a los tiempos de glosa y pago de facturas. Sin embargo, para que se consolide como contrato completo debe construirse el denominador de la población que conforma el pool tanto en el número como en su perfil de riesgo. La prevención contra desviaciones puede ser incluir un stoploss o tope de pérdidas, cuando la frecuencia presentada se desvíe más allá de la aceptada de acuerdo con la nota técnica sobre la cual se definió el precio. La restricción de precios per cápita tiende a ser contractualmente más equilibrada en los servicios de tipo ambulatorio y baja complejidad, por el menor impacto económico de las derivaciones y la mayor diferibilidad en ese tipo de servicios.

14 El aseguramiento se sustenta en la representación económica o de la aversión que la mayoría de las personas siente al incurrir en gastos financieros minuciosos, pero la probabilidad como la enfermedad, y en el hecho estadístico que la distribución de una muestra tienda a parecerse más a su población de referencia en la medida en que esa muestra sea más grande.

15 La incertidumbre en la atención en salud implica que es incierta la probabilidad de incurrir en la enfermedad, así como la progresión final y respuesta al tratamiento (Keneth J. Arrow, 1963).

La restricción de precio por caso es un mecanismo que actúa sobre la variabilidad del protocolo y del desenlace, pero no actúa sobre la frecuencia. Su mayor virtud es que tiene un mayor ajuste de la variabilidad ocasionada por la comorbilidad y el costo médico de los procedimientos, impulsando a los hospitales a proveer mayor eficiencia y minimizar sus costos. Tiene el problema de ser técnicamente complejo en su aplicación.

La restricción tarifaria es el método más extendido en Colombia donde se adoptaron manuales tarifarios, calculados sobre la base de costos no estandarizados. El resultado ha sido que los precios no aportan información suficiente para ajustar las relaciones contractuales y se trabajan esquemas de descuentos por encima de precios de mercado. Un sistema de precios requiere calcular los precios de negociación con el fin de divulgar la información suficiente.

Los mecanismos contractuales representan estrategias reconocidas y aplicables que buscan modular las dos variables críticas en el equilibrio financiero de los servicios de salud: frecuencia y costo. Estos mecanismos adhieren a cada una de las cinco categorías de variables de seguimiento contractual ya que actúan sobre cobertura, consumo, servicio, precio y gasto médico.

Otros mecanismos de ajuste por precio es el descuentos por remisión extracontractual, con el que se busca modular el incentivo de los integrantes de la red a derivar los casos más costosos o frecuentes bajo el aseguramiento de exceder o subexceder su nivel de complejidad. El sistema de descuentos actúa en forma punitiva descontando el pago o parte de él al infractor.

La contrapartida actúa como mecanismo de ajuste para inductores institucionales de externalidades negativas[16] . Este mecanismo puede ser aplicable en Colombia para el ente territorial, ya que este, en la actualidad, sirve de agente pagador del principal ente nacional. Dado el poderoso incentivo del ente territorial a favorecer la burocratización del hospital y el gasto en salud, el mecanismo de contrapartida puede controlar o ajustar el presupuesto.

16 La externalidad hace referencia a un costo o beneficio que obtiene un tercero frente a una relación económica en la que no interviene directamente.

El último mecanismo de precio es la restricción presupuestaria. Este es el mecanismo de su tipo más poderoso en la contratación de hospitales públicos. En Colombia se ha ligado a un proceso de facturación por evento, el cual constituye un incentivo para quebrar el mecanismo presupuestario generando dos cuentas de cobro, una con el tope dado por el techo presupuestal y otra sin él, generado por gasto médico sin mecanismos acoplados de ajuste a la inducción de demanda.

E. Mecanismos sobre el consumo

Los mecanismos sobre consumo están determinados en el contrato entre el asegurador y la población asegurada. Sin embargo, este tipo es transferible al contrato entre prestador y asegurador, en especial, cuando se hace transferencia de riesgo, como en el caso de los contratos per cápita. Algunas veces, mecanismos asociados al cobro a los usuarios son trasferidos como parte del contrato en los pactados por evento o por caso y los recursos recaudados entran a ser parte del contrato. Esto último se presenta en especial cuando para el asegurador el costo de transacción es mayor que el costo de oportunidad de asumir directamente el cobro. Existen al menos dos tipos de mecanismos sobre el consumo: asociados a la condición de salud y riesgo, y sistemas de coaseguro.

Dentro de los mecanismos asociados a la condición de salud y riesgo, las preexistencias son las más relacionadas con las condiciones de salud. Se busca proteger a quienes asumen el riesgo contra la selección adversa dada la mayor información que tiene el comprador de seguro sobre sus condiciones de salud. El control de preexistencias tiene un costo alto y en la detección de enfermedades que requieren alta tecnología diagnóstica, su relación de costo efectividad es baja si se aborda como condición de entrada. Una alternativa es mantener un listado de preexistencias, las cuales son descontadas en el momento del diagnóstico. Para el asegurador el manejo de preexistencias se reduce simplemente a una decisión de pago o cobertura del evento. El manejo de preexistencias es más complejo para las entidades hospitalarias, pues

éticamente no pueden terminar el ciclo de servicio con el paciente y la resolución entra dentro del sistema de facturación y cobro, lo cual tiene un elevado costo de transacción para el hospital.

Otro mecanismo que actúa sobre la condición de salud es el periodo de latencia, el que se relaciona con el tiempo y busca proteger a la entidad aceptante del riesgo, de acuerdo con los tiempos de evolución reconocidos para las enfermedades, principalmente aquellas de alto costo. Este mecanismo busca proteger contra la selección adversa y tiene una alta efectividad en particular frente eventos de alto costo. En un sistema de aseguramiento social como el colombiano, donde la cobertura es integral por definición, es difícil implantar mecanismos temporales para el manejo del riesgo dado que finalmente alguien debe asumirlo. En este caso, los aseguradores, en especial del régimen contributivo, son receptores integrales de riesgo. Existe otro mecanismo que es el de exclusiones; en el sentido más estricto, no constituye un mecanismo sobre el consumo sino más bien una característica de la póliza y el paquete de servicios. Dada la característica de integralidad del sistema de aseguramiento colombiano, la operacionalización de las exclusiones es restringida. En el sistema colombiano de seguridad social las exclusiones terminan solucionándose de tres maneras: a) vía jurídica a través de tutela del derecho; b) gasto de bolsillo, y, c) subsidios a la oferta. Esta última vía de resolución transfiere el riesgo al hospital público, el cual termina por obligación compartiendo riesgo con los aseguradores, en especial lo del régimen subsidiado.

El otro grupo de mecanismos sobre el consumo está conformado por los deducibles y los copagos. Los deducibles buscan proteger contra el abuso moral por parte de los asegurados, deduciendo un monto fijo predeterminado a cargo del asegurado, lo cual actúa como desincentivo al consumo sobre aquellos eventos que no serían consumidos de no existir un seguro. Los deducibles no están definidos en el sistema de aseguramiento colombiano por las implicaciones que pueden tener como barrera de entrada para la población más pobre, objetivo primordial de un sistema de

aseguramiento social. Sin embargo, son mecanismos efectivos que podrían considerarse en segmentos de la población con mayor capacidad de pago. Para el hospital, el deducible sólo tiene efecto en los contratos por capita. Los copagos son fundamentalmente moduladores del consumo y su aplicación más frecuente se da con los servicios de tipo ambulatorio, ya que el cobro en procedimientos hospitalarios tiende a ser ineficiente, y constituye uno de los componentes más importantes y de más difícil recuperación en la cartera de los hospitales.

La aplicación de mecanismos sobre el consumo ha tenido un desarrollo lento en el SGSSS en Colombia, dada la alta sensibilidad social y política y el impacto que su aplicación pueda tener sobre la valoración social del esquema de aseguramiento. Sin embargo, este incipiente desarrollo puede tener efectos sobre el equilibrio financiero de los aseguradores y de los hospitales por la vía de aceptación de riesgo y los efectos financieros de contratos, donde se tiene muy poca previsibilidad sobre el consumo de servicios de salud.

Los mecanismos de ajuste contractual sobre la cobertura involucran un estatuto de limitaciones en la relación entre el asegurador actuando como agente y el hospital como sujeto de contratación. La restricción sobre el plan de beneficios constituye un contrato marco al contrato entre pagador y prestador.

F. Mecanismo sobre el gasto médico

Como se explicitó en el modelo teórico conceptual de los contratos, en los hospitales públicos el gasto médico es uno de los componentes más importantes y difíciles de controlar en la función de beneficios del hospital. El gasto médico actúa como una función endógena a los costos de prestación del hospital, en la que la dirección del mismo no puede intervenir en forma directa dada la autonomía médica. Por definición existe un conflicto de intereses entre la administración que busca al menos un equilibrio financiero contra el cuerpo médico cuyo objetivo es el bienestar del paciente, que necesariamente lleva a una situación *second best,* la cual es muy difícil de lograr debido a la complejidad de la

función de servicios médicos y la ineficiencia de los mecanismos de control, hasta ahora conocidos.

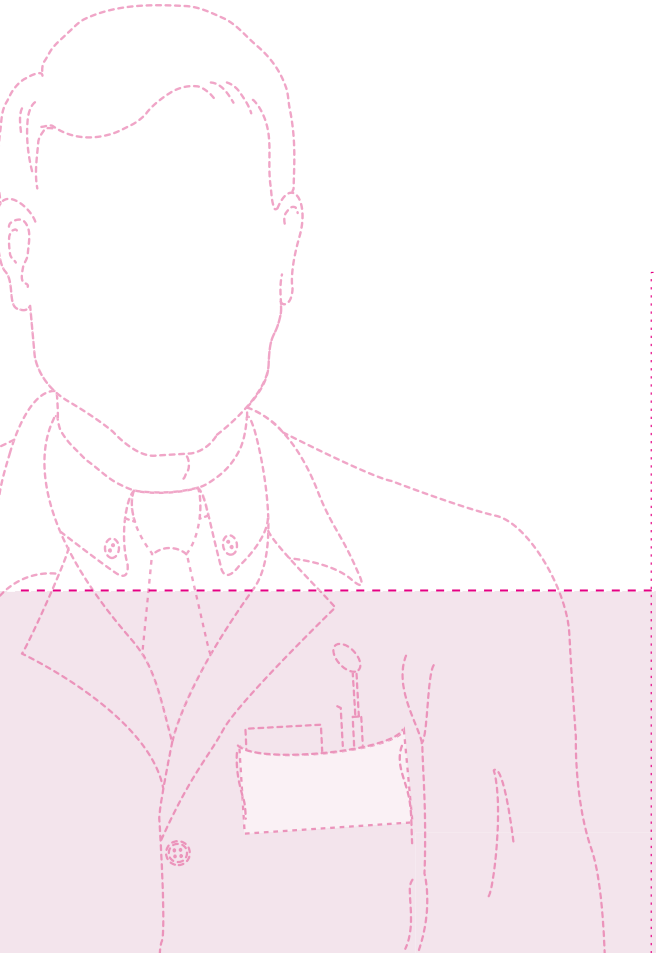
El principal mecanismo que actúa sobre el gasto médico es el de remuneración, según el cual debe estar alineado el sistema de remuneración de los médicos con el sistema de pago al hospital. Si el contrato entre el comprador de servicios y el hospital prevé un sistema de pago por evento, el mecanismo indicado para la remuneración a los médicos debería ser el de pago por productividad en la medida en que a mayor cantidad de servicios generados (*output*) mejoran consecuentemente los ingresos con cargo al contrato. Si el esquema de pago del contrato con el comprador es de tipo capitado, el objetivo que genera mayor beneficio al hospital es el que retiene el gasto médico: por consiguiente, la transferencia de riesgo al grupo médico será a través de contrato de remuneración capitada. Sin embargo, este tipo de contrato, por lo general, tiene restricciones legales para la contratación directa, por tanto, muchas organizaciones generan esquemas "externalización" bajo los cuales se transfiere el riesgo al grupo médico organizado bajo una forma empresarial, con lo cual se diluye el incentivo hacia la inducción de demanda.

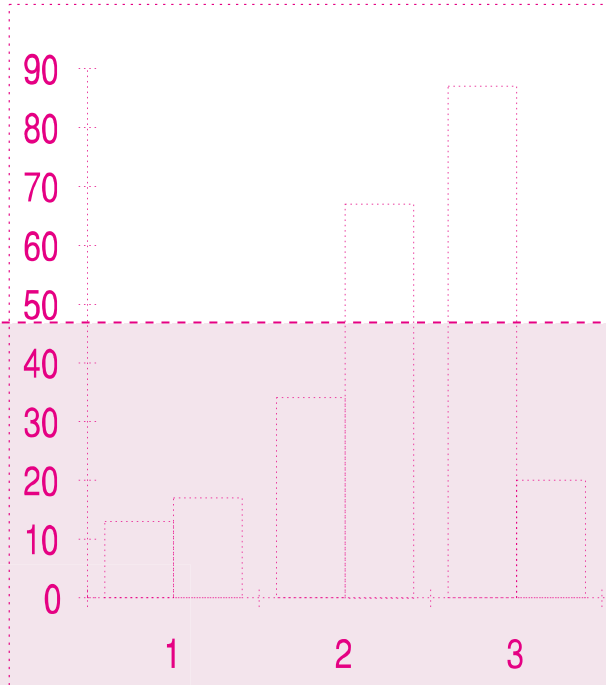
Los mecanismos que actúan sobre el servicio imponen restricciones desde la oferta a la demanda, derivadas de las imperfecciones e ineficacia de los mecanismos de cobertura.

En caso de no lograr contrataciones con transferencia de riesgo, los mecanismos de control más utilizados sobre el gasto médico buscarán ajustar las decisiones de gasto de acuerdo con el flujo de servicio. Esos mecanismos son, por ejemplo, el de control con base en protocolos, bajo el cual el componente administrativo desarrolla un nivel de injerencia en las decisiones médicas. Los mecanismos de control sobre decisiones médicas bloquean la autonomía médica y pueden ser negativos sobre la calidad del acto médico, así como generar altos niveles de insatisfacción en el cuerpo médico. Existen alternativas menos invasivas sobre el acto médico, como el control ex post sobre las decisiones con revisión de casos por parte de los mismos médicos.

En los contratos por caso donde el precio acordado está predeterminado, los mecanismos sobre la remuneración médica deben también dirigirse a la reducción del gasto médico. En determinadas oportunidades para un hospital pueden ser más beneficiosos los contratos por remuneración fija, en los cuales la administración tenga certeza sobre el monto final del gasto médico, donde el componente salarial de este y su mecanismo de control sea principalmente el de supervisión sobre el cumplimiento de horarios y la productividad. En este caso es necesario estudiar el aspecto de la relación entre la demanda interna y la demanda externa al hospital, dado que puede haber incentivos hacia el racionamiento de servicios intrahospitalarios, bajo el incentivo de ingresos a los médicos por la demanda generada en forma extrahospitalaria a través del pago de bolsillo.

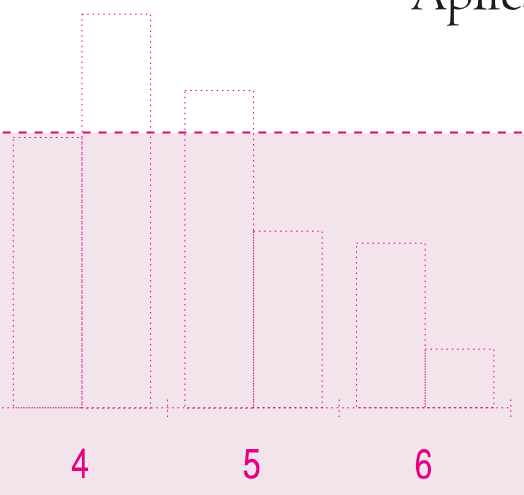
El esquema de partida de contratación de los hospitales públicos colombianos era presupuesto anual, con salario fijo para los médicos. Bajo este esquema el hospital podía ajustar la demanda a la capacidad instalada existente y como consecuencia se generaba un racionamiento que tendía a discriminar a la población de ingresos medios y altos, la cual era captada de forma extrahospitalaria por los médicos bajo esquemas de medicina privada y gasto de bolsillo. Este esquema generaba dos mercados teniendo en cuenta la discriminación por precio. Cuando se genera el esquema de aseguramiento social a través del régimen contributivo y subsidiado se rompe este equilibrio de second best, dada la representación de los intereses de la población por parte de un asegurador y la mediación de un contrato con obligaciones para el hospital, el cual asume la obligación integral y se diluye el incentivo hacia la discriminación por precio. En estas condiciones, el modelo de remuneración salarial más racionamiento es insostenible y se genera una presión hacia la mayor productividad por parte del hospital y los médicos, los cuales enfrentan un segmento privado mucho más reducido y de menor capacidad de gasto de bolsillo.

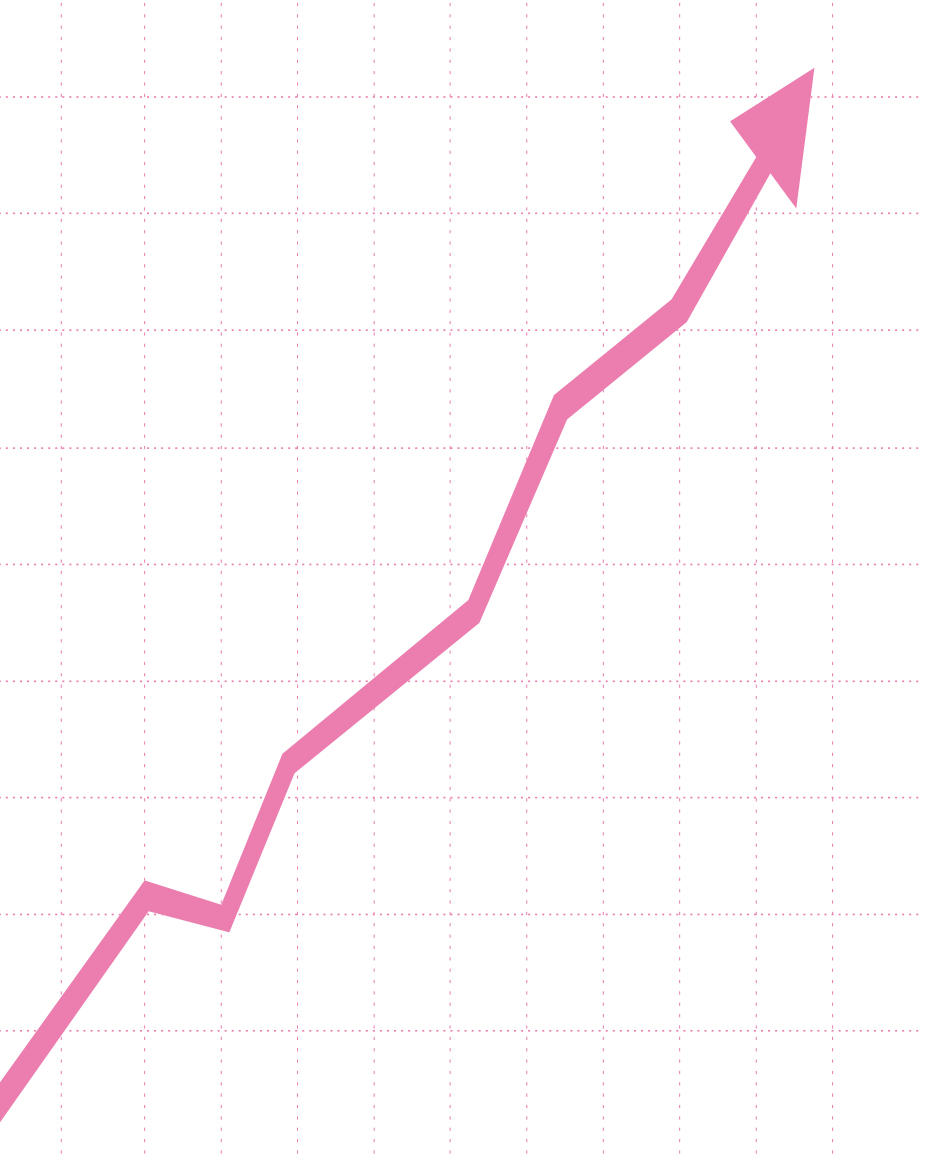



90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3

Capítulo II

Aplicación de los mecanismos contractuales





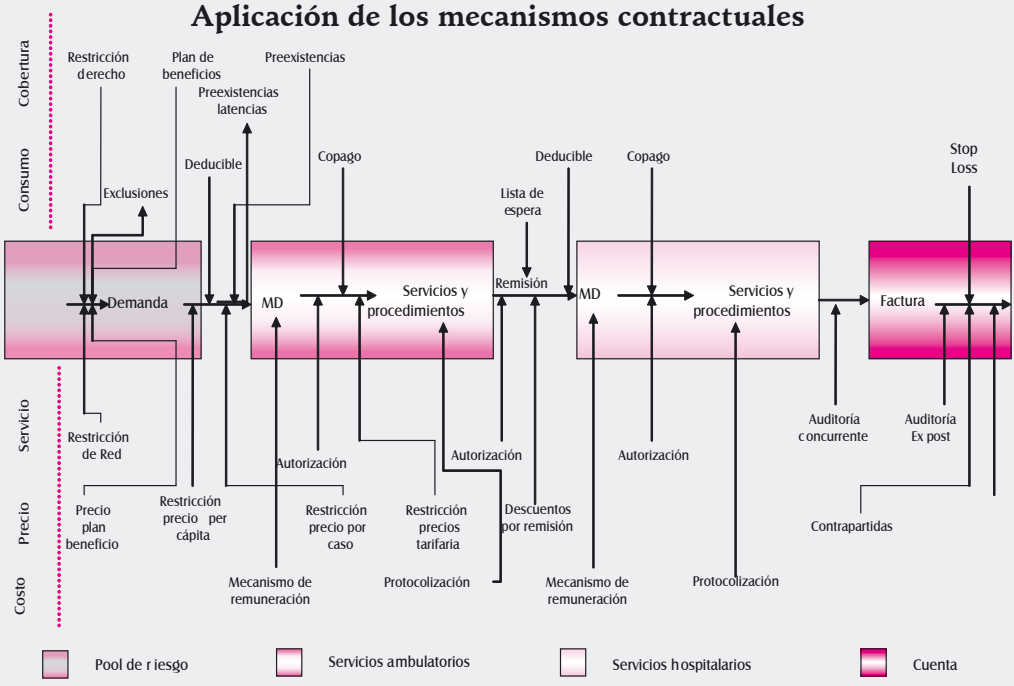
A. Variables contractuales

En el gráfico 11.1 se presenta un flujo de servicio y el conjunto de variables sujeto de seguimiento en los contratos. Los mecanismos de ajuste de contrato son agrupados de acuerdo con la variable bajo la cual interviene como variable dependiente. Como se puede observar existen múltiples mecanismos, sin embargo, su efectividad varía según el tipo de contrato y la confluencia de otros, en los que se generan acciones sinérgicas o antagónicas. Algunos proscritos de acuerdo con la normatividad colombiana.

Es importante hacer notar que la efectividad esperada de un mecanismo de ajuste contractual supone la neutralidad de mecanismos exógenos al contrato. Por ejemplo el mecanismo de autorización puede perder su efectividad, si consideraciones de tipo político o discrecional de actores no involucrados en el contrato, influyen en la decisión sobre proveer un determinado servicio.

Gráfico 11.1

Aplicación de los mecanismos contractuales



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Garavito L, Ruiz F. 2004.Diagnóstico formas de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos. Tercer producto. Documento técnico ASS/1146-04. Octubre.

B. Contratos de tipo presupuestal

En el contrato de tipo presupuestal el mecanismo determinante es la restricción presupuestaria (gráfico 11.2). Para el hospital es fundamental conocer ex ante la composición de su función de costo y transformar activamente todos los costos variables en costos fijos. Esto es posible con una gestión eficiente en los componentes de gastos generales, nómina, administrativo, y donde existan contratos que puedan asimilarse a la restricción y al periodo presupuestal.

El componente de consumo en insumos, medicamentos y mantenimiento de la tecnología tiene en el gasto médico un alto componente de incertidumbre en cuanto a su previsión, por tanto, componen el mayor de riesgo en los contratos de tipo presupuestal.

Cuando el hospital actúa en un esquema de monopolio, como en el caso de los hospitales públicos, la solución es la típica monopolística: el hospital reduce su productividad al punto en que su ingreso marginal es igual a su costo marginal. Esto implica un razonamiento de servicios, que se construye en un mercado residual, sujeto a la medicina privada, o en lista de espera, como mecanismo del consumo para solucionar la incertidumbre. Existen otros mecanismos anómalos como la remisión o la derivación injustificada, con la que el hospital transfiere el riesgo de casos inciertos o de reconocido alto costo que podrían ser solucionables por su esquema tecnológico.

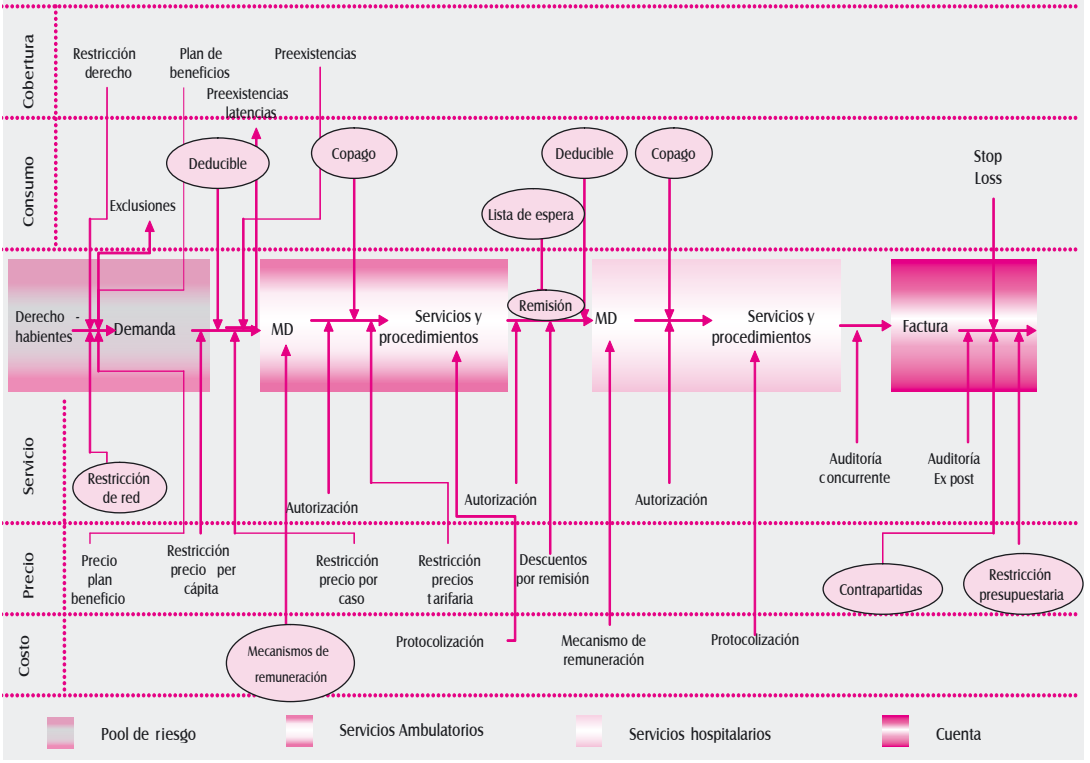
Dado que el mecanismo de remuneración a los recursos humanos previsibles es el de contrato salarial, se genera un "acuerdo hacia la ineficiencia"; es este, el hospital, con su aversión al riesgo financiero de caer en gastos no presupuestados, acopla su incentivo de producción limitada con el incentivo del grupo médico hacia la derivación al sistema privado.

El contrato de tipo presupuestal también soluciona el problema financiero del comprador de servicios en la medida en que

limita su riesgo de costos variables. Sin embargo, este acomodamiento termina bajo niveles de cobertura de servicios de la población, razonamiento y alto gasto de bolsillo, el cual es manejado bajo esquemas de asistencia social, pero no cuando los Estados asumen y promocionan ante la comunidad un conjunto de derechos expresados en sistema de aseguramiento social, como sucede en Colombia. Por esta razón, a partir de la Ley 100 de 1993 el contrato público hospitalario ha hecho una transición hacia otros tipos de contrato.

Gráfico 11.2

Mecanismos y requerimientos, contratos de tipo presupuestal



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Garavito L, Ruiz F. 2004.Diagnóstico formas de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos. Tercer producto. Documento técnico ASS/1146-04. Octubre.

C. Contratos por evento médico

En el contrato por evento, el factor crítico es la productividad del hospital alineada con su capacidad administrativa para traducir el gasto médico en facturación (gráfico II.3). Los mecanismos de control más importantes sobre el contrato son los de autorizaciones y auditoría. La autorización de ambas implica un costo de transacción para el comprador de servicios, implícito en el overhead[17] del contrato. El otro componente crítico es la tabla de tarifas, que debe funcionar tanto para remunerar los costos como para responder a los precios del mercado; los sistemas de descuentos sobre la tabla de tarifas tienden a adaptar el mercado hacia la función de costos de las instituciones más eficientes. Sin embargo, no constituye un sistema de precios simétrico en la medida en que los elementos de la negociación tienden a ser confidenciales.

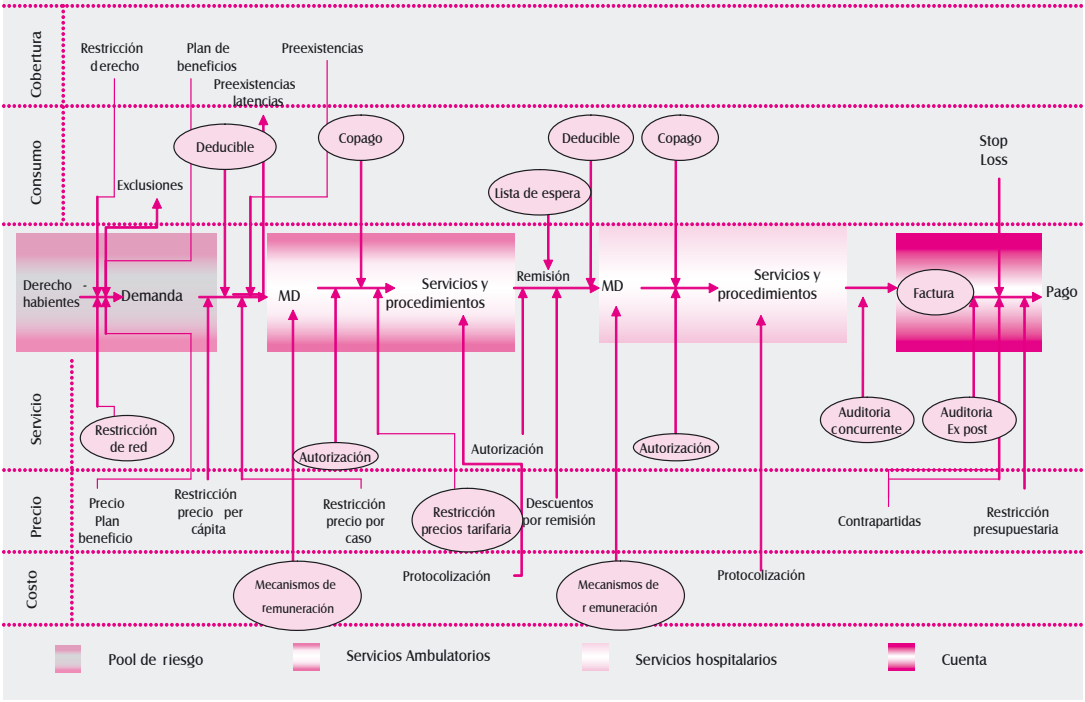
En los contratos por evento, el mecanismo de remuneración es crítico para el personal medico, lo cual debe estar alineado con una muy alta capacidad de reflejar el consumo en la factura, aspecto para el cual es necesario construir una cultura de responsabilidad desde los decidores y generadores de gasto médico.

El sistema colombiano de contratos para hospitales públicos ha buscado migrar desde el contrato de tipo presupuestal al contrato por evento en la atención a la población vinculada. Esta migración se encuentra en un punto de contrato incompleto, donde el ente territorial supone el riesgo de un contrato de tipo presupuestal, sin incorporar el mecanismo de autorización para controlar su riesgo y generando los incentivos al hospital del pago por cuenta, mientras el hospital genera incentivos para el pago por evento. Como resultado, una vez agotado el presupuesto, el hospital presiona la resolución del contrato por la vía de pago por evento. Esta situación es de desequilibrio en la medida en que no se aplican los mecanismos de control de gasto para contratos

17 *Overhead:* costo de transacción del contrato.

de tipo presupuestal, que tienden a ser ineficaces en los contratos de pago por evento, y los mecanismos de pago por evento no son aplicables de manera adecuada. También se configura la situación del ente territorial que actúa como *free rider*[18] en el contrato, dado que apropia parte del excedente de bienestar sin aplicar ninguna contrapartida, y en la resolución tipo evento tiende a actuar como agente del hospital frente al comprador de orden nacional.

Gráfico 11.3
Mecanismos y requerimientos, contratos por evento



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Garavito L, Ruiz F. 2004.Diagnóstico formas de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos. Tercer producto. Documento técnico ASS/1146-04. Octubre.

18 *Free rider* (polizón): agente que constituye algún tipo de beneficio económico con un aporte mínimo o inexistente.

D. Contratos por conjunto integral

En el contrato por caso, la situación crítica es la asimilación del gasto médico a la función de costos sobre la que fue calculado el precio por caso (gráfico 11.4). Esto implica un control muy importante con auditoría concurrente, hecho que debe ser asumido como costos de transacción por el propio hospital. El mecanismo de control aplicable al mecanismo de pago por caso es el de protocolización para mantener el gasto médico, lo cual es asumido también por el hospital. El contrato por caso requiere:

- Un sistema de costos conocido con análisis de variaciones en el costo por complejidad y comorbilidad

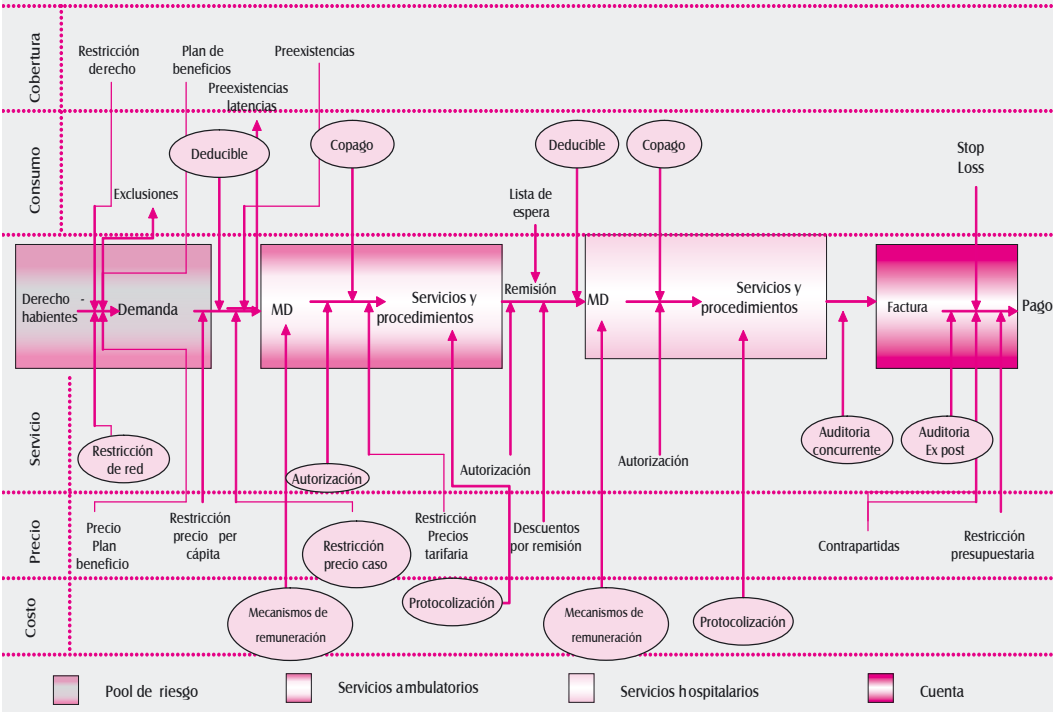
- Un sistema de clasificación que tenga la potencialidad de ligar los diagnósticos con los consumos para reflejar la variación del gasto médico en cada caso.

Para el comprador, el mecanismo de pago por caso mantiene el riesgo sobre las características de su propio *pool* de riesgo, pero disminuye todos los costos de transacción asociados al control del gasto médico en el hospital.

La contratación por caso requiere de un desarrollo tecnológico sofisticado y, además, una capacidad administrativa por parte de la organización. De la misma manera, requiere de una política de orden territorial que permita determinar la composición de los paquetes por diagnóstico y mantener el sistema de precios desde un ente neutral externo a la estructura de hospitales de las aseguradoras. También, dentro de las organizaciones hospitalarias, es nacesario un sistema de información con capacidad y temporalidad en la captación de los consumos.

Gráfico 11.4

Mecanismos y requerimientos de contratos por caso



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Garavito L, Ruiz F. 2004.Diagnóstico formas de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos. Tercer producto. Documento técnico ASS/1146-04. Octubre.

E. Contratos de capitación

En el contrato por cápita el asegurador hace transferencia tanto de riesgos de costos como de transacción (gráfico 11.5) La ventaja principal es que se reducen los gastos asociados al control de los mecanismos que actúan sobre el servicio. La mayor dificultad para asumir estos contratos por parte de los hospitales deriva del hecho de que depende del comprador en la información pertinente sobre población con derecho, y el mantenimiento de las condiciones de riesgo con las cuales el contrato del pool de riesgo no estaba bajo su control. Una vez realizado el contrato con el hospital, para el comprador se genera un incentivo de mercado, para así incrementar sus ingresos vendiendo mayor cantidad de pólizas y relajando los controles sobre la selección adversa.

Desde el punto de vista del consumo, el contrato de capitación tiene alta incertidumbre en los eventos de alto costo y baja frecuencia. La aparición de un solo evento inesperado de un costo muy alto puede configurar las bases de la nota técnica con que se determinó el precio del contrato y conducir al hospital a pérdidas importantes. Esto se puede solucionar con mecanismos de tipo stop loss; aquí el asegurador no transfiere totalmente el riesgo, y por encima del monto determinado o un evento inesperado asume parte de la pérdida. Además, el contrato por cápita es muy exigente en términos de cantidad, calidad y temporalidad de información. En una cápita abierta es necesario tener información en tiempo real sobre quiénes ingresan y salen del *pool* de riesgo para mantener el equilibrio del contrato.

Cuando hay varias cápitas organizadas en forma secuencial de acuerdo con los niveles de tecnología es necesario disponer de un protocolo de condiciones de derivación y sanciones por derivación inadecuada entre capitadores, para ajustar la transferencia de riesgo horizontal. Para ello es necesario definir el portafolio de servicios a cargo de cada capitador.

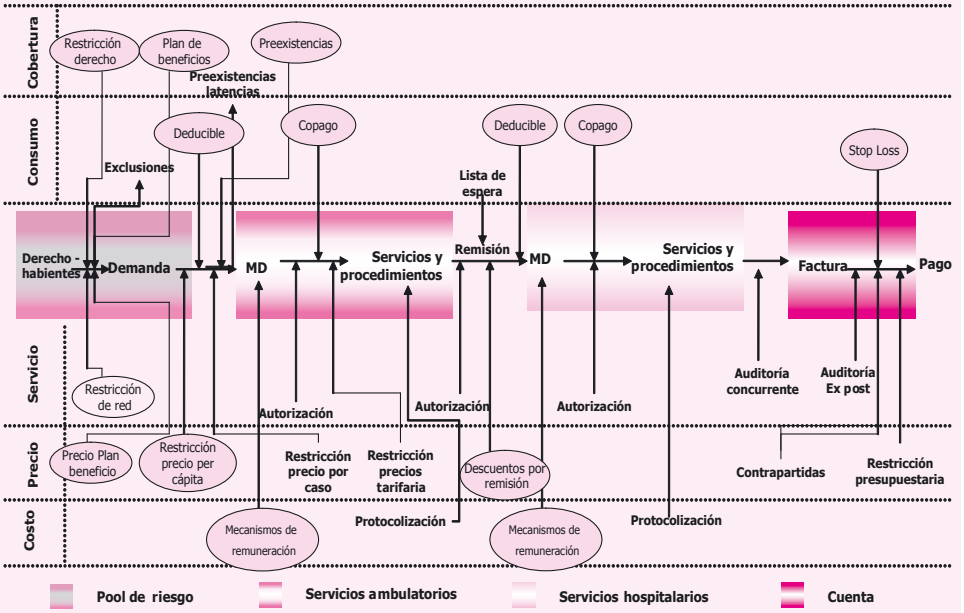
En Colombia se han aplicado mecanismos de cápita con relativo éxito en el sector privado. En su mayoría en instituciones nuevas con alta capacidad de gestión administrativa y costos prestacionales cercanos a cero, además de mecanismos donde el capitador transfiere el riesgo al gasto médico. Estas experiencias en su mayoría tienen que ver con cápita de servicios ambulatorios y bajo nivel tecnológico. En el caso de régimen subsidiado, la obligatoriedad de contratación de la red pública ha llevado a que, en su mayoría, el primer nivel de atención sea capitado con pública municipal, a fin de cumplir con el porcentaje estipulado por la Ley. Esto, obviando criterios de calidad en la atención y de suministro de información, pues muchas de estas entidades, ante el mecanismo de contratación y la captura de la ARS, obvian la generación de datos de prestación de servicio. Por supuesto, esta situación se encuentra alimentada por la ausencia de la nota técnica

como parte integral del contrato. Las cápitas de alta complejidad han tenido malos resultados por la limitada capacidad de los hospitales para ajustar sus costos fijos.

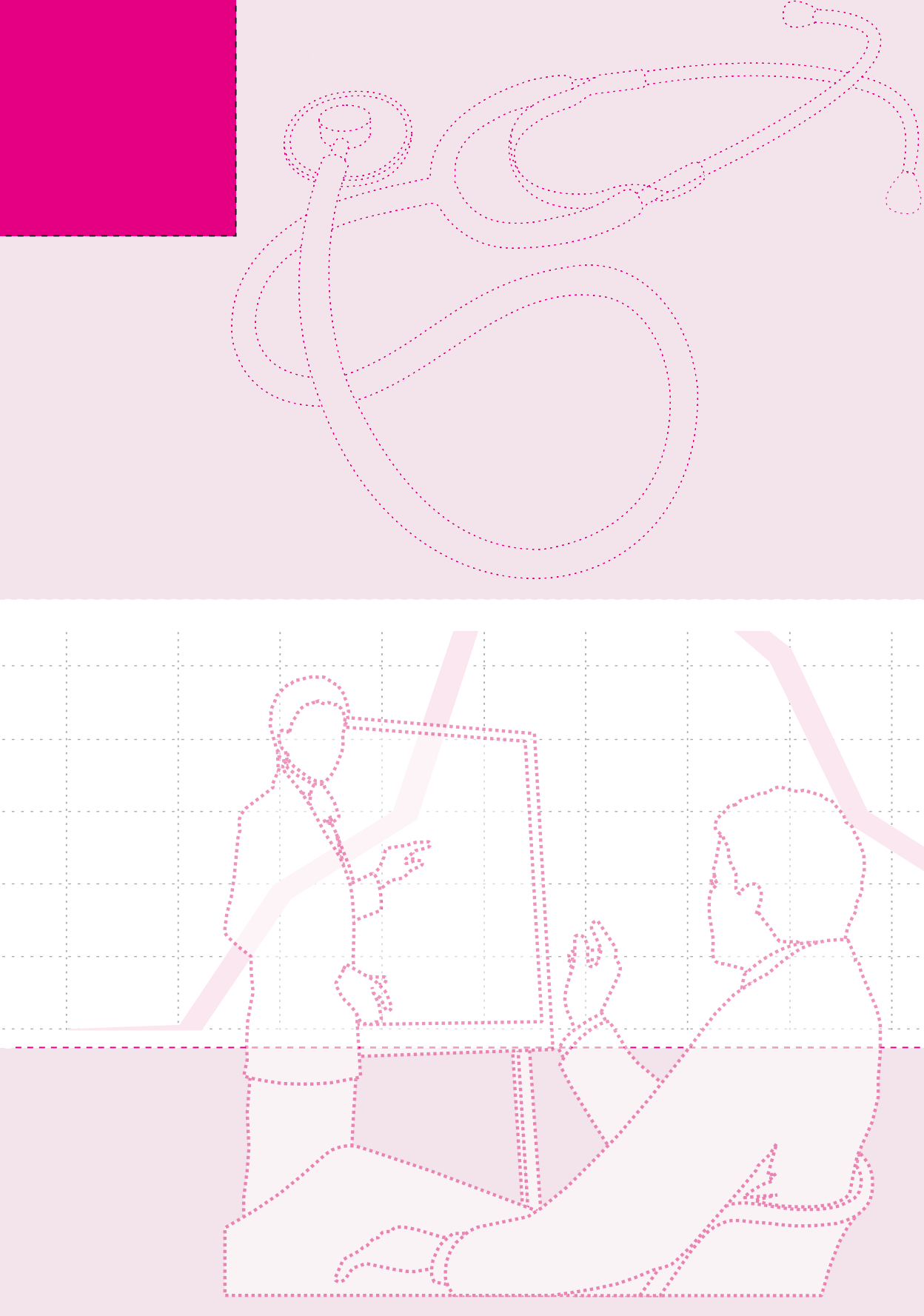
En el caso de las instituciones públicas, para la atención de población no asegurada, existen experiencias de cápita de primer nivel. En estos casos se trata de contratos incompletos entre el ente territorial y el hospital, ya que se trabaja con una población asignada, teniendo en cuenta censos poblacionales, mas no configurada en un pool de riesgo donde sea posible construir conocimiento sobre sus condiciones previsibles de consumo.

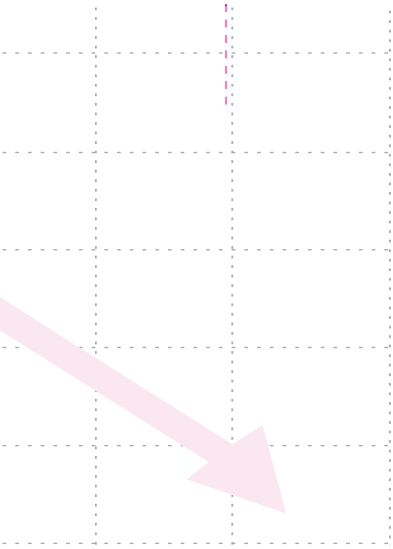
Gráfico 11.5

Mecanismos y requerimientos de contratos de capitación



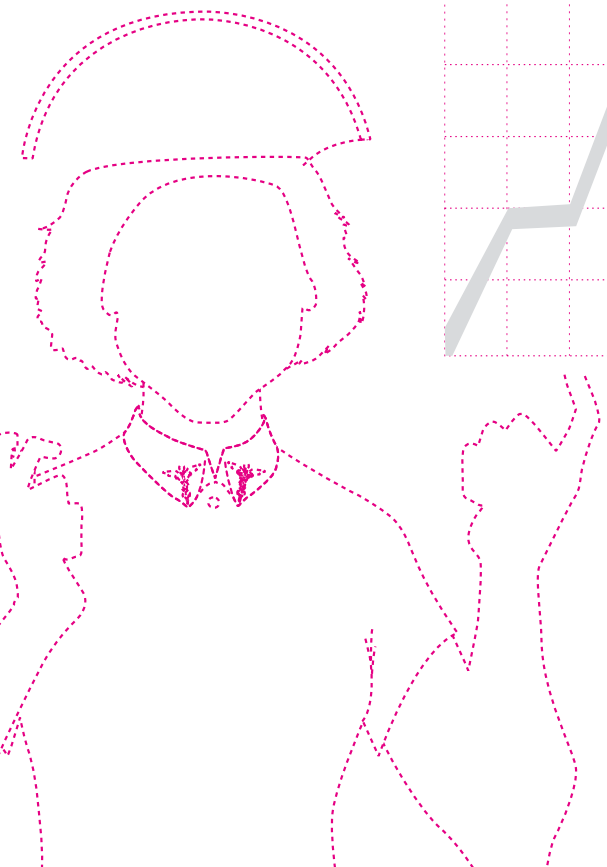
Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Garavito L, Ruiz F. 2004.Diagnóstico formas de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos. Tercer producto. Documento técnico ASS/1146-04. Octubre.

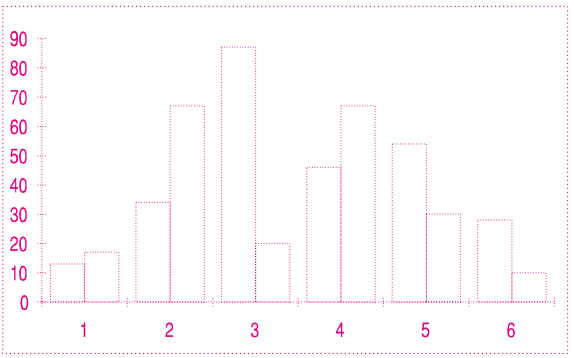




Capítulo 12

Modelos contractuales




90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6

A. Modelo de contrato por cápita

1. Definición

El contrato por cápita se constituye alrededor de la aceptación de un grupo de riesgo conformado por personas ubicadas en un territorio específico, para el caso de población pobre no asegurada por el Sgsss. El precio per cápita se constituye sobre el valor promedio del costo de los servicios atribuibles a una persona en un periodo determinado, sobre su seguimiento contenido en una nota técnica que refleja una probabilidad esperada de uso. Por lo general, se paga en forma anticipada sobre el total del número de personas incluidas en el contrato. Debe estar predefinido y acordado un plan de beneficios que es asumido total o parcialmente por el hospital. Por tanto, el riesgo es transferido total o parcialmente al proveedor de servicios. El elemento básico de administración en un contrato de cápita es el riesgo, inmerso en un pool de riesgo.

2. Tipos de contrato por cápita

2.1 Según cobertura de servicios

- **Cápita integral:** cuando cubre el conjunto integral de posibilidades de consumo en salud en sus diferentes niveles de complejidad, y por tanto la transferencia de riesgo es total. En el Sgsss el conjunto de riesgo de referencia está constituido por el plan de beneficios. Un contrato de cápita integral sin tener definido un plan de beneficios se constituye en un contrato incompleto, donde el riesgo termina asociado a la alta incertidumbre de la probabilidad de enfermar sin acotamiento, igual sucede cuando la población no es identificable en la cápita. En estos casos el mayor riesgo adicional es transferido al hospital.

- **Cápita parcial:** cubre algunos segmentos de servicios según complejidad, tipo de servicios (ambulatorio u hospitalario), grupo etáreo o cualquier otra segmentación del plan de beneficios. En este caso el conjunto de beneficios debe estar claramente definido. La mayor dificultad en los contratos de cápita parcial proviene de la relación entre el acotamiento seleccionado y la fracción de riesgo resultante. En estos casos es necesario proyectar un prolongado seguimiento en nota técnica con el fin de constituir un fundamento contractual sólido. Para la información de baja confiabilidad, será imprescindible permitir en el contrato contingencias como resolución anticipada o renegociación durante el periodo, a partir de los resultados frente a la nota técnica.

- **Cápita especializada:** cuando cubre todos los servicios asociados a una especialidad médica. Suelen ser integrales en cuanto al nivel de complejidad. Conjunto de servicios definido. En estas cápitas se dan apalancamientos entre diferentes tipos de consumos y los eventos de mayor costo pueden ser determinantes. Debe considerarse la opción de escoger entre cápita especializada y conjunto integral de atenciones, dado que el último se basa en el cálculo del costo alrededor de un diagnóstico o evento; el precio determinado puede ser más confiable que el de la cápita especializada.

2.2 Según cobertura poblacional

- **Cerrada:** cuando no es actualizable durante el periodo del contrato. La tasa de descargos por muerte o migración debe ser considerada en la nota técnica para que el precio sea equilibrado dentro del contrato. Este tipo de cápita protege contra la incertidumbre generada por población, pero no contra eventualidades del consumo.

- **Abierta:** cuando es actualizable en periodos predeterminados según novedades. Cualquier asimetría de información, consecuencia de fallos en el proceso de actualización, representa

cambios en el riesgo calculado en la nota técnica. El incumplimiento en la actualización de la nota técnica debe acarrear consecuencias para el comprador de servicios. Igual por nacimientos no reportados por el hospital. Esta cápita tiene un alto costo asociado a la actualización de la información, requiere de personal con alta calificación para el análisis de información actuarial.

2.3 Combinaciones o formas mixtas

Requiere de diseños de incentivos complejos para el manejo de riesgo y control, por tanto no es recomendable.

3. Forma de pago

- **Unidad de pago:** persona incluida en el listado de derecho-habientes. De acuerdo con el tipo de cápita seleccionada puede ser acotado por nivel, conjunto de servicios, especialidad, etcétera.

- **Periodicidad:** se acuerda, puede ser mensual o por cualquier otro periodo.

- **Temporalidad:** el pago debe ser anticipado para evitar coincidir con la del riesgo.

- **Oportunidad:** pago en los diez primeros días del periodo, sanción por mora, de acuerdo con tasas aceptadas en el mercado.

- **Requisitos:** cuenta de cobro, información establecida para el seguimiento de la atención a la población.

4. Requerimientos de información

- **Listado de derecho-habientes:** son los beneficiarios del contrato listados en la base de datos, actualizada según la periodicidad de pago definida. Las consecuencias económicas de la

no actualización corren por cuenta del comprador y del aceptante del contrato. Debe contener como variables mínimas: nombre, edad, sexo, tipo de documento, número documento identificación, nivel de Sisben, porcentaje aplicable a la cuota de recuperación, municipio de residencia, condición de seguridad social.

- **Plan de beneficios:** es el conjunto de servicios (intervenciones, procedimientos, pruebas, medicamentos e insumos), ligados a un diagnóstico o no, al cual tienen acceso los derechohabientes. Existen dos conjuntos de beneficios para esta población: a) servicios incluidos en el plan de beneficios subsidiado, aplicados a la población subsidiada, y b) servicios no incluidos en el Pos-S, aplicables tanto a la población subsidiada como a los vinculados. Estos beneficios pueden ser segmentados según nivel de complejidad o especialización médica. Esta segmentación, definida como conjunto de intervenciones, pruebas diagnósticas, atenciones y medicamentos, constituye el plan de beneficios aplicable al contrato en particular.

- **Nota técnica:** es el instrumento en el que se consigna la representación actuarial acumulada al final o intermedio de un periodo de la siniestralidad actualizada del contrato. En este tipo de contratos se construiría con base en información de los Rips. Debe contener un conjunto mínimo de datos: número de identificación, edad, sexo, diagnóstico inicial, diagnóstico final, procedimiento, precio (valor referente). Se constituye en una herramienta fundamental de gestión y de control del contrato.

- *Pool* de riesgo: es el reporte de la carga de riesgo, a partir de las características de edad, género y riesgos epidemiológicos asociados al listado de derechohabientes, comparado a partir de la nota técnica inicial y la actualizada en la ejecución del contrato. Se establece comparando sobre el diferencial de riesgo contra la población de referencia sobre la que se calculó la frecuencia esperada de demanda de servicios.

5. Sistema de gestión

Conjunto de procesos, competencias y tecnología necesaria para garantizar equidad y efectividad en los servicios. Para el caso de los contratos por cápita en la población vinculada se requiere de al menos tres capacidades:

- **Capacidad de comprobación de derechos:** equiparación entre derecho y demanda específica.

- **Capacidad de análisis de riesgo:** es la posibilidad de tomar decisiones en forma eficiente y anticipada a la transformación del riesgo en sobrecostos a la nota técnica, sobre la que se estimaron las condiciones del contrato.

- **Capacidad de control del gasto médico:** potencialidad de controlar este componente de la función de producción de servicios.

6. Sistema de calidad

- Cumplimiento de los requisitos de habilitación: protocolo de evaluación para subcontratación con entidades acreditadas.

- Sistema de información sobre procedimientos: verificación que satisfaga al comprador sobre el adecuado tratamiento de los pacientes.

- Proceso de encauzamiento de quejas.

- Diseño, sistematización y análisis de encuestas de satisfacción de usuarios.

7. Mecanismos contra la selección adversa

- **Contratación simétrica:** los contratos externos realizados entre el ente territorial y prestadores privados, deben ser simétricos en riesgo al establecido entre el ente territorial y el

hospital público, demostrándose mediante nota técnica. Están exceptuados los servicios para los cuales el hospital no se encuentra habilitado. En este caso debe haber un compromiso de ajustar la nota técnica para los servicios incluidos.

- **Revisión de la población contra la nota técnica:** el aceptante del contrato debe recibir la población de acuerdo con la nota técnica provista por el comprador. Para la primera aceptación de una población determinada se deben prever compensaciones por desviaciones mayores sobre la nota técnica, en un rango acordado. En caso de no existir una nota técnica o reconocerse su deficiencia, se debe constituir sobre el primer contrato, en consecuencia se configura una protección para el hospital, con ajuste al final del contrato. Los costos de la constitución de la nota técnica corren por cuenta del comprador en esta primera oportunidad.

- **Acuerdo sobre desviaciones en el *pool* de riesgo sobre la nota técnica:** deben ser solucionados como ajuste del precio per cápita para la población nueva, en caso de incremento o reducción del riesgo.

- **Protección contra outliers no contemplados en la nota técnica:** se soluciona a través de un tope de pago (*stop loss*) a partir del cual se reconoce el costo del evento al hospital. Este monto máximo de pérdida debe estar definido en el contrato.

8. Mecanismos contra el abuso moral

- *Ajuste administrativo:* una vez aceptado el contrato, el hospital tendrá toda la capacidad de organizar sus servicios y flujo de servicios dentro de su institución, para así ser eficiente en la provisión.

- **Cuota de recuperación:** la cuota de recuperación no debe hacer parte del precio de la cápita ya que se desvirtúa la unidad de contratación y pierde la referenciación al precio. Debe ser cobrada por el comprador, puede ser recaudada por el hospi-

tal en cuyo caso debe recibir un *overhead* por el recaudo y puede ser descontada del pago.

9. Aplicación de mecanismos de ajuste en el proceso de servicio

Los mecanismos de ajuste en el proceso de servicio aplican una vez se han perfeccionado los términos de la negociación del contrato. Dependen de la capacidad de gestión de las dos partes.

9.1 Cobertura

- **Comprobación de derechos:** el contratista debe tener la capacidad para identificar los demandantes que han perdido el derecho y cuyo pago no está actualizado. Además, tener la capacidad de requerir la autorización de servicios al ente territorial respectivo, para personas no cubiertas. Demandantes no actualizados entran como evento.

- **Tratamiento de demandantes fuera de la nota técnica:** en el caso de demandantes no incluidos en el listado de derecho habientes, estos serán atendidos previa autorización del contratante (asegurador, ente territorial, otros) y su consumo se pagará por evento, según tarifa establecida con antelación. Esta población deberá ser contemplada para su inclusión dentro de la cápita para el siguiente periodo de contratación.

- **Comprobación de cobertura de beneficios:** el contratista debe tener la capacidad de identificar qué servicios no se encuentran cubiertos. Atenciones fuera del plan de beneficios o segmento acordado en la cápita y por tanto no cubiertos, corren por cuenta del hospital o entran a otras cuentas, en el caso de demandas por urgencias o similares. Previa autorización pueden brindarse servicios no incluidos pero son facturados aparte por evento o caso, según acuerdo.

- **Preexistencias:** no aplican para objeto del contrato, en este tipo de población.

9.2 Consumo

- **Tope de consumo** *(stop loss)*: está definido alrededor de la cobertura del plan de beneficios, en el caso en que la morbilidad exceda el conjunto de servicios, debe estar previsto el mecanismo de derivación o reconocimiento. También es una protección contra outliers no adecuadamente calculados en la nota técnica.

9.3 Servicio

- **Lista de espera:** máximos tolerables de tiempo en lista de espera, en procedimientos que no sean vitales, con deducibles asociados. Se constituye en parte integral de la nota técnica, se resuelven por sistema de descuentos por demoras mayores a las aceptables según el contrato.

- **Autorizaciones:** aplican para cápitas de niveles superiores, donde el contratante autoriza la prestación de servicio. Este mecanismo busca prevenir la inducción de demanda en situaciones protegidas por stop loss.

9.4 Precio

- **Restricción per cápita:** un consumo de una persona no contemplada en el listado de derechohabiente se paga por evento, y se incluye en el pool de riesgo en la siguiente actualización. El precio de la cápita no es ajustable en el periodo del contrato.

- **Prevención contra ajustes de precio:** el contrato por cápita involucra alto riesgo para quien lo acepta. Sin embargo, un aceptante no ético puede hacer inducción de demanda buscando ajustes de precio durante el contrato, si la posición del comprador es débil (por ejemplo: monopolio). En este caso puede usarse una restricción fuerte en el contrato como una prevención de renegociación. Una restricción más moderada es permitir la renegociación de acuerdo con las dos partes y previa revisión del comportamiento del *pool* de riesgo.

9.5 Costo

- **Remuneración de los médicos:** dado que en este tipo de contrato se entrega el riesgo, el comprador no debe tomar nota del tipo de contrato médico. Lo más conveniente para el hospital es ser organizado como pago fijo, con mecanismo de control de agenda para eventos programados por parte del contratista, desvinculando el pago de la productividad.

9.6 Derivación

- **Autorización del comprador para la derivación:** particularmente importante para el comprador cuando el contrato ensamblado no transfiere integralmente el riesgo (evento o caso). Es recomendable de todas maneras si se quiere garantizar la integridad y el equilibrio financiero de la red.

- **Pagos entre contratos ensamblados:** cuando una misma población es atendida en diferentes niveles por diferentes hospitales, existe el incentivo para transferir riesgo con derivaciones de enfermos a las demás instituciones. En este caso el hospital que hace una derivación inadecuada debe reconocer el valor de la cuota.

10. Compromisos de mejoramiento

La función contractual para la provisión de servicios debe ser complementaria al proceso general de mejoramiento y eficiencia de los hospitales, este debe estar explícito en un convenio de gestión. El resultado del proceso de evaluación del contrato de prestación de servicios de salud debe influir en el convenio de gestión a través de diferentes medidas de ajuste y planes de mejoramiento en cuanto al incremento de capacidad contractual, en especial, en contratos de cápita.

- Objetivos y metas de mejoramiento en la identificación de derechohabientes

- Objetivos y metas en la capacidad de manejo de información
- Objetivos y metas en la capacidad de análisis de riesgo.

B. Modelo de contrato por evento

1. Definición

El contrato por evento se constituye alrededor de un conjunto de servicios contenidos en un plan de beneficios para un grupo de personas con derechos definidos por el contratante. El contratista acepta un listado de eventos de atención que puede brindar. El precio se constituye sobre el costo de los eventos de atención (intervenciones, procedimientos, pruebas y medicamentos), atribuibles al consumo de una persona durante su proceso de atención. Usualmente se paga en forma retrospectiva, a partir de una factura generada por el hospital. Puede estar predefinido un conjunto de precios de los servicios acordados. No hay transferencia de riesgo, cada una de las partes mantiene su rol mediante la acción de compra. Característico del pago por evento es que la base del contrato es el tiempo mismo del contrato, el pagador tiene desventaja en el control de la demanda ya que una vez el paciente tiene abierto el consumo, el hospital tiene posición dominante sobre la configuración de la demanda.

2. Requerimientos de información

- Listado de derechohabientes que debe tener el contratante para la autorización mediante carné o manifestación expresa de aceptación del consumo por el contratante, sobre un listado aceptado por el pagador y una autorización individual de prestación de servicios.

- Plan de beneficios con el subconjunto de servicios que puede ser atendido por el contratista. En el caso de contratos para población, el sujeto está constituido por las intervenciones

definidas en el plan de beneficios subsidiado o excluidas del subsidiado para población asegurada.

- Sistema de registro de actividades e insumos sobre los eventos que componen el consumo, cuyo mantenimiento corre por cuenta del hospital. La ineficiencia o pérdidas por registro insuficiente de información sobre consumo antes de la factura no es atribuible al ente territorial. Supone un sistema de información robusto al interior del hospital, donde la tasa de pérdida de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos brindados sea baja.

- Red de servicios con protocolos de referencia.

- Tabla de precios de referencia por evento. La base del pago debe representar los precios de mercado, en el segmento que se ubique el contrato.

3. Forma de pago

- **Unidad de pago:** actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos incluidos en el plan de beneficios

- **Periodicidad:** plazo máximo acordado una vez surtido el proceso de facturación

- **Temporalidad:** pago retrospectivo

- **Oportunidad:** pago en el periodo definido por ley, sanción por alta tasa de glosas injustificadas por parte del comprador, calculada a tasa de intereses bancarios

- **Requisitos:** factura libre de glosas.

4. Sistema de facturación

Incluye la transformación del registro de consumo en una lista de eventos consumidos con sus respectivos precios. En el caso estudiado, el pago se haría sobre factura y Rips por paciente.

5. Sistema de gestión

- Capacidad de comprobación de derechos por parte del contratista.
- Capacidad de facturación, lo cual implica transformación de las órdenes de suministro al paciente (médicas y de enfermería) en procedimientos codificados de acuerdo con el listado de eventos aceptados.
- Capacidad de gestión de cobro y manejo de glosas.
- Capacidad de constitución de capital de trabajo, pues el hospital está sujeto a mantener reservas financieras para soportar la operación en periodos de cartera.
- Por parte del contratante, capacidad de evaluación de los servicios del contratista para establecer su capacidad de atención. En el caso colombiano es suplida por la habilitación hospitalaria.
- Sistema de contabilidad de costos.
- Capacidad de intervención del costo fijo, dado que el hospital debe minimizar el costo por unidad producida. Esto incluye flexibilidad en la contratación laboral, baja carga prestacional, capacidad de compra por volumen.
- Capacidad de auditoría y manejo de autorizaciones por parte del contratante, debido a que son los mecanismos más eficientes para el control del costo.

6. Sistema de calidad

- Sistema de información sobre procedimientos, usualmente RIPS
- Tratamiento y resolución de quejas
- Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios.

7. Tipos de contrato por evento

El contrato por evento se tipifica sobre la capacidad instalada del hospital, a partir de esta se segmentan los servicios contratados. Esta segmentación puede ser según nivel tecnológico, especialidad médica, servicios asistenciales o combinaciones de los anteriores.

8. Mecanismos contra la selección adversa

El mecanismo corriente es el sistema de autorización, proceso que debe estar claramente especificado, precio a la puesta en marcha del contrato. Para el caso de la población no asegurada, y que no esté cubierta por el contrato y no pertenezca a algún otro contrato suscrito por el hospital en el tipo de beneficios consumidos, será sometida a una autorización de servicio por parte del ente territorial, en el caso de que la atención no pueda ser postergada, el cargo será efectuado por evento por fuera del presente contrato pero a las tarifas establecidas.

9. Mecanismos contra el abuso moral

- **Cuotas de recuperación:** la cuota de recuperación debe ser incluida en el precio para incentivar el cobro por parte del hospital. Se debe generar un overhead por el recaudo. Un esquema posible es generar incentivos incrementales en el overhead para incrementos en la recuperación entre contratos secuenciales.

- **Identificación de clientes** de alto consumo para proteger al comprador, con compromiso de actuación con acciones preventivas por parte del hospital, en los casos de enfermedades crónicas de alto consumo.

10. Mecanismos de ajuste en el proceso de servicio

10.1 Cobertura

- **Comprobación de derechos:** el hospital debe poder discriminar la población que hace parte del contrato. En el caso de la legislación colombiana, esto aplica para la consulta y procedimientos hospitalarios que no constituyen urgencias. Para procedimientos de urgencia el mecanismo se reduce a la identificación del pagador vigente.

- **Listado de beneficios autorizados** al hospital con procesos administrativos, de libre consumo, sujetos a autorización.

10.2 Consumo

El mayor factor de desajuste en los contratos de pago por evento deriva del incentivo que se da para la inducción de demanda por parte de los hospitales, en particular, cuando se alinea el contrato por evento con incentivos de pago por productividad a los médicos de la entidad. Los mecanismos de control del consumo deben ser poderosos para prevenir estas desconfiguraciones.

- **Cuotas de recuperación sobre el paciente:** debe buscarse el mayor cobro para ensamblar la prevención del consumo en el paciente con la prevención en la inducción por parte del hospital.

- **Tope de pago (*stop loss*):** protege al ente territorial para el pago de facturas. Una posibilidad es especificar topes de una o dos desviaciones estándar del promedio pagado en el contrato anterior para poblaciones similares, en el mismo diagnóstico,

según la información consignada en los RIPS. Debe definirse, en ese caso, un *stop loss* para *outliers.*

10.3 Servicio

- **Autorizaciones:** previas a la prestación de cada servicio en el caso de contratos muy controlados. En contratos para población vinculada la autorización debe hacerse sobre procedimientos costosos, lo cual debe estar definido en el contrato para aligerar el mecanismo de auditoría.

- **Recobro de derivaciones inadecuadas,** para evitar la transferencia de riesgo.

- **Auditoría concurrente:** especialmente para niveles de alta y mediana complejidad. El resultado de la auditoría concurrente debe limitar el alcance de la auditoría de cuentas.

- **Auditoría de cuentas:** se realiza sobre las facturas, el contrato debe contemplar un término de revisión, a partir del cual la factura se considera aceptada. Además, la reducción progresiva del término por glosas inmotivadas o la aceptación de la carga financiera generada por retención injustificada del pago más allá del término de auditoría.

10.4 Precio

- **Lista de precios:** debe basarse en precios competitivos, definidos teniendo en cuenta los precios de mercado. Esto implica: a) que los precios se negocian y actualizan de acuerdo con información disponible en similares condiciones a todas las partes; y b) que los precios de contratos en el territorio son difundidos.

10.5 Costo

- **Remuneración de médicos:** pago por nómina con agenda y horarios controlados por el contratista

- **Control con protocolos médicos**: para los casos en los que sea adecuado.

10.6 Derivación

El incentivo del hospital es derivar los casos de menor consumo o de precio relativo menor, lo cual redunda en insatisfacción por parte del usuario.

- Recobro por derivación inadecuada: a cargo del hospital emisor.

11. Compromisos de mejoramiento

Para seguimiento en el acuerdo de gestión:

- Objetivos y metas de análisis del consumo
- Objetivos y metas de facturación y cobro.

C. Modelo de contrato por presupuesto global prospectivo

El contrato por presupuesto global prospectivo se constituye alrededor de la relación entre capacidad instalada del hospital y demanda esperada en un territorio definido. No hay precio individualizado por persona ni por evento de atención. El presupuesto asignado se define a partir del costo de prestación de servicios a la demanda de referencia ejecutado en la vigencia anterior y teniendo en cuenta la demanda global de servicios a la institución. Se paga en forma prospectiva, con base en un plan de desembolsos. Debe estar predefinido en un conjunto de servicios comprometidos por el hospital, ligado a su capacidad instalada, y el área de referencia que cubre.

Hay transferencia parcial del riesgo, en la medida en que existe un tope presupuestal frente a una demanda incierta. El presupuesto aceptado en el contrato se constituye en tope de pago para el ente territorial en la población y beneficios incluidos. El principal problema del contrato con presupuesto es que el hospital tiende a racionar los servicios a la población con el fin de manejar el costo variable.

1. Requerimientos de información

- **Listado inicial de derechohabientes:** debe ser suministrado por el contratante, o certificación de derecho por parte del contratante
- **Conjunto de servicios** para los cuales el hospital está habilitado para su atención. Servicios Pos subsidiado y Pos contributivo
- **Sistema de registro** de producción de servicios por parte del hospital atribuibles a cada régimen; y variables para indicadores de eficiencia. En el presupuesto puro el pago no debería estar ligado a la producción sino al gasto
- **Sistema de facturación:** en el caso de los vinculados, el soporte para pago se haría sobre factura y RIPS por paciente
- **Red de servicios** con estructura de atención en el territorio y obligaciones de los demás integrantes de la red
- **Reporte de gastos** del periodo anterior
- **Estados financieros** de la institución en las vigencias anteriores.

2. Forma de pago

- **Unidad de pago:** presupuesto anual para un territorio y grupo de derechohabientes en un periodo acordado

- **Periodicidad:** plazo acordado usualmente en periodos fijos
- **Temporalidad:** pago anticipado
- **Oportunidad:** pago en el periodo definido por ley, sanción por alta tasa de glosas injustificadas por parte del comprador, calculada a tasa de intereses bancarios
- **Requisitos:** ejecución.

3. Sistema de gestión

- Capacidad de comprobación de derechos por parte del contratista
- Capacidad de generar estadísticas de producción
- Capacidad de facturación
- Capacidad de control del gasto médico.

4. Sistema de calidad

- Sistema de información sobre procedimientos Rips
- Capacidad de verificar reducción en morbilidad y mortalidad en el territorio
- Tratamiento de quejas
- Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios.

5. Tipos de contrato por presupuesto global prospectivo

Los contratos por presupuesto global prospectivo se segmentan de acuerdo con la disponibilidad de hospitales del territorio, la asignación de poblaciones, la distribución del plan de beneficios y el nivel de atención de las instituciones.

6. Mecanismos contra la selección adversa

No aplica.

7. Mecanismos contra el abuso moral

- **Cuotas de recuperación:** a cargo del hospital debe generarse incentivo por recaudo.

8. Mecanismos de ajuste

8.1 Cobertura

- **Comprobación de derechos:** particularmente importante para discriminar los consumidores que pertenecen a otro pagador y cuyo incentivo es el de actuar como *free riders* frente al contrato presupuestal.

- **Capacidad de identificar consumidores** asignados, de forma presupuestal, a otros hospitales.

8.2 Consumo

- **Tope de pago** (*stop loss*): con reconocimiento de productividad por encima de la cuota, pero a un precio menor (con descuentos). Hay un bono por eficiencia administrativa, y reconocimiento por necesidad de recursos adicionales donde se debe ajustar la capacidad instalada.

8.3 Servicio

- **Incentivos por productividad**: el contrato debe incluir un acuerdo de productividad con indicadores sobre producción de servicios de parte del hospital, con incrementos anuales y benchmarks entre instituciones y servicios similares.

- **Autorizaciones:** a personas no incluidas en el listado inicial de derechohabientes.

- **Auditoría:** sobre la ejecución presupuestal.

8.4 Precio

- Restricción presupuestaria.

8.5 Costo

- **Remuneración de médicos:** pago por nómina con agenda y horarios controlados por el contratista
- **Control de productividad de los médicos**, ya que su incentivo es a la baja productividad. El comprador debe satisfacerse respecto a la productividad del personal médico.

8.6 Derivaciones

- **Autorizaciones para derivación:** a cargo del hospital receptor, con deducibles en caso de ser inadecuada
- **Recobro a otros hospitales y entes territoriales**, por derivación inadecuada.

9. Compromisos de mejoramiento

Para inclusión en el acuerdo de gestión:

- Objetivos y metas de morbilidad y mortalidad
- Objetivos y metas de producción de servicios
- Objetivos y metas de reducción de costos fijos y variables
- Objetivos y metas de estados financieros.

D. Modelo de contrato por caso o conjunto integral de atenciones

El contrato por caso se constituye alrededor de la relación entre gasto médico y administrativo según diagnóstico o conjunto de intervenciones, pruebas, procedimientos e insumos que están asociados a la resolución de una enfermedad o evento que afecte la salud. El precio se determina sobre el valor promedio y la dispersión del costo de una canasta de consumo asociada, cuya probabilidad de consumo es alta, a partir de una serie de tiempo prolongada o la experiencia de un número alto de instituciones.

Debe existir una lista de diagnósticos que cubre el aceptante y un sistema de precios por diagnóstico o conjunto de atenciones. Se paga en forma retrospectiva, con fundamento en la demanda efectiva en un periodo acordado para la liquidación. Hay transferencia parcial del riesgo, en la medida en que el contratista está sujeto a la variación del costo en relación con el precio promedio acordado.

1. Requerimientos de información

- Listado de derechohabientes que debe ser suministrado por el contratante
- Listado de diagnósticos para los cuales está habilitado el hospital. En el caso de contratos para población vinculada deben estar incluidos en el plan de beneficios del subsidiado y los servicios excluidos que hacen parte del Pos contributivo
- Listado de precios de referencia por diagnóstico o conjunto de eventos de atención

- Sistema de clasificación de diagnósticos y eventos
- Sistema de control de gasto médico
- Sistema de gestión: a) capacidad de comprobación de derechos por parte del contratista; b) capacidad de clasificación de eventos; y c) capacidad de control del gasto médico
- Sistema de calidad: a) sistema de información sobre procedimientos y tratamiento de diagnósticos; y b) aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios.

2. Forma de pago

- **Unidad de pago:** diagnóstico o conjunto integral de atenciones
- **Periodicidad:** plazo legal acordado una vez generada la cuenta de cobro
- **Temporalidad:** pago retrospectivo
- **Oportunidad:** pago en el periodo definido por ley, sanción por retrasos injustificados por parte del comprador calculada a tasa de intereses bancarios.
- **Requisitos:** cuenta de cobro e información de seguimiento.

3. Tipos de contrato por caso

- Contratos con pago por diagnóstico
- Contratos con pago por conjunto integral.

4. Mecanismos contra la selección adversa

En el caso de contratos con autorizaciones por parte de los pagadores o ensamblados con hospitales de diferente nivel sin

gatekeeper (autorizador) del recipiente, se debe contemplar una configuración de pago por evento para remisiones que no correspondan a las distribuciones de servicios entre los hospitales que conforman la red. Mecanismos contra el abuso moral.

- Se contemplan los mecanismos usuales contra el abuso moral por parte del consumidor, como las cuotas de recuperación, las cuales están en su cobro a cargo del hospital; como incentivo pueden hacer parte del precio por diagnóstico de acuerdo con los objetivos de recuperación.

5. Mecanismos de ajuste sobre el proceso de servicio

5.1 Cobertura

- Comprobación de derechos
- Capacidad de comprobación de diagnósticos o identificación del conjunto de atención incluido en el contrato.

5.2 Consumo

- Consumo fuertemente determinado por la decisión médica; este aspecto se debe fijar al diagnóstico.

5.3 Servicio

- **Autorizaciones:** a personas no incluidas en el listado inicial de derechohabientes.

5.4 Precio

- Lista de precios por diagnóstico con ajustes por comorbilidad
- Restricción de precio por diagnóstico
- Descuento y recobro para derivaciones inapropiadas en contratos secuenciales con otros niveles de atención.

5.5 Costo

- **Remuneración de médicos:** pago fijo por atención integral del diagnóstico es el mecanismo que induce el menor costo médico.

- **Protocolos de referencia:** para conocer las desviaciones en el gasto médico.

- **Auditoría concurrente:** concentrada sobre la pertinencia del diagnóstico realizado y la comorbilidad o factores de consumo que asocien pago diferente al promedio.

- **Sistema de costos**, para controlar las variaciones del costo por diagnóstico.

5.6 Derivación

- Pagos entre contratos ensamblados.

5.7 Derivaciones

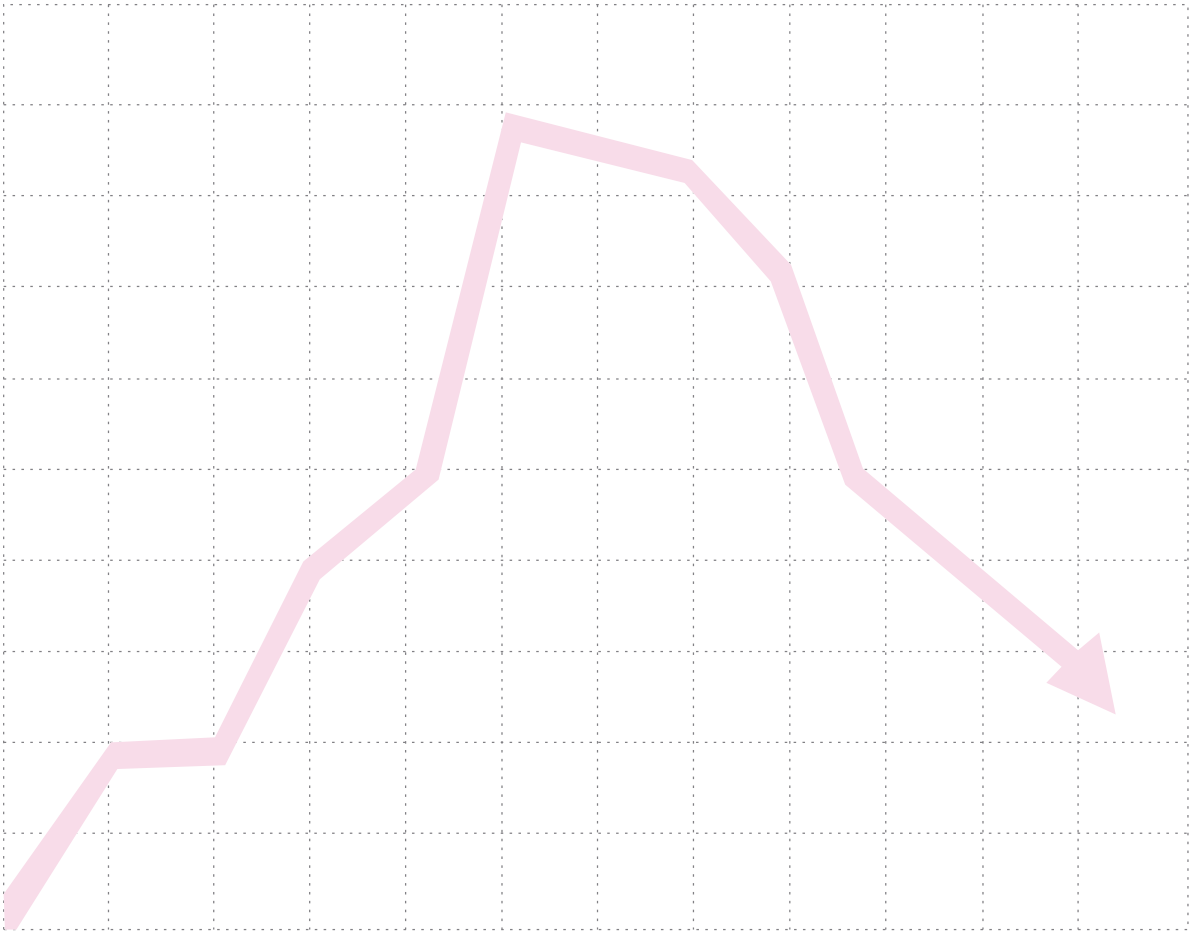
- Autorizaciones para derivación: a cargo del hospital receptor, con deducibles en caso de ser inadecuada

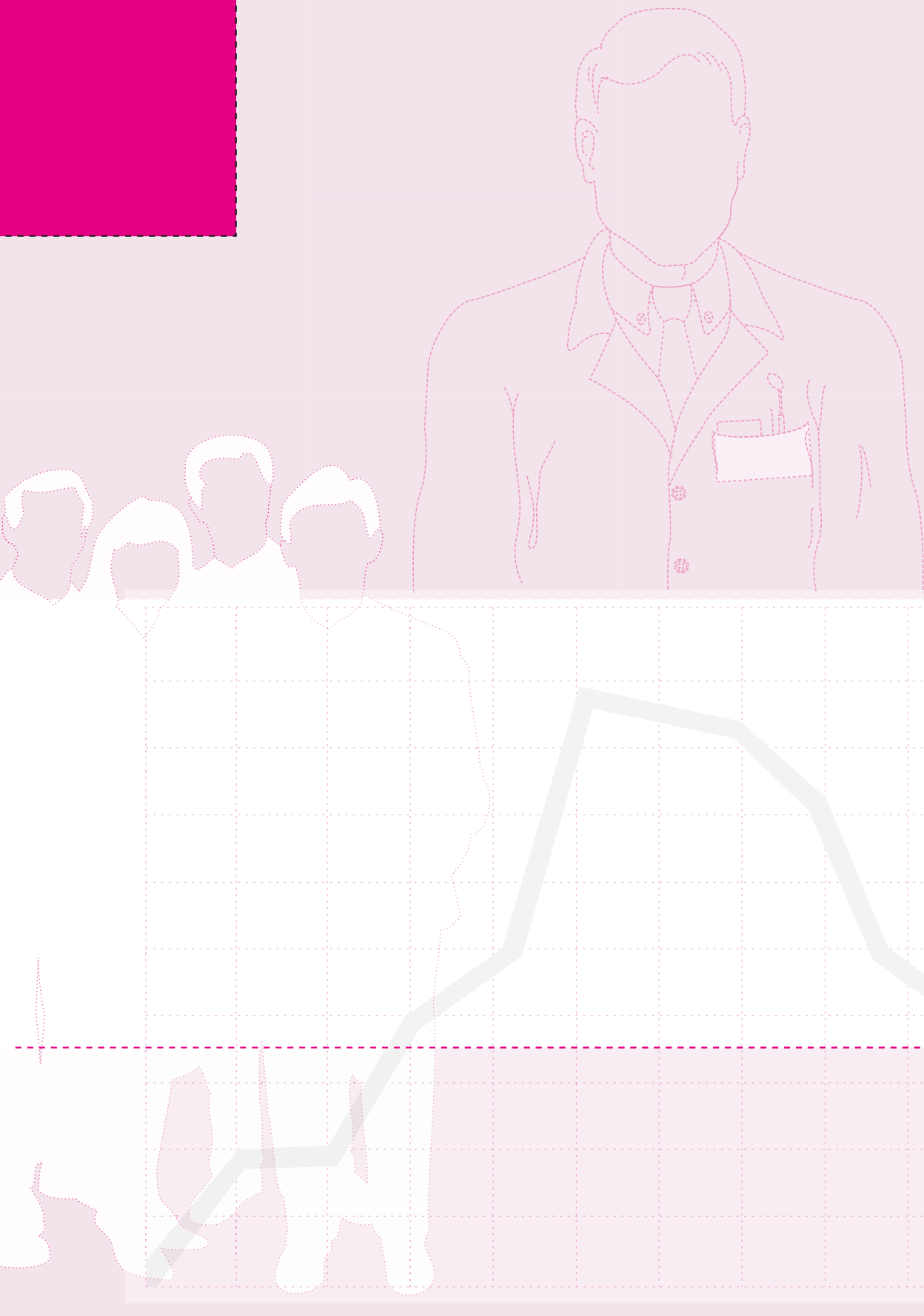
- Recobro a otros hospitales y entes territoriales, por derivación inadecuada.

6. Compromisos de mejoramiento

Para incluir en convenios de gestión.

- Objetivos y metas de identificación de derechohabientes
- Objetivos y metas de manejo de información
- Objetivos y metas de riesgo ligado al costo
- Objetivos y metas de desarrollo de protocolos
- Objetivos y metas de costeo por diagnóstico.





Capítulo 13

Procesos contractuales

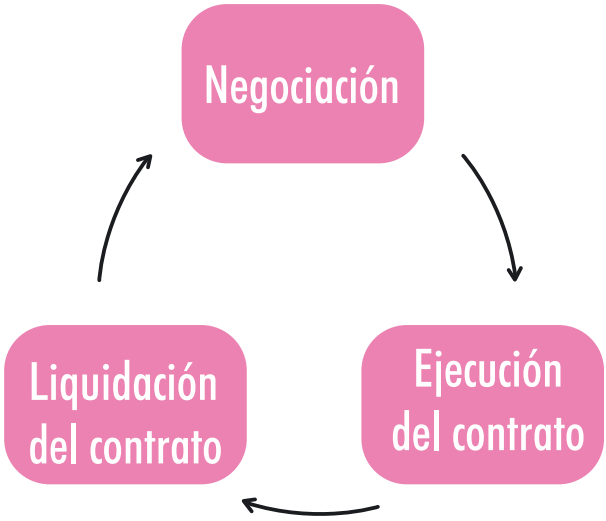
A. Actividades

A partir del diagnóstico realizado en el estudio y de información complementaria suministrada por expertos, resulta claro que una de las principales dificultades del proceso de contratación dentro en el Sgsss, es que las entidades involucradas lo circunscriben al momento de la firma o perfeccionamiento del contrato. Siendo esta tan solo la actividad que concluye el subproceso de negociación, dejando de lado todas las actividades preparatorias a la misma. Por lo anterior, es importante abrir un espacio de reflexión sobre las actividades más relevantes que se desarrollan en este proceso.

Lo primero que se debe destacar sobre el proceso, es su naturaleza cíclica, ya que permite lograr un perfeccionamiento de los contratos o implementar estrategias que los haga menos incompletos. Se pueden identificar tres grandes subprocesos, sin importar el tipo de mecanismo de contratación seleccionado: negociación, ejecución y liquidación (gráfico 13.1), el tercero se vuelve insumo del primero siendo la conexión que permite un avance en el proceso contractual.

A continuación, se especifican las actividades involucradas en cada subproceso, destacando las posibles variantes de acuerdo al mecanismo de contratación seleccionado.

Gráfico 13.1
Proceso contractual



B. Negociación

En la negociación se procura obtener resultados que sirvan a los intereses mutuos de las partes, por lo que un punto de partida es que cada una realice actividades de valoración frente a la experiencia previa, los cambios del entorno y sus expectativas, que por supuesto incluyen su capacidad de gestión.

En la gráfico 13.1 se pueden observar tres actividades previas antes de decidir la forma de contratación propuesta. En la primera, se realiza un análisis a los resultados de la forma de contratación anterior, para esto se utilizan de manera general: los indicadores de gestión y resultados definidos en el modelo anterior, los resultados de los Rips, y estados financieros. En caso de haberse tratado de un contrato de cápita es importante verificar los resultados de la nota técnica y el costo promedio actualizado a la vigencia de la atención a los derecho habientes.

En la segunda, se realiza un análisis de las variaciones del entorno, como crecimientos o decrecimientos de la oferta de

servicios, movimientos de la demanda como aumento de la población desplazada que se convierte en residente, aumento o disminución de las condiciones de vulnerabilidad entre otros.

En tercer lugar, se definen las metas que cada parte tiene frente a la prestación de servicios de salud, por ejemplo el ente territorial puede plantearse aumentar el número de cirugías a partir de un menor tiempo de espera, o focalizar grupos especiales y con base en estos desarrollar su contratación a fin de aumentar eficiencia. Por su parte el hospital puede planear concentrar sus servicios en determinadas especialidades, o aumentar el flujo de recursos por concepto de esta población.

No se pueden asumir cambios en características de la población sin afectar la nota técnica. Cada población tiene un riesgo diverso, lo cual debe considerarse en el proceso de negociación.

Tomando los resultados de las actividades anteriores, el marco regulatorio y las políticas institucionales, metas propuestas para el periodo y capacidad técnica y administrativa, se realiza la selección de mecanismo. De acuerdo con el mecanismo de contratación seleccionado, son procedentes las siguientes actividades:

1. Capitación

En caso de seleccionarse el mecanismo de cápita, el comprador (asegurador-entidad territorial) procederá a conformar el *pool* de riesgo sobre el cual se diseñará la propuesta técnica y financiera, para adelantar la negociación y llegar a la formalización de un contrato.

La conformación del pool de riesgo implica la generación de la nota técnica del mismo, que debe incorporar como mínimo:

- **Caracterización sociodemográfica del *pool* de capacitación:** es conveniente incorporar adicionalmente factores de riesgo en salud asociados a actividad económica, actitudes y hábitos, entre otros.

- **Frecuencias de uso de los servicios contratados** (procedimientos) por los grupos antes descritos, preferiblemente asociado a diagnóstico final o inicial.

- **Costo estimado:** en los casos donde no se cuenta con una información suficiente o confiable para desarrollar este ítem se recomienda utilizar como proxy o valor referente los tarifarios disponibles del mercado.

La propuesta técnica incluye como mínimo, nota técnica, caracterización de la cápita e indicadores de proceso como: tiempos máximos de espera, mínimos esperados en atención, acciones frente outliers, mecanismos de referencia, reportes de información, mecanismo de resolución de conflictos, entre otros.

A partir de esta información, se establece el valor de la prima que se complementa con la periodicidad de los pagos, lo que permite conformar la propuesta financiera.

La puede conformar una aproximación de pool de riesgo, teniendo en cuenta las características de la población e intervenciones realizadas y continuar con la conformación de propuesta y negociación.

2. Pago por evento

Para la conformación de la propuesta en el caso de pago por evento, es necesario establecer, de forma cuidadosa, los servicios que se contratan y los precios acordados, para lo cual se recomienda buscar especializar las entidades y buscar la utilización de precios de mercado, lo anterior destaca en mayor medida la utilización de los resultados de los Rips.

Así mismo, es fundamental establecer un mecanismo de autorización de servicios, que permita modular el consumo y el costo; se sugiere tener en cuenta el tipo de servicios contratados y la capacidad de gestión de la institución que los ejecute. En el caso de instituciones de baja complejidad es aconsejable tener un grupo

de servicios con autorización previa, debido a que los servicios ofrecidos por esta son de alta frecuencia y bajo costo. Por el contrario, para instituciones de mediana y alta complejidad donde los servicios contratados sean de este orden, es conveniente contar con un equipo de autorización por parte del comprador (asegurador, entidad territorial), esto porque los servicios son, en general, de más bajas frecuencias y de costos elevados.

3. Conjunto integral de atención

Para la conformación de los paquetes o casos, se recomienda identificar patologías donde la variabilidad en el protocolo de atención sea baja, los efectos por comorbilidades tenga un alto grado de predicción. Así mismo, son más aconsejables donde se requiera un alto grado de tecnología en la atención.

Es importante fijar especial atención en el manejo de comorbilidades y outliers, así como en el procedimiento de derivación en caso de ser necesario.

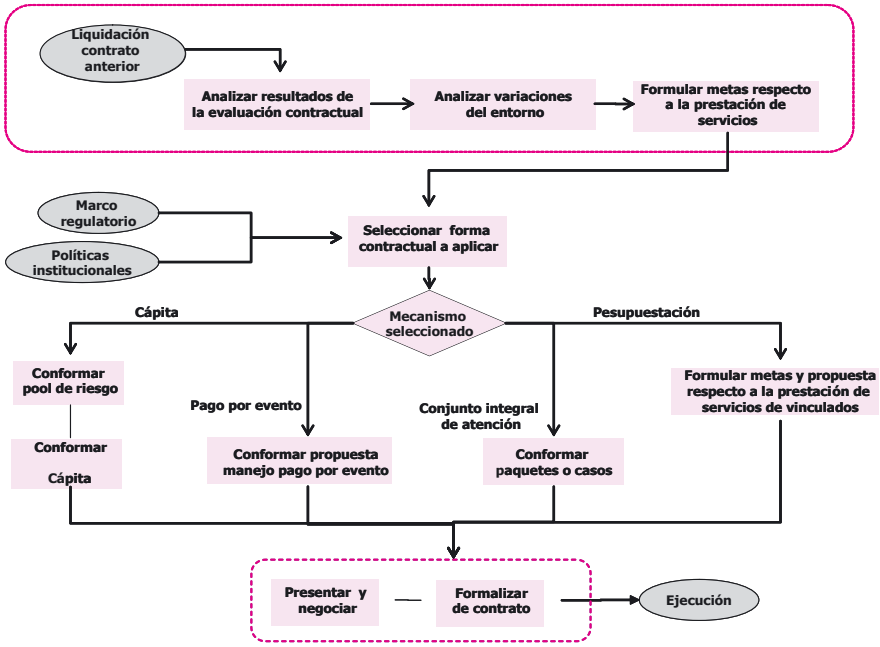
Para el establecimiento del valor del caso, se recomienda utilizar como referente los precios presentados en tarifarios, para aquellas entidades donde no se cuente con estudios de costos adecuados.

4. Presupuesto global prospectivo

En el caso de presupuesto global prospectivo, no es posible referirse a un solo proceso de negociación, ya que como se mencionó, esta forma se aplica en aquellos lugares donde las condiciones de mercado son particulares. Sin embargo, existe un primer momento en el que es necesario plantear las metas de atención para la población pobre no asegurada, considerando la evaluación de resultados del periodo anterior, verificando posibles cambios del entorno que pueden ser oferta de servicios o de demanda y de acuerdo con los recursos disponibles. Dichas metas deben tender a priorizar servicios, población y condiciones de calidad (gráfico 13.2).

Gráfico 13.2

Subproceso de negociación



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

El proceso continúa con la presentación de las metas de cada parte y el acuerdo final al que lleguen, luego, se procede a realizar el acuerdo interadministrativo.

Las experiencias más exitosas muestran que la negociación es más eficiente cuando se desarrolla con la participación de un equipo multidisciplinario, ya que esto permite considerar contingencias desde los diferentes subsistemas productivos de cada agente.

C. Ejecución

En el caso de las se realizan tres actividades: adecuación logística, prestación y registro del servicio, cobro.

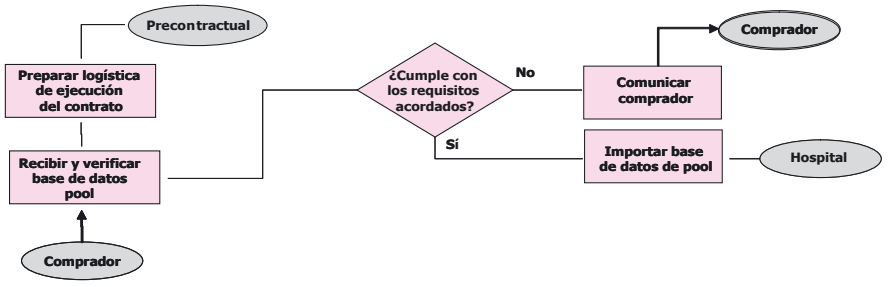
1. Capitación

1.1 Adecuación logística

Esta actividad inicia con la alimentación del portafolio de compradores de servicios, el sistema de facturación, contable y la comunicación a los funcionarios encargados de la atención a los usuarios. Así mismo, se realiza la asignación de un interventor interno del contrato, quien se encargará de hacerle un seguimiento integral a la ejecución del mismo (gráfico 13.3).

El proceso continúa con la recepción de la base de datos del pool de riesgo contratado, la cual se verifica para determinar si cumple con las características de edad, sexo y localización, acordadas en la fase precontractual. En caso de cumplir con todos los requisitos se alimenta el sistema de información y se da paso a la atención de pacientes. En caso contrario, se comunica al contratante, especificando las inconsistencias encontradas. Al mismo tiempo, se recibe la base de datos de vinculados identificados, para contar con herramientas suficientes de identificación al momento de ser necesaria la atención de urgencias o de algún paciente no contemplado en el *pool*.

Gráfico 13.3
Ejecución cápita - Adecuación logística



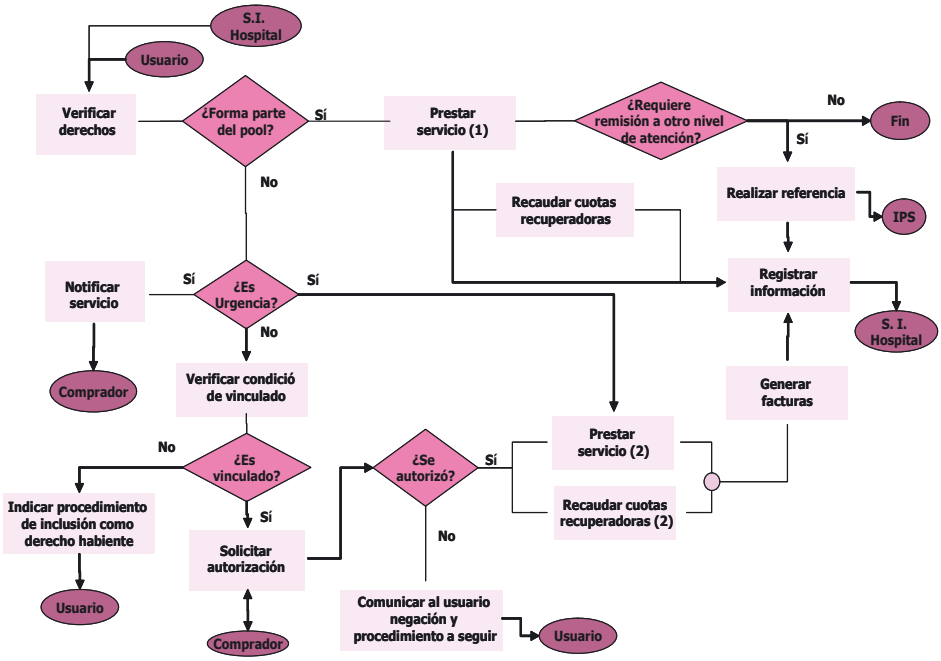
Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX .Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

1.2 Prestación y registro del servicio

Una vez formalizada la iniciación del contrato y al momento de presentarse un paciente, se inicia el proceso verificando si forma parte del pool contratado, para esto se solicita un documento de identidad, cuya información es contrastada con la registrada en el sistema de información. En caso de formar parte del pool se procede a dar la atención médica donde se establece; si es necesario realizar una referencia a un nivel superior de atención se establece la entidad más adecuada, se expone el caso y se realiza la derivación diligenciando la información requerida y formalizando el aviso en la institución que recibirá el paciente (gráfico 13.4)

Gráfico 13.4

Etapa ejecución – capitado – prestación y registro del servicio



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico Ass/1154-04. Noviembre.

Sin importar si es necesario o no la derivación del paciente, se procede a determinar el pago requerido por concepto de cuota de recuperación de acuerdo con lo convenido en el contrato y el marco legal vigente. El diagnóstico inicial y final, la derivación, procedimientos realizados, medicamentos suministrados y recaudo de cuota recuperadora se registran en el sistema de información del hospital de acuerdo con las características de este y las requeridas para la generación de Rips.

Si la persona no se encuentra dentro del *pool* contratado, y en caso de ser una urgencia, se sigue el procedimiento de atención y se notifica al comprador correspondiente. En caso de no ser una urgencia se verifica su condición de afiliación al sistema; en caso de no estar asegurado se revisa mediante la solicitud de clasificación Sisben, recibo de servicios públicos o documento que constate su residencia en el municipio, carta de desvinculación de Eps en caso de figurar como afiliado del régimen contributivo. En caso de no ser posible verificar su condición se le indica al ciudadano el procedimiento a seguir, que puede ser: solicitar clasificación Sisben, solicitar autorización de su municipio de adscripción o remitirlo a otra.

En caso de verificarse que corresponde a una persona no asegurada, y al no estar en el pool de contratación de la entidad territorial, se debe solicitar autorización de servicios con el ente territorial siguiendo el procedimiento establecido; en caso de obtener la autorización se presta el servicio, se apoya en el recaudo de la cuota recuperadora y se van generando las facturas del mismo.

1.3 Cobro de servicios

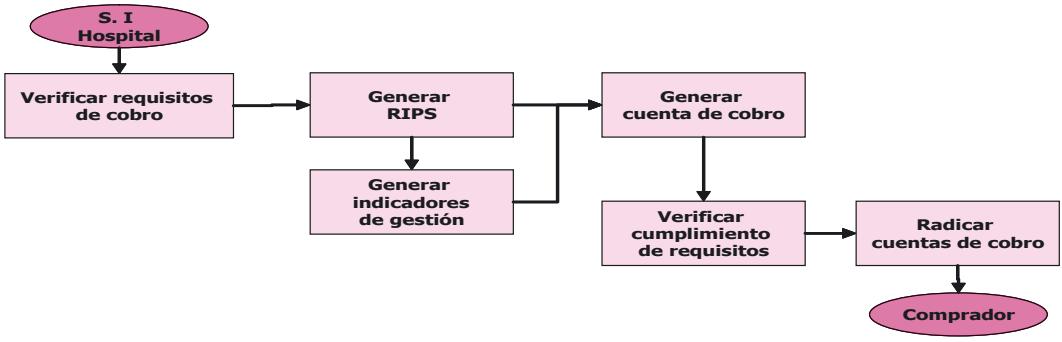
La tercera fase del proceso se encuentra asignada al cobro de los servicios, que inicia con una verificación de los requisitos definidos de acuerdo con el tipo de contrato, apoyándose en las listas de chequeo conformadas en la preparación logística. En caso de ser un contrato por cápita se debe realizar como mínimo la generación de Rips, los estadísticos de monitoreo acordado y la generación de cuenta de cobro, con esta información el interventor

interno del contrato deberá realizar una verificación de la oportunidad y cumplimiento de los requisitos de cobro a fin hacer los ajustes necesarios y proceder a realizar la radicación de la cuenta de cobro (gráfico 13.5).

El cobro de los servicios que fueron prestados por fuera de esta modalidad de contratación es presentado en la forma de pago por evento.

Gráfico 13.5

Etapa ejecución – capitado – Cobro de servicios



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

2. Proceso contrato por evento

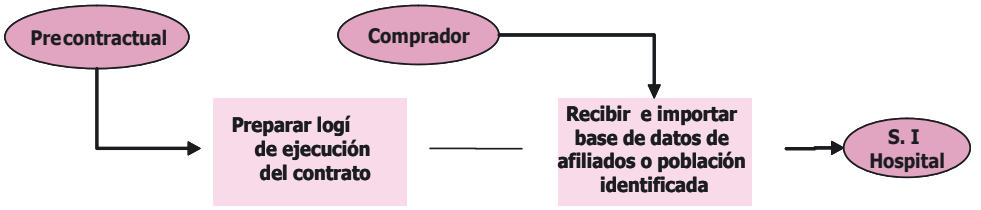
2.1 Adecuación logística

Como en el caso anterior se da inicio con alimentación del portafolio de compradores de servicios, el sistema de facturación, contable y la comunicación a los funcionarios encargados de la atención a los usuarios. Así mismo, se asigna un interventor interno del contrato, quien se encargará de hacerle un seguimiento integral a la ejecución del contrato (gráfico 13.6).

Luego, se recibe la base de datos de afiliados para el caso de los aseguradores o de la población identificada como no asegurada por

parte de la entidad territorial, herramienta necesaria para dar inicio a la atención de la población.

Gráfico 13.6
Ejecución evento – Adecuación logística



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

2.2 Prestación y registro del servicio

Una vez formalizada la iniciación del contrato y en el momento de presentarse un paciente, empieza el segundo subproceso. Como se observa, existen diferencias importantes entre niveles de complejidad, en el caso de las instituciones de bajo nivel de complejidad inicia el proceso verificando el derecho, es decir, se solicita al paciente un documento de identificación y se contrasta con la base de datos de la población; si se encuentra presente y si requiere un servicio que no implique autorización externa se atiende al paciente, se genera factura y se recauda cuota de recuperación. Si se requiere de autorización se solicita, en caso de ser negada, se explica al usuario la razón y el proceso que debe seguir (gráficos 13.7 y 13.8).

Para el caso de población no asegurada, no identificada por parte de la entidad territorial, y descartando que se trate de una urgencia médica, se le explica el procedimiento para identificarse, es decir, proceder a su inclusión en SISBEN.

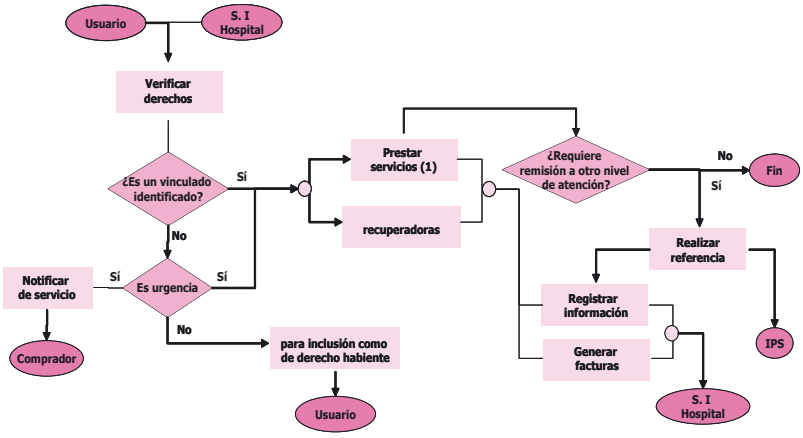
Al prestar el servicio se establece si es necesario realizar una derivación a un nivel superior, en caso de ser así, se busca la institución y se le explica la situación del paciente a fin de que esta acepte la remisión.

Nótese cómo el registro de información y generación de facturas se realiza de manera casi simultánea. En el caso de las instituciones de mediana y alta complejidad, el proceso inicia al igual que en los de baja complejidad con la identificación del paciente en las bases de datos de población, en caso de no ser así y al descartarse una urgencia, se le explica al paciente el procedimiento que debe seguir.

Si está identificado, se realiza una atención inicial cuyo propósito es establecer la calidad de la referencia hecha; en caso de no cumplir con los requisitos, es decir, el problema de salud se hubiera podido resolver en el anterior nivel de atención, se realiza una comunicación a las entidades correspondientes sobre el hecho para efectos de recobro (en el caso de cuentas compartidas). Con la atención inicial se determina si el servicio requiere de una autorización externa o si no, se solicita, de acuerdo con el procedimiento fijado entre las partes; si es negada, se explica al usuario las razones de esta y el procedimiento que debe seguir. Si es aceptada se presta el servicio y el proceso continúa como en el caso las de baja complejidad.

Gráfico 13.7

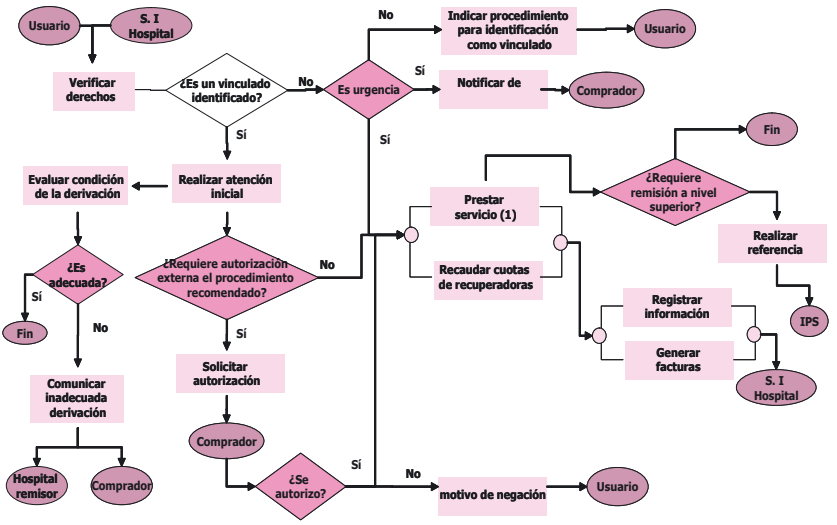
Etapa ejecución – evento a –
Prestación y registro del servicio



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

Gráfico 13.8

Etapa ejecución – evento b –
prestación y registro del servicio



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

2.3 Cobro

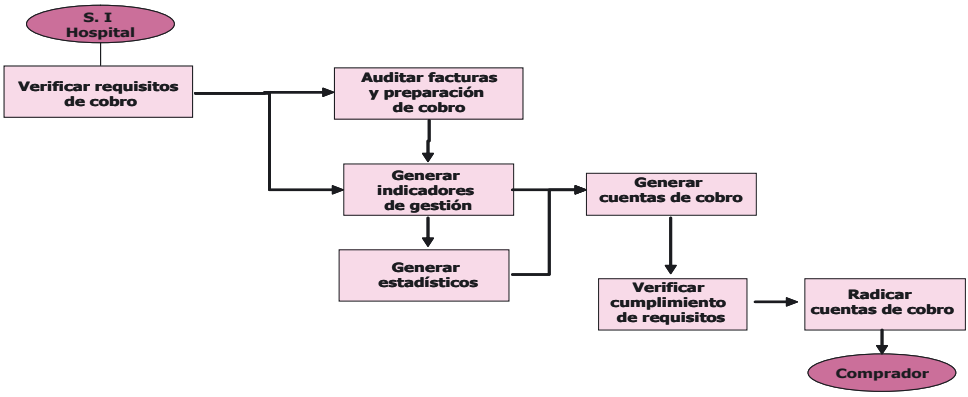
La tercera fase del proceso se encuentra asignada al cobro de los servicios, que inicia con una verificación de los requisitos definidos de acuerdo con el tipo de contrato, apoyándose en las listas de chequeo conformadas en la preparación logística (gráfico 13.9).

En esta forma de contratación es necesario realizar una auditoría a las facturas que se presentarán, para lo cual se sugiere realizar una revisión aleatoria en forma de pertinencia, así mismo, esta se puede apoyar en actividades de auditoría concurrente por parte del comprador de servicios.

Además, se deben preparar los RIPS correspondientes, los estadísticos de monitoreo acordado y la generación de cuenta de cobro; con esta información el interventor interno del contrato

deberá realizar una verificación de la oportunidad y cumplimiento de los requisitos de cobro a fin realizar los ajustes necesarios y proceder a radicar la cuenta de cobro.

Gráfico 13.9
Etapa ejecución – evento - Cobro



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5 Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

3. Proceso contrato presupuesto global prospectivo

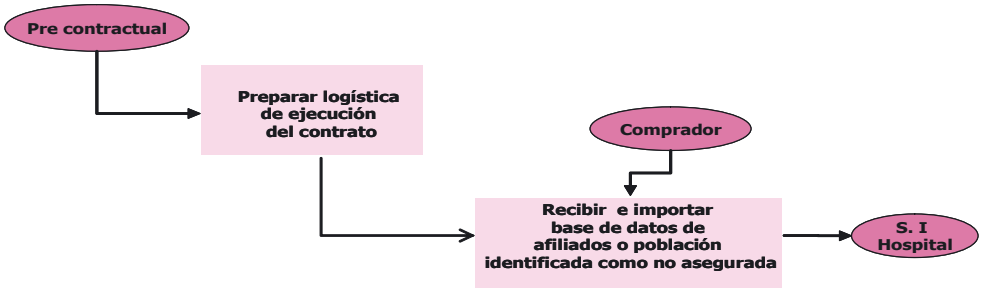
3.1 Adecuación logística

Como en los casos anteriores se alimenta el portafolio de compradores de servicios, el sistema contable y la comunicación a los funcionarios encargados de la atención a los usuarios. Así mismo, se realiza la asignación de un interventor interno del contrato, quien se encargará de hacerle un seguimiento integral a la ejecución del contrato (gráfico 13.10).

Después, se recibe la base de datos de la población identificada como no asegurada con subsidios a la demanda por parte de la entidad territorial, herramienta que sirve para dar inicio a la atención de la población.

Gráfico 13.10

Ejecución presupuesto global – adecuación logística



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5 Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

3.2 Prestación y registro del servicio

Una vez se ha formalizado la iniciación del contrato y al momento de presentarse un paciente, se inicia el proceso de verificación como derecho habiente, para esto se solicita un documento de identidad, cuya información es contrastada con la registrada en el sistema de información. En caso de encontrarse dentro del listado se procede a dar la atención médica donde se establece si es necesario realizar una referencia a un nivel superior de atención; en caso de ser así se establece la entidad más adecuada, se expone el caso y se realiza la derivación diligenciando la información requerida y formalizando el aviso en la institución que recibirá el paciente (gráfico 13.11).

Sin importar si es necesario o no la derivación del paciente, se procede a determinar el pago requerido por concepto de cuota de recuperación de acuerdo con lo convenido en el contrato y el marco legal vigente. El diagnóstico inicial y final, la derivación, procedimientos realizados, medicamentos suministrados y recaudo de cuota recuperadora se registran en el sistema de información del hospital de acuerdo con las características de este y las requeridas para la generación de RIPS.

Si la persona no se encuentra en el listado y en caso de ser una urgencia se sigue el procedimiento de atención y se notifica al ente territorial correspondiente. En caso de no ser una urgencia se verifica su condición de vinculado mediante la solicitud de clasificación Sisben, recibo de servicios públicos o documento que constate su residencia en el municipio, carta de desvinculación de Eps si figura como afiliado del régimen contributivo.

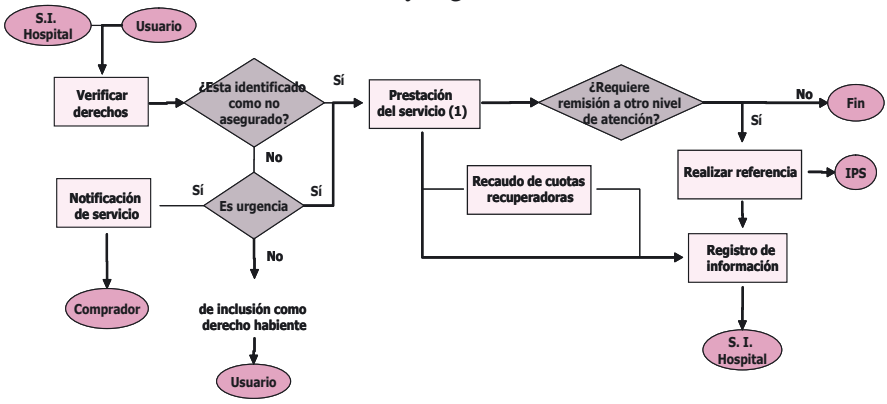
En caso de no poder verificar su condición, se le indica al ciudadano el procedimiento que debe seguir, que puede ser: solicitar clasificación Sisben, solicitar autorización de su municipio de adscripción o remitirlo a otra . Si se verifica que corresponde a un vinculado y no está en el pool de contratación, se debe solicitar autorización de servicios con el ente territorial siguiendo el procedimiento establecido; en caso de obtener la autorización se presta el servicio, se apoya en el recaudo de la cuota recuperadora y se van generando las facturas del mismo.

Es conveniente destacar que en esta modalidad de contratación la regulación del servicio se da desde el prestador, porque es conveniente fijar parámetros internos para esta actividad que concilien el control de costos y las necesidades del paciente.

Gráfico 13.11

Etapa ejecución – presupuesto global

Prestación y registro del servicio

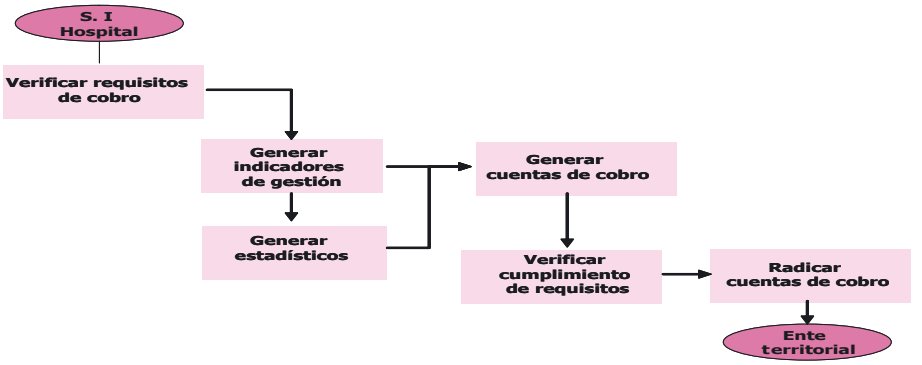


Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – Cendex Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

3.3 Cobro

La tercera fase del proceso se encuentra asignada al cobro de los servicios, que inicia con una verificación de los requisitos definidos en el contrato y se apoya en las listas de chequeo conformadas en la preparación logística. Para este caso se debe realizar como mínimo la generación de RIPS, los estadísticos de monitoreo acordados y la generación de cuenta de cobro (gráfico 13.12).

Gráfico 13.12
Etapa ejecución – presupuesto global o Cobro



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

4. Proceso contrato por caso o conjunto integral de atenciones

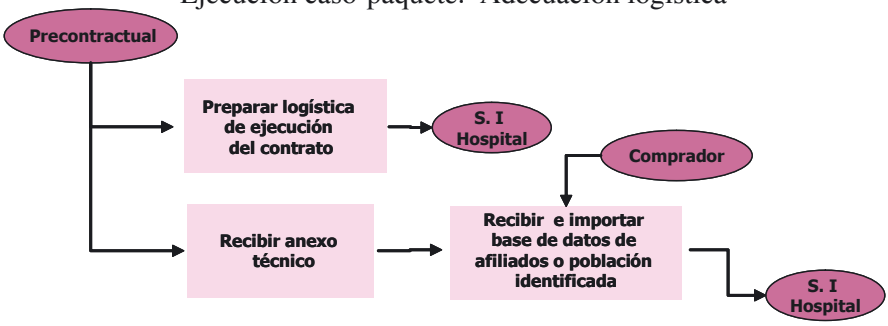
4.1 Adecuación logística

Inicia con una actividad de preparación operativa que abarca: alimentación del portafolio de compradores de servicios, sistema de facturación, contable y comunicación a los funcionarios encargados de la atención a los usuarios. Así mismo, se recomienda la asignación de un interventor interno del contrato, quien se encargará de hacerle un seguimiento integral a la ejecución del mismo.

De manera paralela se recibe el anexo técnico, que contiene la composición de los casos o paquetes contratados, en especial, el protocolo de atención previsto, los cuales deben difundidos con el personal médico y de facturación. Luego se recibe la base de datos de la población, herramienta necesaria para dar inicio a la atención de la población.

Gráfico 13.13

Ejecución caso-paquete. Adecuación logística



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

4.2 Prestación y registro del servicio

Una vez formalizada la iniciación del contrato y al momento de presentarse un paciente, se da comienzo al segundo subproceso. Como se observa, inicia el proceso verificando si es derechohabiente, es decir, se solicita al paciente un documento de identificación y se contrasta con la base de datos de derechohabientes, si se encuentra presente se realiza una atención inicial cuyo propósito es establecer la calidad de la referencia hecha (en el caso de instituciones de mediana y alta complejidad), en caso de no cumplir con los requisitos, es decir, el problema de salud se hubiera podido resolver en el anterior nivel de atención, se realiza una comunicación a las entidades correspondientes sobre el hecho para efectos de recobro (en el caso de cuentas compartidas). Con la atención inicial se determina si el servicio requerido se encuentra dentro del paquete contratado, se atiende al paciente, se genera

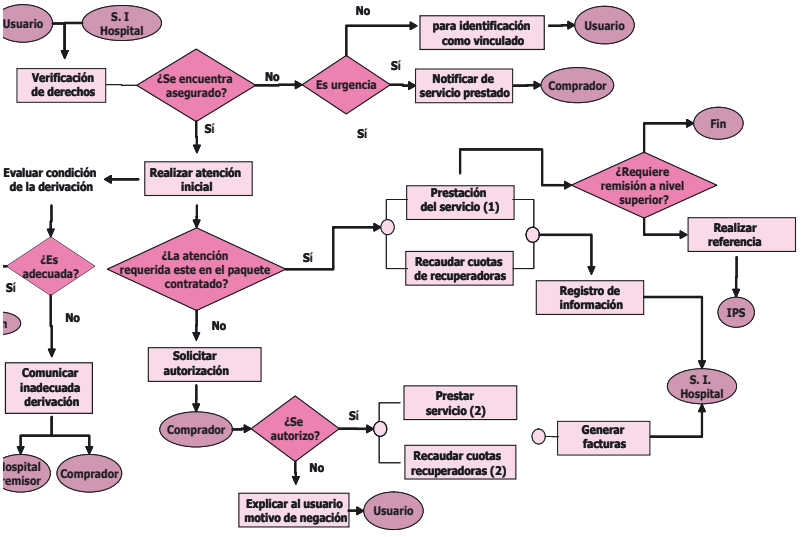
factura y se recauda cuota de recuperación. Si no se encuentra en el paquete, se solicita autorización, en caso de ser negada se explica al usuario la razón y el proceso que debe seguir; en caso de ser aceptada se presta el servicio, se genera cobro de cuotas de recuperación y facturas, estos servicios son facturados de acuerdo con el contrato y en su defecto, asumen a forma de pago por evento (gráfico 13.14).

Si la persona no se encuentra en la base de derechohabientes de ninguno de los compradores incluida la entidad territorial y al descartar que se trate de una urgencia médica, se le explica el procedimiento para identificarse, es decir, proceder a su inclusión en SISBEN.

Al prestar el servicio se establece si es necesario realizar una derivación a un nivel superior; en caso de ser así, se busca la institución y se le explica la situación del paciente a fin de que acepte la remisión.

Gráfico 13.14

Etapa ejecución – caso paquete
Prestación y registro del servicio



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – CENDEX Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

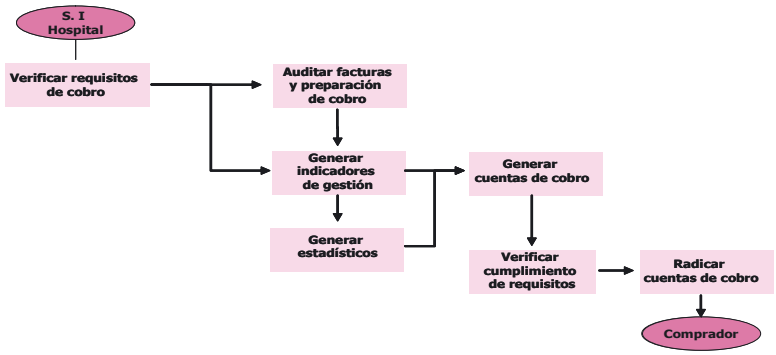
4.3 Cobro

La tercera fase del proceso se encuentra asignada al cobro de los servicios, que inicia con una verificación de los requisitos definidos de acuerdo con el tipo de contrato, apoyándose en las listas de chequeo conformadas en la preparación logística (gráfico 13.15).

En esta forma de contratación es necesario realizar una auditoría a las facturas que se presentarán, para lo cual se sugiere realizar una revisión aleatoria de forma de pertinencia, así mismo, esta se puede apoyar por actividades de auditoría concurrente por parte del comprador de servicios.

Además, se deben preparar los Rips correspondientes, los estadísticos de monitoreo acordado y la generación de cuenta de cobro; con esta información el interventor interno del contrato deberá realizar una verificación de la oportunidad y cumplimiento de los requisitos de cobro a fin realizar los ajustes necesarios y proceder a radicar de la cuenta de cobro.

Gráfico 13.15
Etapa ejecución-caso. Paquete cobro



Fuente: Departamento Nacional de Planeación- Pontificia Universidad Javeriana – Cendex. Ruiz F, Garavito L, Orozco M, Peñaloza E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre.

D. Liquidación

Dentro de las actividades contempladas en la adecuación logística se encuentra la asignación de un interventor interno del contrato, quien se encarga de hacerle un seguimiento integral a la ejecución del mismo. Este funcionario vela por el adecuado cumplimiento del contrato y sugiere las medidas correctivas en los casos donde es necesario. Se toman como punto de control los mementos previos al cobro a fin de consolidar una base suficiente de información sobre el comportamiento del contrato.

Esto implica de acuerdo con el mecanismo de contratación:

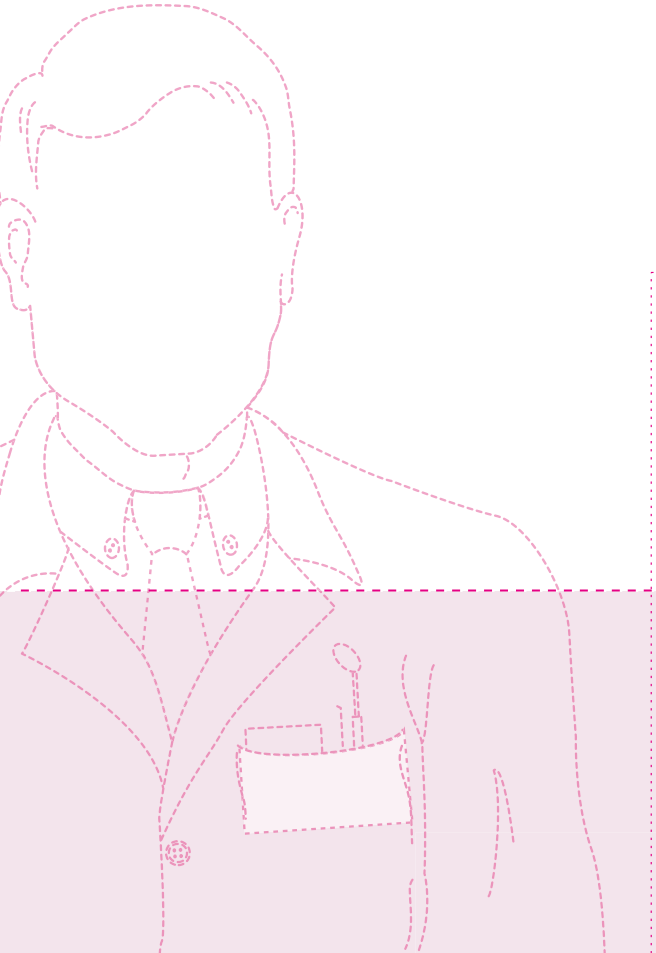
- **Capitación:** identificación de desviaciones de la nota técnica, en cuanto a frecuencia y costos asociados. Actualización adecuada de la base de datos de derechohabientes.

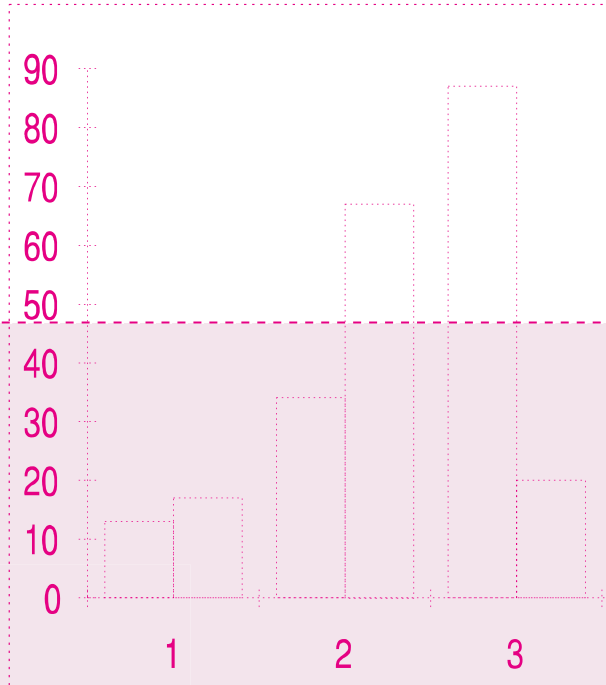
- **Pago por evento:** aplicación de los criterios de auditoría establecidos y normatividad vigente.

- **Presupuesto global prospectivo:** aplicación de criterios de autorización de servicios.

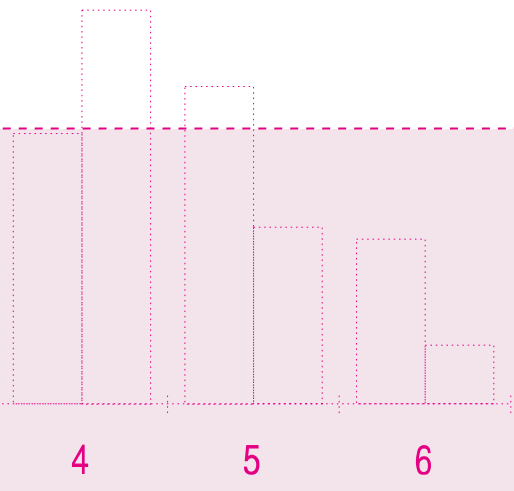
- **Conjunto integral de atención:** adecuada aplicación del protocolo clínico pactado, adecuada aplicación de criterios sobre comorbilidades y pacientes fuera de rango; análisis a los indicadores de resultados en salud previstos sobre los pacientes (para el caso de enfermedades crónicas).

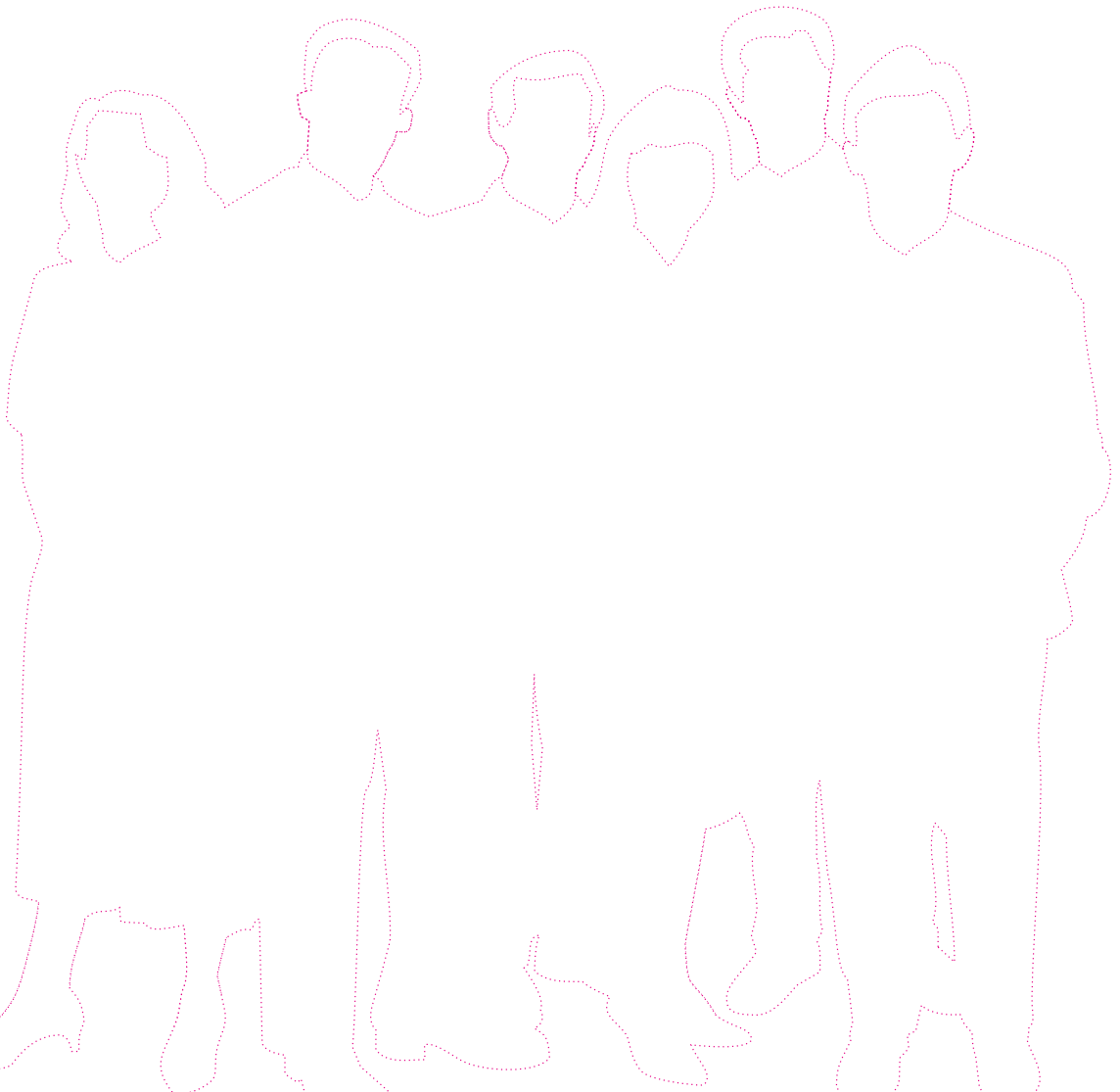
Así, una vez finalizado el periodo de ejecución del contrato se procede a consolidar los indicadores de seguimiento previstos, actualizar la nota técnica en caso de capitaciones, establecer el comportamiento financiero del mismo. Se recomienda realizar una sesión de consenso entre las partes sobre la evolución y dificultades presentadas en el mismo.




90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3

Referencias bibliográficas





Referencias bibliográficas

AKERLOF, G. 1970. The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics.

ARROW , KJ. 1963. Uncertainty and the welfare economics of health care. *American Economic Review,* 53:941-973.

ARROW , KJ; DEBREU, G. 1964. *Existence of an equilibrium for a competitive economy econometrica,* 22:265-290.

BROSSEAU, E; GLACHANT, JM. 2002. The economics of contracts and the renewal of economics. En: Brosseau E y Glachant JM (eds.). *The economics of contracts, theories and applications.* Cambridge University Press: 3-30.

CASTAÑO, RA; ZAMBRANO A. 2006. Biased selection within the social health insurance market in Colombia. *Health Policy,* 79 (2-3):313-324.

CHAMBELIN, EH. 1993. A teory of monopolic competition. Cambridge.

COASE, R. 1937. The nature of the firm. *Economica,* Noviembre, 386-405.

COMADOR, WS. 1986. The political economy of the pharmaceutical industry. *Journal of Economic Literature,* 24 (3):1178-1217.

COMMONS, JR. 1934. Institucional Economics. Madison: University of Wisconsin Press. 3, 5, 8.

CUTLER, DM; ZECKHAUSER, RJ. 2000. The anatomy of health insurance. En: *Handbook of Health Economics*. Newhouse Elsevier Science I.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – (Dane). 2006. Metodología del índice de precios al consumidor (Ipc-98). Bogotá (Colombia).

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – (Dane) 1986. Ficha metodológica del índice de precios al consumidor (Ipc -98). Bogotá (Colombia).

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – (Dane) 1984–1985. Encuesta de ingresos y gastos. Bogotá (Colombia).

DONABEDIAN, A. 1979. The quality of medical care: A concept in search of a definition. *The Journal of Family Practice*, 9 (2).

DRANOVE, D; WHITE, W. 1998. Emerging issues in the antitrust definitions of health markets. *Health Economics,* 7:167-170.

DUNCAN, W. 1978. Price and quality competition in the United States Drag Industry. *The Journal of Industrial Economics,* 26 (3):223-237.

FELDMAN, R. 1994. The cost of rationing medical care by insurance coverage by Waiting. *Health Economics,* 3:361-372.

FELMAN, J;KANTER, H. 1965. Organizational Organizations. Hanbook of Organizations. Nueva York: 615.

FLEXNER, A. 1910. Medical Education in the United States and Canada. Bulletin number Four the Carnegie Foundation.

FRIEDMAN, M; SAVAGE, LP. 1948. The Utility Analysis of Choices involving Risk. *Journal of Political Economy,* 56:279-304.

FRIEDMAN, M. 1990. *Teoría de los precios*. Madrid: Alianza Universidad Textos.

GARAVITO, L; RUIZ, F. 2004. Diagnóstico formas de contratación y pago entre entidades territoriales y hospitales públicos. Tercer producto. Cendex, Documento técnico ASS/1146-04.

HODGSON, G. 1998. El enfoque de la economía institucional. *Journal of Economic Literature*. Marzo. XXXVI:166-192.

HSIAO, WC. 1994. Marketization – The illusory Magic Pill. *Health Economics,* 3:351-357.

JENSEN, M; MECKLING, W. 1976. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *The Journal of Financial Economics,* 3:303-360.

LONDOÑO, JL; FRENK, J. 1997. Structured pluralism: towards an innovative model for the health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41:30-45.

MACEIRA, D. 1998. Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo.

NEWHOUSE, JP;The Insurance Experiment Group. 1996. Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment. Cambridge: Harvard University Press. Cambridge

NYMAN, JA. 1999. The value of health insurance: The access motive. *Journal of Health Economics,* 18 (2):141-52.

PAULY. MV. 1968. The economics of moral hazard: Comment. *American Economic Review,* 58 (3):531-37.

PAULY, MV. 1974. Over insurance and Public Provision on Insurance: the roles of moral hazard and adverse selection. *Quartely Journal of Economics*, 88:44-62

PAULY, MV. 1998. Managed care, market power, and monopsony. *Health Services Research*, 33 (5):1439-1460.

SHEPERD, WG. 1972. The elements of market structure. *The Review of Economics and Statistic*, 54 (1):25-37.

STIGLITZ, J. 2000. *Economics of the Public Sector.* 3ª ed. W.W. Norton & Company.

RAMÍREZ, J; MELO, C. 2005. Lecciones de 10 años de reforma de salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. (Pars). Bogotá.

RUIZ, F. ¿Es sostenible el Sistema general de seguridad social en salud? *Evidencia & Política Social*. Cendex, (1).

RUIZ, F; AMAYA, JL; GARAVITO, L; SANDOVAL, E; VÁSQUEZ, ME; Venegas, S. 2005. Resultados estudio indicativo de precios en el sistema general de seguridad social en salud. Informe final. Cendex, Documento técnico ASS/1220-05.

RUIZ, F; AMAYA, JL; VENEGAS, S. 2007. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. Health Economics, 16:3-18. Publicado el 23 de agosto de 2006 en Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). Doi: 10.1002/hec.1147.

RUIZ, F; GARAVITO, L. 2007. Social Insurance consolidation and insurance market power in Colombia. 6th IHEA World Congress Copenhague.

RUIZ, F; GARAVITO, L; OROZCO, M; PEÑALOZA, E. 2004. Diagnóstico, términos de contratación y pago entre entidades

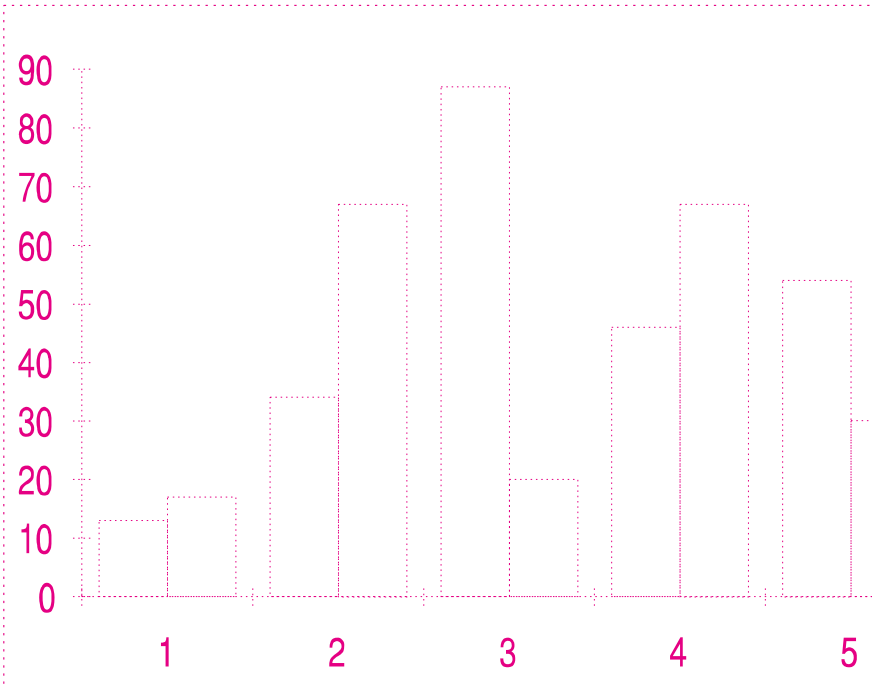
territoriales y hospitales públicos, contrato estándar, protocolos y sistema de indicadores básicos de monitoreo. Productos 4 y 5. Cendex. Documento técnico ASS/1154-04. Noviembre

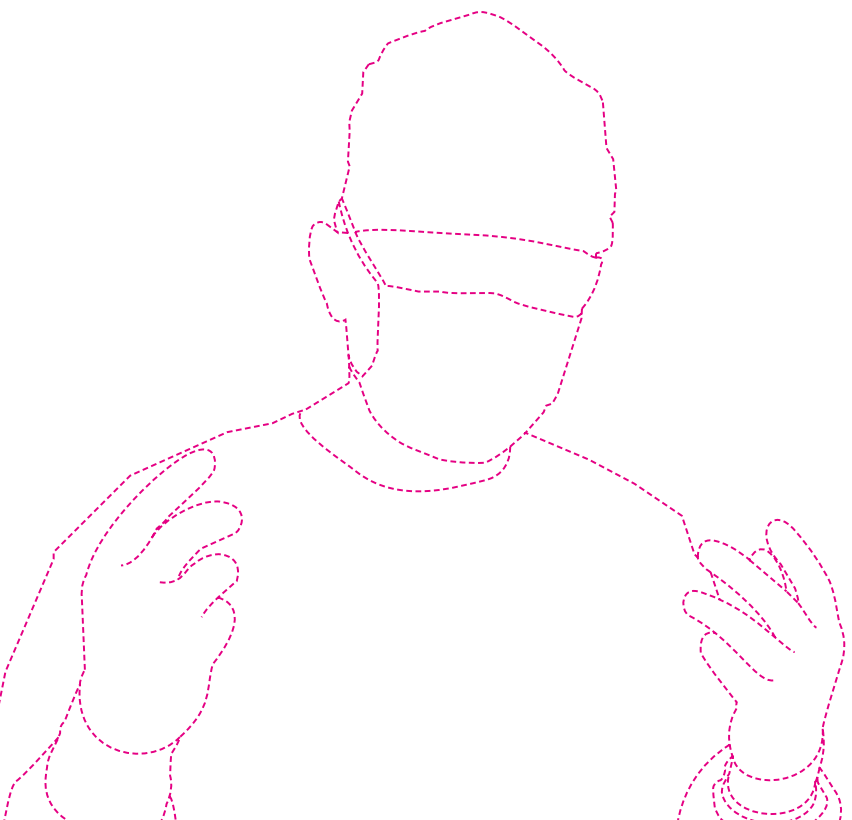
THOMSEN, EF. 1989. Precios e información. *Revista Libertas*, Instituto Universitario Eseade. VI (11):36-37.

WAGSTAFF; A DOORSLAER, E. 2000. Equity in health care financing and delivery. *Working Papers*. University of Connecticut, Department of Economics.

WILLIAMSON, OE. 1979. Transaction Cost Economics the governance of contractual Relation. *Journal of Law and Economics*, 22 (4):853-886.

YEPES, F. 1990. *La salud en Colombia. Tomo II*. Ministerio de Salud - Dnp, Estudio sectorial de salud. Bogotá.





Autores

Fernando Ruiz Gómez

Médico de la Pontificia Universidad Javeriana, Máster en Salud Pública Ocupacional de la Universidad de Harvard, Magíster en Economía de la Universidad Javeriana. Profesor Asociado de la Pontificia Universidad Javeriana, Director del Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex); Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo para Bienes Públicos Regionales; Presidente de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (Acoes); Presidente del Consejo Social de la Fundación Social y Comisionado en la Comisión para el Aseguramiento de Calidad en la Educación Superior (Conaces).

Liliana Amaya Lara

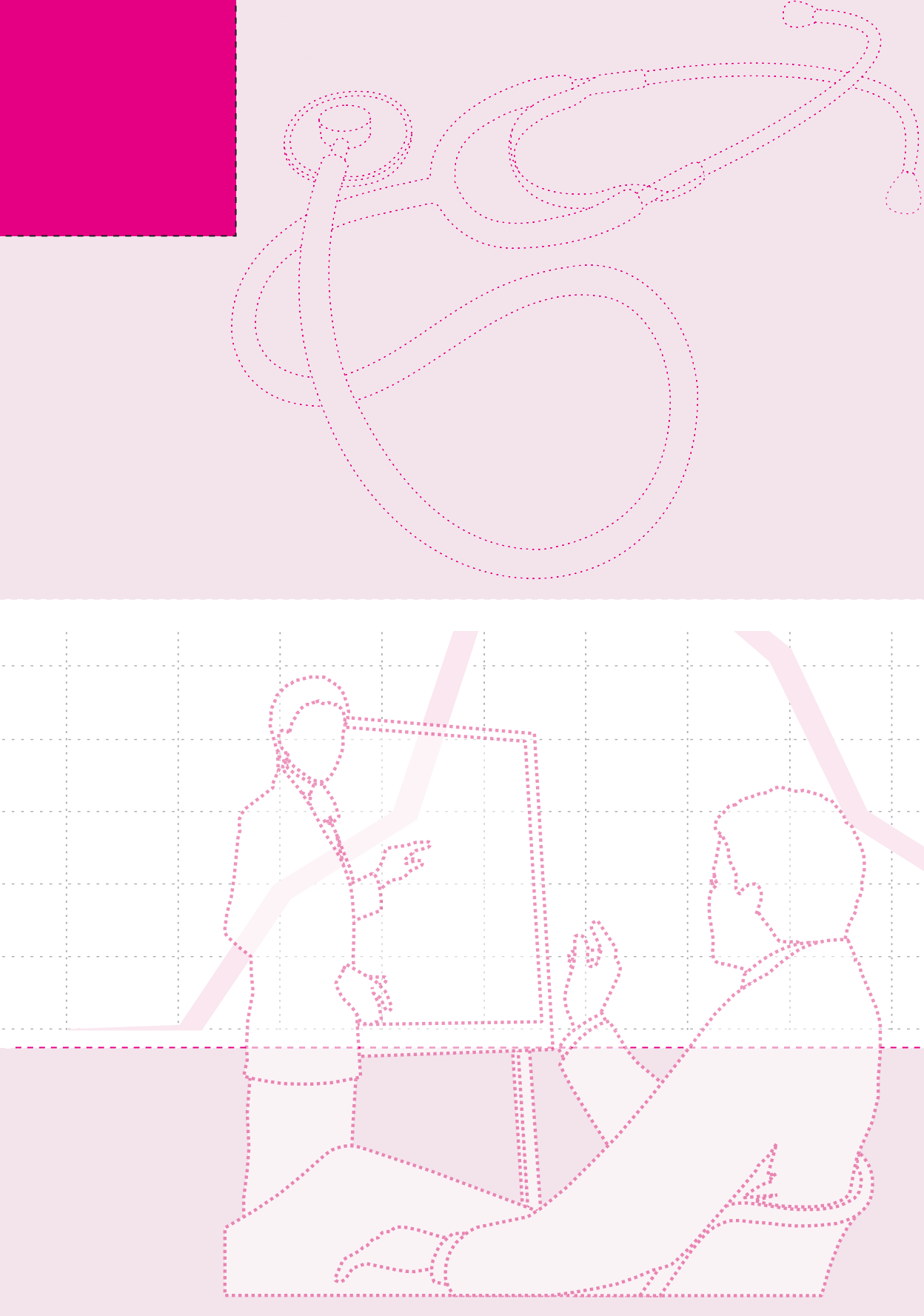
Estadística de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Economía de la Universidad Javeriana; Profesora Instructora de la Pontificia Universidad Javeriana y Consultora del Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex).

Liz Garavito Beltrán

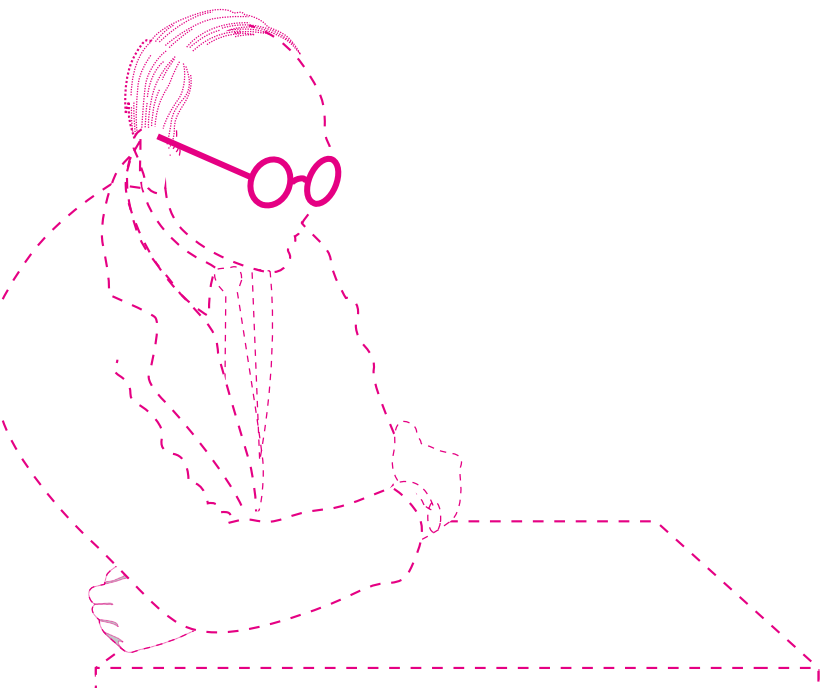
Ingeniera Industrial de la Pontificia Universidad Javeriana, Magíster en Economía de la Universidad Javeriana. Consultora principal de Processum Consultoría Institucional Ltda. Consultora del Ministerio de la Protección Social, Dirección de Gestión de la Demanda; Consultora Onusida y Vicepresidenta del capítulo Colombia de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (Ispor).

Jaime Ramírez Moreno

Economista de la Universidad Nacional de Colombia, Ph.D. en Economía y Gestión de la Salud Universidad Politécnica de Valencia. Director Técnico del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (Pars), del Ministerio de la Protección Social; Secretario de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (Acoes); Profesor de Economía de la Salud y Políticas Públicas en las universidades Andes, Nacional y Externado de Colombia.



Glosario de conceptos



Glosario de conceptos

- **Abuso moral:** es el fenómeno de la conducta del consumidor, por el cual este incurre en una mayor demanda al sentirse cubierto por un seguro, demanda mayor a la que existiera si tuviese que pagar los costos de los servicios de su propio bolsillo

- **Administradora del régimen subsidiado (ARS):** denominación dada por el Sistema general de seguridad social en salud colombiano a las empresas aseguradoras encargadas de administrar los recursos destinados al régimen subsidiado de salud. A partir de la Ley 1122 de 2007 se denominan entidades promotoras de salud del régimen subsidiado.

- **Acceso a servicios:** proceso de ajuste o coherencia entre la población que necesita los servicios de salud y el sistema de prestación. En esta interacción están inmersas las características de los servicios (infraestructura, ubicación, horario, características del personal) la disponibilidad y condiciones de los usuarios (recursos económicos, movilidad, tiempo) y las interacciones que se establecen entre ellos y que determinan las necesidades de atención, posibilitan y predisponen el uso de los servicios

- **Alfabetización:** tasa de alfabetización como el cociente entre el total de personas alfabetas por grupo de edad y género, y el total de personas mayores de 5 años de edad.

- **Agencia:** persona o empresa que toma decisiones en beneficio de otra, la cual se denomina principal
- **Administración gerenciada:** esquema de administración en la que un agente que actúa como comprador de servicios de salud asume una responsabilidad contractual para asegurar a un usuario la obtención de los servicios que requiere dentro de un plan de beneficios para un tiempo determinado. Para lograrlo debe reclutar instituciones o grupos médicos que provean rangos específicos de servicios. El beneficiario debe renunciar a la libre elección de proveedores, y el proceso de decisión pasa a ser compartido entre el médico tratante y el administrador.

- **Aseguramiento: en salud**, proceso mediante el cual por el pago de una cantidad periódica de dinero denominada cotización o prima se asume un riesgo ajeno para garantizar la atención médica o la prestación de un servicio, en caso de que el cotizante o comprador de un seguro se enferme.

- **Aseguramiento privado:** aseguramiento actuarial que relata la prima al riesgo y el acceso a paquetes específicos de servicios determinados previamente.

- **Aseguramiento social:** relaciona las contribuciones con el ingreso de las personas. Este aseguramiento se distingue del financiamiento gubernamental a la oferta por: a) existencia de un fondo independiente de financiación del seguro; b) separación entre contribuciones del seguro, para el seguro e impuestos generales; c) definición de un conjunto de derechos para los asegurados; d) puede ser provisto directamente o subcontratado con operadores públicos o privados, de carácter nacional o regional.

- **Asimetría de información:** cuando una de las partes involucradas en una transacción de bienes o servicios tiene más información que la otra. Dadas las características en la prestación de los servicios de salud, la información se concentra en el proveedor (médico) y este puede inducir la demanda por el desconocimiento del paciente o usuario.

- **Beneficio social:** resultado de las políticas o acciones tomadas por la sociedad para satisfacer las necesidades de las personas o los grupos.

- **Bien privado:** bienes cuyo consumo afecta a un único agente económico. Estos bienes son excluibles y rivales. Lo primero porque es posible excluir de su consumo a otra persona, y rivales porque su consumo reduce la cantidad disponible por los demás.

- **Bien público:** bienes que no son excluibles ni rivales. No excluible: no es posible excluir de su consumo a una persona. No rival: el consumo de este bien por parte de un individuo no reduce la cantidad de que pueden disponer los demás. Por ejemplo, el aire, las emisiones de radio y televisión.

- **Brecha por grupo de ocupación:** la incidencia diferencial de las mujeres sobre los hombres según el grupo ocupacional en el cual se encuentran insertos es denominado brecha por grupos de ocupación. Se calcula haciendo el cociente entre el porcentaje de mujeres ocupadas en un grupo ocupacional y el porcentaje de hombres ocupados en dicho grupo. Los porcentajes correspondientes dentro del grupo de hombres y mujeres es calculado como el cociente entre el total de personas dentro de una categoría ocupacional dada y el total de personas por género. Los grupos de ocupación considerados son: trabajador familiar sin remuneración, obrero empleado particular, obrero empleado del gobierno, empleado doméstico, trabajador por cuenta propia y patrón o empleador

- **Brecha educativa:** la razón entre la tasa de matrícula escolar en los distintos niveles de educación (ninguno, primario, secundario y superiores), calculada entre mujeres y hombres.

- **Centro local:** 761 municipios que de acuerdo con la clasificación de las ciudades según su tamaño funcional, ocupan el último puesto dentro de la jerarquización funcional, con un alto com-

ponente de ruralidad. Están categorizados dentro del nivel 4 de tamaño funcional junto a los centros subregionales mayores e intermedios.

- **Centro regional:** niveles 2 y 3 de tamaño funcional conformado por dos grupos: centros regionales mayores: Cúcuta, Cartagena, Manizales, Pereira, Ibagué, Pasto y Villavicencio, y centros regionales conformados por 30 municipios.

- **Centro subregional:** categorizado dentro del nivel 4 de tamaño funcional conformado por centros subregionales mayores: 83 municipios considerados como eslabones intermedios en la jerarquía regional o que constituyen cabeza de regiones relativamente autónomas. Constituyen las piezas estructurantes básicas del sistema urbano colombiano y centros subregionales intermedios: 172 municipios.

- **Competencia monopolística:** tipo de mercado en el que algunos productores pueden diferenciar un producto de sus similares o segmento y ejercer algún poder de mercado.

- **Copago:** porción del costo del servicio que es asumido por el asegurado. Es una estrategia típica del aseguramiento para reducir la tendencia del asegurado a consumir más servicios a costa de la póliza.

- **Cobertura de seguro**: grupo de servicios cubiertos por una prima de aseguramiento.

- **Cohorte**: población monitoreada por un periodo.

- **Clima educacional:** otro factor importante dentro de las condiciones de vulnerabilidad de los hogares es la participación del bajo clima educacional de los hogares, medido como la participación de los hogares en donde los adultos de más de 25 años tienen en promedio menos de 6 años de estudio.

- **Deducible:** la cantidad de cobertura que un beneficiario debe cubrir, antes de que el asegurador inicie el pago.

- **Densidad ocupacional:** la densidad ocupacional del hogar relaciona la proporción de ocupados (su actividad principal es el trabajo) respecto al numero de miembros, considerando hogares con baja densidad ocupacional aquellos en donde menos del 25% de sus integrantes trabaja.

- **Dependencia económica:** relaciona el número de personas que aportan cada mes para el sostenimiento del hogar con aquellos integrantes dependientes o que no aportan.

- **Dependencia demográfica:** riesgo demográfico que expresa la cantidad de personas potencialmente inactivas que deben ser solventadas por cada 100 personas potencialmente activas, calculado como el total de población de 0 a 14 años y de más de 65 años, sobre el total de personas de 15 a 64 años por cien.

- **Dependencia laboral:** asumiendo como edad de retiro los 55 años para las mujeres y los 60 años para hombres, es calculada la dependencia laboral. Esta dependencia surge como la proporción de la población trabajadora que tiene edad de retiro respecto a la población trabajadora total, obteniendo el porcentaje de personas que debiendo estar retirados laboralmente debido a su edad, se encuentran aún trabajando.

- **Descreme de mercado:** proceso donde el asegurador trata de seleccionar a los individuos más favorables, con pérdidas esperadas por debajo de la carga (o del pago de capitación recibido) para así incrementar beneficios.

- **Desempleo:** la tasa de desempleo expresa el nivel de desocupación en la población económicamente activa y es calculada como el porcentaje de la población que buscó trabajo sobre la población económicamente activa

- **Economías de escala:** situación en la cual los costos promedio de largo plazo de una empresa disminuyen al incrementar su producción.

- **Elasticidad:** porcentaje en que se transforma un variable dependiente como las cantidades demandadas de consultas de un servicio de salud, resultado del cambio de una variable independiente como el precio. Elasticidad de la demanda al precio: cambio en la cantidad demandada cuando se modifican los precios. Elasticidad de la demanda al ingreso: cambio en la cantidad demandada cuando cambia el ingreso

- **Empresas prestadoras de servicios de salud:** denominación dada por el Sistema general de seguridad social en salud colombiano a entidades que prestan servicios de salud.

- **Entidades promotoras de salud (Eps):** denominación dada por el Sistema general de seguridad social en salud colombiano a entidades aseguradoras responsables de la afiliación y registro de afiliados, así como del recaudo de las cotizaciones. Son quienes deben organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación de un plan obligatorio de salud

- **Escolaridad:** la variable considerada para establecer el promedio de años de educación fue el número de años cursados y aprobados en cada uno de los niveles.

- **Externalidad:** se da cuando el consumo de un bien o servicio tiene un efecto sobre la utilidad de otra persona. En la producción existe cuando la producción de un bien o servicio afecta la de otro productor. La existencia de externalidades en la salud implica que la atención que reciba un paciente no solo incrementa la utilidad de este, sino la utilidad de otros: un tercero se beneficia o perjudica por una decisión en la que no toma parte. Un claro ejemplo lo constituyen las campañas de vacunación, que no solo reducen la probabilidad de enfermar a aquellos que las reciben, sino que benefician a otros.

- **Extracción de renta:** situación que se presenta en las relaciones contractuales de un periodo a otro, en donde el contratante mejora su situación al reducir los costos de compra de un bien o servicio. Se presentan dos fenómenos: el efecto Ratchet: cuando el proveedor realiza esfuerzo por reducir los costos y, de esta manera, revela que puede ofrecer servicios a precios más bajos. De esta forma, el comprador negociará precios más bajos para el siguiente año, lo que desincentiva al proveedor a disminuir sus costes. El efecto retención: cuando un proveedor instala un equipo que le permite reducir los costes de la prestación del servicio. Si es un contrato prospectivo, el proveedor se queda con el ahorro de los costes mientras dura el contrato, pero cuando se negocia el nuevo contrato, el comprador puede conocer la inversión realizada y así la disminución en el coste y negociará por un precio más bajo.

- **Estrato socioeconómico:** permite caracterizar a las personas y a la población en diversos grupos utilizando como medida la calidad de la vivienda como indicador de calidad de vida de las personas que las habitan. Clasificación establecida para las viviendas dependiendo de sus características físicas, el entorno inmediato (vías de acceso, andenes y focos de contaminación), la zona y servicios públicos disponibles.

- **Factores de riesgo:** condiciones genéticas, socioeconómicas, de estilos de vida, ambientales, que predisponen a un individuo o grupo de individuos a sufrir de un evento adverso como la enfermedad.

- **Focalización:** proceso mediante el cual se identifica una población objeto de una intervención o subsidio. Garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobres y vulnerables. No es una política social sino un instrumento para hacer que determinados programas destinados a grupos específicos lleguen de manera efectiva a esos grupos elegidos como objetivo.

- **Frecuencia de uso**: número de eventos de uso de servicios de salud por persona en un periodo específico.

- **Gasto de bolsillo:** gastos en que incurre un usuario en el momento de usar un servicio o evento de salud.

- **Informalidad laboral:** riesgo económico generador de participación de la población trabajadora vinculada al régimen contributivo y a los regímenes especiales sobre el total de la población trabajadora.

- **Inasistencia escolar:** indicador de vulnerabilidad educativa calculado a partir de determinar la proporción de personas que asisten a la escuela: se asumen dos rangos de edad correspondientes a las categorías relacionadas con estudios de primaria y secundaria. Los estudios de primaria se esperan en personas con edad superior a 7 e inferior a 12 años; mientras los estudios de secundaria en personas con entre 12 y 18 años. La tasa de asistencia escolar se mide como la proporción de personas entre 7 y 12 años que estudian primaria respecto al total de personas en la cohorte en este rango de edad, en el caso de estudios primarios, y como la proporción de personas entre 12 y 18 años que estudian secundaria respecto al total de personas en la cohorte en este rango de edad, en el caso de estudios secundarios.

- **Incertidumbre:** situación en la que no es posible predecir con certeza la ocurrencia de un evento y poco se sabe de las alternativas o los resultados posibles para enfrentar dicha situación.

- **Índice de tamaño funcional:** medida obtenida a través de la utilización de indicadores que expresan en conjunto la magnitud de las funciones urbanas de cada municipio. Este índice clasifica a las ciudades en 4 niveles y 7 tipos de municipios.

- **Índice de envejecimiento:** el índice de envejecimiento expresa la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes, cociente entre la población de 65 años y más y la población de 0 a 14 años por cien.

- **Integración de riesgos:** ¿cómo la aseguradora mantiene un equilibrio que le permita sobrevivir y ser competitiva en un mercado de servicios? El mecanismo proviene del teorema de los grandes números, según el cual a mayor tamaño del grupo asegurado, la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad, se acerca más al promedio de toda la población.

- **Integración horizontal:** es la combinación de en una única empresa de unidades diferentes que operan en la misma fase de producción. Asociación o colaboración entre médicos o grupos de médicos, entre hospitales o entre aseguradores con el objeto de obtener mayores beneficios, mayor poder de mercado, o menores costos, entre otros.

- **Integración vertical:** es la combinación en una única empresa de dos o más fases diferentes en un proceso. Asociación entre médicos y hospitales o entre aseguradores y prestadores de servicios que permita mejorar una posición de mercado o disminuir los costos de transacción, mejorar el seguimiento del uso de servicios y los procesos productivos.

- **Lista de espera:** estrategia utilizada por el aseguramiento como medida de control de la demanda de servicios, y se da dentro de los esquemas de aseguramiento público.

- **Macroeconomía:** estudia el funcionamiento de la economía en su conjunto.

- **Mercado competitivo o de competencia perfecta:** es aquel donde existen muchas empresas, que no pueden ejercer, por sí solas, ninguna influencia sobre los precios, venden un producto homogéneo, hay libre entrada y salida de empresas, y existe libre movilidad de recursos e información perfecta.

- **Mercado monopólico:** estructura de mercado donde existe un solo vendedor de un producto o servicio que no tiene sustitutos cercanos.

- **Mercado oligopólico:** estructura de mercado caracterizada por solo uno o pocos vendedores independientes de un producto homogéneo o diferenciado, donde se presentan barreras importantes de acceso a dicho mercado.

- **Metrópoli:** primer nivel de tamaño funcional con dos grupos de ciudades: Metrópoli nacional: compuesto por Bogotá y metrópolis regionales: Medellín, Barranquilla y Bucaramanga.

- **Microeconomía:** parte de la economía que examina las selecciones y decisiones individuales, familiares y de las empresas y los resultados derivados de estas.

- **Modelo multivariado:** modelo estadístico en donde un conjunto de variables son utilizadas como factores explicativos de un fenómeno. Por ejemplo: el nivel de escolaridad, la edad, el sexo, las características y composición del hogar como variables explicativas del uso de servicios de salud.

- **Nivel de desarrollo:** generalidad que establece diferencias en crecimiento y bienestar social entre grupos sociales, territorios o países.

- **Ocupación con baja calificación:** las personas ocupadas cuentan con diferentes niveles de educación, algunos solo con la educación primaria o secundaria. La tasa de ocupación con baja calificación es calculada como el cociente entre el número de personas trabajadoras mayores de 12 años con secundaria como máximo nivel de escolaridad y el total de personas trabajadoras mayores de 12 años

- **Oligopolista líder:** empresa dentro de una estructura de mercado caracterizado por uno o pocos vendedores independientes de un producto homogéneo o diferenciado, donde se presentan barreras importantes de acceso, cuyas decisiones son tomadas como referencia por los demás participantes en el mercado.

- **Participación económica:** la tasa global de participación económica mide el grado de la población en el mercado de trabajo, calculado como el cociente entre la población económicamente activa y la población total. Se define población económicamente activa al grupo poblacional mayor de 12 años que trabaja o está buscando trabajo.

- ***Pool* de riesgo:** se consideran pooles de riesgo la configuración de la población por grupos de edad y sexo que tiene un asegurador dentro de un mismo plan o cobertura de servicios.

- **Prima:** es el precio que abona el asegurado como contraprestación a la cobertura del riesgo que le presta la entidad aseguradora.

- **Profesionalidad:** la relación entre la población mayor de 25 años con estudios universitarios completos y la población total dentro de este grupo de edad.

- **Reaseguro:** método por el cual una entidad aseguradora (compañía de seguros) cede a otra entidad aseguradora (compañía de reaseguros) la parte del riesgo que excede de unos límites de retención que ella se ha fijado.

- **Régimen contributivo:** conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema de seguridad social de salud en Colombia, cuando este pago se hace mediante el pago de una cotización individual o familiar o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o entre este y su empleador. En síntesis, cubre a las personas vinculadas por un contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago.

- **Régimen subsidiado:** conjunto de normas que rigen la vinculación al Sistema de seguridad social de salud en Colombia, cuando este pago se hace mediante el pago de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad. Dirigido a personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.

- **Regímenes especiales:** regímenes de excepción contemplados dentro del Sistema de seguridad social de salud colombiano para los trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos, el Magisterio, las Fuerzas Militares y el Congreso de la República. Estos trabajadores tienen servicios de salud propios.

- **Regulación:** instrumentos de política económica e información que aborda las medidas o estrategias adoptadas para influir en las personas por medio de normas, objetivos obligatorios para actuar de acuerdo con lo que se ordena en dichas normas.

- **Rezago educativo:** indicador de vulnerabilidad que mide la relación entre la población estudiantil que presenta edades superiores a las estipuladas como límite de edad por nivel de escolaridad, los cuales corresponden a 12 años para la finalización de los estudios primarios y 18 años para el término de los estudios secundarios, y el total de estudiantes correspondiente al nivel respectivo. En el caso de primaria se determinó el cociente entre el total de personas por género mayores de 12 años que estudian primaria y el total de estudiantes de primaria; y a nivel de secundaria se calculó el rezago educativo de manera similar pero respecto a los estudiantes de secundaria que superan los 18 años.

- **Riesgo del hogar:** la configuración de los hogares y los recursos con que cuenta son identificados como factores que puede generar de mayor vulnerabilidad. Entre estos se identifican las características de la jefatura del hogar (jefatura femenina, escolaridad, estado conyugal y desempleo), la escolaridad de los integrantes de más de 25 años (clima educacional), participación laboral de sus integrantes (densidad ocupacional) y la relación entre aportantes y no aportantes para el sostenimiento del hogar (dependencia económica).

- **Riesgo demográfico:** interacción entre mortalidad, natalidad y migración dan como resultado estructuras poblacionales potencialmente generadoras de riesgos e incremento de la vulnerabilidad. Para estas relaciones se analiza la participación de las personas potencialmente inactivas mediante el índice de dependencia

demográfica y el índice de envejecimiento. El primero expresa la cantidad de personas potencialmente inactivas que deben ser solventadas por cada 100 personas potencialmente activas, calculado como el total de población de 0 a 14 años y de más de 65 años, sobre el total de personas de 15 a 64 años por cien. Por su parte, el índice de envejecimiento expresa la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes, cociente entre la población de 65 años y más y la población de 0 a 14 años por cien.

- **Riesgo económico:** factores relacionados con la participación de las personas mercado laboral, calificación, formalidad y participación por sexo, considerados como generadores de vulnerabilidad. Los indicadores incluidos son: participación económica, desempleo, ocupación con baja calificación, informalidad laboral, dependencia laboral y brecha por grupos de ocupación.

- **Riesgo educativo:** factores identificados como contribuyentes al incremento de la vulnerabilidad medido como los años de educación de la población. Para esto se utilizan como indicadores la alfabetización, la inasistencia escolar, el rezago educativo, las diferencias por sexo en asistencia escolar medida como brecha educativa, la escolaridad y el nivel de profesionalidad.

- **Riesgo empresarial:** relación entre la inversión de capital en la empresa, su patrimonio y los costos de producción.

- **Riesgo financiero individual:** la presentación del evento asegurado es incierta y, por tanto, el asegurado busca disminuir el riesgo económico que representa restituir el bien. En el caso de la salud, la presentación de la enfermedad es incierta (arrow) y el costo de la tecnología asociado a la curación de la enfermedad implica un alto riesgo financiero para el bolsillo de los pacientes.

- **Riesgo social:** conjunto de efectos posibles sobre las personas y hogares con base en los factores de vulnerabilidad que la afectan y que tienden a presentar conductas anómicas y experimentar diversas formas de daño o problemas para la inserción social.

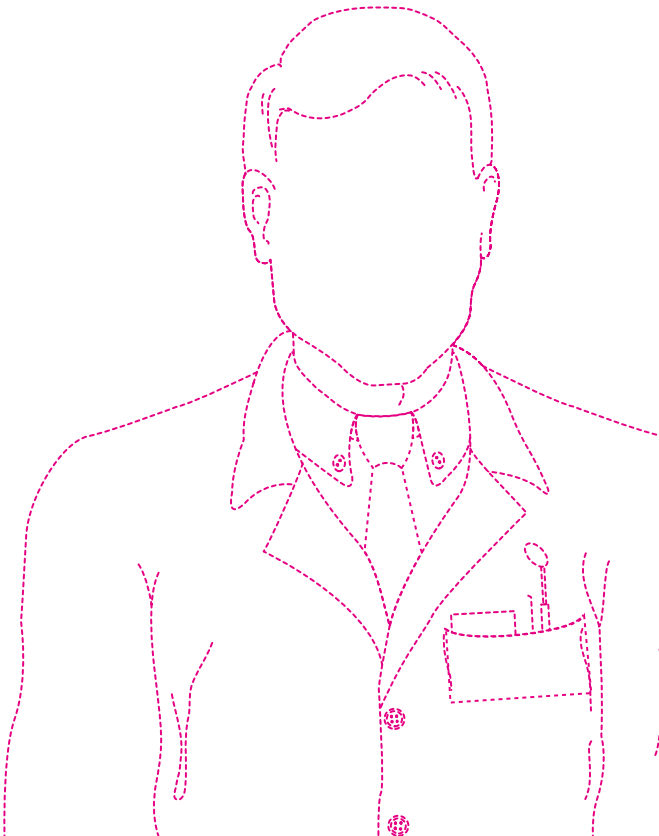
- **Selección adversa:** situación resultante de la información asimétrica, en la cual el asegurador encuentra difícil distinguir entre un alto o bajo riesgo individual. Con esta condición, un individuo puede comprar un seguro a una tasa más baja a la actuarialmente justa. Cuando los mercados no pueden cobrar una prima que refleje el riesgo individual, la competencia no es eficiente, las personas con un bajo riesgo no pueden comprar una amplia cobertura en estos mercados.

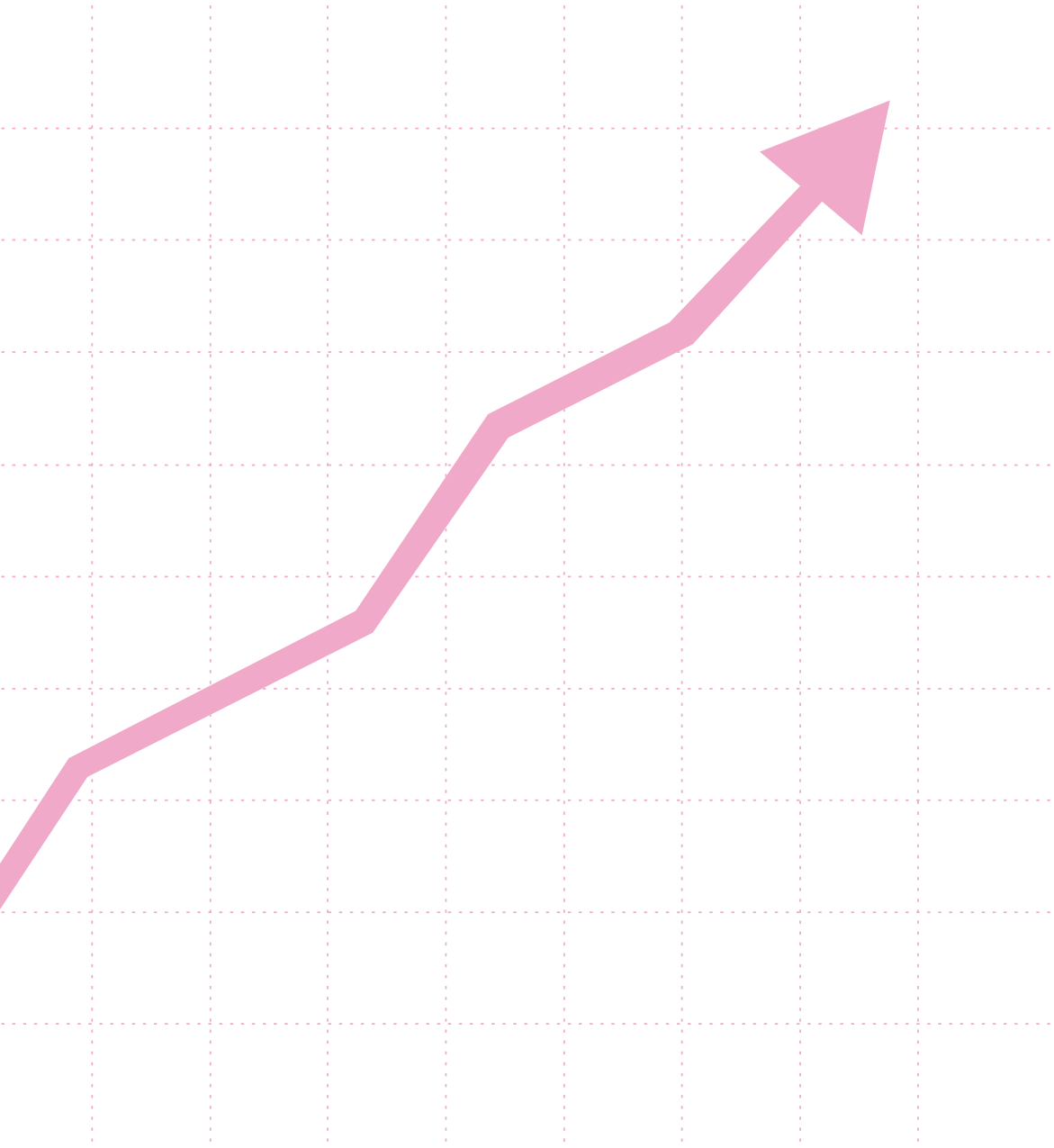
- **Simulación:** representación prospectiva de un modelo o variable a partir de medir el efecto del cambio en las variables explicativas o relacionadas.

- **Unidad de pago por capitación (Upc):** valor asignado a cada individuo (per cápita) para cubrir la atención de la eventualidad de enfermar. Se basa en el concepto de enfermedad potencial para asignar dicho valor por individuo. Cada asegurador encargado de la atención de un determinado grupo poblacional, recibirá un monto en dinero por cada individuo sin importar si este utiliza o no algún servicio de salud. Para el caso colombiano, existe una Upc contributiva y una Upc subsidiada, que es ajustada cada año.

- **Utilidad (de la demanda):** desde el punto de vista del consumidor, bienestar que genera el uso de un servicio o la elección de una canasta de bienes. Desde el punto de vista del productor, beneficio obtenido de la producción y venta de un bien o servicio (ingresos menos costos).

- **Vulnerabilidad social:** relaciona la exposición a riesgos endógenos y exógenos, persistentes o emergentes resultado de los cambios generados por el desarrollo de las sociedades, la incapacidad de respuesta y la inhabilidad para adaptarse.



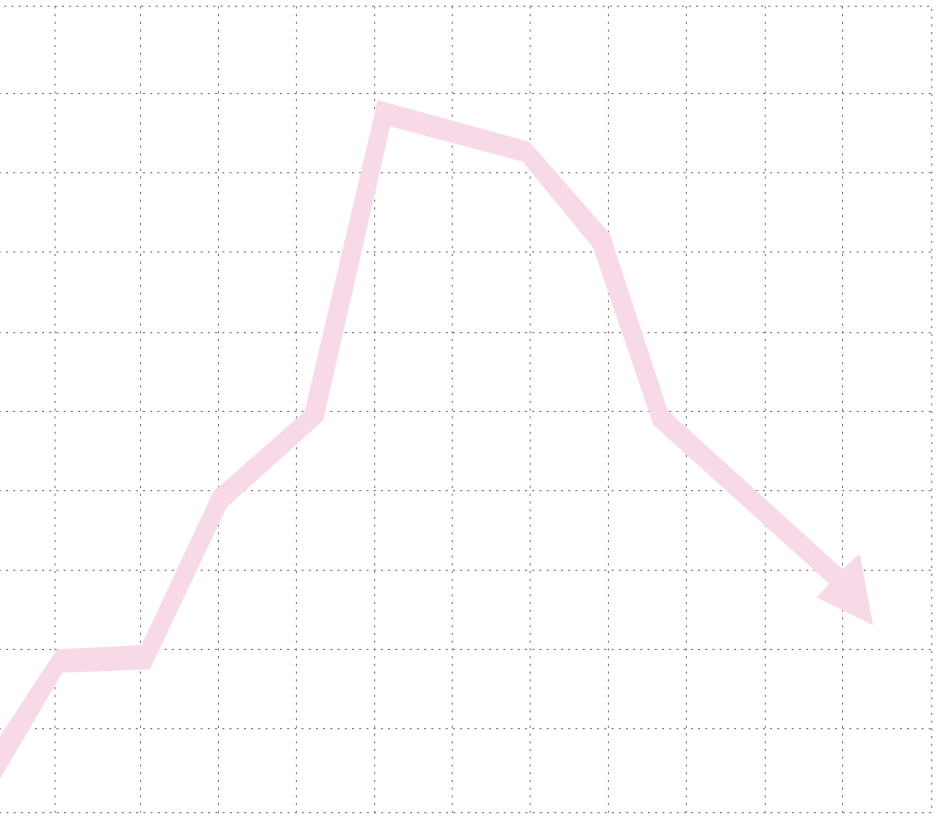


Glosario de siglas

Acoes	Asociación Colombiana de Economía de la Salud
Acr	Asociación Colombiana de Radiología
Ars	Administradora de régimen subsidiado
Asmet	Asociación Mutual La Esperanza
Caprecom	Caja de Previsión Social de Comunicaciones
Ccf	Cajas de compensación familiar
Cendex	Centro de Proyectos para el Desarrollo de la Universidad Javeriana
Cie	Clasificación internacional de las enfermedades
Cnsss	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Comfenalco	Caja de Compensación Familiar de Fenalco
Conace	Comisión para el Aseguramiento de Calidad en la Educación Superior
Coopsagar	Cooperativa de Salud Comunitaria de García Rovira
Corelca	Corporación Eléctrica Costa Atlántica
Cres	Comisión Reguladora de Salud
Cups	Clasificación única de procedimientos en salud
Dane	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Dnp	Departamento Nacional de Planeación

Eaab	Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá
Eas	Entidad adaptada de salud
Eps	Entidad promotora de salud
Ese	Empresa social del Estado
Ess	Empresa solidaria de salud
Fenalco	Federación Nacional de Comerciantes
Fisalud	Fiduciaria de Salud
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
Fur	Formulario único de recolección
Icfes	Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior
Ihh	Índice Herfindahl-Hirschman (HHI, por sus siglas en inglés)
Incora	Instituto Colombiano de la Reforma Agraria
Ipc	Índice de precios al consumidor
	Institución prestadora de servicio de salud
Ispor	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research
Iss	Instituto de los Seguros Sociales
Itf	Índice de tamaño funcional
Mapipos	Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud
Mps	Ministerio de la Protección Social
Nbi	Necesidades básicas insatisfechas

Pars	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
Pib	Producto interno bruto
Pos	Plan obligatorio de salud
Pos-S	Plan obligatorio de salud subsidiado
Puj	Pontificia Universidad Javeriana
RC	Régimen contributivo
RS	Régimen subsidiado
Rips	Registro individual de prestación de servicios de salud
Sgsss	Sistema general de seguridad social en salud
Sisben	Sistema de identificación y selección de beneficiarios para programas sociales
Soat	Seguro obligatorio de accidentes de tránsito
Uci	Unidad de cuidados intensivos
Upc	Unidad de pago por capitación
Upc-C	Unidad de pago por capitación contributiva
Upc-S	Unidad de pago por capitación subsidiada
UT	Unión temporal
Vih/Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida



Indice de cuadros

Cuadro 2.1
Tipologías de contratos 59

Cuadro 2.2
Seis métodos de pago y los principales incentivos que crean 62

Cuadro 4.1
Grupos de estudio predefinidos 107

Cuadro 4.2
Número de contratos seleccionados por cada desagregación 108

Cuadro 4.3
Conformación universo de contratos 112

Cuadro 4.4
Distribución contratos por formas de contratación 112

Cuadro 4.5
Distribución contratos por nivel de atención 113

Cuadro 4.6
Mecanismos de estudio 119

Cuadro 4.7
Variables de estudio 121

Cuadro 5.1
Número de municipios de acuerdo a clasificación ITF 129

Cuadro 5.2
Afiliación agregada por tipo de municipio 131

Cuadro 5.3
Tamaños de mercado por tipo de municipio 132

Cuadro 5.4
Número de Ars por año 133

Cuadro 5.5
Afiliación promedio de Ars 133

Cuadro 5.6
Participación Ars en afiliación 134

Cuadro 5.7
Participación por tipo de Ars 135

Cuadro 5.8
Número de Ars y afiliados por ámbito de operación 135

Cuadro 5.9
Número de Ars y afiliados por categoría municipal 136

Cuadro 5.10
Grado de penetración de las Ars por tipo de municipio 137

Cuadro 5.11
Estructura de mercado por tipo de municipio 137

Cuadro 5.12
Afiliación agregada Rc por tipo de municipio 139

Cuadro 5.13
Tamaños de mercado municipales – Rc 139

Cuadro 5.14
Participación Ars en afiliación 140

Cuadro 5.15
Número de Eps y afiliados por ámbito de operación 141

Cuadro 5.16
Número de Eps y afiliados por tipo de municipio 142

Cuadro 5.17
Grado de penetración de las Eps por tipo de municipio 143

Cuadro 5.18
Estructura de mercado por tipo de municipio 143

Cuadro 5.19
Características de los municipios por Itf y Hh.
Régimen subsidiado 144

Cuadro 5.20
Grupos definidos a partir de un único exponente 145

Cuadro 5.21
Características de los municipios por Itf y hh.
Régimen contributivo 146

Cuadro 5.22
Grupos definidos a partir de un único exponente 147

Cuadro 6.1
Promedios indexados de precios Ipc Salud 161

Cuadro 6.2
Diferencias de precios por régimen 163

Cuadro 6.3
Diferencias de precios por naturaleza del prestador 164

Cuadro 6.4
Diferencias de precios por concentración de mercado 165

Cuadro 6.5
Clasificación de grupos de acuerdo con el Cups 218

Cuadro 6.6
Sistema visual 219

Cuadro 6.7
Promedio de precios. Grupo 5 219

Cuadro 6.8
Precios promedio. Grupo 9 para régimen
contributivo y subsidiado 220

Cuadro 6.9
Precios promedio diálisis 223

Cuadro 6.10
Precios promedio procedimiento cesárea según régimen 224

Cuadro 6.11
Precios procedimientos legrado según régimen 225

Cuadro 6.12
Precios sistema circulatorio 229

Cuadro 6.13
Precios paciente para tratamiento de quimioterapia 230

Cuadro 6.14
Tipos de cápita y precios como porcentaje de la UPC 230

Cuadro 8.1
Unidades generales 251

Cuadro 8.2
Montos de contratación por modalidad de contrato 251

Cuadro 8.3
Montos de contratación por tipo de servicio y contrato 251

Cuadro 8.4
Montos de contratación por naturaleza jurídica 252

Cuadro 8.5
Montos de contratación por objeto de institución 252

Cuadro 8.6
Cantidad de contratos por rangos 253

Cuadro 8.7
Montos acumulados por rangos de contratación 254

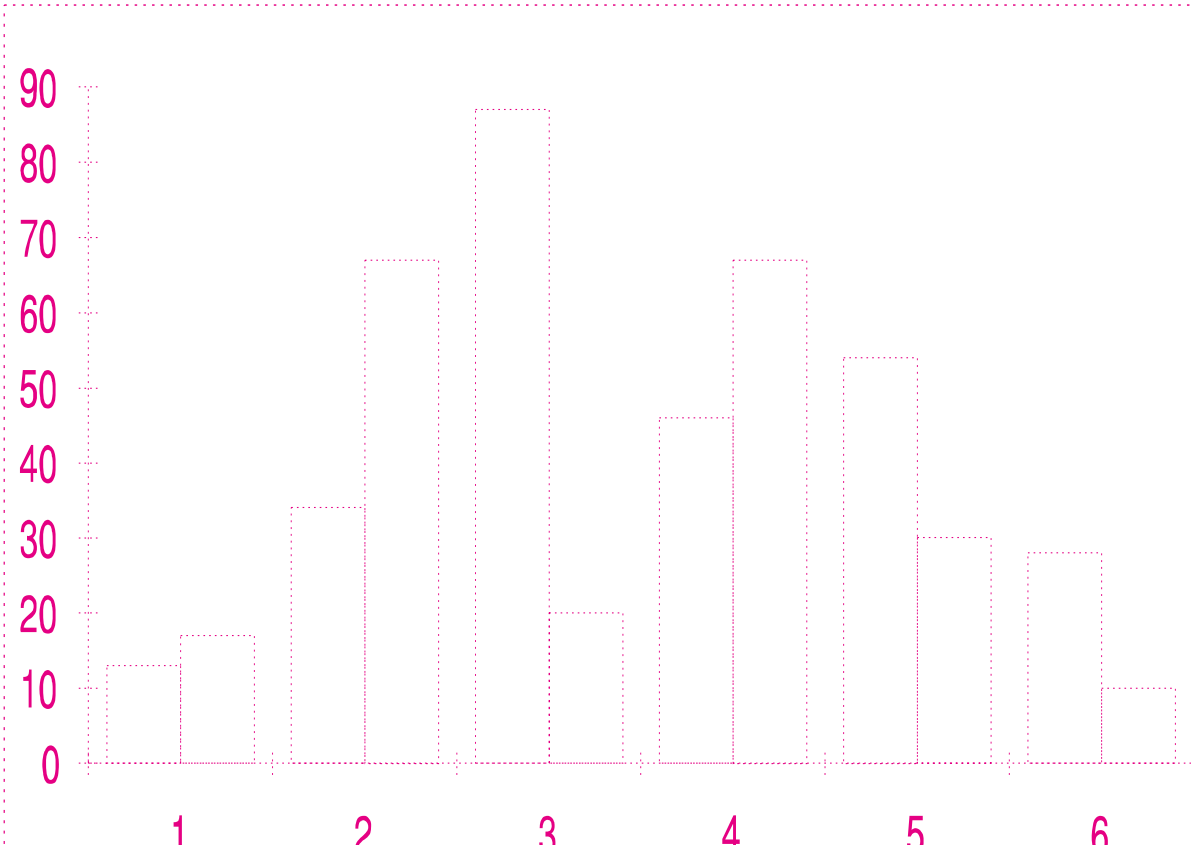
Cuadro 8.8
Periodos de contratación 255

Cuadro 8.9
Montos de contratación por objeto de institución 255

Cuadro 8.10
Contratos mayores de 2.000 millones en el 2002 257

Cuadro 8.11
Contratos mayores de 2.000 millones en el 2003 259

Cuadro 8.12
Validación información 2003 260


90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
3
4
5
6

Indice de gráficos

Gráfico 3.1
Funciones en el Sistema general de seguridad social en salud 76

Gráfico 3.2
Flujos de riesgo en el Sistema general de seguridad social en salud 80

Gráfico 3.3
Fuentes y flujos de asimetrías de información 86

Gráfico 3.4
Formación de precios 89

Gráfico 5.1
Afiliación agregada régimen subsidiado 2000-2004 110

Gráfico 5.2
Afiliación nacional régimen contributivo 2004 130

Gráfico 6.1
Tarifario de referencia en contributivo 151

Gráfico 6.2
Tarifario de referencia en subsidiado 152

Gráfico 6.3
Comparación tarifario Soat (1996-2004) indexado con Ipc total-nivel I 153

Gráfico 6.4
Comparación tarifario Soat (1996-2004) indexado con Ipc total-nivel II 154

Gráfico 6.5
Comparación tarifario Soat (1996-2004) indexado con Ipc total-nivel III 154

Gráfico 6.6
Comparación tarifario Iss (2000-2004)
indexado con Ipc total-nivel I 155

Gráfico 6.7
Comparación tarifario Iss (2000-2004)
indexado con Ipc total-nivel II 155

Gráfico 6.8
Comparación tarifario Iss (2000-2004)
indexado con Ipc total-nivel III 156

Gráfico 6.9
Comparación tarifario Soat (1996-2004)
indexado con Ipc salud-nivel I 158

Gráfico 6.10
Comparación tarifario Soat (1996-2004)
indexado con Ipc salud-nivel II 158

Gráfico 6.11
Comparación tarifario Soat (1996-2004)
indexado con Ipc salud-nivel III 159

Gráfico 6.12
Comparación tarifario Iss (2000-2004)
indexado con Ipc salud-nivel I 159

Gráfico 6.13
Comparación tarifario Iss (2000-2004)
indexado con Ipc salud-nivel II 160

Gráfico 6.14
Comparación tarifario Iss (2000-2004)
indexado con Ipc salud-nivel III 160

Gráfico 6.15
Comparación tarifa Iss 2004 - Soat 2004. Nivel I 166

Gráfico 6.16
Diferencial nivel I 167

Gráfico 6.17
Comparación tarifa media-Iss 2004. Nivel I 167

Gráfico 6.18
Comparación tarifa media SOAT 2004. 168

Gráfico 6.19
Diferencial contributivo-subsidiado
Procedimientos nivel I 168

Gráfico 6.20
Precios comparativos según tipo de prestador
Procedimientos nivel I 170

Gráfico 6.21
Comparación tarifa Iss 2004 - SOAT 2004
Nivel II 170

Gráfico 6.22
Diferencial nivel II 171

Gráfico 6.23
Comparación tarifa media Iss 2004. Nivel II 171

Gráfico 6.24
Comparación tarifa media SOAT 2004. Nivel II 172

Gráfico 6.25
Diferencial contributivo-subsidiado. Procedimientos nivel II 172

Gráfico 6.26
Precios comparativos según tipo de prestador
Procedimientos nivel II 173

Gráfico 6.27
Comparación tarifa Iss 2004 - SOAT 2004. Nivel III 174

Gráfico 6.28
Diferencial nivel II 175

Gráfico 6.29
Comparación tarifa media Iss 2004. Nivel III 175

Gráfico 6.30
Comparación tarifa media SOAT 2004. Nivel III 176

Gráfico 6.31
Diferencial contributivo-subsidiado. Procedimientos nivel III 176

Gráfico 6.32
Precios comparativos según tipo de prestador
Procedimientos nivel III 177

Gráfico 6.33
Alto costo diálisis 177

Gráfico 6.34
Precios comparativos según régimen. Procedimientos diálisis 178

Gráfico 6.35
Precios según tipo de prestador. Procedimientos diálisis 178

Gráfico 6.36
Alto costo quimioterapia 179

Gráfico 6.37
Precios comparativos según régimen
Procedimientos alto costo quimioterapia 180

Gráfico 6.38
Precios comparativos según prestador
Procedimientos alto costo quimioterapia 180

Gráfico 6.39
Alto costo radioterapia 181

Gráfico 6.40
Precios comparativos según régimen
Procedimientos alto costo radioterapia nivel Acr 181

Gráfico 6.41
Precios comparativos según tipo de prestador
Procedimientos alto costo radioterapia nivel Acr 182

Gráfico 6.42
Precios comparativos. Grupo 1: sistema nervioso 183

Gráfico 6.43
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 1: sistema nervioso 184

Gráfico 6.44
Precios comparativos. Grupo 2: sistema endocrino 185

Gráfico 6.45
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 2: Sistema endocrino 186

Gráfico 6.46
Precios comparativos. Grupo 3: Sistema visual 187

Gráfico 6.47
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 3: Sistema visual 187

Gráfico 6.48
Precios comparativos. Grupo 4: Sistema auditivo 188

Gráfico 6.49
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 4: Sistema auditivo 188

Gráfico 6.50
Precios comparativos. Grupo 5: Sistema nariz, boca y faringe 189

Gráfico 6.51
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 5: Sistema nariz, boca y faringe I 190

Gráfico 6.52
Precios comparativos. Grupo 6: sistema respiratorio 191

Gráfico 6.53
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 6: Sistema respiratorio 191

Gráfico 6.54
Precios comparativos. Grupo 7: sistema circulatorio 192

Gráfico 6.55
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 7: Sistema circulatorio 193

Gráfico 6.56
Precios comparativos. Grupo 9: Sistema digestivo 194

Gráfico 6.57
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 9: Sistema digestivo 194

Gráfico 6.58
Precios comparativos. Grupo 10: Sistema urinario 195

Gráfico 6.59
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 10: Sistema urinario 196

Gráfico 6.60
Precios comparativos
Grupo 11: Sistema reproductor masculino 197

Gráfico 6.61
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 11: Sistema reproductor masculino 197

Gráfico 6.62
Precios comparativos
Grupo 12: Sistema reproductor femenino 198

Gráfico 6.63
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 12: Sistema reproductor femenino 199

Gráfico 6.64
Precios comparativos. Grupo 13: sistema osteomuscular 200

Gráfico 6.65
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 13: Sistema osteomuscular 200

Gráfico 6.66
Precios comparativos
Grupo 14: Sistema tegumentario 201

Gráfico 6.67
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 14: Sistema tegumentario 202

Gráfico 6.68
Precios comparativos. Grupo 15: imagenología 203

Gráfico 6.69
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 15: imagenología 203

Gráfico 6.70
Precios comparativos
Grupo 16: consulta, monitorización y procesos diagnósticos 204

Gráfico 6.71
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 16: consulta, monitorización y procesos diagnósticos 205

Gráfico 6.72
Precios comparativos. Grupo 17: laboratorio clínico 206

Gráfico 6.73
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 17: laboratorio clínico 206

Gráfico 6.74
Precios comparativos
Grupo 18: medicina transfusional y banco de sangre 207

Gráfico 6.75
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 18: medicina transfusional y banco de sangre 208

Gráfico 6.76
Precios comparativos
Grupo 19: medicina nuclear, diagnóstica y terapeútica 209

Gráfico 6.77
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 19: medicina nuclear, diagnóstica y terapeútica 209

Gráfico 6.78
Precios comparativos
Grupo 20: desempeño funcional y rehabilitación 210

Gráfico 6.79
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 20:desempeño funcional y rehabilitación 211

Gráfico 6.80
Precios comparativos. Grupo 21: salud mental 212

Gráfico 6.81
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 21: salud mental 212

Gráfico 6.82
Precios comparativos. Grupo 22:
diagnóstico y tratamiento en sistemas visual y auditivo 213

Gráfico 6.83
Diferencial contributivo-subsidiado. Grupo 22:
diagnóstico y tratamiento en sistemas visual y auditivo 214

Gráfico 6.84
Precios comparativos
Grupo 23: otros procedimientos no quirúrgicos 215

Gráfico 6.85
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 23: otros procedimientos no quirúrgicos 2.15

Gráfico 6.86
Precios comparativos
Grupo 24: procedimientos misceláneos 216

Gráfico 6.87
Diferencial contributivo-subsidiado
Grupo 24: procedimientos misceláneos 217

Gráfico 6.88
Precio promedio adenoamigdalectomía 219

Gráfico 6.89
Precio promedio apendicectomía 220

Gráfico 6.90
Precios promedios de colestistectomía 221

Gráfico 6.91
Precio promedio herniorrafia umbilical 221

Gráfico 6.92
Herniorrafia inguinal 222

Gráfico 6.93
Precio promedio diálisis mensual 223

Gráfico 6.94
Precio promedio cesárea 225

Gráfico 6.95
Promedio precios legrado uterino 226

Gráfico 6.96
Precio promedio de parto 226

Gráfico 6.97
Precio reemplazo articular de cadera 227

Gráfico 6.98
Precio resonancia nuclear magnética 227

Gráfico 6.99
Precio atención mensual paciente con VIH 228

Gráfico 6.100
Porcentajes de cápitas de primer nivel según región 230

Gráfico 11.1
Aplicación de los mecanismos contractuales 297

Gráfico 11.2
Mecanismos y requerimientos, contratos de tipo presupuestal 299

Gráfico 11.3
Mecanismos y requerimientos, contratos por evento 301

Gráfico 11.4
Mecanismos y requerimientos contratos por caso 303

Gráfico 11.5
Mecanismos y requerimientos de contratos de capitación 305

Gráfico 13.1
Proceso contractual 338

Gráfico 13.2
Subproceso de negociación 284

Gráfico 13.3
Ejecución capita – adecuación logística 285

Gráfico 13.4
Etapa ejecución – capitado – prestación y registro del servicio 286

Gráfico 13.5
Etapa ejecución – capitado – cobro de servicios 288

Gráfico 13.6
Ejecución evento – adecuación logística 89

Gráfico 13.7
Etapa ejecución – evento (a) – prestación y registro del servicio 290

Gráfico 13.8
Etapa ejecución – evento (b) – prestación y registro del servicio 291

Gráfico 13.9
Etapa ejecución – evento - cobro 292

Gráfico 13.10
Ejecución presupuesto global – adecuación logística 293

Gráfico 13.11
Etapa ejecución – presupuesto global – prestación y registro del servicio 294

Gráfico 13.12
Etapa ejecución – presupuesta global - cobro 295

Gráfico 13.13
Ejecución caso / paquete – adecuación logística 296

Gráfico 13.14
Etapa ejecución – caso / paquete – prestación y registro del servicio 297

Gráfico 13.15
Etapa ejecución – caso / paquete cobro 298