

Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008*

Characteristics of the Contracting out process between insurers and hospitals; Medellín 2007-2008

Características da contratação entre administradoras de planos de benefício e prestadores de serviços de saúde, Medellín, 2007-2008

Fecha de recepción: 01-02-10 Fecha de aceptación: 26-02-10

Gloria Molina-Marín**

Julián Vargas-Jaramillo***

Argiro Berrío-Castaño****

Diana Patricia Muñoz-Marín*****

- * Agradecemos a las instituciones que facilitaron el acceso a la información de los contratos y a los profesionales que permitieron ser entrevistados. Igualmente, a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por su apoyo financiero, logístico y académico para el desarrollo de esta investigación.
- ** Docente, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co. Correspondencia: Facultad Nacional de Salud Pública, Calle 62 No. 52-59 Oficina 309, Medellín.
- *** Docente, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: jvargas@guajiros.udea.edu.co.
- **** Médico, Procuraduría General de la Nación, Regional Antioquia. Correo electrónico: argiroberrio@hotmail.com.
- ***** Administradora en Servicios de Salud, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Correo electrónico: dipamuma@gmail.com

Resumen

Objetivo: describir las características del proceso de contratación de servicios de salud entre las entidades administradoras de planes de beneficio – EAPB (Entidades Promotoras de Salud (EPS) y entes territoriales) con los Institutos Promotores de Salud (IPS) públicas y privadas en la ciudad de Medellín, entre los años 2007 y 2008. *Metodología:* se realizó un estudio descriptivo exploratorio; se analizó una muestra de minutas de contratos firmados entre EAPB e IPS, y se realizaron entrevistas en profundidad para identificar los aspectos relevantes del proceso de negociación y de las relaciones entre contratantes y contratistas. *Hallazgos relevantes:* las minutas de los contratos son muy diversas, se observa un desbalance en las obligaciones de las partes y hay constantes tensiones interinstitucionales relacionadas con la posición dominante de las EAPB.

Palabras clave autor: relaciones interinstitucionales, negociación, servicios de salud, aseguradoras en salud, reformas en salud, privatización.

Palabras claves descriptor: Relaciones interorganizacionales, servicios de salud, compañías de seguros, reforma de la atención de salud – Medellín (Colombia) 2007-2008.

Abstract

Objective: to describe the characteristics of the health service contracting out process between Administrator Entities of Benefit Plans – health Promoting Entities and Territorial Entities- with public and private Health Service Providers of Medellín city, between 2007 and 2008. *Methodology:* a descriptive, exploratory methodological approach was used to analyze a sample of the contract's minutes and a qualitative approach to identify the relevant aspects of the negotiation process and the relationship between contractors and contracting parties in the development of the contracts. *Main finding:* the contract is a source of ongoing inter-institutional stress during the negotiation, development, and ending phases affected by the exercise of the underwriter's dominant position of the health insurers opposed to the purpose of willing agreement guaranteeing effective access to health service.

Key words author: Interinstitutional Relations, Bargaining, Health Insurer, Health Services, Health Reforms, Privatization.

Key words plus: Interorganizational Relations, Health services, Insurance Companies Health Care Reform, Medellín (Colombia) 2007-2008.

Ressumo

Objetivo: descrever as características do processo de contratação de serviços de saúde entre as entidades administradoras de planos de benefício – EAPB (Entidades Promotoras de Saude (EPS) e entidades territoriais) com as organizações prestadoras (IPS) públicas e privadas na cidade de Medellín, entre os anos 2007 e 2008. *Metodologia:* realizou-se um estudo descritivo e exploratório; analisou-se um mostra de minutas de contratos assinados entre as entidades administradoras (EAPB) e as organizações prestadoras (IPS), e realizaram-se entrevistas a profundidade para identificar os aspectos relevantes do processo de negociação e das relações entre contratantes e contratados. *Descobrimientos relevantes:* as minutas dos contratos são muito diversas, observa-se um desequilíbrio nas obrigações das partes e há contastes tensões interinstitucionais relacionadas com a posição dominante das entidades administradoras (EAPB).

Palavras chave autor: relações interinstitucionais, negociação, serviços de saúde, seguradoras em saúde, reformas em saúde, privatização.

Palavras chave descriptor: relaciones interorganizacionais, serviços de saúde, companhias de seguros, reforma do atendimento na saúde – Medellín (Colômbia) 2007-2008.



1. Introducción

Colombia, desde 1993, siguiendo directrices internacionales, introdujo estrategias de financiación, provisión y prestación de servicios de salud tales como la reducción del rol del Estado y la ampliación del sector privado, y se argumentó que así se podrían superar las fallas del Gobierno y mejorar el acceso, la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios (1-3). La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el medio para lograr el acceso de la población a la atención, y la *contratación de servicios* entre aseguradores y prestadores es el mecanismo para el acceso efectivo a los servicios (4). Estudios sobre los avances y los resultados de la implementación del SGSSS evidencian logros y dificultades. Algunos autores señalan que la equidad y la accesibilidad de los servicios de salud han mejorado en la medida en que un mayor porcentaje de población pobre ha sido afiliada al sistema; en 2008 se alcanzó el 89,36%. Sin embargo, la afiliación no ha significado el acceso efectivo a los servicios, dado que al momento de requerirlos se encuentran barreras administrativas, geográficas y económicas que lo dificultan, o llegan a impedirlo (5-8).

Las inequidades persisten en aspectos como la falta de cobertura universal, la existencia de un paquete diferencial de servicios entre los regímenes, la desigual oferta de servicios y la distribución regional del recurso humano (9-13). Igualmente, la mayor participación del sector privado ha mostrado fallas de mercado como la selección adversa, los conflictos entre aseguradoras y prestadoras de servicios, el deterioro de los programas de salud pública (14), el escaso desarrollo de la capacidad institucional en los municipios (15,16), la limitada autonomía de las instituciones prestadoras de servicios (17), y el elevado número de tutelas y quejas recibidas por los organismos de vigilancia y control

(18,19). El sector privado ha crecido significativamente como asegurador y prestador de servicios, mediante la integración vertical (20); sin embargo, este crecimiento de la infraestructura privada se ha dado fundamentalmente en las zonas de las ciudades de mejor nivel socioeconómico, a la par de la crisis de los hospitales públicos (21-23) y la progresiva desaparición de entidades como el Seguro Social (24-26).

1.1. Proceso de contratación de servicios de salud

En el SGSSS, la contratación entre entes territoriales, aseguradoras públicas y privadas, y los prestadores de servicios de salud es el medio para el acceso a los servicios. Los diferentes tipos de contratación tienen efectos sobre la calidad, el acceso, los costos, la eficiencia y eficacia, y el desempeño del sector (27). Estos aspectos han cobrado mayor importancia en los últimos años (28), y en este contexto, el análisis de los contratos es central para explorar las características de las relaciones interinstitucionales y las implicaciones en la prestación de los servicios (29).

Según el artículo 1.495 del Código Civil de 1887, contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra, a dar, hacer o no hacer algo. En el *objeto del contrato* de prestación de servicios, la IPS o institución hospitalaria se compromete a atender a los usuarios afiliados a las EPS y/o a las personas bajo responsabilidad del ente territorial, y estas últimas se obligan a pagar una remuneración por el servicio prestado, según las tarifas acordadas. La contratación cuenta con un marco jurídico amplio en el sistema de salud colombiano, marco que incluye las leyes 10 de 1990, 80 de 1993 y 715 de 2001, el Decreto 4747 de 2007 (30), y un

mar de normas que las reglamentan y hacen complejo el entramado de su gestión.

El desarrollo de la investigación en materia de contratación es incipiente. El propósito de este estudio es describir las características y los contenidos de las minutas de los contratos de servicios de salud, así como el proceso de contratación que se celebra entre las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) y los entes territoriales, por un lado, y las IPS públicas y privadas, por otro lado, en la ciudad de Medellín, entre 2007 y 2008.

2. Metodología

Se realizó un estudio exploratorio de tipo mixto (31). El componente cuantitativo permitió identificar las características de las minutas de los contratos, mediante un estudio descriptivo de corte transversal. Para el acceso a la información se contactó telefónicamente, y a través de comunicación escrita, a las aseguradoras y las prestadoras públicas y privadas relevantes de la ciudad; se buscó el consentimiento de la totalidad de EAPB: 15 EPS contributivas, dos entidades que manejan regímenes de excepción, 13 EPS del régimen subsidiado, y los entes territoriales (municipal y departamental). De las IPS de la ciudad se contactó a las 38 más relevantes, de los diferentes niveles de atención, tomando en cuenta su tamaño y la gama de sus servicios. Se obtuvo el consentimiento de cinco IPS, una EPS, una entidad de régimen de excepción, y de los entes territoriales, departamental y municipal. En estas entidades se seleccionaron intencionalmente 67 contratos de los regímenes contributivo, subsidiado y de población no afiliada, de las vigencias de 2007 y 2008. Dado que los contratos firmados entre las instituciones son considerados por ellas como de carácter confidencial, el acceso a dicha información

estuvo limitado a aquellas instituciones que aceptaron la participación en el estudio. El componente cualitativo se desarrolló para identificar los aspectos relevantes en las relaciones entre contratantes y contratistas y en el proceso de negociación y desarrollo de los contratos. Se realizaron 11 entrevistas en profundidad a gerentes y/o administradores responsables de la contratación en las instituciones, previo consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y luego se realizó el análisis utilizando el proceso de codificación y categorización recomendado por Miles y Huberman (32) y Strauss y Corbin (33-34).

3. Hallazgos

3.1. Características de los contratos celebrados entre las EAPB y las IPS

De los 67 contratos analizados, 26 (38,8%) correspondieron a EPS (régimen contributivo), 17 (25,4%) a EPS-S (régimen subsidiado), 13 (19,4%) a entidades que manejan régimen de excepción (magisterio y ferrocarril), y 11 (16,4%) a contratos con el ente territorial (Dirección Seccional de Salud de Antioquia). Según la naturaleza jurídica, se encontró que 52 (77,6%) EAPB eran de carácter privado y las 15 (22,4%) restantes eran públicas. En cuanto a las entidades contratistas, se identificaron cinco IPS públicas (13%) y 34 de naturaleza privada (87%), de los diferentes niveles de complejidad. El nombre de todas estas entidades se reserva, dado el compromiso de confidencialidad acordado. En cuanto a la modalidad, se observó que el 92,5% de los contratos incluyen el pago por evento, el 19,4% por capitación, el 10,4% por paquete, y el 3% por actividad final. Estas modalidades no son excluyentes y un mismo contrato incluía varias modalidades de pago.



En la formalización de los contratos, la fecha de perfeccionamiento y la de inicio coincidían en el 73,2% de ellos; en el 13,4% las IPS debieron prestar servicios sin que se hubiera perfeccionado el contrato, y en el 13,4% restante la prestación se inició después de la firma. La mayoría de los contratos evaluados (65,7%) tuvieron una duración de entre seis y doce meses; en el resto de los casos la duración fue de cinco meses o menos (ver tabla 1).

TABLA 1
DURACIÓN EN MESES DE LOS CONTRATOS FIRMADOS ENTRE LAS APB Y LAS IPS

Duración del contrato	Nº.	%
Menor o igual a 5 meses	10	14,9
Entre 6 y 11 meses	16	23,9
12 meses	28	41,8
Entre 13 y 36 meses	4	6,0
Mayor o igual a 37 meses	8	11,9
Sin Dato	1	1,5
Total	67	100

Fuente: elaboración de los autores.

En relación con el monto de los contratos, en 40 (59,7%) de ellos éste fue igual o inferior a 100 millones de pesos; 12 (17,9%) tenían un monto de entre 101 y 1.000 millones de pesos, y en los 15 (22,3%) restantes el valor fue superior a 1.000 millones de pesos. En la distribución por tipo de afiliación de la población objeto del contrato el mayor porcentaje corresponde al subsidiado y el menor a la población no afiliada (ver tabla 2).

En general, los contratos contemplaron varios tipos de servicios; el 79,1% de ellos incluyó servicios ambulatorios, el 67,2% servicios hospitalarios, el 65,7% servicios de urgencias, el 23,9% actividades de promoción y prevención, y el 32,8% tratamiento especializado para pacientes con patologías de alto costo. Así mismo, el 61,1% incluía

TABLA 2.
DISTRIBUCIÓN DE LOS CONTRATOS SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO

Población objeto	Nº.	%
Régimen contributivo	22	32,8
Régimen subsidiado	28	41,8
Población "vinculada"	11	16,4
Desplazados	0	0,0
Medicina prepagada	12	17,9
ICBF	2	3,0
Toda la población – PAB	0	0,0
Desmovilizados	1	1,5
Regímenes de excepción	13	19,4

Fuente: elaboración de los autores.

servicios de laboratorio de baja y mediana complejidad, y el 44,8% laboratorio de alta complejidad; el 73,1% imagenología de baja y mediana complejidad, y el 55,2% imagenología de alta complejidad; el 67,2% incluyó cirugía. El pago de los servicios se regía por diferentes referentes de tarifas: las del ISS en el 46,3%; las del SOAT en el 32,8%; el manual de tarifas del contratista en el 23,9%, o el del contratante en un 13,4%. Con frecuencia un mismo contrato involucraba varios tipos de tarifas. En relación con las obligaciones de las partes, se observó un mayor número de obligaciones para el contratista que para el contratante, destacándose que sólo el 10,4% explicitó la obligación del contratante de pagar intereses de mora (ver tabla 3).

En cuanto a las instancias definidas para dirimir conflictos, se observó que el Tribunal de Arbitramento fue considerado en 26 (38,8%) de los contratos, el Centro de Conciliación en 10 (21,7%), y en 20 (43,5%) de éstos no se definió ninguna. Los 11 (16,4%) contratos restantes establecieron otro tipo de instancias (componedores u otro tribunal, normas de derecho privado, etc.). En 39 (58,2%) de los contratos analizados se estableció el responsable de la interven-

TABLA 3
TIPO DE OBLIGACIONES QUE SE ESTABLECEN PARA EL CONTRATANTE Y CONTRATISTA

Tipo de obligaciones	N	%
Del contratante		
• Pago completo y oportuno según lo pactado	63	94,0
• Establecer criterios o requisitos de identificación de los usuarios	43	64,2
• Proveer base de datos de afiliados	31	46,3
• Disponer de mecanismos de comunicación las 24 horas entre asegurados y prestadores	31	46,3
• Actualizar base de datos periódicamente	28	41,8
• Garantizar sistema remisión entre red prestadores	28	41,8
• Proveer la información de red de servicios	27	40,3
• Pago de intereses de mora	7	10,4
Del contratista		
a) Documentos exigidos para el pago		
• Exigencia de factura individual para el pago	59	88,1
• Exigencia de registros individuales de presentación de servicios (RIPS) como requisito para el pago	57	85,1
• Plazo para la presentación de la facturación	56	83,6
• Exigencia de autorización de la aseguradora	53	79,1
• Exigencia de soportes de registros clínicos	48	71,6
• Exigencia de formatos de referencia y contrarreferencia para el pago	46	68,7
• Exigencia de consolidado de actividades	26	38,8
• Otros documentos para el pago	26	38,8
b) Indicadores de calidad, acceso y auditoría:		
• Evaluación de satisfacción de usuarios	32	47,8
• Otros indicadores de calidad	23	34,3
• Infección hospitalaria	15	22,4
• Mortalidad hospitalaria por patologías	15	22,4
• Porcentaje de reintervenciones	11	16,4
• Reingreso	10	14,9
• Mecanismos para el registro y control de quejas y reclamos	10	14,9
• Indicadores de oportunidad, satisfacción, habilitación, integralidad, suficiencia, continuidad, accesibilidad, referencia y contrarreferencia, complicaciones y eventos adversos	17	14,8
c) Constitución de pólizas		
• Póliza de responsabilidad civil	55	82,1
• Póliza de cumplimiento	26	38,8
• Póliza de pago de salarios y prestaciones e indemnización	16	23,9
• Póliza de calidad del servicio	15	22,4
• Cláusulas excepcionales de Ley 80 de 1993	12	17,9
• Otras pólizas	6	9,0
d) Evaluación y control	47	70,1

Fuente: elaboración de los autores.



toría, la cual fue realizada en el 55,2% de los casos por el contratante; sólo en un 7,5%, fue delegada en un tercero. En el resto de contratos, 29 (41,8%), esta actividad no está explícita. Entre tanto, la auditoría de la calidad se especificó solo en 24 (35,8%) de los contratos, y se centraba en la pertinencia y la oportunidad de los servicios.

En cuanto a la normatividad que soportan los contratos, se identificaron 13 leyes, 30 decretos, 22 resoluciones, 15 de un amplio periodo de tiempo (ver tabla 4), además de 23 circulares.

3.2. Aspectos que influyen el proceso de contratación

3.2.1. Oferta y red de servicios

Los entrevistados afirmaron que Medellín tiene una amplia oferta de servicios de salud, pero, a pesar de ello, la demanda supera la oferta. Muchas IPS tienen sobrevendida su capacidad instalada, por lo que se presenta demora en la atención y esto presiona la

consulta por urgencias. Se argumenta que hay sobreoferta de ayudas diagnósticas, limitaciones importantes para el acceso a las subespecialidades y a las unidades de cuidados intensivos, así como dificultades en la remisión de pacientes por limitaciones de acceso a camas hospitalarias, dado que las IPS asignan la cama hospitalaria según la reputación de la aseguradora como pagadora.

3.2.2. Ambivalencias en la calidad y el control

Los contratos con los entes territoriales enfatizan el cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, pero su evaluación se enfoca en las quejas y los reclamos de los usuarios, y se descuidan los demás atributos de la calidad tales como: pertinencia, oportunidad, seguridad y accesibilidad. Los entrevistados destacaron la debilidad del seguimiento y control del Estado. En cuanto a la auditoría, ésta presenta diferentes matices; en algunos casos es realizada por grupos interdisciplinarios, con procesos

TABLA 4
NORMATIVIDAD EN LA CUAL SE BASAN LOS CONTRATOS

Leyes	Decretos	723 de 1997	3260 de 2004	4144 de 1999	131 de 1999
23 de 1981	2463 de 1981	2753 de 1997	1011 de 2006	412 de 2000	166 de 2000
35 de 1989	2279 de 1989	806 de 1998	1020 de 2007	3374 de 2000	176 de 2000
91 de 1989	2759 de 1991	1544 de 1998	Resoluciones	3384 de 2000	191 de 2001
10 de 1990	412 de 1992	046 de 1999	3905 de 1994	1896 de 2001	192 de 2001
80 de 1993	1876 de 1992	047 de 1999	5261 de 1994	890 de 2002	199 de 2001
100 de 1993	2148 de 1992	1804 de 1999	4445 de 1996	968 de 2002	225 de 2002
344 de 1996	752 de 1994	046 de 2000	4252 de 1997	1439 de 2002	226 de 2002
418 de 1997	973 de 1994	783 de 2000	1953 de 1998	3772 de 2004	228 de 2002
715 de 2001	1295 de 1994	1281 de 2002	2546 de 1998	1043 de 2006	229 de 2002
782 de 2002	139 de 1995	2309 de 2002	1830 de 1999	1445 de 2006	244 de 2003
789 de 2002	2357 de 1995	027 de 2003	1832 de 1999	1446 de 2006	260 de 2004
828 de 2002	1283 de 1996	050 de 2003	1958 de 1999	Acuerdos	282 de 2004
1122 de 2007	2423 de 1996	143 de 2004	1995 de 1999	77 de 1997	306 de 2005

Fuente: elaboración de los autores.

definidos e independientes, con acciones correctivas simultáneas a la ejecución de los contratos y con buenos criterios éticos, lo que genera aprendizaje y mejoramiento continuo. En otros casos, se ejerce centrada en la contención de los costos y la búsqueda de rentabilidad financiera, y esto produce desconfianza y enfrentamientos entre el prestador, el pagador y los usuarios.

3.2.3. *Inoportunidad del flujo de los recursos en la ejecución de los contratos*

Los entrevistados coincidieron en que el flujo de los recursos del sistema es lento y las acciones del Estado son insuficientes para garantizarlo. Existen carteras altas, de entre 90 y 120 días, e incluso más, y esto lleva a sobrecostos en la atención y retrasos en las obligaciones de las IPS con sus proveedores. En el Régimen Subsidiado, la desactualización de las bases de datos por los cambios permanentes en los afiliados y la falta de claridad en la definición del Plan de Beneficios entorpece el adecuado flujo de los recursos. Del ente departamental se resaltó el retardo en la formalización de los contratos y el que sólo reconociera las urgencias a su cargo por períodos prolongados, mientras se hace efectiva la contratación. Aunque el municipio cancela bimestre anticipado a las EPS-S, la obligación de éstas de pagar a los prestadores mes anticipado no se cumple, lo cual las fuerza a utilizar el mecanismo legal del giro directo de recursos desde la Secretaría de Salud.

Igual que la auditoría, la interventoría presenta diferentes matices. En algunos casos se entiende como la verificación del cumplimiento de los requisitos contractuales; si es bien ejercida, garantiza el normal desarrollo del contrato, detectando la ocurrencia de eventos adversos, agilizando el acceso a los servicios y generando avales oportunos

para hacer efectivos los pagos. Pero en otros casos, la interventoría es mal ejercida, obstaculiza el flujo de los recursos, retarda las autorizaciones de los servicios, dificulta el proceso de atención, y pone en peligro la vida de los pacientes.

3.2.4. *Tensión en las relaciones interinstitucionales*

Las relaciones entre aseguradoras y prestadoras públicas y privadas están determinadas por aspectos como la capacidad de negociación, el propósito que mueve a cada actor, las fuentes del poder y los conflictos en la contratación. Se enfatizó que las aseguradoras tienen como principal propósito la rentabilidad financiera, y para lograrlo trasladan el riesgo a los prestadores, seleccionan a las IPS con bajas tarifas de servicios, sin importar la calidad; además, afilian a la población con menor riesgo en salud, con mejores condiciones económicas y en los municipios más desarrollados; con esto último aseguran un amplio mercado. Cada actor aprovecha sus posiciones de poder en la negociación de contratos. El asegurador aprovecha su posicionamiento económico y sus nexos con burócratas en cargos estratégicos de entidades públicas, para crear condiciones que le garanticen su rentabilidad, imponiendo tarifas y limitándole al prestador sus fuentes de equilibrio financiero, al no contratarle materiales y suministros.¹

La limitada capacidad de decisión de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado, la baja capacidad técnica de algunos funcionarios vinculados con criterios clien-

¹ “Cuando el asegurador pertenece a un grupo económico importante y tiene gran cantidad de afiliados, consigue grandes descuentos con sus agencias distribuidoras del material” (E11-4). “Hay insumos de alto costo que la EPS no negocian con el prestador porque los compran directamente en el mercado, consiguiendo grandes descuentos” (E11-4).



telistas, la desconfianza entre los actores, y el predominio del interés particular sobre el interés general fueron señalados como limitantes del proceso de contratación.

Los entrevistados resaltaron que en la negociación del contrato las relaciones de confianza son imprescindibles como garantía de éxito. Sin embargo, se presentan múltiples tensiones entre los actores:

Aspectos generadores de conflicto por parte de la EAPB

- La posición dominante de las aseguradoras.
- La inoportunidad en los pagos y las deudas acumuladas.
- Cambios de directivos de los entes territoriales, lo que retrasa la firma de los contratos.
- Se obliga a las IPS a firmar contratos sin acuerdos plenos.
- Se incumple con las tarifas pactadas, para presionar nuevas contrataciones.
- Se imponen tarifas a las IPS sin discusión previa.
- Se obliga al traslado prematuro de pacientes hospitalizados hacia servicios ambulatorios, para bajar los costos.
- Se traslada el riesgo financiero hacia el prestador.
- Tramitomanía en las autorizaciones, órdenes equivocadas, códigos errados.
- Deficiencias en la red contratada que limitan la referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Se limita el acceso y la oportunidad en las atenciones.
- Inconsistencias en las bases de datos.

Aspectos generadores de conflicto por parte de las IPS

- Se imponen tarifas para los servicios de alto costo.
- Se otorgan incentivos para el buen pagador, dándole prioridad a sus afiliados.
- Se ajustan las tarifas de los medicamentos para compensar las tarifas bajas de otros servicios impuestas por las EAPB.
- Se brindan atenciones electivas sin contrato firmado.
- Se incumplen las metas de cobertura en contratos por capitación.

La mayor tensión entre contratante y contratista se genera por la definición de las tarifas, dada la tendencia a su disminución progresiva por parte de las EAPB, el incremento en las obligaciones exigidas a las IPS y la desactualización de los manuales tarifarios.²

Adicionalmente, los entrevistados subrayaron otros aspectos que contribuyen a generar conflictos en la contratación: desconfianza entre las partes, “triage” inadecuado, incremento de tutelas de usuarios insatisfechos, e interpretación a conveniencia de la normatividad. Se expresó que si bien existe un amplio número de normas que regulan la relación contractual, entre los actores no hay acuerdo en su interpretación, con el agravante de los insuficientes mecanismos del Gobierno para hacerlas cumplir; de hecho, se encuentra que son las instituciones

² “En su orden, las principales tensiones en el proceso contractual son: generación de confianza, respaldo financiero y la parte operativa del desarrollo del contrato” (E04-4).

“En la etapa precontractual la principal tensión es la tendencia a la baja de la UPC a contratar” (E06-11).

“En el Sistema se manejan tarifas que se definieron hace 12 años” (E01-13).

del Estado del nivel central, las primeras en no cumplir con lo normatizado.³

En el logro de acuerdos, el conocimiento que el negociador tenga del SGSSS y del proceso de contratación es fundamental. Generalmente, esta función se asigna a grupos interdisciplinarios del prestador y el asegurador. Se resaltó el papel que ha tenido la Asociación de Empresas Sociales del Estado buscando la negociación en bloque, como un mecanismo para asegurar la sobrevivencia de los hospitales públicos. Finalmente, la dinámica del aseguramiento en el régimen subsidiado en Medellín ha hecho crisis. Un volumen importante de población pobre no afiliada se rehúsa a la afiliación, expresando que mientras permanecen en la categoría de “vinculados”, acceden más fácilmente a los servicios, debido a las múltiples barreras que encuentran una vez se vinculan al régimen subsidiado.

4. Discusión

La mayoría de contratistas y contratantes evaluados representaban a instituciones de carácter privado, lo cual refleja la ampliación de la participación de este sector en el SGSSS como parte de la política de privatización impulsada por las reformas del Estado, en general, y de la salud en particular (35,36). Del análisis de las minutas se destaca que los contratos incluían una amplia gama de servicios y que el pago por evento fue la modalidad más frecuente. La mayoría de los contratos evaluados tenían una duración inferior a seis meses, lo que tiene implicaciones en los procesos de planeación de las instituciones, marcados por la incertidumbre

³ “En el SGSSS, son los actores del sistema, quienes aplican o interpretan la ley a su conveniencia” (E09-16).

“El Fidufosyga y las direcciones seccionales son los principales detractores de la ley, son los mayores deudores de los hospitales” (E09-16).

y su influencia en la continuidad del servicio a los usuarios. En varios casos el prestador se vio obligado a prestar servicios sin la formalización del contrato, con los riesgos que esto implica. La multiplicidad de bases tarifarias, aun en un mismo contrato, hace más difícil la gestión de la contratación. En las minutas se observa claramente el desequilibrio en las obligaciones de las partes: una exhaustiva y onerosa lista de exigencias para el prestador, frente a una laxa definición de obligaciones del contratante, lo que evidencia la posición dominante de las EAPB, especialmente de las aseguradoras privadas, aspecto que también ha sido documentado en otros trabajos de investigación (9,37,38). Los mecanismos regulatorios de la relación contractual no estaban definidos en el 43,5% de las minutas; sólo una tercera parte especifica las funciones de la auditoría, con un fuerte énfasis en las auditorías de cuentas que hace difícil las relaciones entre las partes, como se encontró en otro estudio (39).

Las condiciones de la contratación y las dificultades en el flujo de los recursos se vinculan a limitaciones al acceso a los servicios. La asignación de citas y camas hospitalarias a los usuarios está condicionada por la reputación de las aseguradoras como pagadoras de los servicios prestados, situación que conlleva un dilema ético en los prestadores al tener que escoger entre la necesidad de los usuarios o la sobrevivencia financiera. Las falencias en el acceso a los servicios terminan reflejándose en el incremento de las acciones de tutela interpuestas por los usuarios para poder acceder a la atención en salud (7, 10,40-43).

Las dificultades en el flujo de recursos y las demoras de los pagos de las EAPB a las IPS por los servicios están vinculadas a varios aspectos tales como: retención de recursos para obtener ganancias financieras; inconsistencias de las bases de datos de afiliados; problemas de la normatividad en cuanto a las



competencias frente al plan de beneficios; la interventoría y la auditoría como estrategias de contención de costos y rentabilidad para las aseguradoras. El afán de lucro de algunas EAPB las ha llevado a realizar prácticas que atentan contra la protección del derecho a la salud, lo cual también fue documentado por otros autores (44). Uno de los aspectos que dificulta el proceso de contratación es la abundancia de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos involucrados en este proceso. Sin embargo, esta amplia gama de normatividad del sistema (decretos 723 de 1997, 046 de 1999, 047 de 2000, 783 de 2000, y 4747 de 2007, para citar sólo algunos) ha sido insuficiente e ineficaz para asegurar el flujo normal de recursos y disminuir las consecuencias negativas que sobre las instituciones y los usuarios traen consigo los retrasos en los pagos, vinculado esto con la intermediación y la imposición de condiciones por parte de las EAPB. Ante esta situación, las IPS quedan inermes, dada la ineficacia de las entidades de control en cuanto a garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas. Las interpretaciones que los aseguradores hacen de las normas según su interés, la tramitomanía, la negación del derecho de los pacientes a escoger el prestador, y los constantes traumatismos en los procesos de referencia y contrarreferencia son sólo una muestra de las múltiples dificultades evidenciadas en este estudio que da cuenta de la ineficacia de los mecanismos regulatorios para subsanar las fallas del sistema en cuanto a garantizar el acceso oportuno a servicios de salud con calidad.

Los acuerdos de voluntades y los procesos de negociación de contratos se ven sometidos a múltiples tensiones por el desacuerdo en la interpretación de las normas y la posición dominante del asegurador; este último impone tarifas y condiciones, entre otros aspectos (44,45). Una muestra de ello es la negociación de los actores a implementar el

Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, el registro conjunto de trazabilidad de la factura, el no reconocimiento de los intereses de mora, y el pago parcial de las sumas objetadas y adecuadamente sustentadas por los prestadores, mecanismos establecidos en el Decreto 4747 de 2007. Adicionalmente, se dan conflictos entre el ente territorial municipal y las EPS del régimen subsidiado, por una posible insuficiencia de los recursos de la UPC-S (46). Estos aspectos pueden estar reflejando la crisis del modelo de aseguramiento para brindar servicios de salud a la población pobre en el país, en la medida en que las múltiples barreras y dificultades en las relaciones contractuales hacen ver que el estar afiliado no garantiza el acceso a los servicios (47-50).

4.1. Limitaciones del estudio

De los hallazgos del estudio no se puede hacer inferencia al comportamiento de la contratación en la ciudad de Medellín, dado que se logró el análisis de un número limitado de contratos; sólo una parte de las instituciones contactadas permitieron el acceso a los mismos. Los contratos son objeto de mucho sigilo, especialmente en las instituciones privadas, y a pesar de que las EAPB y las IPS trabajan con recursos públicos, algunas entidades asumen que la información relacionada con su administración es privada, y por ello varias EAPB e IPS negaron el acceso a la información, impidiendo la realización del estudio con una muestra estadísticamente representativa, como se pretendió inicialmente.

Referencias

1. Granados RT, Gómez MC. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Rev. de Salud Pública*. 2000; 2(2): 97-120.

2. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 1987; 103(6).
3. The World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press.
4. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Congreso; 1993.
5. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-571 de 1992. Magistrado ponente: Jaime Sanín Greiffenstein.
6. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo. El Caso de Colombia. Rev. Panamericana de la Salud. Salud Pública. 2008; 24(3). [artículo en Internet]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900008&lng=es&nrm=isoia [consulta: 18 de octubre de 2008].
7. Colombia, Defensoría del Pueblo. Equipo investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007.
8. Colombia, Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Bogotá, 2004.
9. Molina G, Ramírez A, Muñoz I. editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación; 2009.
10. Corte Constitucional Colombiana. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda.
11. Céspedes JE, Jaramillo I, Castaño RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4):1003-24.
12. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. 2002; (3): 1-19.
13. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. 2002; (2): 49.
14. Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. International Journal of Health Planning and Management 2004; 19: S25-S43.
15. Molina G, Spurgeon P. La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. Rev. Gestión y Política Pública. 2007; 16(1): 171-202.
16. Molina G, Montoya N, Rodríguez C, Spurgeon P. Descentralización del sector Salud en Colombia: un análisis de 91 municipios. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 2006; 24 (1): 48-60.
17. Carrioni C, Hernández M, Molina G. La autonomía de las instituciones de salud: más un ideal que una vivencia institucional. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 2007; 25(2): 75-84.
18. Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Causa de las tutelas en salud, 1999- 2003. Bogotá, 2005. p. 42
19. Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud, periodo 2003-2005. Bogotá, 2007.
20. Lopera S, Fernando J. La integración vertical en mercados de la salud. En: Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud (GES), Facultad de Ciencias Económicas 2006; (13): 10.
21. Guzmán H. Consejo sectorial de salud diagnosticó agonía de la salud en los departamentos. El Pulso. 2009; (125), febrero, Medellín.
22. Muñoz O. Informe del Ministerio de la Protección Social 2008. Cifras de un sistema sin norte. El Pulso 2009; (124), enero, Debate, Medellín.
23. Gómez C. ¿Crisis de resultados en el primer nivel de atención? El Pulso. 2008; (123), diciembre, Monitoreo, Medellín.
24. Carrillo JY. Ecos de una liquidación anunciada. El Pulso. 2007; (102), marzo, Debate, Medellín.
25. Muñoz OL. El último tango del ISS. El Pulso. 2007; (102), marzo, Debate, Medellín.
26. Arboleda JC. Propuestas de salvación del ISS: ¿Quedaron apenas para la historia del Instituto? El Pulso. 2007; (102), marzo, Debate.
27. Canastero I, Zuleta M. Contratación en el Sistema General de Seguridad Social Colombiano. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud; 2001.
28. Barros MB, Colonia G, Rentería M, Ibarra A. Formas de contratación entre empresas sociales del Estado y administradoras de salud. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud; 1998.
29. Rodríguez Z, Molina G. Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. 2009; 27(1): 78-85.
30. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se re-



- gulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.
31. Creswell J, Plano Clark V. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
 32. Miles M, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
 33. Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage; 1990.
 34. Strauss AL, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia; 2002.
 35. Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Rev. Facultad Nacional Salud Pública*. 2007; 25(1): 82-9
 36. Jaramillo, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma a la seguridad social en salud en Colombia. *ASSALUD. Gac. Sanit*. 2002; 16 (1):48-53.
 37. Restrepo JH, Lopera JF, Rodríguez SM. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Rev. Economía Institucional*. 2007; 9 (17): 279-308.
 38. Orozco JM. Los fallos del mercado en caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. *Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales*. Universidad de Málaga. [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.eumed.net/libros/2008b/386/index.htm> [consulta: 18 de octubre de 2008].
 39. Berrío A, Arcieri F, Quiróz M, Carvajal BN. Fundamento y misión de la vigilancia y el control para la eficacia del derecho a la salud. En: Molina G, Muñoz I, Ramírez A. editores. *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación; 2009. p. 165-8.
 40. Vélez AL. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? *Colombia Médica*. 2005; 36(3): 199-208.
 41. Arbeláez M. Diez años de protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana (1991-2001). [Artículo en Internet]. Disponible en: inmigra@pcb.ub.es. [Consulta: 27 de septiembre de 2009]
 42. Personería de Medellín. *Informe anual 2007*. [Artículo en Internet]. Disponible en: <http://www.personeriamedellin.gov.co/Inicio/INFORME-ANUAL2007/tabid/138/Default.aspx>. [Consulta: 27 de septiembre de 2009].
 43. Vélez AL, Realpe C, Valencia JG y Castro AP. acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2007; 9 (2): 297-307.
 44. Molina G, Cáceres FM. Aspectos de rectoría, dirección, organización y gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En: Molina G, Muñoz I, Ramírez A. editores. *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación; 2009. p. 145-64.
 45. Torres S, Gorbaneff Y, Contreras N. Prioridades en la definición de límites entre aseguradores y prestadores de servicios de salud. Aproximación preliminar al régimen contributivo en Bogotá. *Rev. Gerencia y Políticas Públicas de Salud*. 2009; 4 (9): 141-58.
 46. Arboleda JC. Régimen subsidiado en Medellín al borde del colapso. *El Pulso 2009*; Año 10 (127), Debate, Medellín.
 47. Herrera V. Régimen subsidiado en salud. Evolución y problemática. *Rev. Salud Pública U. Nal. de Colombia* 1999; 1 (3). [Artículo en Internet]. Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n3/Rev31.htm>. [Consulta: 4 de mayo de 2009]
 48. Mejía D. Situación financiera del régimen subsidiado. Informe evaluativo No. 03-110. Defensoría del Pueblo, febrero de 2001. [Artículo en Internet]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_2.pdf [Consulta: 4 de mayo de 2009].
 49. Martínez JA. Evaluación del seguro en salud en Antioquia 1996-2003. Centro Regional de Estudios Económicos (CREE), Banco de la República. Ensayos sobre economía regional. Febrero de 2005. [Artículo en internet] Disponible en: http://www.banrep.gov.co/documentos/publicaciones/pdf/antio_4.pdf [Consulta: 5 de mayo 2009].
 50. Hernández M. Las políticas de salud y la inclusión social. [Artículo en Internet]. Disponible en: <http://www.sisov.mpd.gob.ve/estudios/167/VI.pdf>. [Consulta: 5 de mayo de 2009].