

Prioridades en la definición de límites

ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: APROXIMACIÓN PRELIMINAR AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN BOGOTÁ*

Sergio Torres • Yuri Gorbaneff • Nelson Contreras

Fecha de recepción: 02-08-05 • Fecha de aceptación: 29-11-05

Resumen

En este artículo se exploran cuáles son los criterios que usan los agentes para la determinación de las formas de gobernación del intercambio económico entre prestadores y aseguradores de servicios de salud en el régimen contributivo en Bogotá. Soportado en: la perspectiva de posicionamiento de la dirección estratégica, la economía de los costos de transacción, la teoría de la contingencia y la teoría institucional. Los resultados mostraron que los criterios más relevantes en la toma de decisiones sobre las *formas de gobernación* del intercambio económico de servicios de salud son los relacionados con el surgimiento de costos de transacción, que se manifiestan en la necesidad de reducir los conflictos entre las partes.

Palabras clave: *formas de gobernación*, organización económica, estructura organizacional, servicios de salud.

Summary

This paper explores which are the criteria that the agents uses for the determination of the governance forms of the interchange of health services between insurers and providers of in the in Bogotá. The study is done based upon poisoning perspective of strategic management, the transaction costs economics, the contingency theory and the institutional theory. The results showed that the criteria more relevant in the decision making about the governance forms of the economic interchange are those related with transaction costs, that expresses in the need of reduction of conflict between the agents.

Key Words: governance forms, economic organization, organizational structure, health services.

* Este artículo es producto de la investigación “Contratación entre los agentes del régimen contributivo: el caso de Bogotá” y es financiada por los Posgrados en Administración en Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. Número de registro 1572 de la Vicerrectoría Académica de la Universidad. El proyecto es producto de la cooperación de los Grupos de investigación gerencia y políticas de salud y Estudios sobre dirección estratégica y organizaciones, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana.

Introducción

Desde la introducción de la disciplina de mercado, bajo el modelo de competencia regulada (Enthoven, 1997), al sistema colombiano de salud por medio de la ley 100 en 1993, se ha venido dando una evolución en las relaciones de intercambio entre prestadores de servicios de salud (IPS) y las empresas aseguradoras (EPS) y se han generado una diversidad de formas de intercambio (Gutiérrez *et al.*, 1995; Torres *et al.*, 2004). En el sistema se ha pasado del pago por servicio, como mecanismo casi único, a una situación en la que se combina pago por servicio, pago por capitación y remuneración por paquetes de servicios (Torres *et al.*, 2004). Es de resaltar que estos autores no encontraron sistemas de pago por grupos relacionales diagnóstico, lo que es una tendencia en Estados Unidos (Álvarez *et al.*, 2000).

Aunque es claro que se ha dado, y se continúa dando, un cambio en las formas de contratación entre EPS e IPS no se han estudiado los factores determinantes de las formas de intercambio entre este tipo de organizaciones. La comprensión de la forma en que toman decisiones estas organizaciones permitirá explicar la evolución que se viene dando.

Este estudio, cuyo carácter es exploratorio y descriptivo, tiene como objetivo identificar los factores que las organizaciones tienen en cuenta en la determinación de las formas de intercambio entre EPS e IPS. Esto desde una perspectiva múltiple dada por los aportes de la economía, sociología y administración, lo que permite darle robustez al análisis del sector (Robinson, 2001). Cabe anotar que como fase exploratoria del estudio simplemente se hará una referencia a cuáles son los criterios que las IPS tienen en cuenta en la toma de decisiones. No se hará un análisis de la relación entre éstos y

las formas de intercambio. Esto será objeto de estudios posteriores.

1. Determinantes de las formas de gobernación del intercambio económico

La forma de gobierno se define como el marco institucional en el cual se realizan y ejecutan los contratos que soportan la realización de transacciones de bienes y servicios (Palay, 1984). La integración vertical, la realización de alianzas estratégicas y la contratación en el mercado son *formas de gobernación* particulares de realizar el intercambio económico de productos, servicios y procesos (Williamson, 1991). La denominación y conceptualización de este aspecto particular de la vida social y económica depende de la perspectiva desde la que se mire el fenómeno de la organización del intercambio.

Desde el derecho se observa el papel de los contratos, desde la economía los costos de utilización de los mercados o las empresas, desde la teoría organizacional las relaciones sociales de cooperación bajo el mando de un líder y desde la estrategia la adecuación de las estructuras a los objetivos.

Con lo anterior se identifican diversos elementos de las organizaciones, los cuales se integran en la definición operativa de organización o forma de gobierno (Williamson, 1991), mediando cuatro elementos fundamentales: el tipo de contrato legal, los controles burocráticos, la forma de adaptación a condiciones cambiantes y los incentivos económicos que tienen los agentes para su actuación. Las diversas formas de organizar las relaciones de intercambio para el cumplimiento de los objetivos de los agentes involucrados son consecuencia de variaciones en las cuatro dimensiones referidas.



A partir del reconocimiento de la multiplicidad de formas de organizar el intercambio económico y de su complejidad, se han dado varias explicaciones sobre las decisiones que toman los agentes sobre la forma de organizar la producción e intercambio de bienes y servicios. Éstas provienen de las aproximaciones que se han hecho desde las diferentes ciencias sociales que abordan el estudio de las organizaciones como son la economía, la sociología y el derecho; las cuales tienen su reflejo en los campos de conocimiento que constituyen la disciplina de la administración: la teoría organizacional, la dirección estratégica y el comportamiento organizacional.

Desde la ciencia económica se encuentran dos vertientes: la organización industrial y la economía de los costos de transacción. La primera, como una expresión de la economía neoclásica afirma que la selección de una determinada forma de organizar el intercambio es consecuencia de la búsqueda de reducción de costos, vía economías de escala y economías de alcance (Baumol, 1997). Dentro de este paradigma se afirma que la selección de la forma organizacional responde a la posibilidad de los agentes económicos de imponer precios y condiciones de intercambio cuando alguno de los agentes tiene poder de mercado (Harrigan, 1985).

Lo anterior, implica que el logro de ventajas competitivas se deriva de la disponibilidad de una tecnología que permita el de economías de escala, lo que puede conducir al de una posición monopólica en la industria. Se debe adicionar que hay otras formas de acceso a posiciones monopólicas, que no son producto de la eficiencia productiva, sino de decisiones políticas cuando se establece por ley que impide la competencia. Byrne (1999) muestra desde un punto de vista conceptual cómo las economías de escala afectan la decisión de integración vertical entre varios agentes de salud en los sistemas de aseguramiento.

También desde la economía, pero desde una perspectiva alterna a la neoclásica, esto es la de los costos de transacción, se afirma que los agentes económicos buscan su minimización mediante la selección de la forma de gobierno que permita maximizar el uso de la capacidad racional de los agentes y minimizar el riesgo que trae la exposición a comportamientos oportunistas (Williamson, 1985). Los costos de transacción se definen como los costos relacionados con la consecución de información, contratación y establecimiento de estructuras burocráticas necesarias para la realización del intercambio económico (Coase, 1937).

Stiles, Mick y Wise (1997) en su trabajo teórico analizan desde los conceptos de la economía de los costos de transacción las condiciones del mercado de salud, mostrando cómo las imperfecciones de mercado derivadas de las asimetrías en información, entornos inciertos y agentes que actúan en función de los intereses propios han generado mecanismos para reducción de los costos de transacción como son los requerimientos de certificación de instituciones educativas, desarrollo de *software* para el control de errores médicos, establecimiento de agencias estatales de regulación y el desarrollo de normas de procedimientos clínicos, entre otros.

Como se verá más adelante son pocos los estudios empíricos que han analizado de forma sistemática el razonamiento que siguen los agentes en el proceso de establecimiento de mecanismos para el control de los costos de transacción; situación que se hace crítica en Colombia debido a la total ausencia de investigaciones con relación a este aspecto sobre la vida de las instituciones del sector salud.

Teniendo en cuenta que el estudio se realiza desde el punto de vista de la toma de decisiones estratégicas, se acude a la explicación de

la selección de las formas de gobernación que se alimenta conceptualmente de la economía evolutiva (Nelson y Winter, 1982) que en el campo de la dirección estratégica se denomina como teoría de los recursos y las capacidades (Wernerfelt, 1984) y modela los aspectos dinámicos e históricos no tenidos en cuenta por las dos aproximaciones referidas.

Desde la teoría de los recursos y las capacidades se afirma que el logro de ventajas competitivas está asociado a la disposición de recursos y desarrollo de capacidades raras e inimitables necesarias para la introducción en los mercados de productos, procesos y servicios altamente demandados por los mercados (Barney, 2000). Por tanto, el logro de ventajas competitivas está relacionado con el proceso que siguen las regiones y las empresas de desarrollo, adquisición y recursos y capacidades, el cual es acumulativo en el tiempo y caracterizado por irreversibilidades (David, 1985). La selección de las formas de gobernación desde esta aproximación teórica se explica por la necesidad de las organizaciones de desarrollar recursos y capacidades que se tornen en fuente de ventaja competitiva.

Robinson (1997) en el análisis que hace de las relaciones entre hospitales y médicos señala cómo la teoría de los recursos y las capacidades pueda ser usado para explicar la tendencia a la integración vertical entre estos dos eslabones de la cadena de prestación de servicios de salud. El marco de referencia que construye Robinson desde la teoría económica tiene en cuenta los aportes de la economía de los costos de transacción y la teoría de la agencia, además de los de la teoría de los recursos y las capacidades.

En el campo de la teoría organizacional se encuentra la teoría de la contingencia que identifica el desarrollo de relaciones funcionales entre variables ambientales, de dirección y desempeño (Luthans y Steward, 1977).

En el estudio de las estructuras organizacionales se señala a las condiciones cambiantes del entorno como determinantes de la estrategia y de los cambios en las formas organizacionales (Chandler, 1962; Lewin y Volberda, 1999); de tal forma que la toma de decisiones en las organizaciones se da como una reacción adaptativa a las influencias del entorno (Burns y Staker, 1961; Donaldson, 1988; Lawrence y Lorsch, 1967; Woodward, 1965).

La reflexión que hacen Young, Parker y Charns (2001) sobre la utilidad de la teoría de la contingencia para estudiar los procesos de integración entre proveedores de servicios de salud que se ha dado en Estados Unidos en los últimos años, anota que tales procesos de integración se explican por el aumento de la incertidumbre que afrontan los proveedores como consecuencia de la fuerte penetración de la atención gerenciada en sector y la capitación como mecanismo de remuneración por parte de las aseguradoras.

Por otra parte, la sociología también se ha interesado en explicar las formas que adoptan los agentes para la realización del intercambio económico, siendo la principal la teoría institucional (Meyer y Rowan, 1977; Di Maggio y Powell, 1991). De forma alterna a la economía, desde estas perspectivas se introducen variables adicionales al beneficio económico y la eficiencia como móviles del comportamiento de los agentes en los sistemas económicos, tales como las reglas sociales establecidas en los diversos entornos.

En primer lugar, la teoría institucional afirma que las estructuras de las organizaciones y su comportamiento responden a las normas sociales aceptadas en los entornos particulares. Por tanto, las organizaciones con el fin de ganar legitimidad adoptan las reglas, procedimientos, esquemas racionales y formales y formas de documentación aceptadas por el entorno.



Desde que se hicieron los primeros estudios empíricos sobre las formas organizacionales o límites entre empresas en la cadena de valor, se han venido dando una serie de cambios importantes en los modelos que se usan para contrastar la teoría y la realidad. El inicio se dio con trabajos soportados en una sola teoría, como el de Monteverde y Teece (1982), quienes estudiaron el aprovisionamiento de piezas por parte de fabricantes de carros a partir de la economía de costos de transacción. Más adelante, Pisano (1988) estudió las formas organizacionales usadas por las empresas de biotecnología para el desarrollo de nuevas tecnologías, mezclando la economía de los costos de transacción y los aportes de la economía evolutiva; con esto se buscaba mostrar que la real razón de la integración vertical o no de las empresas está dada por la existencia de costos contractuales y no por los relacionados a los costos de producción.

Posteriormente, se iniciaron una serie de trabajos sobre límites empresariales que buscaban la complementariedad entre las perspectivas teóricas usadas, más que usarlas en un sentido excluyente unas respecto a otras. Algunas de estas investigaciones son las de Mang (1993), Madhok (1997), Torres (1998) y Uribe (1999), que para la construcción del marco de referencia, acuden a la economía de los costos de transacción, perspectivas evolutivas y referentes derivados de economía neoclásica.

En esta misma línea de complementariedad entre explicaciones de diversa índole, surgen otros trabajos que además de tomar en cuenta teorías que tienen como origen la economía, acuden a las explicaciones dadas por la sociología en sus versiones generales como la teoría institucional o en sus aproximaciones dentro de la teoría organizacional como son las teorías de la contingencia y de la decisión. Dentro de estos últimos trabajos se

encuentran las aproximaciones de Steensma y Corley (2001) y Gupta y Fogarty (1994).

En el sector salud se han realizado algunas aplicaciones a este aspecto de las organizaciones. Cody (1996) sugiere que la integración vertical en el sector salud debería ser una estrategia acertada, lo que se estudia empíricamente en Estados Unidos, encontrando que los hospitales aumentan sus ingresos cuando se integran verticalmente con los proveedores de los servicios médicos, de enfermería, de fisioterapia etcétera. Los resultados son convincentes y estadísticamente significativos.

Por otra parte, Simpson y Coate (1998) estudian el problema de la integración vertical entre los hospitales y los médicos y encuentran que la integración es eficiente porque minimiza el problema del gorrón *-free rider-* que surge en los equipos y disminuye los costos de transacción asociados con la conducta oportunista en condiciones de la inversión específica. Mientras que los efectos positivos de la integración vertical son reales, la amenaza de la conducta monopolista por parte de las empresas integradas es prácticamente inexistente.

En la misma línea de trabajo Stiles y Mick (1997) concluyen que los costos de transacción aumentan como consecuencia de las necesidades del control de calidad en el sector salud. Lehrman y Shore (1998) muestran empíricamente cómo la integración vertical es un mecanismo eficaz para la reducción de costos de transacción en las relaciones de los hospitales con los equipos de enfermería para pacientes en situación delicada.

Como se ha venido mostrando, en el contexto mundial son pocos los estudios empíricos que se han hecho sobre los determinantes

de las formas de gobernación del intercambio de bienes y servicios de salud y ninguno en Colombia. Los estudios que se han hecho en salud tienden a estar centrados en el estudio de una forma de gobierno particular, sea esta integración vertical, acuerdos de cooperación o contratación en el mercado. De manera adicional, los trabajos teóricos y las aplicaciones empíricas tienden a centrarse en una variable que determina la selección de la forma de gobierno.

Teniendo en cuenta que en Colombia los determinantes de las relaciones de intercambio no se han estudiado, se considera que el primer paso en la exploración de estas relaciones es la identificación de las formas de organización más comunes y una indagación preliminar sobre los aspectos que en principio diversos actores consideran como relevantes, con base teniendo en cuenta las explicaciones sociológicas y económicas a las que se hizo referencia. Hacer la exploración en el conjunto del sector salud en el contexto nacional haría poco viable el estudio, por tanto se propone abordar en una primera fase el régimen contributivo en Bogotá, debido a los aprendizajes que se pueden lograr a partir del comportamiento en esta ciudad.

A partir de lo planteado se pueden sintetizar las categorías de criterios que eventualmente las organizaciones pueden usar para la toma de decisiones sobre la determinación de las formas de gobernación del intercambio económico. Las categorías que se tienen en cuenta en la investigación son: costos de producción, costos de transacción, desarrollo de recursos y capacidades, aspectos contingentes y relación con las normas sociales establecidas.

Como estudio exploratorio planteado se optó por indagar sobre la relación entre las

formas de gobernación y el grado de satisfacción expresado en la realización de intercambio económico.

2. Metodología

2.1 El régimen contributivo en Bogotá

El régimen contributivo de prestación de servicios de salud en Colombia tiene como agente central a las empresas promotoras de salud (EPS) cuya función es la de mantener la salud de la población. Para esto, todos los trabajadores formales del país deben estar afiliados a una de las 24 EPS, de las cuales 22 tienen cobertura en Bogotá. El pago que cada uno de estos afiliados se realiza de forma proporcional a su salario. Las EPS que recaudan estos aportes de los trabajadores entregan al Fondo de Compensación y Garantía (Fosyga) la diferencia entre el valor de la cotización y la unidad de pago por capitación (UPC) que corresponde al afiliado y a sus beneficiarios. El valor de la UPC varía en función de las características del afiliado o beneficiarios, tales como edad y género, entre otras.

Con estos aportes, los afiliados a las EPS tienen derecho al acceso a los servicios de salud estipulados en plan obligatorio de salud (POS). Para hacer efectivo el acceso de los usuarios a estos servicios, las EPS deben establecer su red de prestación de servicios mediante las IPS. La relación que se establece entre EPS e IPS puede ir desde la integración vertical hasta la contratación mediante el mercado, pasado por diversos tipos de acuerdos de cooperación. Dentro de la variedad de formas de relación entre estos dos agentes se dan varias formas de contratación, de las cuales las más comunes son pago por servicio, por capitación y por paquetes.



2.2 Muestra

La encuesta se aplicó a 15 IPS ubicadas en Bogotá. La distribución según el nivel de atención se muestra en el Cuadro 1. La muestra tiene IPS de todos los niveles de complejidad. Por otra parte, en el Cuadro 2 se presenta la distribución de las IPS según su tamaño expresado en las ventas en 2002. En la muestra hay tanto IPS pequeñas, con ventas inferiores 1.000 millones de pesos, así como IPS grandes con ventas de más de 50.000 millones de pesos.

Teniendo en cuenta que en la encuesta también se indagó por la relación de intercambio entre IPS y EPS a continuación, en el Cuadro 3, se presenta la distribución de las empresas contratantes de los servicios de salud a las IPS. En la muestra hay 14 EPS existentes y como contratante de servicios de salud está la Empresa de Teléfonos de Bogotá. El 54% de las observaciones de la muestra se concentran en 4 EPS: Colmédica, Coomeva, Sánitas y Susalud.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE IPS
SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Nivel de atención	Número de IPS
Primer	3
Segundo	6
Tercer	6
Total	15

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE IPS
SEGÚN VENTAS EN EL AÑO 2002

Rango de Ventas (Millones de \$)	No. De IPS
Menos de 1.000	2
Entre 1.000 y 1.999	3
Entre 5.000 y 9.999	2
Entre 10.000 y 24.999	1
Entre 25.000 y 49.999	0
Más de 50.000	4
No disponible	3
Total	15

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DE IPS
SEGÚN VENTAS EN EL AÑO 2002

Empresa contratante	No. de contratos con IPS	Porcentaje
1. Cafesalud	1	2%
2. Cajanal	1	2%
3. Colmédica	7	12%
4. Colpatria	2	3%
5. Compensar	7	7%
6. Coomeva	4	12%
7. Cruz Blanca	1	2%
8. ETB	2	3%
9. Famisanar	5	9%
10. Humana Vivir	1	2%
11. ISS	2	3%
12. Saludcoop	3	5%
13. Saludvida	2	3%
14. Sánitas	7	12%
15. Susalud	9	16%
No disponible	4	7%
Total	58	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

La conformación de la muestra presentada partió de la identificación de las IPS privadas de primero, segundo y tercer nivel de complejidad de Bogotá. Teniendo como referencia esta población se procedió a contactar a los diversas IPS. La muestra final no respondió a una selección intencionada de IPS sino que se conformó de forma aleatorio dada la receptividad de éstas a responder a la encuesta del estudio.

Por otra parte, las personas de las instituciones que respondieron las encuestas ocupaban cargos directivos. En el Cuadro 4 se presentan los cargos de las personas que respondieron las encuestas.

CUADRO 4
CARGOS DE LAS PERSONAS
QUE RESPONDIERON LA ENCUESTA

Cargo	No. de Personas	Porcentaje
Gerente	3	20%
Jefe de Salud	1	7%
Director Científico	3	20%
Subgerente	1	7%
Director de Calidad	2	13%
Director de Mercadeo	4	27%
Coordinador Médico	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

2.3 Medición

a. Determinantes de las formas de gobernanación. Las categorías de análisis planteadas en el marco teórico de las que se derivan las perspectivas conceptuales adoptadas son: la economía neoclásica que centra el análisis en los costos de producción, economía de

costos de transacción, la perspectiva del desarrollo de recursos y capacidades, y teorías contingente e institucional. A partir de éstas, se operacionalizaron las variables que se usaron en el estudio. Los indicadores que se emplearon relacionados con costos de producción, derivados de la economía neoclásica, fueron: i) lograr cobertura de costos; ii) reducción de costos en la prestación de servicios; y iii) reducción de riesgos.

La idea que hay detrás de los primeros dos indicadores referidos es el logro de economías de escala. No obstante, esta referencia tiene matices diferenciadores en términos de gestión de las relaciones de intercambio. Cuando se indagó, si el contrato se establecía para cubrir costos, la prioridad estaba dada por la necesidad de ampliar mercado, por tanto, la prioridad está en el cubrimiento de costos variables sin contemplar las inversiones en costos fijos hechas anteriormente. Estos costos estarán cubiertos por la realización de contratos con otras instituciones. Este contrato en sí mismo no remunera todos los costos de la operación.

Por otra parte, la IPS puede estar dando prioridad a la realización de contratos en los que se remuneran todos los costos, tanto fijos como variables; y la contratación permite el logro de economías de escala.

El indicador relacionado con la reducción del riesgo en la prestación de servicios se muestra como la medida en que el contrato está determinado por la forma en que ésta facilita el seguimiento y la adaptación a cambios en el mercado de la prestación de servicios de salud. Este indicador se deriva de las perspectiva de posicionamiento estratégico (Harrigan, 1983).

Desde la perspectiva de los costos de transacción se operacionalizan los indicadores relacionados con la prioridad de las empresas de



reducir este tipo de costos. Teniendo en cuenta que los costos de transacción se relacionan con los costos de la utilización del mercado y de las estructuras burocráticas, éstos se sintetizaron en los siguientes indicadores: prioridad en la reducción de conflictos y en la disminución de auditorías. Esto refleja los costos asociados con la utilización de los mercados y las jerarquías, respectivamente.

El indicador construido como prioridad para mantener el contrato se deriva de la teoría contingente. Cuando la IPS identifica este criterio como importante en la definición de la forma de contratación lo hace respondiendo a la necesidad de tener continuidad en una contratación de forma independiente a los cálculos de utilidad económica que ofrezca tal contratación. Es una forma de dar respuesta a las condiciones vigentes en el mercado.

Desde la perspectiva de los recursos y las capacidades se derivó el indicador de desarrollo de capacidades, con el fin de indagar si las IPS usan como criterio para la determinación de la forma de organizar las relaciones entre aseguradores y prestadores la perspectiva de largo plazo de establecer procesos de aprendizaje organizacional y desarrollo de capacidades técnicas y organizativas.

La teoría institucional resalta el papel de las normas construidas a lo largo del tiempo como factor que afecta la toma de decisiones. Por tanto, la decisión no está guiada por un análisis racional teniendo claro un criterio definido, sino que se hace en función de lo que lo general aceptado en el medio en que se encuentra la organización. Para reflejar este aspecto se adopta el indicador prioridad en seguir a los líderes o empresas exitosas.

Los indicadores referidos relacionados con los determinantes de las formas de gobernación del intercambio económico se midieron con una escala likert de 1 a 7, que permite identi-

ficar el acuerdo o desacuerdo ante una determinada afirmación relativa a las variables que se indagan (Albaum, 1997). Como regla general de interpretación se habla de valores bajos cuando se tiene un valor que tiende a 1 en la escala de medición y valores altos cuando un valor tiende a 7 en la escala de medición.

b. Forma de gobernación. Partiendo de la definición de formas de gobernación como el marco institucional en el cual se realizan y ejecutan los contratos que soportan la realización de transacciones se sigue la propuesta de Torres *et al.* (2004) de operacionalizar esta variable teniendo en cuenta las tres categorías básicas para realizar el intercambio económico: integración vertical entre aseguramiento y prestación de servicios, cooperación entre EPS e IPS e intercambio mediante el mercado.

c. Forma de contratación. De forma adicional, se optó por indagar sobre la relación existente entre la forma de gobierno de intercambio económico en el mercado de servicios de salud y la forma de contratación, siendo este último una de las dimensiones que caracterizan las formas de gobernación (Williamson, 1991). El marco dado por Williamson (1991) plantea que las transacciones se pueden dar en el marco de tres tipos de contratos: clásico, neoclásico y de relaciones laborales. No obstante, al hacer referencia al intercambio entre aseguradores y prestadores de servicios de salud estas denominaciones de contratación no son adecuadas, por tanto, se optó por relacionar la forma de gobierno con las formas de contratación en el sector salud. Los tipos de contrato que se tuvieron en cuenta son: pago por capitalización, pago por paquete y pago por servicio.

En este trabajo se adoptan las definiciones dadas por Torres *et al.* (2005). El pago por servicios es el que el usuario hace al pres-

tador del servicio por los servicios que le presta, e incluye honorarios médicos, suministros, medicamentos y servicios quirúrgicos. Este pago no se puede estipular *ex ante* porque la atención depende de los requerimientos de cada paciente. Con esta modalidad de pago, el prestador tiene incentivos para aumentar los costos del servicio, pues así aumenta sus ingresos.

El pago por capitación se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad actual. El prestador atiende a un conjunto determinado de personas. Por cada persona inscrita recibe un giro periódico de la administradora, sin importar el número de veces que acuda al servicio médico. Con este esquema, el prestador tiene incentivos para controlar el costo de los servicios.

El pago por caso es una forma de contratación que contiene elementos de las anteriores. La unidad de medida es el tratamiento global de una dolencia específica de la que se conocen los protocolos de tratamiento y, por tanto, sus costos. La prestadora de servicios tiene incentivos para realizar más tratamientos y, ante cada paciente para controlar los costos del procedimiento.

d. Satisfacción. Esta variable se midió mediante los siguientes indicadores: satisfacción respecto a la tarifa del servicio prestado, satisfacción de los servicios prestados por su parte, satisfacción de las respuestas de la EPS ante problemas en la prestación de servicios y en la relación con la IPS, y el nivel de esfuerzos dedicados por parte de la IPS a la auditoría de cuentas.

A modo de síntesis en el Cuadro 5 se presentan las preguntas que se usaron en la encuesta para la recopilación de la información.

2.4 Procesamiento de información

Conforme con el carácter exploratorio del estudio el procesamiento de información busca mostrar simplemente la relevancia de las variables referidas. Así, el análisis se hará a partir de la determinación de la frecuencia de respuesta de los criterios contemplados en la toma de decisiones sobre las *formas de gobernación* del intercambio entre prestadores y aseguradores de servicios de salud.

3. Resultados y discusión

3.1 Determinantes de las formas de intercambio

El criterio, que las IPS de la muestra, consideran que es el más importante es la reducción de conflictos en la contratación con las EPS. Esto se presenta en 87% de las IPS (Cuadro 8). Esto lleva a considerar que la necesidad de reducción de costos de transacción de carácter contractual es un criterio relevante en la determinación de la forma de gobierno del intercambio económico con las EPS. No obstante, la reducción de costos derivados de la realización de auditorías no es un criterio central en la toma de decisiones de las IPS de la muestra. En 40% de las IPS es un criterio de baja importancia en tanto que en igual porcentaje es un criterio relevante (Cuadro 9).

En general este resultado se puede interpretar como una preeminencia de costos de transacción respecto a los costos de prestación de servicios. Por otra parte, es una manifestación sobre la necesidad de confianza entre las partes. Esto se ve confirmado por el surgimiento de formas de intercambio entre



CUADRO 5
SÍNTESIS DE LAS PREGUNTAS USADAS EN LA ENCUESTA

Variable	Pregunta
Perspectiva de posicionamiento derivada de la economía neoclásica	Solo contrato cuando tengo garantía que las tarifas negociadas remuneraran los costos de producción de los servicios
	Reducción de los costos de producción, mediante el aumento de los volúmenes de prestación de servicios
	Disminuir los riesgos o problemas para tener acceso al mercado de usuarios del sistema de salud
Economía de costos de transacción	Reducir los conflictos y reclamaciones a la EPS, derivados de glosas excesivas y retraso en pago de cuentas
	Reducción de gastos en auditores de cuentas y otras funciones de control relacionadas
Teoría de la contingencia	Lograr o mantener el contrato con la EPS, por lo tanto no tengo ningún tipo de influencia en la forma de intercambio y contratación
Teoría de los recursos y capacidades	El desarrollo de capacidades médicas necesarias para competir en el mercado de servicios de salud
Teoría institucional	Seguir a las IPS líderes, ya que las formas de contratación que éstas usan se han reconocido como adecuadas
Satisfacción	La tarifa usada para la remuneración del servicio prestado
	La rentabilidad de los servicios prestados
	Los servicios prestados por su parte
	Las respuestas de la EPS ante problemas en la relación con la IPS
	Respecto a la transparencia de la información de perfiles epidemiológicos suministrados por la EPS
	Sobre la forma en que se desarrolló la auditoría de cuentas por parte de la EPS

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

aseguradoras y prestadoras en las que se hace uso de árbitros con el fin de solucionar la ausencia de confianza entre las partes (Gorbaneff *et al.* 2005). Este resultado también se puede interpretar como actitud de aversión al riesgo, en la medida en los conflictos en la contratación introducen incertidumbre sobre los resultados finales del proceso de intercambio económico.

La menor importancia de la reducción de costos de transacción asociados a la realización de auditorías en principio parece un resultado contradictorio con el presentado anteriormente. La realización de auditorías concurrentes, formalización de detalles por partes de los médicos de los procesos realizados y auditorías de cuentas son fuente de conflictos entre las partes. Se esperaría que

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE MANTENER EL EONTRATO

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	6	40
Importante	2	13
Muy importante	7	47
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE LOGRAR COBERTURA
DE COSTOS

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	2	13
Importante	3	20
Muy importante	10	67
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

las partes tuviesen como criterio relevante en la definición de las formas de contratación el evitar estos costos y los conflictos que de ello se derivan.

Una posible explicación de este hecho es que los hospitales y el personal médico tienen experiencia en la realización y manejo de comités de discusión médica de los procedimientos realizados. Se pueden citar, por ejemplo, comités de historias clínicas, de mortalidad intrahospitalaria, de infecciones, entre otros. Esto hace que el manejo de las auditorías no sea especialmente complicado para las IPS y el cuerpo médico como si lo pueden ser la solución de conflictos que sobre pasan las fronteras de las organizaciones en cuestión.

Otra posible explicación a este resultado es que la auditoría no es la fuente del conflicto,

sino es una mera manifestación del mismo, por lo cual tratar de eliminar las auditorías no es racional. Lo que sí es racional es intentar eliminar las causas subyacentes, como es la desconfianza, producto de la complejidad de la transacción, de una competencia depredadora en el mercado de servicios de salud con las aseguradoras y posiblemente de un desequilibrio en el manejo del mercado que tienen aseguradores y prestadores.

Así mismo, se encuentran dos criterios que son igualmente relevantes en la toma de decisiones sobre la forma de gobierno del intercambio con las EPS, éstos son la reducción de costos y el desarrollo de capacidades médicas. Cada uno de estos dos criterios fueron importantes para 73% de las IPS (cuadros 8 y 11). El primer criterio se deriva de una perspectiva neoclásica de la economía; en tanto, el segundo surge de una visión histórica y acumulativa del desempeño de las organizaciones.

Lo que soporta estos factores como prioritarios puede ser una visión de largo plazo en el desarrollo de capacidades productivas. Por una parte, se encuentra la decisión de generar competencias centrales en las que la innovación de tipo radical e incremental desempeñan un papel muy importante y que solo se logran mediante formas de contratación que permitan tener plantas de trabajadores en las que se realizan procesos de aprendizaje organizacional.

De igual modo, en el actual momento evolutivo del Sistema general de seguridad social en salud cobra especial relevancia la eficiencia productiva que se debe reflejar en la reducción de los precios de venta de servicios a las EPS. Podría pensarse que factores importantes en la contratación en salud es el logro de economías de escala con el desarrollo de ciertas competencias centrales en las IPS.



CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE REDUCCIÓN DE COSTOS

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	2	13
Importante	2	13
Muy importante	11	73
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

Los siguientes criterios en orden de importancia para las IPS son la necesidad de la cobertura de costos y la disminución de riesgos para las IPS (Cuadro 7). El primero en 67% de los casos y el segundo en 60%. La búsqueda de la cobertura de costos tiene un carácter de corto plazo y simplemente responde a la viabilidad de la operación. Por otra parte, la búsqueda de la reducción del riesgo responde a la idea de adaptación al cambio expresado en la perspectiva de la estrategia competitiva (Porter, 1985; Harrigan, 1983) (cuadros 7 y 13).

El hecho de que estos dos criterios tengan una importancia limitada pueden estar mostrando el manejo gerencial y financiero limitado que dan las IPS a las relaciones con las aseguradoras. Lo que en realidad preocupa a las prestadoras es la cobertura de los costos fijos. Una vez garantizados los costos fijos, las prestadoras buscan la rentabilidad, pero su búsqueda sigue en el segundo lugar en la mente de los gerentes de las IPS. Esto muestra la incorporación de una racionalidad económica limitada en la medida en que en la contratación tan solo se busca la cobertura de costos variables, en tanto los costos fijos se suponen cubiertos por contratos realizados con anterioridad.

De manera adicional, dadas las condiciones de incertidumbre en la demanda de servicios de salud se esperarí­a que la búsqueda de la

CUADRO 9
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE REDUCIR CONFLICTOS

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	2	13
Importante	0	0
Muy importante	13	87
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

CUADRO 10
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE REDUCIR CONFLICTOS

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	6	40
Importante	3	20
Muy importante	6	40
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

CUADRO 11
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA
PARA LA PRIORIDAD DE DESARROLLO
DE CAPACIDADES

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	3	20
Importante	1	7
Muy importante	11	73
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

reducción de riesgo en la contratación fuese más relevante.

El siguiente criterio en orden de importancia es la necesidad de mantener el contrato con la EPS, el cual es relevante en 47% de los casos (Cuadro 6). El que este criterio sea relevante para las IPS muestra que para un porcentaje importante de ellas la decisión

puede explicarse desde dos perspectivas diferentes. De una parte, es posible que se esté evidenciando el mayor poder de negociación de los prestadores que llevan a algunos prestadores a no tener margen de maniobra en la toma de decisiones sobre las formas de intercambio. Esto es que los prestadores toman o dejan las propuestas hechas por los aseguradores.

De otra parte, puede ser una nueva manifestación sobre la incapacidad gerencial de los prestadores de incorporar en la decisión de la contratación con los aseguradores criterios económicamente racionales. A su vez este hecho puede estar mostrando el origen sin ánimo de lucro de un número importante de los prestadores, ya que los de carácter privado, antes de 1993, eran entidades de utilidad común. Esto apuntaría a que la prioridad en el manejo de las instituciones estaría en la prestación de servicios, es decir, la supervivencia de la organización y no en la generación de formas de contratación que generen utilidad económica. Esta misma situación podría estar explicando las deficiencias en el manejo de la contratación con aseguradores por la inercia en la limitada gerencia de las organizaciones sin ánimo de lucro.

Hasta acá se presentan las variables que son relevantes en la toma de decisiones de las IPS. El seguimiento de los líderes en la toma de decisiones sobre las formas de intercambio económico de las IPS se evidenció como importante tan solo en 40% de los casos (Cuadro 12).

3.2 Formas de intercambio

Se parte del marco conceptual en el que se plantea que las formas de gobernación del intercambio económico entre prestadores y aseguradores son mercado, cooperación o integración vertical y que las forma de con-

CUADRO 12
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE SEGUIR A LOS LÍDERES

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	7	47
Importante	2	13
Muy importante	6	40
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

CUADRO 13
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PARA LA
PRIORIDAD DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Poco importante	4	33
Importante	1	7
Muy importante	10	60
Total	15	100

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

tratación son por servicio prestado, capitación y por paquete. De la muestra original de 48 observaciones se eliminaron aquellas que tenían datos faltantes en alguna de estas dos variables, quedando para la descripción 36 observaciones. En el Cuadro 14 se presenta la distribución de la muestra teniendo en cuenta estas dos variables. Respecto a la forma de gobierno es evidente que hay una clara preponderación en la utilización del mecanismo de mercado para el intercambio económico con 22 observaciones (61%), seguido del establecimiento de acuerdos de cooperación con 13 observaciones (31%). Tan solo hay una observación en la que el intercambio se dio mediante la integración vertical.

Respecto al tipo de contrato establecido entre las partes hay un mayor peso de con-



CUADRO 14
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE CONTRATO Y FORMA DE GOBERNACIÓN

		Tipo de contrato			Total
		Pago por servicio	Capitación	Por paquete y servicio	
Forma de gobernanación	Mercado	18	1	3	22
	Cooperación	1	8	4	13
	Integración	0	1	0	1
Total		19	10	7	36

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

tratos por servicio prestado con 19 observaciones –53%- seguido de contratos de capitación con 10 observaciones –28%-. No se encontraron relaciones de intercambio en las que se estableciesen solamente contratos de paquetes, sino que estos siempre estuvieron acompañados de contratos por servicio prestado. Se encontraron siete casos con estas características –19%-.

Los resultados del cruce de estas dos variables muestran que hay una asociación entre el pago por servicio y el intercambio mediante el mercado. Por otra parte, los contratos de capitación tienen a estar inmersos en las formas de gobernanación caracterizadas por la cooperación entre las partes. Finalmente, los contratos que mezclan el pago por servicio y los paquetes se distribuyen de forma similar entre el mercado y cooperación.

El que en la capitación se den procesos de cooperación entre las partes puede estar explicado por que es necesario que se generen acuerdos para la revisión conjunta de aspectos gruesos de la capitación como son las características de morbilidad de la población atendida así como de las características generales de los procesos de atención a los pacientes. En este tipo de contrato no se miran los detalles de las intervenciones. Cabe pre-

guntarse si en la capitación se aumenta con el paso del tiempo la especificidad entre las partes, de tal forma que puede llegar a darse una situación de monopolio bilateral como el que plantea Williamson (1991). Las inversiones específicas posiblemente no se den en recursos tangibles sino en elementos intangibles como son la información y conocimiento de la población captada.

Por otra parte, en la contratación por servicio prestado, que se darán en menores volúmenes que en la capitación, se acude al mercado como forma de gobierno de intercambio económico. En esta situación la inversión que se haga en el desarrollo de la cooperación entre organizaciones no se recuperará debido a los bajos volúmenes de intercambio y a que cada caso tendrá una características particulares que hará que sea necesaria una revisión en detalle.

3.3 Satisfacción

Los hallazgos sobre el nivel de satisfacción que manifestaron las IPS en la contratación con las EPS se presentan en el Cuadro 15. En primer lugar, se observa que los niveles de satisfacción sobre los resultados generales de la contratación con las EPS es alta, en promedio 5.76 en una escala de 1 a 7.

CUADRO 15
NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN TIPO DE CONTRATO Y FORMA DE GOBERNACIÓN

		Tipo de contrato			Total
		Pago por servicio	Capitación	Por paquete y servicio	
Forma de gobernación	Mercado	5.41	7.00	4.66	5.48
	Cooperación	6.00	6.30	6.25	6.21
	Integración	-	6.00	-	6.00
Total		5.47	6.30	5.57	5.76

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas.

Hay otros tres datos que llaman la atención. El primero es que el nivel de satisfacción en el pago por paquete y servicio realizado mediante el mercado es inferior al que se hace en cooperación. Consistente con esto, también sobresale el mayor nivel de satisfacción en la forma cooperada respecto al intercambio en el mercado. Esto pareciera indicar las ventajas que brinda la confianza respecto y la distribución del riesgo entre las partes, respecto a que cada parte asume su riesgo de forma independiente.

El tercer resultado importante es que en la contratación por capitación las IPS muestran un nivel satisfacción superior al de las otras dos categorías, con un valor de 6.3, respecto a 5.47 y 5.57. Este dato puede estar explicado por la importancia de la cooperación y la reducción de conflictos por glosas y auditorías que se pueden presentar en los otras dos tipos de contrato planteados.

Conclusiones

En este artículo se exploran cuáles son los criterios que usan los agentes para la determinación de las formas de gobernación del intercambio económico entre prestadores y aseguradores de servicios de salud en el régi-

men contributivo en Bogotá. Esto se hace a partir de un marco de referencia en el que se triangulan diferentes aproximaciones teóricas. Éstas son la perspectiva de posicionamiento de la dirección estratégica, la economía de los costos de transacción, la teoría de la contingencia y la teoría institucional.

Conforme a las explicaciones que se dan desde estas aproximaciones conceptuales se construyeron las variables que se incorporaron en el modelo empírico de la investigación. En el estudio tan solo se identifica la frecuencia con que las IPS expresan usar los criterios referidos a las teorías que soportan el estudio.

Los resultados mostraron que los criterios más relevantes en la toma de decisiones sobre las formas de gobernación del intercambio económico de servicios de salud son los relacionados con el surgimiento de costos de transacción, que se manifiestan en la necesidad de reducir los conflictos entre las partes. Esto podría mostrar la necesidad de construir confianza en la negociación del intercambio entre prestadores y aseguradores en salud.

También se encontró que hay una racionalidad económica incipiente con relación a la disminución de costos operativos. Esta racionalidad incipiente se manifiesta en la bús-



queda de la cobertura de los costos variables, en lugar de incorporar la totalidad de los costos productivos. Ligado a este resultado también se encontró que en ocasiones los prestadores de servicios de salud no tienen influencia sobre la forma de contratación, tan solo acogen o rechazan las propuestas de las aseguradoras. Esto evidencia que en algunos casos las aseguradoras tienen un mayor poder de negociación que lo hacen valer en la definición de las formas de contratación.

Asimismo, se encontró que la cooperación entre prestadores y aseguradores de servicios de salud es una forma de gobierno del intercambio económico que se ha venido difundiendo. Este hecho muestra que en el sector se está dando un proceso de construcción de confianza, lo cual es una de las salidas más adecuadas para evitar los altos costos de transacción que se generan con el intercambio de servicios de salud mediante el mercado, así como la reducción de los costos burocráticos y los defectos en los incentivos cuando se acude a la integración vertical. Esto se puede afirmar gracias a que en los casos de cooperación se encontró un mayor nivel de satisfacción de las IPS en los casos en los que el intercambio se dio en el mercado.

La difusión de la cooperación entre aseguradores y prestadores, así como la evidencia de la búsqueda de mecanismos que apoyen la construcción de confianza entre las partes como el acudir a terceros que fungen como árbitros en el intercambio o el surgimiento de proyectos que tienen como objetivo la construcción de confianza en las relaciones comerciales son muestra de la necesidad de disponer de formas de intercambio alternativas en las que las partes se puedan proteger de comportamientos oportunistas y en los que se limite el ejercicio del poder de mercado.

En este sentido, posiblemente se deban seguir explorando la forma en se construyen alianzas y redes empresariales, así como la posibilidad de establecer reglamentaciones que faciliten la reducción de costos de transacción y permitan la explotación de economías de escala en la prestación de servicios de salud. Tal exploración pasa por abrir las puertas a diversos esquemas de integración entre prestadores y aseguradores. Algunas de estas posibilidades son las inversiones cruzadas, la cotización en bolsa de las EPS y diversos tipos de alianzas estratégicas. Se debe anotar que estas propuestas pueden hacer más fluidas las relaciones entre aseguradores y prestadores, pero no solucionan el problema fundamental del sistema que es el mantenimiento de salud de la población colombiana.

Bibliografía

- Albaum, G. 1997. The Likert Scale Revisited: An Alternative Version. *Journal of the Marketing Research Society*. 19 (2):331-348.
- Álvarez, B; Pellisé, L; Lobo, F. 2000. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8:55-70.
- Burns, T; Staker, G. 1961. *The Management of Innovation*. Tavistock. London.
- Byrne, MM. 1999. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: The Effect of Reimbursement Systems. *En: Journal of Healthcare Management*. 44 (1): 34-46.
- Chandler, AD. 1961. *Strategy and Structure*. MIT Press. Cambridge.
- David, PA. 1985. Clio and the Economics of Qwerty. *American Economic Review*. 75 (2):332-337.
- Donaldson, L. 1988. In Successful Defence of Organization Theory: A Routing of the critics. *Organization Science*. 9 (1):28-32.
- Gupta, PP; Dirsmith, MW; Fogarty, TJ. 1994. Coordination and Control in a Government Agency:

- Contingency and Institutional Theory Perspectives on GAO Audits. *Administrative Science Quarterly*. 39 (2):264-284.
- Harrigan, KR. 1985. Vertical Integration and Corporate Strategy. *Academy of Management Journal*, 28:397-425.
- Lawrence, PR; Lorsch, JW. 1967. *Organization and Environment*. Harvard Business School Press. Boston.
- Mang, PY. 1994. The Economic Organization of Innovation by R&D-Intensive Firms: An Empirical Analysis of the Biopharmaceutical Industry. Doctoral Dissertation. Harvard University. Boston.
- Madhok, A. 1996. The Organization of Economic Activity: Transaction Costs, Firm Capabilities, and the Nature of Governance. *Organization Science*. 17 (5):577-590.
- Meyer, JW; Rowan, B. 1977. Institutionalized Organizations; From Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*. 83 (2):340-363.
- Monteverde, K; Teece, DJ. 1982. Supplier Switching Costs and Vertical Integration in the Semiconductor Industry. *Management Science*. 41 (10):206-214.
- Pisano, GP. 1988. Innovation Through Markets, Hierarchies, and Joint Ventures: Technology Strategy and Collaborative Arrangements in the Biotechnology Industry. Doctoral dissertation. University of California. Berkeley.
- Porter, ME. 1985. *Competitive Advantage*. Free Press. New York.
- Robinson, JC. 2001. Organizational Economics and Health Care Markets. *Health Services Research*. 36:177-189.
- Steensma, KR; Corley, KG. 2001. Organizational Context as a Moderator of Theories on Firm Boundaries for Technology Sourcing. *Academy of Management Journal*. 44 (2):271-291.
- Stiles, RA; Mick, SS. 1997. Components of the Costs of Controlling Quality: A Transaction Costs Economics Approach. *Journal of Healthcare Management*. 42 (2): 205-219.
- Woodward, J. 1965. *Industrial Organization, Theory and Practice*, Oxford University Press. Nueva York.
- Young, GJ; Parker, VA; Charns, MP. 2001. Provider Integration and Local Market Conditions: A Contingency Theory Perspective. *Health Care Management Perspective*. 26 (2):73-79.

