

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



**COMPARACION DE SISTEMAS DE PAGO CONVENIDO EN LOS COSTOS DE LA
PRESTACION SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS**

TRABAJO DE GRADO

ALEXANDRA GONZALEZ FUENTES

BOGOTA

2017

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



**COMPARACION DE SISTEMAS DE PAGO CONVENIDO EN LOS COSTOS DE LA
PRESTACION SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS**

TRABAJO DE GRADO

ALEXANDRA GONZALEZ FUENTES

JAVIER LEONARDO GONZALEZ

MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD

BOGOTA

2017

DEDICATORIA

“La felicidad humana generalmente no se logra con grandes golpes de suerte, que pueden ocurrir pocas veces, sino con pequeñas cosas que ocurren todos los días”. Benjamín Franklin (1706 - 1790), Estadista y Científico Estadounidense.

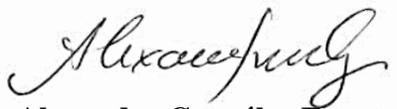
Este trabajo se lo dedico a Dios, por estar conmigo en mí día a día y mostrarme el camino correcto en cada una de las decisiones de mi vida. Gracias doy a Dios por mi familia, quienes han estado conmigo siempre, compartiendo mi felicidad en mis aciertos y dándome ánimo y fortaleza en mis desaciertos, fue mi casa un lugar donde Dios decidió depositar su amor y compasión para hacer de nosotros una familia feliz.

A mi madre Estrella Fuentes quien es mi consejera, compañera y confidente cada día de mi existencia, y es ella quien me motiva a ser mejor persona cada día, enseñándome no solo con sus palabras si no con sus actos. A mi padre Hector Hernan Gonzalez agradezco el amor que me brinda en cada una de sus enseñanzas, también le agradezco por haber despertado en mi un espíritu de colaboración.

A mis hermanos Francy Arabed y Hector, quienes sembraron en mis valores como el respeto, el amor, la generosidad y sobre todo la confianza; los cuales me han permitido recorrer una vida rodeada de personas maravillosas que me han hecho crecer tanto en el aspecto personal, como en el aspecto profesional.

DECLARACION DE AUTONOMIA

Declaro en lugar de un juramento que he escrito esta tesis por mí mismo, y que no hizo uso de otras fuentes o recursos que los indicados para su preparación. Declaro que he indicado claramente todas las citas directas e indirectas, y que esta tesis no ha sido sometida a otro lugar para su examen o publicación.



Alexandra González Fuentes

08 de noviembre de 2017

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCION	10
1.1 Problema	11
1.1. Objetivos	12
1.2.1. Objetivo Principal	12
1.2.2 Objetivos Específicos	12
2. MARCO TEORICO	13
2.1 Sistemas de salud	19
2.2 Costos	20
2.3 Sistemas de Pago	21
2.3.1 Sistemas de Pago Retrospectivos	22
2.3.1.1 <i>Pago por evento</i>	23
2.2.3.1.1 <i>Ventajas y Desventajas</i>	24
2.3.1.1.2 <i>Condiciones requeridas para contratar por Evento</i>	25
2.3.1.2 <i>Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD)</i>	26
2.3.1.2.1 <i>Ventajas y Desventajas</i>	27
2.3.1.2.2 <i>Condiciones requeridas para contratar por Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD)</i>	28
2.3.2 Sistemas de Pago Prospectivos	29
2.3.2.1 <i>Pago por Capitación</i>	30
2.3.2.1.1 <i>Ventajas y Desventajas</i>	30
2.3.2.1.2 <i>Condiciones requeridas para contratar por Cápita</i>	32
2.3.2.2 <i>Pago por Pago Global Prospectivo</i>	33
2.3.2.2.1 <i>Ventajas y Desventajas</i>	33
2.3.2.2.2 <i>Condiciones requeridas para contratar por Pago Global Prospectivo</i>	34

3.	METODOLOGIA	36
3.1	Población	36
3.2	Costos	36
3.2.1	Costo usuario Por Tecnología (CUT)	37
3.2.2	Costo Medio Evento Por Tecnología (CMET)	37
3.3	Frecuencia De Uso Por Tecnología (FUT)	38
3.4	Criterios de Inclusión	38
3.5	Criterios de Exclusión	38
3.6	Distribución de los procedimientos	38
4.	MODELACION DE MODALIDADES DE CONTRATACION	40
4.1	Cápita	40
4.2	Pago Global Prospectivo (PGP)	40
4.3	Evento	41
5.	ANALISIS ESTADISTICO	42
5.1	Análisis descriptivo	42
5.2	Análisis Comparativo	43
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
7.	LISTA DE REFERENCIAS	49

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los procedimientos	39
Tabla 2. Resultados Obtenidos	40
Tabla 3. Costo Promedio Tecnologia Anual	43

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo, comparar diferentes sistemas de pago, en los procedimientos de alta frecuencia realizados en servicios ambulatorios y hospitalarios de complejidad 2 y 3, siendo estas complejidades las de mayor costo dentro de una aseguradora y debido a que en Colombia se restringió la contratación bajo cápita para este nivel de complejidad, con la introducción de la ley 1438 del 2011, evaluar las diferencias de los costos. El estudio fue de tipo descriptivo con componente analítico. En este trabajo se calcularon los costos en una aseguradora de salud, para 1298 tecnologías en un período de un año, por las siguientes modalidades de contratación: Cápita, Pago Global Prospectivo (PGP) y Evento. Finalizado el estudio se evidencia, que las modalidades prospectivas son menos costosas que las retrospectivas, sin embargo, se debe tener en cuenta la frecuencia de uso y el costo medio de la tecnología individual, para evaluar qué conjunto de sistemas de pago, pueden contener el costo.

Palabras Claves: Cápita, Evento, Pagos prospectivos, Modalidades de contratación

ABSTRACT

The objective of this study is to compare different payment systems in high frequency procedures performed in ambulatory and hospital services of complexity 2 and 3, these complexities being the most expensive within an insurer and because in Colombia it was restricted the contracting under capita for this level of complexity, with the introduction of the law 1438 of 2011, to evaluate the differences of the costs. The study was descriptive with an analytical component. In this work the costs in a health insurer, for 1298 technologies in a period of one year, were calculated by the following contract modalities: Capita, Global Prospective Payment (PGP) and Event. After the study, it is evident that the prospective modalities are less expensive than the retrospective ones, however, the frequency of use and the average cost of the individual technology must be taken into account, in order to evaluate which set of payment systems the cost.

Key Words: Capita, Fee for Service, Prospective Payments, Provider Payment Arrangements

1. INTRODUCCION

La necesidad de realizar el presente estudio en las aseguradoras se presenta a raíz de la modificación de la Ley 100 de 1993 y el inicio de vigencia de la Ley 1438 de 2011 que en el artículo 52 obliga a estas entidades a modificar la modalidad de contratación de cápita a evento de los servicios de 2 y 3 nivel.

Se cree que al generarse este cambio de modalidad se aumentarán los costos en salud y se quiere demostrar en este análisis, que, el cambio de cápita a evento en estos niveles de complejidad, si modifica los costos presupuestados y que, mediante los diferentes sistemas de pagos, se pueden mitigar estos aumentos y establecer una modalidad de contratación que ayude para este fin.

Se pretende de igual forma, presentar estos resultados para que, en estudios posteriores se realicen en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, estos análisis y repliquen esta metodología en estudios de otros servicios que presenten la misma tendencia, con el fin de establecer metodologías al interior que permitan prestar servicios con calidad, oportunidad y pertinencia pero que de acuerdo a lo que obliga la normatividad vigente; también enfocados en la eficiencia y efectividad para mantener la solvencia de estas entidades en el mercado.

La experiencia y antigüedad de las EAPB en el sector, hacen que el problema planteado en este estudio sea probable que surja, ya que la demanda con el tipo de contratación por evento disminuye la regulación en las INSTITUCIONES teniendo en cuenta el costo y la pertinencia, y se relaciona directamente con la demanda del servicio y la necesidad de las IPS de prestarlos, con el fin de mejorar también el flujo de caja de las mismas y su sostenibilidad.

Finalmente, con esta investigación, no se pretende demostrar que la legislación vigente está errada en este artículo, ya que es claro que lo que busca la norma es brindar accesibilidad, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, pero si es importante presentar otra alternativa de modalidad de contratación que ayude con la contención del costo.

1.1 Problema

Los grandes desafíos que se encuentran en los sistemas de salud a nivel mundial, no son ajenos a los retos que debe enfrentar Colombia en el Sistema de Salud. El incremento en los costos de salud, debido a la inclusión de nuevas tecnologías y el aumento del plan de beneficios, el aumento en la expectativa de vida y las enfermedades no transmisibles, la falta de control de los costos por la prestación de servicios en el mercado, entre otros desafíos, se debe evaluar en las aseguradoras y establecer medidas que garanticen la prestación del servicio y se realice la contención del costo.

Actualmente el Ministerio de Salud, en pro de la eficiencia del sistema de salud, reglamenta algunas modalidades de contratación mediante la Ley 1438 del 2011, restringiendo los servicios contratados bajo la modalidad de cápita. Adicionalmente, incorpora las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, que ayudan a las aseguradoras a establecer las prestaciones necesarias para cumplir con el modelo de salud que ha estado incorporando el ministerio en el sistema de salud.

Es necesario, que se realicen análisis cuantitativos, sobre la eficiencia de las diferentes modalidades de contratación que ayuden a la contención del costo garantizando la prestación del servicio. Dentro del sistema de salud, existen dos grandes actores que contribuyen al equilibrio de este ecosistema, los aseguradores y los prestadores. Este relacionamiento se encuentra regulado por el Ministerio de Salud y se evidencia en las modalidades de contratación.

De estos Sistemas de Pago, no se ha establecido cual es el más exitoso y eficiente que favorezca por igual a ambas partes; pero si está claro que la selección en la forma de contratación dependiendo del nivel y tipo de servicios, objeto de la negociación; son las que llevan a estas entidades a que puedan ser sostenibles económicamente en el tiempo.

Dentro de la aseguradora que realizamos este estudio, los niveles de complejidad 2 y 3, tienen un presupuesto destinado del 57%, por lo que al contener el costo en estos niveles se puede contribuir al equilibrio financiero que se requiere.

1.1. Objetivos

1.2.1. Objetivo Principal

Comparar los costos de los procedimientos de servicios ambulatorios y hospitalarios, bajo las diferentes modalidades de contratación EPS en el año 2016, para proponer las mejores prácticas que faciliten el equilibrio entre la calidad y el equilibrio financiero.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las diferentes modalidades de contratación, mediante una revisión en la literatura disponible, que se puedan implementar en una Entidades Responsables Del Pago De Servicios De Salud EAPB
- Comparar las modalidades de contratación, Cápita, Pago Global Prospectivo y Evento, con las atenciones, prestaciones y procedimientos de 2 y 3 nivel de atención con alta frecuencia.
- Identificar congruencias, discrepancias de las relaciones con el costo beneficio de la modalidad en el costo.

2. MARCO TEORICO

Con la formulación de la ley 100 de 1993, antecedida por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993, se han presentado sustanciales reformas en la prestación de los servicios de salud y se han generado nuevas prioridades en búsqueda de una mejor cobertura a la población.

Ha requerido de tiempo, análisis de información y resultados que demuestran la necesidad de cambios en la prestación de los servicios.

Torres S, García, Quintero J, (2007) citan: “Uno de los objetivos que se buscaba con la implantación del SGSSS es el aumento de la eficiencia del sistema, para lo cual se introdujeron las siguientes modificaciones: i) se separaron las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud y se permitió la participación del sector privado; ii) se estableció que la relación entre aseguradores y prestadores esté determinada por el modelo de competencia regulada propuesta por Enthoven (1997), en el cual el Estado juega fundamentalmente el papel de regulador.”

Teniendo en cuenta esto, el Estado como ente regulador, debe velar por la articulación de sus políticas de salud, el Sistema de Salud concebido como la articulación de los diferentes actores de salud como, las empresas prestadoras de salud, los prestadores y entes de vigilancia, el estado de salud de la población. Mediante esta relación se estima un aumento en la eficiencia del Sistema de Salud. En la conformación del Estado o la sociedad del bienestar de la segunda mitad del siglo XX, el concepto predominante de salud pública ha sido asimilado al de "medicina comunitaria". (Figueras, 2002)¹

¹ Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica, Gac Sanit 2002;16(1):5-17

Según la OMS, las políticas de salud son “intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud”

Las políticas de salud se convierten en la base de un sistema de salud, donde se determinan los problemas sanitarios de la población y se establece el modelo de salud dentro de un gobierno. En la Constitución Política de Colombia 1991, Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. ...”. Se evidencia como mediante las políticas públicas, se establece la organización de los sistemas de salud sus actores y su relacionamiento, para buscar un fin común y es la salud y la calidad de vida.

Es importante resaltar, que los prestadores de salud deben entenderse según su contribución a la salud y al bienestar del individuo o grupos poblacionales. Se debe determinar cuáles son atribuibles a la prestación del servicio de salud y cuales a otros factores como entorno biopsicosocial, mejoras socioeconómicas o cambios en los estilos de vida. De los prestadores de salud y los aseguradores, se establecen factores que contribuyen positivamente a la disminución de morbi-mortalidad para enfermedades específicas como lo son las enfermedades de interés público y de alto costo.

Lo anterior determina que los prestadores de salud, son actores claros en la operativización del sistema de salud. De su desarrollo y atención en salud depende el cumplimiento de los objetivos del asegurador y del sistema de salud en general.

Es importante de citar y analizar es la relación entre los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, es decir, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios, los cuales no solo a través de los acuerdos de voluntades, sino a raíz de la dinámica de las modalidades existentes de contratación deben buscar un equilibrio

que les permita alcanzar el beneficio económico y cumplir con los indicadores de calidad en la prestación. Como afirma Álvarez, Pellisé y Lobo (2000)², los sistemas de pago a prestadores aportan a la eficiencia y calidad en los sistemas de salud, criterios que hacen parte de su valoración. Afirman que su importancia radica en que los prestadores de salud tienen las decisiones sobre el gasto y el nivel de producción en la atención de salud.

Mediante modelos de contratación efectivos se pueden evidenciar beneficios de la prestación de servicios de salud y se ven reflejados en la calidad de vida y resultados en salud. Jamison, Summers, Alleyne³ refiere que las inversiones que se realicen en área de la salud conducen a un aumento de la productividad de la población y por ende como consecuencia al crecimiento económico de un país. Estas inversiones realizadas en los sistemas de salud y ejecutadas por los prestadores de servicios de salud, deben estudiarse detalladamente y se debe establecer relaciones contractuales que estimulen la búsqueda de estos resultados en salud para encontrar la efectividad en el sistema.

La efectividad puede ser evaluada por calidad de vida, que para muchos autores es un concepto subjetivo, para la OMS calidad de vida, es la percepción que una persona tiene de su entorno y está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Para contribuir en el análisis en la calidad de vida de una población, podemos analizar indicadores de El Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), mediante el aporte de recursos necesarios, conocimiento y experiencia. El PNUD mide anualmente el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que no solo mide el desarrollo de un país en aspectos económicos, si no hace hincapié en que las personas y sus capacidades en esta evaluación.

² Álvarez B, Bellisé L, Lobo F. Sistema de Pago a Prestadores de Servicios de Servicios de salud en Países de América Latina y de la OCDE 2000: 55-70

³ Jamison D, Summers L, Alleyne G, Arroe K, Berldey S. Salud Global 2035: un mundo convergiendo en el lapso de una generación 2015: 444-467

El IDH es la media geométrica de las dimensiones de:

- Salud, esperanza de vida al nacer
- Educación, años promedio de escolaridad en los adultos de 25 años o mas
- Nivel de Vida, se mide por el INB per cápita

El análisis de este índice no habla de calidad de vida, en el IDH, sus dimensiones se encuentran relacionados con la percepción que se tiene de calidad de vida.

Es difícil establecer una definición consensuada sobre lo que es la calidad de vida. En la literatura especializada se utiliza este concepto para referirse de capacidades funcionales, relacionamiento social, bienestar psicológico, sensaciones somáticas (como el dolor) o la satisfacción en la vida. (Bowling, 1994, 9).

Alvis, Valenzuela (2010) definen la relación de la calidad de vida y la salud, sintetizada en indicadores como los Quality Adjusted Life Year (QALYS). Calculada como una unidad de medida del individuo, respecto a la calidad de vida que se ha producido mediante una intervención en salud, combinada con los años ganados respecto de un determinado estado de salud.

La Organización Mundial de la Salud para el estudio de la calidad de vida (WHOQOL), define como conductas, estados, capacidades o potencialidades o como una percepción o experiencia subjetivas⁴.

La calidad de vida y los resultados de salud, son determinantes en la evaluación de los Sistemas de Salud. Es necesario garantizar en la prestación de servicios de salud, que estos determinantes sean entendidos como evaluadores de la atención⁵ y por ende se construyan en base a estas determinantes relaciones contractuales que ayuden al fortalecimiento de la prestación de servicios

⁴ Kuyken W, Orley J. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument: 41-57

⁵ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729

En el análisis que se debe realizar a los prestadores de salud, se debe determinar el comportamiento de oferta y demanda, ya que es difícil establecer una demanda estable debido a que la solicitud de servicios de salud es incierta.⁶ hace referencia de diferencias importante del mercado médico y el mercado de la economía clásica.

La primera que nombra es, la comunidad médica tiene un papel social dentro de la comunidad, tanto el tiempo como el conocimiento se comporta de manera diferente a como se opera la industria.

El segundo es que el precio no es el único factor que ayuda a buscar un punto de equilibrio, esto se evidencia cuando los sistemas de salud subsidian mediante prestadores públicos o prestadores sin ánimo de lucro atienden una población vulnerable o con necesidades específicas. El precio no es lo único que evalúa el mercado y ello también desencadena a que el producto no sea homogéneo, la atención de servicios de salud se presta de diferente manera, según sea el proveedor, médico o personal de la salud, ya que las capacidades y conocimiento varían de un individuo a otro y adicionalmente el paciente también tiene necesidades diferentes entre unos y otros.

Tercero la prestación de servicios de salud es personal y no se transfiere de paciente a paciente. Siendo una transacción monetaria, la atención en salud provee de servicios mediante una relación médico-paciente que opaca el intercambio económico y trasciende a un intercambio personal.

Cuarto los servicios de salud no son intercambiables por otros servicios de salud, ya que, en el ejercicio de la medicina, prevenir o curar una patología no se encuentra en comparación con algún otro servicio. Adicionalmente hace parte de un bien común en una sociedad, específicamente cuando estamos frente a enfermedades infectocontagiosas.

El mercado de la prestación de servicios de salud, se debe estudiar de manera particular y entender los desafíos en los que se encuentra el sistema de salud, para suplir las necesidades. (Coady, Benedict, Clemens, Sanjeev. 2012) Uno de los más importantes desafíos en las economías, es el aumento del costo de la salud en los Sistemas De Salud. Los costos de la prestación de

⁶ Mushkin S. Toward a Definition of Health Economics 785-794

servicios de salud han estado aumentando en las últimas décadas. Desde 1970, el gasto en salud per cápita se ha cuadruplicado, el PIB destinado a salud pasa de un 6% a un 12% en las economías avanzadas. En las economías emergentes, el gasto total en salud ha aumentado de por debajo del 3% al 5% del PIB. Estos incrementos no son ajenos a la presión financiera que recae en las familias, las empresas y los gobiernos.

Coady et al. (2012) refieren que estos aumentos en los costos se deben en gran parte a el envejecimiento de la población, con una expectativa de vida más alta, que viene acompañado de una carga de enfermedad crónica elevada; los avances tecnológicos (Efecto Baumol), que son necesarios para el desarrollo de la práctica médica, pero que sin duda son más costosos y el aumento de los ingresos de la población (Ley Wagner).

Castroff, Sarjanovich. (2006) realizaron un análisis sobre los determinantes como lo es el incremento de los precios en la prestación de servicios (Ley Wagner), la implementación de tecnología en la prestación de servicios (efecto Baumol) y adicionalmente cambios en el tamaño de la población (Cambios en la Densidad Poblacional). Se evidencio que el incremento de los costos el área de estudio fue altamente influenciada por el aumento de los precios en la prestación de servicios y la implementación de tecnología o ausencia de ella. Ya que, si se encuentra disponible para el diagnóstico o tratamiento una nueva tecnología, quien no la tenga deberá emplear más horas de trabajo o más recursos para buscar el mismo resultado.

Otros determinantes para el aumento de los costos de salud se pueden analizar desde la prestación misma de la atención en salud:

- La implementación y oferta creciente de nuevas tecnologías sanitarias y nuevas prestaciones, muchas de ellas sin ser evaluadas en términos de coste efectividad en salud.
- Mayor demanda de servicios de salud por calidad de vida (Oggier, 2012)
- Carencia de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras fundamentalmente). (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2013)
- Inaccesibilidad geográfica de la red de prestadores (Vargas, 2009).

- Falta de asistencia de la población a los servicios sanitarios, por motivos geográficos, ingresos económicos o nivel de escolaridad. (Acosta, Guerra, Rivera. 2005)
- Causas legales, que para evitar demanda por mala praxis, se aumentan las prácticas para un evento. (Oggier, 2012)
- Modelos de contratación influyen el incremento o disminución, de los costos. (Oggier, 2012)

De las determinantes en los aumentos de los costos, las modalidades de contratación tienen una alta influencia, por lo que se debe tener en cuenta en un asegurador a la hora de establecer estrategias de contención del costo sin afectar la calidad de la atención o los resultados en salud, características de eficiencia de los sistemas de salud.

2.1 Sistemas de salud

Es de vital importancia definir que es un sistema de salud, que es quien enmarca todas las políticas lineamientos y actores con los que se desarrolla el ejercicio de las prácticas sanitarias. La OMS define un sistema de salud como la suma de “todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.”

Grossmann, Goolsby, Olsen y McGinnis (2011) define el sistema de salud como una integración de tres componentes importantes esenciales: personas, procesos y productos.

Las personas en un sistema de servicios pueden agruparse en dos grandes grupos; los que demandan servicios y los que suministran esos servicios o proveedores. Las personas que demandan servicios son aquellas que requieren atenciones, procedimientos o tecnologías de salud, según sus necesidades exigen al sistema de salud, como, por ejemplo: consumidores, usuarios, pacientes, compradores, organizaciones, entre otros. Como proveedores de servicios, son aquellos

que suministran los servicios demandados por los demandantes de servicios de salud, como, por ejemplo: proveedores, vendedores, organizaciones, entre otros.

Los Procesos son protocolos que pueden ser estandarizados, evolutivos y orientados a la toma de decisiones, entre otros; o Algorítmicos en la minería de datos, modelado de decisiones, ingeniería de sistemas, entre otros. Los procesos incluyen normas, reglas y costos.

Los productos pueden ser físicos o virtuales. Los productos físicos son las instalaciones, tecnologías de información, entre otras. Los productos virtuales se pueden evidenciar mediante comercio electrónico, simulaciones, entre otras.

Debido a que dentro de los procesos del sistema de salud se identifica el costo como determinante, es relevante evaluar en el ámbito de salud su definición. Mieres, Zollazzo (1996) se refiere a costos como el valor monetario final del conjunto compuesto por los bienes consumidos por el proveedor de servicios sanitarios para brindar una atención particular.

2.2 Costos

Existen diferentes costos en el sistema de salud, los costos económicos se refieren estrictamente a los precios de los recursos consumidos por la atención en salud. Los costos contables, es la suma de los precios económicos más los costos de funcionamiento, que es el precio de servicios adicionales que se utilizan para la prestación de la atención en salud⁷.

Es decir, en la relación contractual entre los Aseguradores y Prestadores, se debe tener en cuenta el costo contable de los proveedores, cubrir los costos básicos del prestador.

Para el control del aumento del costo medico dentro del sistema de salud, se debe tener en cuenta factores modificables o influenciados expuestos anteriormente, sin embargo, el costo de la prestación de salud, es uno de los principales focos a la hora de contener el costo. Si se controla el

⁷ Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de Pago en la Atención Médica, 18: 198-210

incremento de los precios de la atención en salud y se regula la demanda en búsqueda de una utilización de recursos necesaria, estaríamos impactando los precios y el volumen de servicios.

Si se encuentra un equilibrio entre la contención del costo y una demanda necesaria, apoyados de un modelo de salud enfocado en la calidad de la atención y guiando al sistema a resultados en salud, estaremos evidenciando la eficiencia en un sistema de salud.

2.3 Sistemas de Pago

Los sistemas de pago, son las diferentes modalidades de contratación, que se utilizan para la negociación entre aseguradoras y prestadores, para fijar el precio de la atención en salud requerida por los diferentes usuarios del sistema de salud.

Los sistemas de pago son determinantes para guiar el comportamiento de la demanda de servicios de salud en una población, por ello es de suma importancia establecer diferentes sistemas de pago, dependiendo variables como los servicios, la población, el modelo de salud, entre otros. Mediante un sistema de pago se puede disminuir o aumentar la demanda de un servicio particular, ya que una modalidad de contratación puede modificar el mercado mediante incentivos.

Oggier (2012) define que los sistemas de pagos, generan diferentes incentivos y establece tres condicionamientos: condicionamiento a la oferta, a la demanda y a la gestión

Condicionamiento a la oferta puede determinar el comportamiento de las instituciones prestadoras de salud, generando sobreproducción, restricción, remisión o retención del paciente. Puede generar, de igual manera, la inducción de apertura o cierre de servicios de salud, concentración de profesionales en un sitio geográfico determinado o el desarrollo de nuevas tecnologías o protocolos de atención por parte de los prestadores.

Condicionamiento a la demanda está determinado e influenciado por la relación médico paciente y se ve relacionado directamente con la autoinducción de atenciones en salud, por parte de profesionales de la salud o aumento de frecuencia en tecnologías específicas por parte del cuerpo médico.

Oggier (2012), refiere que los sistemas de pagos se pueden caracterizar en dos dimensiones, la primera como el precio a pagar por unidad de atención y la segunda la distribución del riesgo. La primera dimensión es el precio de la atención, es decir el precio que el profesional de la salud invirtió en la prestación, valor por tecnología o el valor de las atenciones por persona. La segunda dimensión, determina que por cada unidad de pago el riesgo asociado a su prestación, es decir la variación del precio puede aumentar o disminuir el riesgo que asumen dos actores del sistema, el asegurador o el prestador.

Es importante establecer cuáles son los determinantes, variables o elementos para definir, que sistema de pago se elige, para la relación contractual entre aseguradoras y prestadores.

Garcia-Lacalle, Martin, Royo, (2010). Los sistemas de pago se pueden definir, dependiendo del momento en que se determina el pago, como pagos prospectivos y retrospectivos. Los sistemas de pagos retrospectivos el pago final se calcula posterior a la prestación del servicio de salud. En el sistema de pago prospectivo la cantidad a pagar al prestador de salud se determina antes de la prestación de servicio.

Los Sistemas de pago Prospectivos tiene dos variantes. Se definen en Sistemas de pago Prospectivos Fijos se establece el pago final que va a recibir el prestador de servicios de salud, tiene dentro de las modalidades más frecuentes la Capitación y Presupuestos Globales; El Sistema de Pago Prospectivo Variable, se define como el cálculo de la actividad en diferentes servicios como las modalidades Pago por servicio, pago por día, pago por caso⁸.

2.3.1 Sistemas de Pago Retrospectivos

Es un Sistema de Pago, que se realiza después de la prestación del servicio. El sistema de pago retrospectivo como su nombre lo indica, está relacionado con el pago de la atención de salud

⁸ Garcia-Lacalle J, Matin E, Royo S. La financiación de la sanidad pública. Efecto De Los Sistemas De Pagos Prospectivos En El Rendimiento De Los Hospitales: 99-115

individual, por cada persona atendida, liquidada por el valor establecido contractualmente. Los Sistemas De Pago Retrospectivos, requieren de trámites administrativos entre prestador-asegurador, como:

- Validación de derechos del usuario frente a la aseguradora.
- Generación de solicitud de servicios o atención en salud por cantidad por parte del prestador.
- Autorización de servicios y cantidad solicitada, por parte de la aseguradora.
- Prestación de servicios individual y facturación de las atenciones consumidas.
- Auditoria Concurrente y Auditoria en Cuentas Medicas de los consumos y facturación de las atenciones prestadas por individuo.

Los pagos retrospectivos tienen diferentes modalidades de contratación, a continuación, definimos las más frecuentes

2.3.1.1 Pago por evento

Según el decreto 4747 del 2007, se define como Pago por Evento, como “Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.”

El pago por evento es la modalidad que tiene más desagregada la prestación de servicios y se realiza el pago de acuerdo a las atenciones definidas, el riesgo lo asume el financiador. Álvarez et al (2002)

2.2.3.1.1 Ventajas y Desventajas

Frente a los diferentes ejes en los que se puede manejar los resultados y cumplimiento de la prestación podemos observar ventajas y desventajas.

Modelo de salud: las ventajas de esta modalidad para el cumplimiento del modelo es el aumento de las prestaciones y actividades en salud y puede llevar a sobre producción, mediante esta modalidad de contratación puede maximizar la producción de las atenciones que, dirigidas, mediante acuerdos contractuales, puede ayudar al cumplimiento prestaciones específicas que dependa la eficiencia de su prestación. Álvarez et al (2002). Se conoce previamente la transaccionalidad de las atenciones realizadas por los prestadores de salud. Efecto previsible, puede aumentar las frecuencias de uso en una población determinada, desviando la nota técnica de una aseguradora, por el aumento de la demanda a causa de su inducción, por parte de los prestadores.

Prestadores de Salud: Genera incentivos a los médicos sobre la producción, a mayor trabajo, mayor ingreso económico. Mayor libertad profesional para ejercer procedimientos a los pacientes según su criterio. Incentiva la competitividad profesional⁹.

Resultados en salud: Es una excelente modalidad de contratación, para procedimientos costo-efectivos. Como efecto previsible, su objetivo es el incremento de la cantidad de prestaciones más que la calidad o búsqueda de resultados en salud¹⁰.

Costos/Riesgos: El riesgo se absorbe por el asegurador. Los costos se pueden incrementar, tanto en el costo medico como en el administrativo, debido al aumento de la frecuencia de uso, de la demanda del procedimiento, favorece la utilización de alta tecnología. Costos administrativos se ven influenciados debido a que, mediante esta modalidad de pago, se requiere de procesos complejos de auditoria, aumento de los tiempos de conciliación de las prestaciones, generando

⁹ Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de Pago en la Atención Medica. Rev. Medica Uruguay 2002; 18: 198-210

¹⁰ Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de Pago en la Atención Medica. Rev. Medica Uruguay 2002; 18: 198-210

tiempos prolongados de pago a prestadores, que pueden ocasionar inconvenientes en la prestación. Adicionalmente los costos pueden verse afectados debido a que, tiene mejores condiciones para la corrupción¹¹.

2.3.1.1.2 Condiciones requeridas para contratar por Evento

El pago por evento requiere de ciertas condiciones para su contratación. De acuerdo a la definición, anteriormente descrita, se puede deducir que para su utilización se requiere de identificar cuáles son los procedimientos, medicamentos, insumos o tecnologías susceptibles para este tipo de sistema de pago.

La frecuencia de uso es una de las variables más importantes a la hora de definir esta modalidad de pago, debido a que, por definición, es susceptible esta modalidad de pago a su incremento.

Para la eficiencia de este sistema de pago, podríamos plantear que procedimientos, medicamentos, insumos o tecnologías con bajas frecuencias, podrían ser candidatas de esta modalidad de contratación. También prestaciones en salud, que requieran un aumento de la demanda, como lo son acciones obligatorias para cumplimiento de un modelo de salud específico.

El volumen de la población, es otra variable determinante a la hora de elegir una modalidad de contratación. Debido a que el volumen de población, se puede determinar si la frecuencia de uso y por ende el número de actividades de una atención puede aumentar o disminuir. Poblaciones con volúmenes bajos, es más eficiente la contratación por evento, por esencia debe tener número de actividades bajas.

Fortalecimiento Administrativo por parte de las aseguradoras, es otro factor importante para determinar la modalidad de contratación. El pago por evento requiere de trámites administrativos muy robustos para evitar el sobre costo generado por la prestación de servicios.

¹¹ Álvarez B, Bellisé L, Lobo F. Sistema de Pago a Prestadores de Servicios de Servicios de salud en Países de América Latina y de la OCDE. Rev. Pan Am J Public Health 8(1/2) 2000: 55-70

Fortalecimiento Administrativo por parte de los prestadores, también se requiere en esta modalidad de contratación, ya que la identificación de la prestación, solicitud de autorizaciones, consumo y facturación, requieren de un grupo multidisciplinario que gestione estos procesos.

Solvencia financiera por parte de los prestadores contratados, bajo esta modalidad, debido a que los procesos administrativos y de tiempos de pagos son complejos y largos, se debe garantizar que no afecte las prestaciones de la atención en salud para los usuarios.

2.3.1.2 Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD)

En el decreto 4747 del 2007, se define como el “Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente”

Pago por paquete o conjunto integral de atenciones, consisten en determinar el conjunto de atenciones, procedimientos, medicamentos o insumos que se realizan para un grupo específico de procedimientos, servicios o diagnósticos. En esta modalidad se debe determinar la cantidad, del contenido que lo conforma. El valor fijado se calcula por la sumatoria del costo promedio o el costo por evento, de cada una de las atenciones. En esta modalidad se debe realizar cada una de las actividades que contenga el paquete o conjunto de atenciones.

Pago por GRD tiene la misma base del anterior, sin embargo, se encuentra determinado por grupo de diagnósticos específicos de una patología, que se evidencie con importancia para la aseguradora. Puede encontrarse en diferentes servicios, se calcula determinando el costo final de la atención. En esta modalidad la prestación depende de las necesidades de cada paciente, motivo por el cual no se cumplen al 100% todas las actividades o cantidades que se encuentren incluidas. Se contrata la atención de la patología mas no un protocolo específico y se paga un único valor por paciente ingresado.

2.3.1.2.1 Ventajas y Desventajas

En esta modalidad de contratación se evidencian:

Modelo de salud: Mediante esta modalidad de contratación, patologías o procedimientos específicas, pueden tener garantizada la prestación de servicios. Se evidencia como desventaja, que, en los GRD, no es obligatorio el cumplimiento del total de las prestaciones y esto puede ocasionar que el usuario requiera de otras atenciones por fuera de este contrato, colocando en riesgo el resultado del modelo.

Prestadores de Salud: Las ventajas dependen del conocimiento que se tenga sobre los costos de operación que implica cada conjunto de atenciones, si el valor contratado es mayor que sus costos, trae beneficios financieros. Si al contrario no se conoce sobre los costos de operación puede traer desventajas, transfiriendo el riesgo del asegurador al prestador .Spector J. et al (2015).

Resultados en Salud: Se pueden obtener buenos resultados en salud, dependiendo la construcción del conjunto de actividades. Se puede aumentar la frecuencia de uso, debido a que hay posibilidad de generar cierres de eventos prematuramente, para solicitar autorización por un nuevo evento. Puede encontrarse aumento de eventos adversos que se generan por la salida temprana de pacientes hospitalizados o en cirugía, disminuir los resultados en salud a causa de que algunos prestadores buscan contener los costos. Spector J. et al (2015)

Costos/Riesgos: El riesgo se distribuye en los actores, prestador y asegurador. En el asegurador los costos se pueden incrementar, tanto en el costo medico como en el administrativo, debido al aumento de la frecuencia de uso, el cierre de eventos prematuramente, la aparición de eventos adversos, reingresos o reintervenciones, aumenta el costo. Costos administrativos se ven influenciados debido a que, mediante esta modalidad de pago, se requiere de procesos complejos de auditoria, aumento de los tiempos de conciliación de las prestaciones, generando tiempos prolongados de pago a prestadores, que pueden ocasionar inconvenientes en la prestación. En el prestador si no conoce sus costos y se contrata el valor negociado con el asegurador, puede estar absorbiendo el riesgo.

2.3.1.2.2 Condiciones requeridas para contratar por Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD)

El pago por Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD), requiere de ciertas condiciones para su contratación. Se debe realizar un análisis previo de cuál sería la modalidad de elección de acuerdo a ciertas condiciones.

Para Paquete o Conjunto Integral De Atenciones se requiere definir cuál es el procedimiento o intervención que se requiere contratar. Definir las atenciones que deben incluirse en el contenido y el costo

Para Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD), se requiere identificar cuáles son los eventos y patologías que se quieren contratar mediante esta modalidad de contratación, cuáles son las actividades, procedimientos e intervenciones que estarían cubiertas y su costo.

La frecuencia de uso es determinante desde el punto de vista de población, pero si se debe tener especial cuidado, con las cantidades contenidas en esta modalidad de contratación. En su definición, se deben establecer conjunto de atenciones frecuentes y que tengan un objetivo en conjunto y en los GRD las patologías de seguimiento, con alta incidencia y prevalencia. Para la eficiencia de este sistema de pago, podríamos plantear que conjuntos de atenciones o GRD con alta prevalencia, podrían ser candidatas de esta modalidad de contratación. También prestaciones en salud, que requieran un control de la demanda.

El volumen de la población, es una variable determinante a la hora de negociar con un prestador, ya que se pueden realizar negociaciones por volumen optimizando el costo. A mayor volumen de población con una alta frecuencia, es un incentivo para los prestadores.

Fortalecimiento Administrativo por parte de las aseguradoras, es otro factor importante para determinar la modalidad de contratación. El pago por Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD) requiere de trámites administrativos muy robustos para evitar el sobre costo generado por la prestación de servicios, identificación del contenido de las prestaciones en caso de solicitarlas por el prestador, de manera individual.

Fortalecimiento Administrativo por parte de los prestadores, también se requiere en esta modalidad de contratación, ya que la identificación del contenido del Conjunto Integral De Atenciones, Paquete, Pago por caso o grupo relacionado por Diagnóstico (GRD), es indispensable para solicitud de autorizaciones, consumo y facturación, requieren de un grupo multidisciplinario que gestione estos procesos.

Solvencia financiera por parte de los prestadores contratados, bajo esta modalidad, debido a que los procesos administrativos y de tiempos de pagos son complejos y largos, se debe garantizar que no afecte las prestaciones de la atención en salud para los usuarios.

2.3.2 Sistemas de Pago Prospectivos

Es un Sistema en el que el pago se realiza antes de la prestación del servicio. El sistema de Pago Prospectivo, está relacionado con el pago de atenciones de salud, por una población determinada, liquidada por el producto del valor establecido por la frecuencia de las atenciones o la cantidad de población. Los Sistemas De Pago Prospectivos, requieren de trámites administrativos entre prestador-asegurador, como:

- Identificación de la población que está cubierta bajo esta modalidad de contratación. Consulta por parte del prestador de esta población para la prestación de servicios.
- Envío de la información de la prestación de servicios por cada usuario atendido por parte del prestador.
- Pago del valor fijado en el contrato, durante el mes de prestación del servicio.
- Marcación o identificación de las tecnologías cubiertas por esta modalidad de contratación, por parte de la aseguradora y auditoria de las atenciones que solicitaron autorización bajo otra modalidad de contratación en el mismo prestador o uno diferente.

- Auditoria Concurrente y Auditoria en Cuentas Medicas de los consumos y generación de glosa o débito, de las atenciones que no se prestaron o de las atenciones que se pagaron bajo dos modalidades de contratación.
- Se requiere de un seguimiento periódico, para evaluar frecuencias de uso o valor del contrato.

Los Pagos Prospectivos tienen diferentes modalidades de contratación, a continuación, definimos las más frecuentes.

2.3.2.1 Pago por Capitalización

El Sistema de Pago por Capitalización, se define como el pago anticipado de una suma fija que se hace por persona o grupo poblacional, por la responsabilidad en salud, prestación de servicios de salud. Buglioli, Gianneo, Mieres. (2002)

El grupo poblacional o individuo tendrá derecho a ser atendida durante un período de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente por usuario, su liquidación del monto a pagar, se encuentra en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas por el costo por persona de las atenciones.

Bajo esta modalidad de contratación, el prestador se encuentra como responsable de todos los cuidados, prestaciones y frecuencia de atención, con la que un usuario es atendido. El beneficio de este Sistema de Pago es la disminución de la utilización de las prestaciones, este beneficio disminuye si aumenta su utilización. (Spector et. Al. 2015)

2.3.2.1.1 Ventajas y Desventajas

En esta modalidad de contratación se evidencian:

Modelo de salud: Mediante esta modalidad de contratación, no es obligatorio el cumplimiento de la frecuencia necesaria para que la población cumpla con el modelo de salud. Esto puede ocasionar que las prestaciones presenten restricción inducidas por el prestador y esto puede ocasionar que el usuario requiera de otras atenciones por fuera de este contrato, colocando en riesgo el resultado del modelo. Esta modalidad de Contratación trae ventajas en el modelo de salud, para atenciones de prevención y promoción, mediante el fomento de la integración de servicios para la prestación.

Prestadores de Salud: Los beneficios se evidencian si hay una disminución de las frecuencias de las atenciones pactadas con el asegurador. Spector J. et al (2015). El riesgo del prestador se encuentra transferido, cuando existen reclamaciones por parte de los usuarios.

Resultados en Salud: Se pueden obtener resultados en salud, depende del servicio contratado mediante esta Modalidad o Sistema de Pago. Los servicios enfocados en que los resultados están sujetos a variables como la integración en la prestación de servicios y disminución de tiempos administrativos. Tales como prevención y promoción. Como desventaja se evidencia derivación o remisión de pacientes, debido a la falta de resolutivez por los prestadores contratados bajo este Sistema de Pago. Deficiencia en el diagnóstico temprano de patologías prevenibles, por la falta de la prestación de actividades de detección temprana. Los resultados de salud esperados se pueden ver afectados, por la restricción al acceso de las atenciones necesarias a causa de que algunos prestadores buscan contener los costos. Spector J. et al (2015)

Costos/Riesgos: El riesgo se distribuye en los actores, prestador y asegurador. En el asegurador se puede incrementar el costo médico, debido al aumento de la incidencia de patologías de alto costo diagnosticadas tardíamente, que requiere de complejidades mayores para su atención. Administrativamente trae ventajas para el asegurador ya que, para realizar provisiones financieras, este Sistema de Pago, es fijo. En el prestador el riesgo en salud se traslada a Él, desde el punto de vista de costo, se garantiza flujo de caja mensual que ayuda a mantener la operación del prestador.

2.3.2.1.2 Condiciones requeridas para contratar por Cápita

El Sistema de pago por cápita, requiere de ciertas condiciones para su contratación. Se debe realizar un análisis previo de acuerdo a ciertas condiciones.

Para la contratación por cápita, se requiere definir cuál es la población, con su identificación nominal, cuales son los procedimientos, medicamentos o insumos que han de ser cubiertos bajo esta modalidad. Definir las atenciones que deben incluirse en el contenido y el costo por usuario

La frecuencia de uso es determinante desde el punto de vista de población, las frecuencias de actividades bajas no se deben tener en cuenta, para este tipo de contratación debido a que, al distribuirlo por la población, se puede ver afectado el seguimiento y costo. La eficiencia de este sistema de pago, se puede establecer que está enfocada a determinar volumen de población, con frecuencias de uso identificadas y tecnologías, procedimientos, medicamentos o insumos que requieran integralidad y/o control de la demanda.

El volumen de la población, es una variable determinante a la hora de contratar este Sistema de Pago, ya que, a volúmenes bajos, la eficiencia de esta modalidad disminuye.

Fortalecimiento Administrativo por parte de las aseguradoras, es otro factor importante para determinar la modalidad de contratación. El pago por cápita requiere de trámites administrativos muy robustos para evitar el sobre costo generado por la prestación de servicios, identificación de los usuarios nominalmente, intercambio de listado de base de usuarios, entre asegurador y prestador, contenido de los servicios en caso de solicitarlas por el prestador, de manera individual.

Fortalecimiento Administrativo por parte de los prestadores, también se requiere en esta modalidad de contratación, para la identificación del usuario que se encuentra bajo este Sistema de Pago, así como las actividades y los servicios, procedimientos, medicamentos o insumos, cubiertos bajo la Cápita, porque es indispensable para realizar o no, solicitud de autorizaciones. El consumo y facturación, requieren de un grupo multidisciplinario que gestione estos procesos.

Solvencia financiera se encuentra soportada por el pago anticipado de estas actividades, se debe tener en cuenta los procesos de auditoría, que pueden afectar mediante glosas generadas a los prestadores.

2.3.2.2 Pago por Pago Global Prospectivo

El Sistema de Pago por Pago Global Prospectivo, se define como el pago anticipado de una suma fija que se establece por el costo medio evento y las frecuencias de uso en un grupo poblacional, en unas tecnologías de salud identificadas. Spector J et Al. (2015)

El grupo poblacional o individuo tendrá derecho a ser atendida durante un período de tiempo, a partir de unas frecuencias establecidas por unos servicios determinados. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente por tecnología, su liquidación del monto a pagar, se encuentra en función del número de actividades y el valor pactado.

Bajo esta modalidad de contratación, el prestador se encuentra como responsable de la atención de las actividades que se fijaron en el contrato, con la que un usuario es atendido. El beneficio de este Sistema de Pago es la utilización de las prestaciones necesarias para la población. (Spector et. Al. 2015)

2.3.2.2.1 Ventajas y Desventajas

En esta modalidad de contratación se evidencian:

Modelo de salud: Mediante esta modalidad de contratación, es obligatorio el cumplimiento de la frecuencia necesaria para que la población cumpla con el modelo de salud. Esta modalidad de contratación trae ventajas en el modelo de salud, para atenciones de prevención y promoción, mediante el fomento de la integración de servicios para la prestación.

Prestadores de Salud: Los beneficios se evidencian si hay un cumplimiento de las frecuencias de las atenciones pactadas con el asegurador. Spector J. et al (2015). El riesgo del prestador se encuentra transferido, cuando existen reclamaciones por parte de los usuarios.

Resultados en Salud: Se pueden obtener resultados en salud, depende del servicio contratado mediante esta Modalidad o Sistema de Pago. Los servicios enfocados en que los resultados están sujetos a variables como la integralidad en la prestación de servicios y disminución de tiempos administrativos. Tales como prevención y promoción. Como desventaja se evidencia derivación o remisión de pacientes, si no se tiene resolutivez por los prestadores contratados bajo este Sistema de Pago. Deficiencia en el diagnóstico temprano de patologías prevenibles, por la falta de la prestación de actividades de detección temprana.

Costos/Riesgos: El riesgo se distribuye en los actores, prestador y asegurador. Administrativamente trae ventajas para el asegurador ya que, para realizar provisiones financieras, este Sistema de Pago, es fijo. En el prestador el riesgo en salud se traslada a Él, desde el punto de vista de costo, se garantiza flujo de caja mensual que ayuda a mantener la operación del prestador.

2.3.2.2.2 Condiciones requeridas para contratar por Pago Global Prospectivo

El Sistema de pago por Pago Global Prospectivo, requiere de ciertas condiciones para su contratación. Se debe realizar un análisis previo de acuerdo a ciertas condiciones.

Para la contratación por Pago Global Prospectivo, se requiere definir cuál es la población, con su identificación nominal, cuales son los procedimientos, medicamentos o insumos que han de ser cubiertos bajo esta modalidad, el valor del costo medio evento por tecnología y la frecuencia de uso en esta población.

La frecuencia de uso es determinante desde el punto de vista de población, las frecuencias de actividades bajas no se deben tener en cuenta, para este tipo de contratación debido a que, al distribuirlo por la población, se puede ver afectado el seguimiento y costo. La eficiencia de este sistema de pago, está enfocada a determinar volumen de población, con frecuencias de uso

identificadas y tecnologías, procedimientos, medicamentos o insumos que requieran integralidad y/o seguimiento de la demanda.

El volumen de la población, es una variable determinante a la hora de contratar este Sistema de Pago, ya que, a volúmenes bajos, la eficiencia de esta modalidad disminuye.

Fortalecimiento Administrativo por parte de las aseguradoras, es otro factor importante para determinar la modalidad de contratación. El pago por Pago Global Prospectivo, requiere de trámites administrativos muy robustos para evitar el sobre costo generado por la prestación de servicios, identificación de los usuarios nominalmente, intercambio de listado de base de usuarios, entre asegurador y prestador, contenido de los servicios en caso de solicitarlas por el prestador, de manera individual.

Fortalecimiento Administrativo por parte de los prestadores, también se requiere en esta modalidad de contratación, para la identificación del usuario que se encuentra bajo este Sistema de Pago, así como las actividades y los servicios, procedimientos, medicamentos o insumos, cubiertos bajo Pago Global Prospectivo, porque es indispensable para realizar o no, solicitud de autorizaciones. El consumo y facturación, requieren de un grupo multidisciplinario que gestione estos procesos.

Solvencia financiera se encuentra soportada por el pago anticipado de estas actividades, se debe tener en cuenta los procesos de auditoría, que pueden afectar mediante glosas generadas a los prestadores.

3. METODOLOGIA

Este es un estudio de tipo descriptivo con componente analítico. Se realiza el análisis de una base de datos de una aseguradora del régimen subsidiado y contributivo, en los periodos de enero a diciembre del 2016. Se realiza la modelación con las modalidades de contratación más frecuentes, comparando los costos para Cápita, Pago Global Prospectivo y Evento.

3.1 Población

La población estimada para la modelación es de 550.000 usuarios. Se incluyen todos los grupos de edad de la población. No se tienen criterios de exclusión.

3.2 Costos

Se obtienen los costos de las bases de datos históricos de los periodos, enero a diciembre del 2016. Se identifican todas las tecnologías prestadas en estos periodos, que se encuentren cubiertas en el Plan Obligatorio De Salud, no pertenecen a un fallo de tutela, facturadas bajo la modalidad de evento, por prestadores de 2 y 3 nivel de complejidad, para el total de la población de la aseguradora.

A partir de las variables de costos y de modelos de contratación se realiza la modelación de los costos por las Modalidades Prospectivas (Cápita y Pago Global Prospectivo) Modalidades Retrospectivas (evento).

Se identifican 1298 de tecnologías que se practicaron en el 2015 y el 2016 de las bases de datos, para procedimientos de acuerdo a los criterios de inclusión, posterior a determinar costo usuario, costo medio evento por tecnología, frecuencias de uso, con las bases de datos.

La metodología para calcular los costos se realiza, posterior a identificar las tecnologías que son susceptibles de modelar, se identifica la facturación total por cada ítem en un periodo de doce (12) meses del año 2016 y el promedio de la población activa mensual durante el año 2016. Se calculan las variables que se requieren para cada modalidad de contratación y se describe a continuación:

3.2.1 Costo usuario Por Tecnología (CUT)

El Costo Usuario es el valor que tiene por usuario, según la facturación. Se calcula con el valor de la facturación total de la tecnología en el 2016, dividido el promedio del total de usuarios activos en el año

$$\text{CUT} = \frac{\Sigma \text{Facturación Total por Tecnología en 12 meses}}{\text{Promedio del Total de Usuarios Activos en 12 meses}}$$

3.2.2 Costo Medio Evento Por Tecnología (CMET)

El Costo Medio Evento Por Tecnología, es el valor final pagado del procedimiento, durante un periodo de tiempo. Se calcula con el valor de la facturación total de la tecnología en el 2016, dividido el número de actividades facturadas en ese mismo periodo de tiempo.

$$\text{CMET} = \frac{\Sigma \text{Facturación Total por Tecnología en 12 meses}}{\Sigma \text{Num. Actividades Realizadas por Tecnología en 12 meses}}$$

3.3 Frecuencia De Uso Por Tecnología (FUT)

La frecuencia de uso, se determina cuando se tiene el número de actividades por tecnología en un período de tiempo y se divide por el promedio de los usuarios activos en ese periodo de tiempo.

$$\text{FUT} = \frac{\Sigma \text{Núm. Actividades Realizadas por Tecnología en 12 meses}}{\text{Promedio del Total de Usuarios Activos en 12 meses}}$$

3.4 Criterios de Inclusión

- Frecuencia de uso mínima de 0,00005575.
- Tecnologías que tengan valor en pesos en el tarifario SOAT

3.5 Criterios de Exclusión

- Tecnologías catalogadas como NO POS o POS condicionado
- Frecuencia de uso inferior a 0,00005575
- Tecnologías no homologables en el tarifario SOAT
- Tecnologías de alto costo

3.6 Distribución de los procedimientos

De un total de 5192 tecnologías, se obtuvieron 1297 con criterios para realizar el análisis. Se realiza clasificación con grupos relevantes y su distribución es la siguiente:

Tabla 1. Distribución de los procedimientos

Servicio	Cantidad de Procedimientos	Porcentaje
Oftalmología	19	1%
Odontología	43	3%
Hospitalario	64	5%
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	80	6%
Consulta Externa	176	14%
Imagenología	197	15%
Cirugía	309	24%
Laboratorio Clínico	409	32%
TOTAL	1297	

Elaborada por el autor

4. MODELACION DE MODALIDADES DE CONTRATACION

4.1 Cápita

De las 1298 tecnologías de procedimientos de salud, se calcula el Costo Usuario por Tecnología (CUT), se realiza la sumatoria de todos los CUT, como son valores del 2016, la estimación esta para el 2017, está dada por el aumento del Manual Tarifario SOAT, que para el 2017 fue del 7%; posterior se multiplica por el valor de la población objeto, que para nuestro caso es de 550.000 usuarios

Valor de Cápita Anual= $(\Sigma \text{CUT (1298 Tecnologías)} * 7\%) * 550.000 \text{ usuarios}$

Valor de Cápita Mensual= $\frac{(\Sigma \text{CUT (1298 Tecnologías)} * 7\%) * 550.000 \text{ usuarios}}{12 \text{ meses}}$

Tabla 2. Resultados Obtenidos

$\Sigma \text{CUT(1298 Tecnologías)}$	\$ 25.917.
Incremento Manual Tarifario 7%	\$ 27.732
Cápita Anual Población 550.000	\$183.035.656.029.
Cápita Mensual Población 550.000	\$ 15.252.971.336

Elaborada por el autor

4.2 Pago Global Prospectivo (PGP)

De las 1298 tecnologías de procedimientos de salud, se calcula el Costo Medio Evento por Tecnología (CMET), se multiplica por el producto de la Frecuencia de Uso Por Tecnología (FUT)

y la población objeto 550.000. Como son valores del 2016, la estimación esta para el 2017, está dada por el aumento del Manual Tarifario SOAT, que para el 2017 fue del 7%.

$$\text{Valor PGP Anual} = \Sigma ((\text{CMET} * 7\%) * (\text{FUT} * 550.000))$$

$$\text{Valor PGP Mensual} = \frac{\Sigma ((\text{CMET} * 7\%) * (\text{FUT} * 550.000))}{12}$$

12

$$\text{Valor PGP Anual} = \$ 161.981.023.185$$

$$\text{Valor PGP Mensual} = \$ 13.498.418.599$$

4.3 Evento

De las 1298 tecnologías de procedimientos de salud, se determina el Valor Tecnología en el Manual Tarifario SOAT (\$TSOAT) y se multiplica por el producto de la Frecuencia de Uso Por Tecnología (FUT) y la población objeto 550.000.

$$\text{Valor Evento Anual} = \Sigma (\$ \text{TSOAT} * (\text{FUT} * 550.000))$$

$$\text{Valor Evento Mensual} = \frac{\Sigma (\$ \text{TSOAT} * (\text{FUT} * 550.000))}{12}$$

12

$$\text{Valor Evento Anual} = \$ 282.708.754.636$$

$$\text{Valor Evento Mensual} = \$ 23.559.062.886$$

5. ANALISIS ESTADISTICO

El análisis se tiene dos componentes, el primero descriptivo en el cual se calcularon los costos promedios anuales por tecnología según las tres modalidades de contratación: Cápita, Evento y PGP. El segundo es tipo comparativo en el cual se compararon los costos entre las tres modalidades mencionadas.

Para la identificar si existían diferencia entre los de los costos por tecnología anual por las tres modalidades de contratación (Cápita, Evento y PGP) y de esta manera poder rechazar o no la hipótesis nula, se aplicó el test de ANOVA (Análisis de Varianza).

Posteriormente se aplicó el test de Bonferroni, este es un test de comparaciones múltiples permite cotejar los grupos previamente analizados con ANOVA, facilitando concretar la hipótesis alterna.

Para el análisis se utilizó el programa estadístico STATA.

5.1 Análisis descriptivo

Se calcularon los costos promedio por tecnología según las tres modalidades de contratación. Se tuvieron en cuenta los costos de 1298 tecnologías. La siguiente tabla reporta los resultados:

Tabla 3. Costo Promedio Tecnología Anual

MODALIDAD	COSTO PROMEDIO TECNOLOGIA	INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%
Capita	\$ 14.100.000	\$ 11.000.000 - \$ 17.200.000
Pago Global Prospectivo	\$ 12.500.000	\$ 9.700.000 - \$ 15.200.000
Evento	\$ 21.800.000	\$ 17.100.000 - \$ 26.500.000

Elaborada por el autor. Se identifica que el costo promedio por la modalidad evento es superior a las otras dos.

El análisis comparativo evaluó si estas diferencias son estadísticamente significativas.

5.2 Análisis Comparativo

Aplicación test ANOVA (Análisis de Varianza): Se comparó los costos promedios por tecnología anuales entre las tres modalidades (Cápita, Evento, PGP). Las hipótesis fueron las siguientes:

Hipótesis nula: No hay diferencias entre el costo promedio tecnología por modalidad de contratación

Hipótesis Alternativa: Si hay diferencias entre el costo promedio tecnología por modalidades de contratación.

Los resultados fueron:

Test de ANOVA:

| Summary of cost

Modalidad | Mean Std. Dev. Freq.

-----+-----

Cápita | 1.410e+08 5.683e+08 1298

PGP		1.248e+08	5.029e+08	1298
Evento		2.178e+08	8.621e+08	1298
-----+-----				
Total		1.612e+08	6.642e+08	3894

Analysis of Variance

Source	SS	df	MS	F	Prob > F

Between groups	6.4081e+18	2	3.2041e+18	7.29	0.0007
Within groups	1.7110e+21	3891	4.3972e+17		

Total	1.7174e+21	3893	4.4114e+17		

Resultados de ANOVA: Se encuentra diferencia significativa (Valor de $p=0.0007$) en los costos promedios anuales por tecnología entre las modalidades de contratación (Cápita, Evento y PGP). De esta manera se descarta la hipótesis nula.

Aplicación del Teste de Bonferroni: Dado que la ANOVA ha descartado la hipótesis nula, se procedió a la aplicación del test de Bonferroni, con los siguientes resultados.

Test de Bonferroni

Bartlett's test for equal variances: $\chi^2(2) = 436.4543$ Prob> $\chi^2 = 0.000$

Comparison of cost by Modalidad

(Bonferroni)

Row Mean-

Col Mean | Cápita PGP

-----+-----

PGP | -1.6e+07

 | p = 1.000

Evento | 7.7e+07 9.3e+07

 | p= 0.010 p = 0.001

Resultados del Test: Aplicando el test de Bonferroni confirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre evento y cápita (valor de $p= 0.01$) y entre Evento y PGP (valor de $p = 0.001$). Entre las modalidades de PGP y Cápita no se identifican diferencias significativas en los costos.

Se encuentra diferencia significativa (Valor de $p= 0.0007$) en los costos promedios anuales por tecnología entre las modalidades de contratación, siendo mayor por la modalidad evento respecto a la cápita (54.4%) y PGP (74%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los Sistemas de Salud en el mundo, requieren de reingeniería en procesos y contención del costo, debido a los nuevos desafíos que enfrentan diariamente. Las modalidades de contratación contribuyen en esta necesidad, sin embargo, la elección del Sistema de Pago, determina el éxito o no en la búsqueda de su objetivo.

Como uno de los recursos del Estado, al evaluar, que la salud necesitaba un cambio, con el fin de favorecer al usuario, las instituciones y las aseguradoras en todos los aspectos, vio la necesidad de modificar la Ley 100 de 1993 y divulgó la Ley 1438 de 2011, para fortalecer el sistema a través de un modelo de atención primaria en salud, favorecer la universalidad y garantizar la portabilidad es un marco de la sostenibilidad financiera.

En este estudio se compararon modalidades de contratación frecuentes en Colombia, como lo son la cápita, evento y el pago global prospectivo. Cada una con ventajas y desventajas tanto administrativas como en contención del costo.

El resultado se evidenció que el pago global prospectivo tiene un valor final más bajo, por 1298 tecnologías de alta frecuencia, de 2 y 3 nivel de complejidad, de ámbito Hospitalario y Ambulatorio, que las otras modalidades de contratación, con las que se hizo comparación.

El pago global prospectivo, tiene ventajas administrativas, ya que, mediante el sistema de pago anticipado, puede contribuir al buen relacionamiento entre aseguradores y prestadores, debido que genera flujo de caja en el mes de prestación para el proveedor de salud. Se sugiere tener control de las frecuencias de uso y el cumplimiento de pactado en el contrato. Esta modalidad de contratación si tiene un inadecuado seguimiento, puede generar sobrecostos y pagar también por evento a otro proveedor de salud, los mismos servicios contratados por el PGP.

Es importante que se realicen estudios que evalúen el seguimiento de esta modalidad en grupos poblacionales más pequeños, que establezcan análisis focales y con diferencias morbimortalidad. También se plantea la necesidad de hacer estudios de seguimiento de frecuencias anuales, ya que,

debido al movimiento de usuarios en las aseguradoras, estas frecuencias pueden estar variando anualmente y para esta modalidad de contratación, su efectividad depende en gran medida en esta variable.

La cápita, es una de las modalidades de contratación más utilizadas en Colombia, en el año 2011 la Ley 1438, estableció que los niveles de complejidad 2 y 3 ambulatorios y hospitalarios no deberían ser contratados bajo este Sistema de Pago. Por lo que la cápita tiene principal protagonismo en la baja complejidad de atención. En los resultados se evidencia que la cápita, es una modalidad más económica que el evento, pero no tiene significancia estadística a la hora de compararla con el pago global prospectivo. Se sugiere realizar estudios complementarios de esta modalidad de contratación comparándola en las complejidades bajas con el evento y el PGP. Evaluando su efectividad en la contención del costo.

Se puede concluir para esta aseguradora, en Colombia, la modalidad de contratación que puede ayudar con la contención del costo es el pago global prospectivo, en esta complejidad de atención. Se evidencia que la efectividad de esta modalidad está directamente relacionada con la frecuencia de uso, entre mayor sea la frecuencia de uso es más óptima la contención del costo. Si se evaluaran las frecuencias de uso más bajas, se evidencia que el evento tiene una participación importante en la contención del costo. Este estudio evidencia que la efectividad de las modalidades de contratación se encuentra en las relaciones costo y frecuencia de uso, sin embargo, los costos adicionales administrativos y los derivados de la atención en salud, no se evalúan, pero se deben tener en cuenta para la evaluación de los sistemas de pago.

Tanto la Cápita como el PGP, son modalidades de contratación que buscan la integralidad de la atención, requieren de infraestructura en aseguradores y prestadores muy robusta, para su administración y búsqueda de la contención del costo. Se requieren de más estudios que ayuden a determinar, en que situación y con qué volumen de población son más efectivas estas modalidades de contratación.

El Evento es una de las modalidades de pago más utilizadas en prestadores de complejidades 2 y 3 de atención. Si bien, su desempeño en el Sistema de Salud, la posiciona en un Sistema de Pago que no hace contención del costo, es una modalidad de contratación que se utiliza mucho para

tecnologías con bajas frecuencias, poblaciones pequeñas o un costo elevado. Sin embargo, en el estudio, el valor final del evento fue el segundo más económico, después del PGP.

Para establecer que modalidad de contratación es más efectiva, se sugiere realizar análisis previo de las frecuencias de uso, volumen de población e integralidad en la atención, combinando Sistemas de Pago que sean convenientes para la estabilidad financiera entre los diferentes actores del Sistema de Salud, pero que mantengan o garanticen calidad en la atención de salud y resultados en salud. Buscando dentro del Sistema de Salud el equilibrio entre el Riesgo Financiero y el Riesgo en Salud.

7. LISTA DE REFERENCIAS

- 1 Acadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. Soc. Sci Med 2009 Mar;68(6):1153- 60.
- 2 Acosta O, Guerra J, Rivera D. Acceso de los hogares a los principales servicios públicos y sociales y percepciones de calidad sobre estos servicios. Bogotá: Universidad del Rosario.
- 3 Álvarez B, Bellisé L, Lobo F. Sistema de Pago a Prestadores de Servicios de Servicios de salud en Países de América Latina y de la OCDE. Rev. Pan Am J Public Health 8(1/2) 2000: 55-70
- 4 Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2008;10(3):386-94.
- 5 Alvis N, Valenzuela M. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. Revista Médica de Chile 2010, Vol.138 Supl. 2: 83-87
- 6 Arrivillaga Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/Sida: cuestión de derechos de salud. Salud Pública México. 2010; 52
- 7 Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de Pago en la Atención Medica. Rev. Medica Uruguay 2002; 18: 198-210
- 8 Castroff C, Sarjanovich M. La Ley de Wagner y el Efecto Baumol. Un análisis para las provincias argentinas. Asociación Argentina de Economía Política. 2006 Nov: 1-26
- 9 Christianson JB, Warrick L, Whole D. Physicians perceptions of Managed Care: a review of the literature. Med Care Res Rev. 2005;62(6):635-75.
- 10 Constitución Política de Colombia de 1991, Titulo 2, Capitulo 2 de los derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 42
- 11 DANE. Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá: DANE; 2003.

- 12 Decreto Número 4747 de 2007 Artículo 4, Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud (diciembre 2007), página 2,3.
- 13 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729
- 14 Facultad de Economía; Economía. Serie Documentos, Borradores de Investigación; 2005. Vol. 76 octubre 1-88
- 15 Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gac Sanit* 2002;16(1):5-17
- 16 Flórez C, Soto V, Acosta O, Karl C, Misas J, Forero N, et al. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Fundación Corona; 2007.
- 17 Garcia-Lacalle J, Matin E, Royo S. La financiación de la sanidad pública. Efecto De Los Sistemas De Pagos Prospectivos En El Rendimiento De Los Hospitales. *Presupuesto y Gasto Publico* 2009: 99-115
- 18 Gold M, Stevens B. Synopsis and priorities for future efforts. *Health Serv Res* 2008;33(3):611-21.
- 19 Grossmann C, Goolsby W, Olsen L y McGinnis J. Engineering a learning Healthcare System. *The Learning Health System Series*. 2011
- 20 Jamison D, Summers L, Alleyne G, Arroe K, Berldey S. Salud Global 2035: un mundo convergiendo en el lapso de una generación. *Salud pública de México*, Vol. 57, No 5, septiembre-octubre 2015: 444-467
- 21 Kuyken W, Orley J. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. *Quality of life assessment. International perspectives* 1994: 41-57
- 22 Ley 1438 de 2011, Título VI, Capítulo I, Artículo 52, Contratación por Capitación (enero 2011), página 21
- 23 Mieres G., Sollazzo A. Medidas de contención de costos en el ámbito de una institución de asistencia médica colectiva. *Revista Médica Uruguay*. 1996. Diciembre Vol12: 203-214
- 24 Mogollón AS, Vásquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* 2008; 24:745-54.

- 25 Mogollón AS, Vázquez ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Rev. Gerencias y Políticas en Salud* 2006; 11:96-110.
- 26 Mushkin S. Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports* 1958 sept; 73(9): 785-794
- 27 Oggier G. Modelos de contratación y pago en salud. ¿integración vertical o tercerización de servicios? Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012. 164 p
- 28 OMS, Políticas Públicas para la Salud Pública. Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria en salud más necesaria que nunca. Capítulo 4: 65-81
- 29 Ramírez M, Zambrano A, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida. Bogotá: Universidad del Rosario; 2005.
- 30 Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *Rev. Gerencias y Políticas en Salud* 2003;2(4):34-57.
- 31 Simonet D. Patient satisfaction under managed care. *Int J Health Care Quality Assurance* 2008;18(6):424-40.
- 32 Spector J., Studebaker B., Mengues E. Provider Payment Arrangements, Provider Risk, and Their Relationship with the Cost of Health Care. Society of actuaries. 2015. October.
- 33 Torres S., García, Quintero J. Costos de Transacción y Formas de Gobernación de los Servicios de Consulta en Colombia. 2007. En: Cuadernos de Economía, Vol. 44 (noviembre), p. 233-262.
- 34 Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev. Fac Nac Salud Publica* 2009;27(2):121-30.
- 35 Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tesis doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
- 36 Velandia F, Ardón N, Cardona J, Jara MI. Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud. *Rev. Gerencias y Políticas en Salud* 2005; 8:116-48.
- 37 <http://www.who.int/es/>. Def. Calidad de Vida (O.M.S. 2005)
- 38 <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh> Def. IDH

- 39 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_34.pdf Oferta y Demanda del recurso Medico en Colombia. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud de Colombia N. 34 – Julio 2 de 2013.
- 40 http://www.who.int/topics/health_systems/es/ Def. Sistemas de Salud