

RESULTADOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS DE LA RECUPERACIÓN
DE COSTOS EN LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN MONTOS FIJOS DE
UNA EPS CONTRIBUTIVA, DESDE EL ENFOQUE DE CONTRATOS
INCOMPLETOS 2018-2019

ORLANDO HERRERA MESINO

Estudiante

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
BOGOTÁ
2021

RESULTADOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS DE LA RECUPERACIÓN
DE COSTOS EN LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN MONTOS FIJOS EN
UNA EPS CONTRIBUTIVA, DESDE EL ENFOQUE DE CONTRATOS
INCOMPLETOS 2018-2019

ORLANDO HERRERA MESINO

Trabajo de investigación para optar por el título Magíster en
Gestión y Políticas de Salud

JOHN MARULANDA RESTREPO

FREDY G. RODRÍGUEZ PÁEZ

Directores de Tesis

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

BOGOTÁ

2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, con todo mi amor, en primer lugar a Dios, por la maravillosa vida que me ha dado; ha significado una fuente de inspiración de cada paso, de cada cambio y de cada página de mi vida.

A mi amada esposa, por su apoyo incondicional, por creer en mis capacidades y soñar por un mejor futuro. A mi hijo, por los momentos que les he restado de mi presencia y por ser mi fuerza, templanza, fuente de inspiración y motivación para poder superarme cada día más.

A mis amados padres y hermanos, quienes siempre están con una palabra de apoyo y consuelo. A mis compañeros de trabajo, que me han animado a seguir cuando he pretendido abandonar, y a todos quienes siempre me brindan palabras de afecto.

Un agradecimiento a mis directores de tesis, por la paciencia y el apoyo incondicional y oportuno, brindándome su tiempo y conocimiento en forma desinteresada, para aportar y concluir este trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	10
RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN	14
1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	16
1.1 PREGUNTA PROBLEMA.....	18
2 HIPÓTESIS.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 JUSTIFICACIÓN.....	21
5 MARCO TEÓRICO	22
5.1 TEORÍA GENERAL DE CONTRATOS EN SALUD.....	22
5.2 PROGRAMAS NEOINSTITUCIONALISTAS PARA EL ESTUDIO DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL	25
5.2.1 Enfoque de contrato principal-agente	27
5.2.2 Variantes relevantes de la teoría de la agencia y su enfoque principal- agente.....	29
5.3 OTRAS TEORÍAS DE EMPRESA.....	31
5.3.1 Teoría de estructura de mercado oligopólico	31
5.3.2 Modelo de colusión	32
5.3.3 El modelo de la demanda quebrada	33
5.3.4 Modelo del liderazgo de precio	33
5.3.5 Teoría de Cournot.....	33
5.3.6 Teoría de Starckelberg.....	34
5.3.7 La competencia vía precios: el duopolio a la Bertrand.....	34
5.3.8 Teoría de Edgeworth.....	35
5.3.9 Contrato incompleto	35
6 MARCO OPERATIVO DE LOS CONTRATOS EN SALUD EN EL SGSSS DE COLOMBIA.....	38
6.1 COMPONENTES DEL CONTRATO	38
6.2 FASES DEL CICLO CONTRACTUAL.....	39

6.3	SISTEMAS DE PAGO EN COLOMBIA	41
6.4	SISTEMAS DE PAGO PROSPECTIVOS.....	42
6.4.1	Mecanismo de pago prospectivo – cápita.....	43
6.4.2	Mecanismo de pago prospectivo – pago global prospectivo.....	46
6.5	MECANISMO DE PAGO RETROSPECTIVO	48
6.5.1	Mecanismo de pago retrospectivo- evento	48
6.5.2	Mecanismo de pago retrospectivo- conjunto integral de atenciones.....	48
7	MARCO JURÍDICO	49
8	METODOLOGÍA.....	51
8.1	TIPO DE ESTUDIO	51
8.2	OBJETO METODOLÓGICO	51
8.3	DESARROLLO.....	51
8.4	ENFOQUE METODOLÓGICO.....	51
9	RESULTADOS	53
9.1	ANÁLISIS POBLACIONAL DE LA ASEGURADORA.....	53
9.2	INTERRELACIÓN CONTRACTUAL Y MECANISMO DE PAGOS.....	54
9.3	RECUPERACIÓN DE COSTO MÉDICO – CONTRATACIÓN MONTOS FIJOS.....	59
9.4	GASTO ADMINISTRATIVO	63
9.5	FASE I: IDENTIFICACIÓN DE CATEGORÍAS Y DIMENSIONES DEL ESTUDIO	64
9.6	FASE II: DESCRIPCIÓN DE CADA DIMENSIÓN POR TIEMPOS DE EJECUCIÓN.....	66
9.6.1	Normas en salud, políticas institucionales y condiciones contractuales.....	67
9.6.2	Condiciones operativas del contrato en salud.....	71
9.6.3	Alineación de actores internos	73
9.6.4	Sistemas de información.....	74
9.6.5	Suficiencia y asimetría de la información	75
9.6.6	Comunicación entre los actores.....	76
9.6.7	Impacto de gestión y conducta administrativa	78
9.6.8	Porcentaje de acercamiento y revisión técnica	79
9.6.9	Establecimiento de línea de mando y derecho de control.....	81
9.7	FASE III. ANÁLISIS CRUZADO DE LAS DIMENSIONES DE RELACIONAMIENTO EPS - IPS.....	82

10DISCUSIÓN.....	88
11CONCLUSIONES.....	90
12ANEXOS.....	93
13BIBLIOGRAFÍA.....	101

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Población afiliada EPS contributiva (años 2017, 2018 y 2019)</i>	53
<i>Tabla 2. Universo contractual por régimen (años 2017, 2018 y 2019)</i>	54
<i>Tabla 3. Universo contractual por régimen – Variación porcentual (año 2018 y 2019)</i>	55
<i>Tabla 4. Universo contractual por año y modalidad (años 2017, 2018 y 2019)</i>	56
<i>Tabla 5. Contratación por Niveles de atención (años 2017-2018-2019)</i>	56
<i>Tabla 6. Número y valores contractuales por años (2017,2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos)</i>	57
<i>Tabla 7. Comportamiento por naturaleza contractual (2017,2018 y 2019)</i>	58
<i>Tabla 8. Valores por naturaleza contractual (2017,2018 y 2019), (Cifras en millones de pesos)</i>	59
<i>Tabla 9. Recuperación montos fijos por años de gestión (comparativa T/-1 – T/0 – T/+1) (Cifras en millones de pesos)</i>	60
<i>Tabla 10. Análisis de Recuperación costo Vs valores contractuales MF (2017, 2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos)</i>	61
<i>Tabla 11. Análisis de Recuperación costo Vs valores contractuales (2017, 2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos)</i>	62
<i>Tabla 12. Gasto administrativo involucrado pre y post implementación de la Nueva Gestión administrativa (Cifras en millones de pesos)</i>	63
<i>Tabla 13. Cuadro comparativo gasto administrativo frente a la recuperación de costo médico (Cifras en millones de pesos)</i>	64
<i>Tabla 14. Análisis de acción/tiempos por dimensiones</i>	64
<i>Tabla 15. Condiciones normativas en salud</i>	67
<i>Tabla 16. Políticas institucionales</i>	68
<i>Tabla 17. Condiciones contractuales</i>	69
<i>Tabla 18. Comportamientos oportunistas y cobertura de servicios</i>	71
<i>Tabla 19. Alineación de actores internos</i>	73
<i>Tabla 20. Sistemas de información</i>	74
<i>Tabla 21. Suficiencia y asimetría de la información</i>	75
<i>Tabla 22. Comunicación entre los actores</i>	76
<i>Tabla 23. Recuperación costo médico (indicadores de medición)</i>	78
<i>Tabla 24. Porcentaje de acercamiento y revisión técnica</i>	79
<i>Tabla 25. Establecimiento de línea de mando y derecho de control</i>	81
<i>Tabla 26. Criterios y calificación</i>	82
<i>Tabla 27. Reagrupación de dimensiones de relacionamiento EPS-IPS</i>	83
<i>Tabla 28. Dimensiones de relacionamiento entre categorías (EPS-IPS)</i>	85
<i>Tabla 29. Análisis de dimensiones con mayor impacto en la matriz cruzada</i>	86
<i>Tabla 30. Análisis seis dimensiones</i>	93

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación Agente-Principal.....	27
------------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1. Porcentaje de participación de la población afiliada entre régimen (años 2017, 2018 y 2019).</i>	53
<i>Gráfica 2. Porcentaje de participación contractual por régimen y años (años 2017, 2018 y 2019).</i>	54
<i>Gráfica 3. Porcentaje de asistencia revisiones técnicas (2017 - 2018-2019).</i>	55
<i>Gráfica 4. Universo contractual por año – Variación porcentual (año 2018 y 2019).</i>	56
<i>Gráfica 5. Valores contractuales por año (2017-2018-2019) régimen contributivo. (Cifras en millones de pesos).</i>	57
<i>Gráfica 6. Porcentajes de participación de valores Contractual por año y modalidad (2017,2018 y 2019).</i>	58
<i>Gráfica 7. Comportamiento por naturaleza contractual (2017,2018 y 2019).</i>	58
<i>Gráfica 8. Porcentaje de asistencia revisiones técnicas (2017 - 2018-2019).</i>	60
<i>Gráfica 9. Porcentaje de asistencia revisiones técnicas (2017 - 2018-2019).</i>	61
<i>Gráfica 10. Análisis de Recuperación costo Vs valores contractuales (2017, 2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos).</i>	62
<i>Gráfica 11. Porcentaje de participación de contratos en recuperación de costo médico (2017, 2018 y 2019).</i>	62

GLOSARIO

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AS	Aseguramiento en salud
CF	Costo fijo
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CRES	Comisión Reguladora de Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Administradoras de Planes de Beneficios.
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ESE	Empresa Social del Estado
ET	Entidad territorial
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MF	Montos fijos
MP	Mecanismos de pago
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PAB	Plan de atención básica en salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PGP	Pago Global Prospectivo
PGP	Pago Global Prospectivo

POS	Plan Obligatorio de Salud
POS	Plan Obligatorio de Servicios de Salud
PYP	Promoción y Prevención de la Salud
RC	Régimen contributivo
RIPS	Registro individual de prestación de servicios de salud
RS	Régimen Subsidiado Seguridad Social en Salud
SGSSI	Sistema General de Seguridad Social Integral
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en salud
SISBEN	Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Seguridad social
UPC	Unidad de pago por capitación

RESUMEN

El análisis “principal-agente” de los resultados de la gestión administrativa y financiera de la EPS Contributiva, enfocada en la recuperación del costo donde se evaluaron los incumplimientos y contingencias contractuales en los mecanismos de pago prospectivos durante los años 2018 y 2019, es una tesis motivada por la necesidad de explicar, a través de la teoría, los resultados de gestión realizados al interior de la aseguradora, los cuales se enfocaron en la recuperación de los recursos de costo médico, con base en los resultados contractuales previsible o contingentes que se presentan a lo largo de la ejecución de los contratos, en la prestación de servicios de salud a la población afiliada.

Como condición para la creación de la hipótesis, se tiene en cuenta el comportamiento monetario de la EPS contributiva en temas de recuperación de costos. Se evidencia que de las modalidades de contratación, la cápita entre el 2017 y 2018 tuvo una variación del 20%, mientras que el PGP para este mismo periodo tuvo un incremento del 33%. Entre los años 2018 y 2019, la contratación para ambas modalidades de contratación tuvo un incremento del 5%. Con relación a la estrategia de recuperación de costos, se observa que en el T (-1), 2017, donde el proceso es implementado no presenta variación, los tiempos T (0) se consideran el año 2018 con una variación frente al anterior del 270% y T (+1) el 2019 con una variación de 9%, de acuerdo con su recuperación. Con relación a los montos contractuales se observa en promedio en los tres años de gestión una recuperación del 2,8%. Para cada uno de los años, el valor de recuperación vs el costo médico en salud involucrado en los contratos se generó por la orden de 1,2% para el 2017, 3,5% para el 2018 y 3,6 para el 2019

Se crea una hipótesis, asociada al papel de la política institucional, como condición principal en el comportamiento del relacionamiento entre aseguradores y prestadores, donde la influencia directa del asegurador sobre los prestadores juega un papel determinante dentro del sistema, que conlleva, de cierta manera, a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) a la modificación de sus conductas prestacionales, dejando al descubierto otras condiciones contractuales no establecidas previamente, generando desviaciones en el modelo de atención en salud inicialmente establecido.

Debido a la teoría, se identifican dimensiones concordantes con el proceso y se establecen tres grupos principales con diez dimensiones para explicar, de manera individual, el papel de cada una de ellas en la gestión administrativa y financiera de recuperación del costo. De esa forma, se implementa una herramienta de matriz cruzada, donde se pretende determinar la influencia de una categoría sobre otra y cuál es su resultado, enfocado a la priorización de causas.

En el resultado de la evaluación de la matriz cruzada, se genera contradicción a la tesis inicial, siendo que, en términos generales, los comportamientos de los asegurados y prestadores, así como su relacionamiento en el medio contractual,

están altamente influenciados por el Estado, en la medida que genera directriz y regulación en torno al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), produciendo los diferentes comportamientos por parte de los actores. Este resultado lo sustenta teóricamente la relación agente-principal, así como la teoría de los contratos incompletos y la influencia de los comportamientos oportunistas por los diferentes actores al interior del sistema.

Palabras clave: principal-agente, recuperación de costo, contingencias, Estado, mecanismos de pago en salud.

INTRODUCCIÓN

Dentro del SGSSS, propuesto mediante la Ley 100 de 1993, se establecen mecanismos requeridos para garantizar el aseguramiento y prestación de servicios de salud a la población al interior del sistema, acorde con cada régimen de salud al que estuviera afiliado.

Para la garantía del cumplimiento de ese mandato normativo, se requiere un relacionamiento entre los aseguradores y prestadores, el cual se encuentra enmarcado a través de las diferentes normativas que involucran a estos dos actores (decreto 4747/2007- ley 80/1993, etc.)

Para asegurar una gestión eficiente en esa prestación, se debe soportar en una adecuada planeación, ya que esta marca la pauta de las funciones de la organización; además de la dirección y control que deben llevarse a cabo para identificar las actividades necesarias en el control de las condiciones de salud de la población y alcanzar las metas en salud que se establezcan.

Como mecanismo para iniciar el proceso de representación de los usuarios e intervención a sus condiciones de salud, así como el de realización de gestión del riesgo de cada uno de ellos, se realiza relacionamiento con prestadores, fundamentado en la gestión integral de las condiciones de salud de la población y la garantía de la promoción de la salud.

La aseguradora cumple este mandato de relacionamiento mediante la articulación con diferentes IPS, a través de la implementación de acuerdos de voluntades en distintas modalidades contractuales o comerciales, con lo que se generan mecanismos de contratación en salud, de acuerdo con los parámetros técnicos y normativos establecidos por los organismos rectores al interior del sistema.

Dentro de las modalidades de contratación adquiridas por EPS Contributiva, se encuentran las relacionadas con los mecanismos de pagos prospectivos, en los que se tiene la capitación y los pagos globales prospectivos (PGP). La capitación, cuya finalidad es la asignación de la población a un prestador, el cual, por un valor de unidad de pago por capitación (UPC) mensual por afiliado, tiene la obligación de la prestación de servicios de salud asignados mediante nota técnica¹; y que como objetivo imparte gestionar integralmente el riesgo de los usuarios, así como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades que requieren

¹ Nota técnica: “herramienta que permite a las EPS reflejar el comportamiento de los riesgos y de los costos (Naranjo, s.f.) derivados de la atención de los afiliados, organizados por momento de curso de vida y grupos de riesgo. Contiene información estadística de una población expuesta e información matemática con las probabilidades de utilización de tecnologías en salud (frecuencia) y el costo unitario de su atención” (Marín, 2018).

intervención para la no materialización de los riesgos establecidos de manera previa por grupo de edades.

La segunda de las modalidades se relaciona con el PGP, en el que al prestador se le asigna una población con unos servicios de primer, segundo o tercer nivel de atención, a fin de garantizar la gestión del riesgo. Esta prestación genera un mecanismo de pago (de carácter global), previo estudio técnico que incluye frecuencias de prestación acorde con la población asignada, capacidad financiera de respuesta y de gestión operativa con relación a la capacidad instalada.

En el año 2018 se demostró que, acorde con las diferentes modalidades de contratación mencionadas, y realizando una comparación desde la población y servicios, no se cumplía con la totalidad de las obligaciones contractuales por parte de las IPS, donde se evidencia, en el desarrollo de la ejecución contractual, la existencia de doble pago, debido a que se paga por anticipado el valor del monto fijo, pero también se paga por evento a otros prestadores por atención de los usuarios. Esta situación amerita, de cierta forma, la implementación de procesos que permitan la recuperación del costo médico invertido en salud.

La implementación del proceso permitió determinar que, en promedio, el 3.56% del valor de la contratación general por montos fijos, presentaban desviaciones en la ejecución contractual por diferentes mecanismos y explicaciones; situación que genera impactos operacionales, administrativos y financieros en las revisiones integrales de la ejecución financiera de los contratos, y repercuten al final en las atenciones a los afiliados. Esta situación determinó la necesidad de la recuperación del recurso, que en los años 2018 y 2019 se implementó con un reintegro importante del costo, manifestando una gestión cíclica y significativa del proceso de la nueva gestión de revisión integral de los contratos.

La importancia de la gestión realizada durante esos dos años, así como la comparación entre las acciones realizadas en el antes y después de la implementación del proceso, determina un papel importante en el resultado de este, generando la necesidad de explicar, desde la teoría, dicho resultado y su impacto en los aspectos administrativos y financieros de la EPS.

1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Constitución Política de Colombia (1991), en su Artículo 48, estableció el derecho a la salud como “(...) un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”. Para cumplir este objetivo de eficiencia, universalidad y solidaridad, el Gobierno Nacional expidió la Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, de la que hace parte el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A la Ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien de consumo privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, donde los esfuerzos van dirigidos a organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes.

En este contexto, la estructura del sistema tiene cuatro núcleos funcionales interdependientes: la dirección, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que dicta las reglas básicas de operación del sistema; el financiamiento, mediante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES), que reúne las contribuciones sobre la nómina y algunos recursos fiscales; el aseguramiento, que opera en un mercado de competencia regulada a través de las EPS; y la prestación de servicios mediante las IPS. Estos actores establecen, en esencia, el mecanismo de mercado dentro del sistema, garantizando el aseguramiento, el control y la prestación de servicios de salud a una población.

Los elementos que caracterizan la relación entre EPS e IPS subyacen a la misma Ley 100 de 1993, que permite la integración vertical (no entre una misma persona jurídica) como una forma de gobernación, a modo de garantía de mejoría de costos dentro del sistema de salud; sin embargo, los agentes pueden establecer alianzas estratégicas, generalmente entre organizaciones, o acudir al mercado para la compra de servicios de salud.

También se encuentra otro aspecto que da a entender la relación entre asegurador y prestador, que se relaciona con las formas de pago. El Decreto 2423 de 1996 establece tarifas, nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios que se intercambian entre los aseguradores de los servicios de salud y las IPS (públicas y privadas). “En la práctica, este manual tarifario funciona como una referencia que usan aseguradores y prestadores para fijar los precios de intercambio” (Torres et al., 2007, 235).

En esta situación de dependencia bilateral, entre el aseguramiento y la prestación de servicios, si el intercambio se realiza a través del mercado, se generarán altos costos de transacción (fundamentalmente de tipo contractual). Estos costos se derivan de las continuas renegociaciones y adaptaciones del contrato a las nuevas condiciones. Los cambios contractuales son necesarios en la medida que surgen contingencias que

desajustan los términos iniciales acordados (Williamson, 1991). (Torres et al., 2007, p. 237)

Algunas veces se desajusta el contrato inicial adrede, “mediante argucias como la revelación incompleta de las características epidemiológicas de la población, y de las características de los procedimientos médicos, la amenaza de interrumpir el contrato u otras acciones que alteran los términos iniciales del intercambio” (Torres et al., 2005, p. 215).

Los riesgos de interrupción prematura de los contratos de prestación de servicios de salud, los costos contractuales de renegociación de las condiciones iniciales y los costos burocráticos en que se incurre para la búsqueda de información, aumentan en la medida en que los recursos médicos y los resultados de las intervenciones son especializados. (Torres et al. 2007, p. 237)

En este sentido:

Un modelo estático interesado solo en la estructura orgánica, más no en las conductas de cada uno de los agentes, unidas con las características naturales de los bienes que componen el sistema como un todo interrelacionado, se puede catalogar como incompleto e inadecuado. (Flórez, 2010, p. 87)

Los resultados administrativos y financieros de la gestión contractual administrativa y financiera, como respuesta a las asimetrías recurrentes de información y los comportamientos oportunistas de los agentes, dados por acciones e información oculta de los prestadores de servicios de salud, como consecuencia de la implementación de las modalidades de contratación y pago por cápita y prospectivos de la EPS Contributiva, no se ajustan como respuesta del prestador a la exigibilidad contractual o a las acciones de supervisión y control del principal, la EPS Contributiva.

Acorde con esta condición de mercado, EPS Contributiva, como Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), dentro de su estructura contractual, establece mecanismos de pagos prospectivos y retrospectivos como garantía de aseguramiento a la población afiliada, en un modelo muy alejado al de la integración vertical.

Dentro del esquema de aseguramiento, interactúa con los prestadores desde el primer nivel de atención, aseguramiento de la prestación de servicios de salud en un mercado de garantía a los servicios básicos. Esto lo realiza a través de la implementación de acuerdos contractuales entre el asegurador y el prestador, teniendo en cuenta las condiciones imprevistas que pueden generar un impacto a la relación.

Sin embargo, y pese a la intención de tener cubierto el mayor número de condiciones, se evidencia que existen fallos en el mercado; considerando que, si

bien existe un número de servicios incluidos de modalidades de pagos montos fijos, en muchas ocasiones estos servicios, de igual forma, se evidencian prestados por otras instituciones en modalidad de evento con la necesidad de implementación de procesos que permiten un control permanente.

Es importante esclarecer que las mediciones asociadas a la recuperación de costo y seguimiento al relacionamiento entre EPS Contributiva e IPS, no se encontraban documentados mediante la generación de indicadores, por lo que no es viable tener un comportamiento particular del proceso.

Esta situación se puede atribuir a diferentes condiciones, tales como las relacionadas con clausulados incompletos o inentendibles en el marco de la relación contractual, que dan paso a los comportamientos oportunistas por parte de los actores de la relación agente-principal, impactando en un ámbito financiero y de gestión del aseguramiento.

1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál de las teorías contractualistas de contratos incompletos, aplicables a la nueva gestión de recuperación de costos de prestación de servicios de salud de la EPS Contributiva, en relación con su red adscrita de prestadores de servicios de salud, bajo la modalidad de contratación, pago por cápita y pagos prospectivos, “montos fijos”, describe mejor sus resultados administrativos y financieros de 2018-2019?

2 HIPÓTESIS

Los resultados administrativos y financieros de la gestión contractual de recuperación de costos de la EPS Contributiva, en relación con su red adscrita de prestadores de servicios de salud, bajo la modalidad de contratación de montos fijos, que incluye la capitación y el pago global prospectivo 2018-2019, pueden ser descritos, al menos en gran parte, por la teoría de la relación de agencia, cuando se da de manera imperfecta (Martín y López, 1994). Este propende por los contratos completos cuando busca eliminar todas las posibles contingencias propias de los contratos y por el enfoque de los costos de transacción, el cual propende por los contratos incompletos (Arango y Atehortúa, 1997) y las estructuras de gobierno en las transacciones.

Si bien, el comportamiento de oferta y demanda para el país es previsible a nivel agregado, las EPS como la EPS Contributiva no las pueden prever en su totalidad, dadas las anomalías económicas que caracterizan el mercado de la salud, tales como la incertidumbre, la información asimétrica, externalidades; así como las posibles contingencias, contractuales derivadas de la atención en salud de los afiliados. “La demanda incierta impone un contrato incompleto. El deseo de minimizar la incompletitud contractual empuja a los participantes hacia los híbridos y la jerarquía” (Gorbaneff et al., 2004, p. 177).

Las características de la información que se moviliza entre los prestadores y las EPS son asimétricas y con un alto grado de dificultad al momento de realizar las validaciones pertinentes; se constituye como una condición de oportunismo por parte de las IPS. Este comportamiento genera la necesidad de implementación de procesos adicionales por parte de las EPS relacionadas con verificación, implementación y cumplimiento del decreto 4747/2008.

Los mercados diversos pueden brindar explicación acerca de los comportamientos al interior del SGSSS por los diferentes actores, de las teorías donde involucran la producción de bienes y que por parte de la población sea indistinguible por quién es producido. Esto convierte los productos en homogéneos y establece un mismo criterio de estructura sin suponer diferencias de mercado en cuanto a los productos (Franco-Giraldo, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una “descripción analítica”² de los resultados administrativos y financieros de la recuperación de costos, en las modalidades de contratación montos fijos de la EPS Contributiva, desde el enfoque de contratos incompletos 2018-2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar en secuencia temporal los resultados administrativos y financieros de la nueva forma de gestión contractual a las contrataciones por montos fijos de la EPS Contributiva, en los años 2018 y 2019, según la teoría de la agencia (que propende por los contratos completos y la teoría de los costos de transacción), contratos incompletos, anomalías o desvíos previsibles y no previsibles “signaling”, así como los posibles determinantes contractuales, regulatorios o de mercado.
2. Identificar posibles factores explicativos de los resultados administrativos y financieros de la nueva forma de gestión contractual de recuperación de costos, bajo la modalidad de contratación de montos fijos de la EPS Contributiva, en los años 2018 y 2019, según las teorías de agencia y costos de transacción y su relación plausible con cofactores regulatorios o de estructura de mercado.

² La descripción/investigación analítica es un procedimiento más complejo respecto a la investigación descriptiva, buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir (Hernandez Roberto, 2000).

4 JUSTIFICACIÓN

El interés principal de realizar esta tesis de maestría, a partir del tema “Análisis de los resultados administrativos y financieros de la recuperación de costos, en la modalidad de contratación montos fijos de la EPS Contributiva, como respuesta al incumplimiento y las contingencias contractuales desde el enfoque teórico durante el periodo 2018-2019”, nace de una reflexión personal de querer explicar, desde la teoría, la nueva gestión administrativa y financiera lograda al interior de EPS Contributiva, que permitió la recuperación de costo médico asociado a desviaciones de modelos de atención, así como aquellas condiciones contractuales que ameritaron descuentos a la facturación de los prestadores de servicios de salud.

Teniendo en cuenta que hubo momentos de evaluación, antes, durante y posterior a la planeación y ejecución de la nueva gestión de recuperación de recursos de los contratos montos fijos de la EPS Contributiva, se busca explicar la evolución en el tiempo de los criterios y/o categorías que se establezcan, con el fin de priorizar mecanismos de acción y determinar su relación directa con las teorías contractualistas de principal-agente y de contratos incompletos.

El impacto de conocer a profundidad el comportamiento contractual y financiero de los contratos montos fijos, así como su ejecución financiera, permitirá generar conciencia al interior del SGSSS, de las posibles problemáticas administrativas o contractuales que se puedan presentar en el relacionamiento con los prestadores, para así fijar estrategias de gestión que mitiguen o hagan previsibles las anomalías que puedan presentarse en la implementación o la ejecución de los contratos en salud establecidos con la red.

De igual forma, la determinación de las situaciones problemáticas, así como la implementación de la nueva gestión administrativa y financiera, tendrá un impacto definitivo en los afiliados adscritos a EPS Contributiva, toda vez que los costos en salud que puedan recuperarse tengan una reinversión.

5 MARCO TEÓRICO

En el marco de la evolución y de los cambios sociales acontecidos en el siglo XX, en el sector sanitario del mundo occidental surge la necesidad de nuevas fórmulas de gestión para adaptarse a las demandas de la sociedad. La nueva situación está marcada por los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología, la presión de los usuarios que exigen mejores servicios y, principalmente, por un gigantesco aumento de los costos, que no se respalda con evidencia respecto a una mayor eficiencia en los resultados sanitarios. (Román, 2012, p. 1)

Una gestión eficiente debe soportarse en una adecuada planeación, ya que esta marca la pauta de las funciones de la organización, además de definir la dirección y control que en ella deben llevarse a cabo, pues permite identificar los cursos de acción para alcanzar las metas establecidas, dentro de las cuales se encuentran el aumento de la productividad y la preservación de la estabilidad organizacional, que juegan un papel importante.

Los aspectos antes mencionados, llevados al ámbito del sector salud, tienen aún mayor relevancia, ya que una institución de esta índole debe estar comprometida con la eficiencia de los servicios y contemplar, a su vez, desafíos como el envejecimiento de la población, nuevas tecnologías, las presiones presupuestarias y su interconexión con la creciente complejidad de los sistemas sanitarios en busca de la productividad; también de lidiar con las crecientes expectativas de los pacientes. (Barrios, 2011, pp. 80-81)

5.1 TEORÍA GENERAL DE CONTRATOS EN SALUD

En los últimos años, lo relacionado con la accesibilidad a la prestación de los servicios de salud, cuya característica es aumentar la eficacia en función de los costos incurridos, es una de las temáticas con mayor importancia e interés entre los diferentes actores encargados del manejo de la prestación de servicios de salud, los aseguradores de la población, los usuarios y, por ende, el Gobierno.

En lo que se refiere a la salud, los hospitales y centros de salud, al igual que otros centros y servicios sanitarios, que entran dentro de la gestión directa o delegada del Estado, se han estructurado a partir de herramientas de derecho administrativo o función pública, más o menos diferenciada o especializada. (Repullo y Aguilera, 2012, p. 6)

Esta estructura obedece a la Gestión Contractual en Salud, la cual constituye una de las políticas primordiales en los esquemas de salud público y privado, dado que su accionar debe garantizar el goce adecuado de los servicios de salud dispuestos, por parte de los consumidores, proveedores y los terceros pagadores, acorde con un sistema de salud integrado.

La Gestión Contractual en Salud es un mecanismo formal de relación entre el financiador y el proveedor, en el que se permite evaluar el desempeño conforme a los resultados alcanzados, además de un equilibrio financiero permanente que involucra la financiación asumida por el primero y los objetivos misionales a cumplir por parte del segundo. La realización adecuada de esta Gestión, se determina mediante los contratos en salud, los cuales deben contener tres características importantes para el correcto cumplimiento: 1) transferencia de riesgos limitada, pero real, que busca estimular la motivación, aunque está limitada a beneficios o pérdidas marginales; 2) otorgamiento de mayor autonomía de gestión a los proveedores, cuyo propósito se centra en conseguir los objetivos y en que pueda ser atribuida la responsabilidad de la consecución (mérito o fracaso); y 3) no exigibilidad ante los tribunales, porque en caso de quiebra el financiador está obligado al rescate (Repullo y Aguilera, 2012).

“El contrato o convención es un acto por el que una parte se obliga con otra a dar, hacer o no hacer algo” (Código Civil, artículo 1495). En el objeto del contrato de prestación de servicios de la salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud realizan un compromiso con base en la atención de los usuarios que se encuentran afiliados a las Empresas Administradoras de planes de beneficios o de los entes territoriales (ET), las cuales, a su vez, generan una remuneración económica por la prestación.

Las compañías aseguradoras ofrecen a sus afiliados una cobertura, en caso de contraer una enfermedad, razón por la que el paciente no paga nunca la totalidad del costo financiero del tratamiento de salud, sino una proporción más reducida, definida por las características del contrato. Una cobertura total permite a los asegurados mantener un flujo constante de recursos, el cual no esté afectado por fluctuaciones causadas por problemas de salud imprevistos. En la práctica, las coberturas son incompletas, por lo general, aunque permiten reducir las fluctuaciones que afectan a los individuos.

Los asegurados son adversos al riesgo, por eso están dispuestos a pagar una prima, para poder recibir esta reducción de sus gastos eventuales de salud. Cuando no hay mayores problemas de información asimétrica en los mercados de seguros de salud, esta prima refleja el gasto esperado del asegurado, que depende, sobre todo, de algunas variables observables, tales como edad, género, etc. y de los costos de gestión de las compañías de seguros. (Bardey, 2014, p. 4)

En el caso de Colombia, “la contratación cuenta con un marco jurídico amplio en el sistema de salud, el cual incluye las leyes 10 de 1990, 80 de 1993 y 715 de 2001, y el Decreto 4747 de 2007” (Molina et al., 2010, p. 105).

El artículo 365³ de la Constitución Política (1991) establece la sujeción de los servicios públicos al régimen fijado por la ley. Esta circunstancia implica, dentro del SGSSS, en particular, frente a la contratación celebrada entre las EPS y las IPS, que estos acuerdos no puedan estar orientados exclusivamente por el beneficio económico que puedan reportar las partes y que deban responder al objetivo primordial de mantener o recuperar la salud, además de garantizar el acceso a los servicios de salud de los afiliados.

En el SGSSS, la celebración del contrato de prestación de servicios de salud resulta imperiosa, dada la distinción entre los roles de aseguramiento y prestación que se asignan a las EPS y las IPS, así como la limitación, también normativa, de la posibilidad de prestación directa de la totalidad de los servicios por las EPS.

El estudio de la finalidad y desarrollo de la celebración de los acuerdos de voluntades de prestación de servicios de salud del SGSSS, está constituido por el carácter autónomo de la seguridad social y el reconocimiento especial que, sobre algunos de sus elementos integrantes como la financiación, las entidades y los procedimientos, se ha efectuado en la normatividad y la jurisprudencia nacional.

De lo anterior, puede afirmarse que tanto la contratación de servicios de salud entre las EPS y las IPS dista de ser una simple manifestación de la autonomía de la voluntad de las partes, la regulación de los diversos aspectos técnicos del contrato, ya contemplada por el SGSSS, es susceptible de ser complementada y desarrollada con mayor profundidad por el regulador; esto, en pro de subsanar o disminuir las ineficiencias existentes y garantizar los mandatos que permitan: 1) evitar la discusión de estipulaciones contractuales que no resulten determinantes frente a los objetivos del sistema; 2) disminuir la negociación sobre aspectos que, por ser lo suficientemente claros, no debieran ser objeto de discusión; 3) enervar la contradicción que puede presentarse entre el interés particular de los contratantes y la necesidad de garantizar un derecho fundamental a los usuarios del SGSSS; y 4) garantizar la correcta inversión de los recursos públicos del sistema. (Villareal, 2019, pp. 6-7)

El modelo neoliberal ha centrado todo su accionar en el mercado. Múltiples esferas sociales son remplazadas por el mercado, así, en su lógica, todos los intercambios humanos están sujetos a la oferta y demanda de los agentes del mercado, iguales en sus niveles de información frente al producto. Igual ocurre con la salud, en el contexto neoliberal se han introducido los mercados, pero una nueva corriente de economistas de la salud ha señalado que la igualdad de información en el mercado de servicios de salud no es posible; donde los profesionales (antes y ahora) y los gestores introducen una asimetría de información, de tal manera que los usuarios ni participan en

³ ARTÍCULO 365. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

la escogencia del servicio ni en el proceso de atención. (Franco-Giraldo, 2012, pp. 96-97)

Aunque el mercado de los servicios de salud confirma la existencia de un intercambio de servicios entre las personas que necesitan estar sanas y los ofertantes que prestan los servicios que estas personas demandan, las características propias de los mercados en salud corresponden a mercados imperfectos. (Franco-Giraldo, 2012, p. 97)

5.2 PROGRAMAS NEOINSTITUCIONALISTAS PARA EL ESTUDIO DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL

Las teorías económicas contractuales se focalizan no tanto en la tecnología como en los acuerdos, reglas, normas y, en definitiva, en los contratos que establecen los individuos para regular sus transacciones. Dentro de las teorías contractuales, la primera distinción se establece entre el entorno institucional (“Institutional environment”) y el acuerdo institucional (“Institutional arrangement”). Según Davis y North (1971), el entorno institucional es el conjunto de reglas básicas, sociales y legales que establecen las bases para la producción, el intercambio y la distribución. Un acuerdo institucional se da entre unidades económicas, el cual gobierna las distintas formas en que estas unidades pueden cooperar y/o competir.

Los acuerdos institucionales establecen una estructura, dentro de la cual, los miembros pueden cooperar y desarrollar mecanismos que les permiten efectuar cambios en la ley o en los derechos de propiedad. Las teorías contractuales de la organización comparten, en líneas generales, el enfoque de la microeconomía neoclásica estándar, en particular sus asunciones teóricas básicas de individualismo metodológico y de comportamiento auto interesado, egoísta e intencional de las personas, que les conduce a maximizar sus funciones de utilidad en sus relaciones e intercambios. Sin embargo, las teorías económicas contractuales introducen los siguientes cambios sobre el modelo de comportamiento de los agentes de la economía neoclásica:

1. Individualismo metodológico. Las teorías económicas contractuales expanden esta hipótesis al interior de las organizaciones y de las instituciones en general. El análisis de las organizaciones (gobierno, empresa, sindicato u hospital) se plantea desde el supuesto de que están formadas por individuos que efectúan intercambios y transacciones en su seno y con el exterior.
2. Comportamiento egoísta y auto interesado. La hipótesis sobre el comportamiento egoísta de las personas, aplicable a las relaciones entre consumidores y empresas en sus transacciones de mercado, se amplía al interior de las organizaciones e instituciones tanto públicas como privadas. De esta forma, en el seno de las organizaciones, los individuos eligen sus

estrategias en la búsqueda de sus propios objetivos, dentro de los límites organizativos y contractuales existentes. Así, los objetivos del gestor no son los de los accionistas ni los de los trabajadores. La teoría de la elección colectiva sugiere que políticos, funcionarios o ciudadanos persiguen sus propios objetivos y no un hipotético interés general inespecífico. Por lo tanto, desde la perspectiva contractual, la organización sanitaria no persigue solo el interés del propietario público o privado, sino que considera, explícitamente, las preferencias y objetivos de médicos, directivos, trabajadores, accionistas (si los hubiere) y las estrategias que desarrollan en el marco de las relaciones contractuales, derechos de propiedad definidos y formas organizativas en que actúan.

3. Racionalidad limitada. La hipótesis de la capacidad limitada para procesar y adquirir información de los individuos, formulada por H. Simon (1959), ha sido incorporada por la economía de los costes de transacción y por la teoría de la elección colectiva; particularmente por el neoinstitucionalismo, representado por D. North. Su supuesto básico, como ya se ha analizado, es que las capacidades cognitivas de los individuos son limitadas. La racionalidad limitada es una importante restricción a la posibilidad de estipular contratos que contemplen todas las posibles contingencias.
4. Comportamiento oportunista. Es la búsqueda de interés propio con engaño, ocultando acciones y revelando la información de forma distorsionada; es una asunción básica en algunos de los programas de la nueva economía institucional. Los problemas de “riesgo moral” (moral hazard), el comportamiento “gorrón” (free-rider) o la “selección adversa”, pueden ser considerados como casos particulares de comportamiento oportunista.

La nueva economía institucional difiere de la microeconomía neoclásica y de las hipótesis sobre el comportamiento humano, en algunos aspectos importantes de su estrategia teórica. En primer lugar, modifica la forma de analizar y conceptualizar el mercado, las organizaciones y las formas híbridas de organización. En segundo lugar, el análisis estructural discreto adquiere predominancia sobre el análisis marginal. En tercer lugar, el concepto de eficiencia paretiana es sustituido por una aproximación orientada al análisis comparativo entre relaciones contractuales, mecanismos de incentivos y marcos organizativos e institucionales para determinar su grado de “eficiencia relativa”.

Finalmente, dadas las asunciones de racionalidad limitada y comportamiento oportunista, los contratos no pueden prever todas las contingencias ex-ante, por esto, son necesariamente incompletos, con lo que adquieren particular relevancia las estructuras de gobierno y autoridad. Desde la perspectiva contractual, la organización se concibe como un conjunto de individuos con objetivos diferentes que se relacionan a través de un conjunto de contratos incompletos, dirigidos a

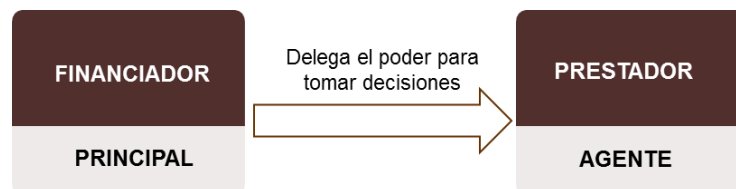
regular las transacciones económicas internas y externas de la organización. La autoridad y la jerarquía deciden, en el interior de la organización, sobre las contingencias no previstas en el contrato. A más incompletos se definen los contratos laborales, más autoridad dispondrá el propietario o el directivo para tomar decisiones; esto implica mayor flexibilidad y capacidad adaptativa, pero más discrecionalidad del decisor y, en paralelo, más incertidumbre por parte del trabajador. Cuatro paradigmas contractuales: la teoría de agencia, la teoría de los derechos de propiedad, la economía de los costes de transacción y la teoría de la elección colectiva y del cambio institucional, ofrecen interesantes aproximaciones, útiles para el desarrollo de una teoría de incentivos de las instituciones sanitarias (Martín y López, 1994).

Es importante tener claridad acerca de que los mercados, en su gran proporción, son de tipo incompletos, y que la información es suministrada a los diversos actores de manera distinta y desde posiciones completamente distantes. En virtud de ello, se observa que no hay una marcación propia de mercado (Przworski, 2015), sino relaciones de tipo económicas, desarrolladas desde diferentes perspectivas. El riesgo que se vislumbra al interior de esta condición no está relacionado con el mercado o el estado individual, sino que se enfoca en la generación de posibles colectivos que buscan un beneficio particular.

5.2.1 Enfoque de contrato principal-agente

“Una relación de agencia existe cuando una persona u organización, a quien se llama principal (financiador), delega en otra, denominada “agente” (prestador), el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo” (Oggier, 2012, p. 31).

Figura 1. Relación Agente-Principal



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

La incertidumbre es determinante para la elaboración y evaluación de los contratos de servicios de salud, así como para sus contingencias económicas sobre los

agentes. En los inciertos extremos, los agentes tratarán de reducir o trasladar el riesgo a los demás agentes del sistema, generando contratos con alta incertidumbre.

Las estructuras económicas pueden tener dos posibles arreglos (incluyendo formas mixtas): jerarquías o de mercado. Para explicar el comportamiento de las transformaciones de estructuras de gobernanza, Williamson describe tres condiciones, clasificadas así:

- a) Incentivos
- b) Controles administrativos
- c) Regímenes contractuales (Salgado, 2013).

Los incentivos pueden tener diferentes direcciones en los agentes que comparten la responsabilidad por el servicio en un mercado regulado. El objetivo económico de los médicos, si son contratados por evento, puede contraponerse a los de su hospital, si tiene un contrato en el que recibe riesgo del asegurador (Gómez et al., 2008).

Para un análisis causal, en relación con el desenlace del sistema de salud colombiano, cuando existen relaciones de agencias incompletas, aparecen efectos totalmente secundarios, tales como la demanda inducida, que se relaciona con la inducción por parte del agente de los servicios de salud, diferentes a las elecciones de los principales, si tuvieran la disponibilidad de elección, contando con los recursos informativos equivalentes para ambas partes.

La diferencia de intereses entre principal y agente, como consecuencia de la asimetría de la información, dará lugar a problemas de agencia. El principal no puede conocer en todo momento cuáles son las actuaciones del agente, ni si estas han sido las adecuadas o exigibles en función de lo pactado en el contrato. De este modo, el agente, siendo consciente de que su comportamiento pasará inadvertido para el principal, podrá actuar de la manera más beneficiosa para sus objetivos, sin que provoque, necesariamente, un mayor beneficio para el principal. Es decir, el hecho de ceder el poder de decisión al agente implica que el principal no podrá conocer el nivel ni la calidad de esfuerzo que realiza el agente.

En caso de que el resultado de las acciones del agente sí sea observable:

Se podrá inferir que este ha tomado las decisiones adecuadas o que ha realizado el esfuerzo necesario, pero habría que tener en cuenta, para analizar esta situación, que los resultados obtenidos también estarán influidos por factores exógenos que no podrán ser controlados por el agente y que no forman parte del conocimiento del principal. Así, ante un resultado final desfavorable, el agente buscará justificarlo en dichos factores que el principal desconoce, por lo que no podrá discernir entre una mala conducta del agente o cuestiones ajenas a su control, como la causa de los malos resultados. (Vásquez, 2015, p. 15)

5.2.2 Variantes relevantes de la teoría de la agencia y su enfoque principal-agente

- Teoría de la agencia con principales múltiples

Con base en la cantidad de información disponible por los individuos, las relaciones en una economía pueden adquirir un carácter contractual. En este ámbito se definen dos participantes: el principal y el agente. Las relaciones económicas, en las que una parte (el principal) desea incidir en las acciones de otra (el agente), por medio de incentivos, están presentes en el quehacer diario de la humanidad. Dentro del sector público, el rol del principal y del agente puede verse afectados por cuatro razones o problemas: la presencia de múltiples principales; la realización de múltiples tareas; la falta de competencia y la motivación de los agentes. En el caso de un sistema de salud, este esquema adquiere una connotación particular, ya que se observa que el rol del principal es asumido por el proveedor de los servicios de salud, sea un médico, una clínica, hospital o cualquier institución proveedora.

Por su parte, la característica política del gobierno de las empresas públicas implica que se enfrentan a múltiples principales (Dixit, 1996 y 1997; Martimort, 1996; Tirole, 1994). Es así como Miltnisky (2001) señala que las empresas públicas, en términos institucionales, tienen dos juegos con reglas distintas: el político y el económico; e indica la imposibilidad de dichas empresas de jugar los dos al mismo tiempo, dado que los objetivos de un juego se contradicen con los del otro (Como se citó en Domingo y Zipitría (2016).

Desde un enfoque de las empresas públicas, se evidencia que existe una ineficiencia de mercado cuando se tienen más de un principal. Esta condición conlleva a que se generen búsquedas de objetivos diferentes y, en muchos casos, contradictorio (Domingo y Zipitría, 2016); lo que genera pocos controles al desarrollo de los procesos inherentes, haciendo “free riding”⁴ entre ellos. Esta condición tiene dificultades primarias en la generación de incentivos, los cuales se encuentran debilitados por la existencia de múltiples principales, así con múltiples objetivos y productos (Beker, 2005). Por ello, Dixit (1997) argumenta que establecer una clara misión para cada agencia puede ser más importante que cualquier incentivo. Según esta argumentación, se puede tener claridad de varios problemas:

1. Donde la agencia puede intensificarse cuando un agente actúa en nombre de varios principales. Cuando esto pasa, los distintos principales deben estar de acuerdo con los objetivos del agente, pero enfrentan un problema de acción colectiva en la gobernanza, ya que los principales individuales pueden

⁴ Free riding: la acción del free rider intuitivamente se considera injusta y permitirle supone cierta ‘impunidad’.

presionar al agente o actuar de otra manera, en beneficio de sus propios intereses, en lugar del interés colectivo de todos los directores (Dixit, 1997).

2. “Los principales son comunes y tanto la eficiencia como la responsabilidad democrática se ven socavadas en ausencia de una gobernanza destacada. Este problema puede ocurrir, por ejemplo, en el poder ejecutivo, ministerios, agencias, cooperación intermunicipal, asociaciones público-privadas y empresas con múltiples accionistas” (Wikies, s.f., p. 1). La competencia entre los administradores de inversiones también puede contribuir a los problemas de agencia.

El modelo agente-principal no es flexible a la hora de modelizar las complejas relaciones que existen entre múltiples agentes y múltiples principales que se pueden encontrar en estas organizaciones, así como las distintas preferencias de cada uno de ellos (Laffont y Tirole, 1986). Cuando esta condición se da, los diversos agentes podrían incrementar sus producciones, con el bien de tener incentivos y beneficios aumentados.

El uso de indicadores proporciona información en un doble sentido. Por una parte, permite al principal transmitir sus objetivos y prioridades al agente; y, por otra, le proporciona información sobre la actuación de este último. La existencia de múltiples principales que pueden tener objetivos diferentes y que, en consecuencia, pueden diferir de los del agente, unido al carácter multidimensional del output público y, en ocasiones, a la vaguedad de los objetivos en este ámbito, lo cual hace que resulte de gran utilidad la definición y concreción de los objetivos.

A esta tarea contribuye, en gran medida, el diseño de un esquema de indicadores, que establecerá de forma explícita los objetivos que se pretenden alcanzar y la prioridad que se otorga a cada uno de ellos, sirviendo como guía de actuación al agente y como instrumento de evaluación al principal.

Por otro lado, al existir múltiples principales se plantea la cuestión de quién es el destinatario de la información que proporciona la medida de la actuación del agente. Cuando el destinatario es el responsable o gestor político, los indicadores proporcionan una información interna que no tendrá que publicarse para el uso de los indicadores como instrumento de gestión; sin embargo, esta información debería hacerse pública cuando los indicadores de gestión van asociados a un sistema de incentivos o cuando se emplean como instrumento para favorecer comportamientos competitivos. En este caso, la información que obtienen los usuarios facilitará nuevas formas de democracia participativa y potenciará la capacidad de decisión y de elección de los ciudadanos, cuando estos indicadores de actuación van unidos a otros mecanismos que favorezcan el funcionamiento de cuasimercados (elección de las agencias por parte del usuario y mayor autonomía de estas).

Por tanto, la publicidad de información no será, en principio, un requisito necesario para la gestión o la mejora de la actuación de las organizaciones, pero sí será

necesaria cuando el objetivo sea promover el control externo por parte de los usuarios. En cualquier caso, la información requerida por los gestores y por los usuarios puede ser diferente, lo que condicionará qué tipo de indicador resulta más adecuado en cada situación, en función de cuál sea la finalidad perseguida y, por tanto, de quién sea el destinatario principal de la información que proporcionan los indicadores. En relación con el tema de los incentivos, algunos autores han destacado cómo estas características específicas del sector público (multiplicidad de principales y objetivos) deberían conducir a un sistema de incentivos de más baja potencia en el sector público que en el privado, donde el número de objetivos y tareas es menor y, con frecuencia, están mejor definidos.

En concordancia, cuando se considera la estructura del sector público, no se trata solamente de una cuestión de motivación o incentivos de los empleados públicos, sino también de las distintas agencias (escuelas, hospitales, etc.). Los sistemas de incentivos, asociados a un esquema de indicadores, pueden basarse en recompensas explícitas o implícitas. Por su parte, los incentivos explícitos se dirigen a los individuos o a las agencias y, por lo general, son de carácter monetario (primas de productividad para los empleados o mayor asignación de recursos en el caso de las agencias), aunque también pueden ser individuos o mayor autonomía para las agencias.

Mientras, los incentivos implícitos se dirigen a las agencias, básicamente, y son el resultado de la respuesta de un tercero a los indicadores, como es el caso del funcionamiento de cuasimercados, donde los proveedores del servicio son recompensados por una buena actuación, a través de un mayor número de contratos. Por tanto, a la hora de estudiar los incentivos para las agencias, se encuentra, sobre todo, con dos tipos de sistemas de incentivos: uno basado en la introducción de recompensas explícitas, en función de los indicadores o medidas de actuación, y otro asociado a la introducción de formas limitadas de competencia (Chaparro et al., 2005).

5.3 OTRAS TEORÍAS DE EMPRESA

5.3.1 Teoría de estructura de mercado oligopólico

“El término “oligopolio” significa pocos productores, un número reducido de empresas que controlan la producción de cierto artículo” (Rojas, 2015, p. 4).

El oligopolio Establece la existencia de varias empresas que ofrecen un mismo producto, pero ninguna de ellas puede imponerse totalmente en el mercado. Hay por ello una constante lucha, a fin de llevarse la mayor parte de la cuota del mercado, en la que las empresas toman decisiones estratégicas, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades de la estructura empresarial de cada una. Lo trascendente en el oligopolio, por tanto, es la existencia de importantes interacciones entre los productores, no en el

número de empresas existentes en el mercado. (...) De esta manera, se forma el mercado de oligopolio, que ahora es el tipo de mercado más competitivo y abundante en todo el mundo. (Rojas, 2015, p. 4)

Se concibe, entonces, el oligopolio como el número reducido de productores que ofertan un producto exactamente igual o con pequeñas modificaciones. Existen dos tipos: 1) oligopolio de demanda (pocos compradores) y 2) oligopolio bilateral (pocos productores y pocos demandantes) (Rojas, 2015).

Al estar tan concentrada la industria, la interdependencia entre las empresas participantes hace poco útiles los intentos por definir un modelo general para esta estructura de mercado. La única característica inequívoca es que la decisión de una empresa depende, en gran medida, de las decisiones de las otras empresas que conforman el oligopolio. A esto se le llama interacción o interdependencia estratégica.

Así, se establecen varios modelos asociados al oligopolio que, de acuerdo con sus comportamientos, determinan acciones en torno al desarrollo de las actividades de mercado más destacadas.

5.3.2 Modelo de colusión

Las empresas participantes en un mercado de oligopolio pueden decidir actuar en conjunto para evitar la competencia y beneficiarse del cobro de un mayor precio, claro está, en perjuicio de los consumidores. Este comportamiento explícito se denomina colusión, y está legalmente prohibido en muchas economías capitalistas modernas. Sin embargo, la colusión puede ser implícita (colusión tácita), en la que, sin haber dialogado, las empresas fijan un precio común.

La mayor forma de colusión es el cártel, que maximiza los beneficios de los oligopolistas. Se trata de un acuerdo entre todos los productores de la industria, el cual puede tomar dos formas:

1) competencia sin precios. Cada empresa trata de mejorar la calidad, la presentación o cualquier otro factor, pero respetando el precio conjunto acordado; y 2) reparto de cuotas o mercados. A cada empresa se le asigna bien un área donde vender, bien una producción máxima que no puede sobrepasar. (Rojas, 2015, p. 7)

El mejor ejemplo de comportamiento colusorio es el cártel, el cual es un grupo de empresas que, en conjunto, establecen políticas de precios y de producción. Así que para que un cártel funcione, requiere de una demanda inelástica por el bien, como primera medida, lo que permite suponer la existencia de pocos sustitutos cercanos y alto poder de mercado; segundo, el número de miembros debe ser pequeño para poder monitorear el comportamiento de cada uno. (...) Cuando existe un modelo de colusión, las

empresas se comportan como si fueran una sola empresa, o sea como un monopolio. (Cuellar-Río, 2007, p. 8)

5.3.3 El modelo de la demanda quebrada

En este modelo se asume que todas las empresas en un mercado de oligopolio se enfrentan a dos situaciones con resultados predecibles. Si un oligopolista decide aumentar su precio, a fin de incrementar su ganancia, el resto de las empresas no lo seguirá, haciéndole perder una buena cantidad de clientes; pero si decide bajar su precio para ganar mercado, entonces el resto de las empresas sí lo seguirán, impidiéndole ganar tanto mercado como hubiera esperado. Por lo tanto, cada empresa se enfrenta a una curva de demanda quebrada al precio de mercado corriente. (Cuellar-Río, 2007, pp. 8-9)

Acerca de esta curva, “Sweezy la introdujo como una herramienta operativa para la determinación del equilibrio en los mercados oligopólicos. Esta es una explicación de por qué los oligopolistas no modifican sus precios cuando cambian las condiciones de costo y demanda” (Rojas, 2015, p. 26).

5.3.4 Modelo del liderazgo de precio

Este modelo asume que existe un oligopolista dominante y otros de menor tamaño, con capacidad para competir entre sí.

El oligopolista dominante marca la pauta y absorbe toda la demanda de mercado no cubierta por las empresas competitivas. Una vez que el líder define su precio, las seguidoras venderán tanto como puedan, al precio fijado. Mientras el líder se comporta como un monopolista, los seguidores lo hacen como competidores perfectos.

La empresa dominante, como cualquier monopolio, tiene incentivos para eliminar cualquier obstáculo que le impida tener poder de mercado absoluto y satisfacer la demanda por el bien. La empresa dominante puede fijar precios lo suficientemente bajos para estrangular a las empresas competitivas y, posteriormente, subir el precio a mayores niveles. A esta actitud se le llama “política de precios predatoria”, y los gobiernos vigilan, en la medida de sus posibilidades, su no ocurrencia. (Cuellar-Río, 2007, p. 9)

5.3.5 Teoría de Cournot

El modelo de Cournot, que fue generalizado por Nash, es un modelo económico usado para describir una estructura de industrias en la que las empresas compiten en cantidades. Existen dos empresas en el mercado con costes simétricos, las cuales producen un producto homogéneo y que

compite en cantidades (estas se determinan de forma simultánea). El objetivo de la empresa es maximizar su beneficio ($\text{Max}\Pi(q_1, q_2)$); para ello, cada una debe tener en cuenta la cantidad que va a producir la otra empresa, pues un exceso de oferta en el mercado se traduce en precios inferiores y, por tanto, menores beneficios (ya que el precio es una función decreciente de la oferta). Es decir, existen interdependencias entre las empresas, que deben tenerse en cuenta a la hora de maximizar sus beneficios. El equilibrio de Nash, por tanto, es el conjunto de niveles de producción (q_1^* , q_2^*), en el que cada una de las empresas elige el nivel que maximiza sus beneficios, dadas las expectativas sobre la elección de la otra empresa. (Balado, 2016, p. 12)

5.3.6 Teoría de Stackelberg

En esta teoría, Stackelberg presenta un modelo dinámico de duopolio, en el que una de las empresas tiene ventaja, pues conoce y anticipa el comportamiento óptimo del rival, así que optimiza a sabiendas de ello. Esta creencia que una empresa tiene sobre la forma en que sus competidores pueden reaccionar, es lo que se llama “variaciones conjeturales”. En este modelo, la empresa líder (la empresa 1, por ejemplo) decide en primer lugar, mientras que la empresa seguidora (empresa 2) decide en segundo lugar. Las empresas competirán en cantidades, y la que venda más (la empresa líder), maximizará sus ganancias.

El juego se desarrolla de forma secuencial en dos etapas: la empresa 1 determina su estrategia óptima y elige la cantidad que va a vender. Una vez que la seguidora conoce la cantidad óptima establecida por la empresa líder, determina la cantidad, sustituyendo en su función de reacción. El juego se resuelve por inducción retrospectiva: la empresa 2, dado el nivel de producción de la empresa líder, desea maximizar sus beneficios y determina la cantidad q_2 . Ahora, la empresa 1 desea maximizar su beneficio, por lo que incorporará, en su función objetivo, la función de reacción de la empresa 2, obteniendo la cantidad de equilibrio q_1 que le permitirá tener el mayor beneficio. (Balado, 2016, p. 13)

5.3.7 La competencia vía precios: el duopolio a la Bertrand

Desde la perspectiva de Bertrand, se asume que las empresas competirán en precios y no en cantidades. Las empresas producen un producto homogéneo, con la misma tecnología y costes simétricos; toda la competencia se centrará en el precio: la que tenga un precio inferior se llevará toda la cuota de mercado (por tanto, el mayor beneficio), y la empresa que tenga el precio superior no venderá ninguna cantidad de producto. El precio se fija simultáneamente y se llega al resultado de precio igual a coste marginal. Esto es fácil de deducir, pues todos los competidores tratarán de fijar el menor precio posible para ganar cuota de mercado, dado que no

pueden poner un precio inferior al coste marginal (pues obtendrían pérdidas), este será el precio de equilibrio. Esto es lo que se conoce como la paradoja de Bertrand, ya que se llega al mismo resultado que en competencia perfecta. (Balado, 2016, p. 139)

5.3.8 Teoría de Edgeworth

Se basó por sugerencias, por el crítico original de Cournot, Joseph Bertrand, quien aseguraba que la primera variable de decisión de la empresa era el precio y no la cantidad de ventas. Así que Edgeworth transformó el supuesto, original de Cournot, respecto a variaciones conjeturales en su equivalente de precio. En este modelo, las empresas no toman sus decisiones suponiendo que la otra mantiene su producción constante, sino que suponen que mantienen su precio constante. (Rojas, 2015, p. 22)

5.3.9 Contrato incompleto

“El término “contrato” es utilizado en un sentido amplio, y puede referirse a un acuerdo escrito, es decir, tomar una forma explícita, aunque también puede ser implícito y depender de un sistema de normas de conducta” (Collaccian y Gulayin, 2016, p. 5), para efectos de dar precisión a los términos con completo o no. A continuación, se definen acuerdos con sus características estructurales:

- “Contratos completos: contratos condicionados a cada posible estado del mundo. No necesariamente son óptimos” (Collaccian y Gulayin, 2016, p. 6).

Señala, a su vez, el desempeño de cada agente comprometido en la transacción; en todos los estados posibles de la naturaleza, define la distribución de los costos beneficios de la acción económica, impidiendo que los términos contractuales sean desbordados. Un acuerdo que cumple tales condiciones es un contrato contingente-completo, que tiene la característica de ser Pareto eficiente (Arango y Atehortúa, 1997).

- Contratos integrales: hacen uso óptimo de toda la información comúnmente observable, la garantiza que el contrato no necesitará renegociarse. Si la información es comúnmente observable, pero no verificable, un contrato integral estará basado en los resultados del mecanismo interno. Un contrato completo no necesariamente es integral.
- Contratos incompletos: no utilizan de manera óptima toda la información comúnmente observable. Se renegociarán en algún momento posterior (regateo). (Collaccian y Gulayin, 2016, p. 6)

En este sentido, que un contrato sea completo, implica que tiene en cuenta todas las contingencias que pueden afectar la relación entre las partes. Esta condición puede obedecer a la realización de las siguientes razones:

1. Costos de transacción: negociar un contrato es un proceso costoso, que muchas veces involucra a profesionales externos. Es intuitivo que, llegado a cierto punto, el costo de redactar una cláusula específica relativa a una contingencia improbable exceda el beneficio asociado a ello
2. No verificabilidad: en contratos explícitos existe, típicamente, una tercera parte que en alguna etapa del desarrollo de la relación contractual puede velar por su ejecución. Esta tercera parte puede ser incapaz de carecer de la voluntad para verificar los valores ex post de cierta variable sobre la que depende la mencionada ejecución. Si las partes anticipan esta incapacidad futura, relegarán la inclusión de dicha cláusula en el contrato, ya que no tiene sentido condicionar el contrato a una variable de la que nadie podrá determinar su valor en caso de disputa.
3. Racionalidad limitada: las partes pueden no contar con los medios para divisar todas las posibles contingencias asociadas con la ejecución de su contrato. En particular, puede ser muy difícil, incluso imposible, asignar probabilidad a ciertos eventos relevantes. (Collaccian y Gulayin, 2016, p. 5)

Los contratos incompletos han sido un instrumento utilizado para alinear incentivos, obligaciones y riesgos de los agentes comprometidos con alguna acción económica. Sin embargo, las limitaciones de dicho instrumento son claras cuando se trata de su elaboración, implementación y ejecución de la solución de conflictos entre las partes comprometidas con dichas acciones.

El concepto sobre lo que es un contrato incompleto surge, por diferencia, al abandonar las condiciones que debe satisfacer un contrato completo. Este último es un contrato que resuelve, en forma permanente, el problema de la motivación y el interés de los agentes, que asigna entre ellos todos los posibles riesgos.

Se consideran relevantes tres momentos para los contratos incompletos: cero (FO), previa a la ejecución de las acciones; (F1) durante la ejecución de las acciones uno y (F2), posterior a las acciones y sus resultados, entre los cuales se desarrolla una transacción entre un comprador y un vendedor, ambos neutrales al riesgo con información simétrica. Neutralidad al riesgo implica, en este contexto, que niveles adicionales de riesgo no requieren pagos adicionales de cada uno de los agentes, mientras que simetría en la información se refiere al caso en que los conjuntos de información de los agentes contienen los mismos elementos.

Algunos límites de los contratos incompletos son impuestos a través de la integración vertical y/o de los contratos de largo plazo, de la reputación de las partes y los contratos implícitos (auto obligatorios), los compromisos creíbles (garantías,

multas, etc.), la revisión de precios del contrato. Cuando estos límites automáticos no operan en la forma prevista, la renegociación directa del contrato es inminente; de otra forma, la instancia de los tribunales es necesaria.

6 MARCO OPERATIVO DE LOS CONTRATOS EN SALUD EN EL SGSSS DE COLOMBIA

Las relaciones entre aseguradoras y prestadores públicos y privados están determinadas por aspectos como la capacidad de negociación, el propósito que mueve a cada actor, las fuentes de poder y los conflictos en la contratación. Las aseguradoras tienen como propósito la rentabilidad financiera, y para lograrlo trasladan el riesgo a los prestadores. (Molina et al., 2010, p. 110)

El proceso de prestación del servicio requiere la cooperación entre las EPS y las IPS, mediante la implementación de modelos de gestión en salud que garantice la accesibilidad oportuna y de calidad a los usuarios objeto del Sistema de Seguridad Social.

La contratación es el medio para acceso de los servicios, independiente de los tipos de contratación, que tienen efectos en la calidad, los costos, el acceso, la eficiencia, la eficacia y el desempeño del sector. Por medio de la contratación se comprometen a prestar un servicio, atender a los usuarios afiliados a las EPS y/o a las personas bajo responsabilidad del ente territorial.

6.1 COMPONENTES DEL CONTRATO

El conjunto mínimo de variables comprende categorías intervenibles, a través de mecanismos reconocidos que actúan sobre la demanda, la remisión, la facturación y el pago de los servicios prestados. Esas categorías incluyen:

1. Cobertura: integra tanto el conjunto de derechos como los beneficios a que aplica ese derecho. Conjunto de personas representadas por el pagador y sujeto de los servicios contratados al proveedor. En Colombia, la cobertura está determinada por el plan de beneficios, ya sea contributivo o subsidiado.
2. Consumo: representa la relación de cantidad de bienes o servicios utilizados para el tratamiento del paciente. Esta función de consumo es la representación final de la demanda y es establecida por el médico tratante. Este es un caso particular del consumo de salud, donde el modelo de interrelación entre el médico y el paciente tiende a ser de competencia monopolística, dada la ventaja del médico en la determinación del tratamiento y la asimetría de información frente al paciente.
3. Servicio: esta categoría hace relación al modelo planteado y predeterminado por el pagador o asegurador para la atención de la población beneficiaria. Usualmente, incluye una red que puede ser cerrada, en caso de no permitir consumo por fuera de ella, o abierta con o sin restricciones. En la actualidad,

los modelos de servicio más utilizados tienden a ser funcionales dentro de los esquemas de administración gerenciada, los cuales se diseñan teniendo en cuenta incentivos al usuario, al médico y a los hospitales.

4. Precio: el riesgo financiero para el pagador disminuye en la medida en que existe una determinación previa de los precios en el contrato y se da mayor estabilidad en la frecuencia de utilización frente a patrones conocidos de servicios, en cada categoría de enfermedad o grupo diagnóstico. Por tanto, el precio es un determinante fundamental para ajustar los niveles de incertidumbre.
5. Gasto médico: dada la capacidad del médico para determinar discrecionalmente la función de consumo, el gasto médico constituye uno de los factores más importantes dentro de la relación contractual. En realidad, es la relación entre dos contratos, donde el contrato hospital y un médico actúa ex ante frente al contrato asegurador hospital, dentro del flujo de servicios (Gómez et al., 2008).

6.2 FASES DEL CICLO CONTRACTUAL

Se ha dicho que el contrato entre asegurador y hospital tiende al modelo de contrato incompleto en el SGSSS. La solución económica a un contrato incompleto es el mecanismo de ajuste contractual. Son estrategias de naturaleza económica que, a partir de la evidencia, se conoce que generan un determinado incentivo, el cual busca superar las asimetrías de información y externalidades que aumentan la incertidumbre en un mercado incompleto. Los mecanismos contractuales representan estrategias reconocidas y aplicables, que buscan modular las dos variables críticas en el equilibrio financiero de los servicios de salud: frecuencia y costo. Estos mecanismos adhieren a cada una de las cinco categorías de variables de seguimiento contractual, ya que actúan sobre cobertura, consumo, servicio, precio y gasto médico; también actúan sobre los componentes de servicios y administrativos del ciclo contractual. La temporalidad de los mecanismos frente a este ciclo puede ser:

1. *Ex ante*: cuando se han predeterminado antes de que se constituya la demanda de servicios.
2. Durante: cuando el mecanismo actúa en el momento del servicio.
3. *Ex post*: cuando su intervención se da como un reajuste a un evento de servicio o pago.

Todo contrato debe definir tanto los mecanismos como su momento de aplicación y las consecuencias derivadas de la violación del mecanismo y de su aplicación en

los tiempos acordados. El conjunto de los mecanismos contractuales representa las condiciones y deben ser parte integral del anexo técnico del contrato.

En el SGSSS, el ciclo contractual está definido en cuatro fases:

1. Constitución del derecho, afiliación y consolidación del pool de riesgo: este proceso se conoce como afiliación e incluye la focalización y la afiliación; se representa en el conjunto de población vinculada a un asegurador que recibe beneficios por parte del prestador, de acuerdo con el contrato. Sin embargo, no solo representa el número de personas y su distribución etaria y por género, sino el conjunto de los riesgos de enfermedad, principalmente, y, por ende, la potencialidad del gasto médico que representa para el asegurador y el prestador. Desde el punto de vista de los afiliados, estos se transforman en derechohabientes, respaldados por una vía de entrada al consumo, un plan de beneficios, acordado con anterioridad, y un conjunto de limitaciones a su derecho.
2. Provisión de servicios ambulatorios o de baja complejidad: la transformación de derecho habiente a demandante se origina en la presencia de enfermedad o la decisión de buscar alguna acción preventiva individual. Usualmente, la entrada se da por algún servicio de tipo ambulatorio o de baja complejidad. Por tanto, el punto crítico de estos servicios ambulatorios es la decisión de salida o derivación que constituye la entrada a los servicios de alta tecnología. Los mayores problemas para el flujo contractual son la entrada alterna por la vía urgencias y la derivación a niveles de alta tecnología de pacientes que no lo requieren. Frente al problema de urgencias, las estrategias son de tipo administrativo; en el problema de derivación, las estrategias de ajuste deben incluir incentivos y desincentivos.
3. Provisión de servicios hospitalarios o de alta complejidad: una vez se efectúa la entrada a esta plataforma de servicios, el consumo se revela ligado al gasto médico. Esta situación afecta tanto al comprador de servicios, pues se somete a consumos injustificados, de acuerdo con la evidencia, como al hospital, en tanto no exista un equilibrio entre el gasto médico y el precio acordado por el conjunto de servicios. El sistema colombiano tiene limitaciones en los hospitales públicos para el control del gasto, dada su limitada capacidad normativa para transformar el costo fijo en costo variable y montar sistemas efectivos de incentivos o productividad (Gómez et al., 2008).
4. Facturación y pago: este es el componente final del ciclo del contrato y consolida el gasto médico. Para el comprador y para el proveedor es la efectividad del sistema de facturas para contabilizar el gasto médico. En los

hospitales, el costo de facturación y su complejidad son un problema, con costos de transacción elevados.

La segmentación entre servicios ambulatorios y hospitalarios afecta la eficacia de los mecanismos de ajuste de los contratos. Una segmentación sistemática de servicios puede ser más adecuada en sistemas cerrados, como fue el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Gómez et al., 2008).

6.3 SISTEMAS DE PAGO EN COLOMBIA

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

Los sistemas de pago son determinantes para guiar el comportamiento de la demanda de servicios de salud en una población; por ello, es de suma importancia establecer diferentes sistemas de pago, dependiendo de variables como los servicios, la población, el modelo de salud, entre otros. “Los sistemas de pago generan diferentes incentivos y establece tres condicionamientos: condicionamiento a la oferta, a la demanda y a la gestión” (Oggier, 2012, p. 32).

Los sistemas de pago se pueden caracterizar en dos dimensiones: la primera es el precio a pagar por unidad de atención, que es el precio de la atención; es decir, el precio que el profesional de la salud invirtió en la prestación, valor por tecnología o el valor de las atenciones por persona; y la segunda, en relación con la distribución del riesgo, determina que por cada unidad de pago el riesgo asociado a su prestación (la variación del precio), puede aumentar o disminuir el riesgo que asumen dos actores del sistema, el asegurador o el prestador (González, 2017).

Cual sea el sistema de pago adoptado, está en íntima relación con las principales características organizacionales de este y con los objetivos que persigue.

Las relaciones existentes entre los diferentes actores del sistema, que básicamente son el usuario, el ente financiador y el proveedor, se encuentran determinadas, en gran medida, por la diferencia o la concordancia de los objetivos que persiguen, lo cual se refleja en la modalidad de pago predominante. (Buglioli, 2002, p. 198)

El modelo de contrato implica que el financiamiento y la provisión de los servicios son funciones que se encuentran separadas; en otras palabras, el financiador contrata a otra organización para que garantice la prestación de servicios de salud, acorde con las condiciones de mercado relacionadas con el SGSSS.

En este tipo de sistemas, basados en la tercerización de los servicios, se distinguen los sistemas prospectivos como la *cápita*, el monto fijo y el *leasing* de camas, de los instrumentos retrospectivos como el pago por acto médico, el módulo y el pago por día. (Oggier, 2021, p. 52)

Los sistemas de pago se pueden definir dependiendo del momento en que se determina el pago, como pagos prospectivos y retrospectivos.

6.4 SISTEMAS DE PAGO PROSPECTIVOS

El pago se realiza antes de la prestación del servicio. Este sistema está relacionado con el pago de atenciones de salud, por una población determinada, liquidada por el producto del valor establecido, la frecuencia de las atenciones o la cantidad de población. (González, 2017, p. 29)

Este tipo de mecanismo permite conocer, de antemano, los montos a ser pagados. Los sistemas de pago prospectivos requieren de trámites administrativos entre prestador-asegurador, tales como:

- Identificación de la población que está cubierta bajo esta modalidad de contratación. Consulta por parte del prestador de esta población para la prestación de servicios.
- Envío de la información de la prestación de servicios por cada usuario atendido por parte del prestador.
- Pago del valor fijado en el contrato durante el mes de prestación del servicio.
- Marcación o identificación de las tecnologías cubiertas por esta modalidad de contratación, por parte de la aseguradora y auditoría de las atenciones que solicitaron autorización bajo otra modalidad de contratación en el mismo prestador o uno diferente.
- Auditoría concurrente y auditoría en cuentas médicas de los consumos y generación de glosa o débito, de las atenciones que no se prestaron o de las atenciones que se pagaron bajo dos modalidades de contratación.
- Se requiere de un seguimiento periódico para evaluar frecuencias de uso o valor del contrato.

En el ámbito colombiano, hay tres razones que intervienen en el pago prospectivo, la primera es la ley estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015), que definió el plan de beneficios haciendo exclusiones; la segunda es que la Ley dio mayor autonomía médica, viéndose los aseguradores sin capacidad de controlar el costo médico; y la tercera es la restricción que impuso la Ley 1438 de 2011 en el artículo 52 sobre la capitación solamente a los servicios de baja complejidad. (López et al., 2019, p. 7)

Los pagos prospectivos tienen diferentes modalidades de contratación; para efectos del presente trabajo se plantean dos de importancia, acorde con el funcionamiento contractual:

6.4.1 Mecanismo de pago prospectivo – cápita

El contrato por cápita se constituye alrededor de la aceptación de un grupo de riesgo, conformado por personas ubicadas en un territorio específico. El precio per cápita se constituye sobre el valor promedio del costo de los servicios atribuibles a una persona en un periodo determinado, sobre su seguimiento contenido en una nota técnica que refleja una probabilidad esperada de uso. Por lo general, se paga en forma anticipada sobre el total del número de personas incluidas en el contrato. Debe estar predefinido y acordado un plan de beneficios, que es asumido total o parcialmente por los prestadores (públicos y privados). Por tanto, el riesgo es transferido total o parcialmente al proveedor de servicios. El elemento básico de administración en un contrato de cápita es el riesgo, inmerso en un pool de riesgo (Gómez et al., 2008).

Bajo esta modalidad de contratación, el prestador se encuentra como responsable de todos los cuidados, prestaciones y frecuencia de atención con la que un usuario es atendido. El beneficio de este sistema de pago es la disminución de la utilización de las prestaciones, el cual disminuye si aumenta su utilización (López et al., 2019).

De acuerdo con la naturaleza de los recursos, la capitación tiene dos clasificaciones que permiten realizar la contratación entre los prestadores y aseguradores, con relación al SGSSS.

1. Según cobertura de servicios

- **Cápita integral:** cuando cubre el conjunto integral de posibilidades de consumo en salud en sus diferentes niveles de complejidad, por tanto, la transferencia de riesgo es total. En el SGSSS, el conjunto de riesgo de referencia está constituido por el plan de beneficios. Un contrato de cápita integral, sin tener definido un plan de beneficios, se constituye en un contrato incompleto, donde el riesgo termina asociado a la alta incertidumbre de la probabilidad de enfermar sin acotamiento; igual sucede cuando la población no es identificable en la cápita. En estos casos, el mayor riesgo adicional es transferido a los prestadores (públicos y privados).
- **Cápita parcial:** cubre algunos segmentos de servicios según complejidad, tipo de servicios (ambulatorio u hospitalario), grupo etario o cualquier otra segmentación del plan de beneficios. En este caso, el conjunto de beneficios debe estar claramente definido. La mayor dificultad en los contratos de cápita parcial proviene de la relación entre el acotamiento seleccionado y la fracción de riesgo resultante. En estos casos, es necesario proyectar un prolongado seguimiento en nota técnica, con el fin de constituir un fundamento contractual sólido. Para la información de baja confiabilidad, será imprescindible permitir contingencias en el contrato, como resolución

anticipada o renegociación durante el periodo, a partir de los resultados frente a la nota técnica.

- **Cápita especializada:** es un conjunto de servicios definido. Cuando cubre todos los servicios asociados a una especialidad médica; suelen ser integrales en cuanto al nivel de complejidad. En estas cápitás se dan apalancamientos entre diferentes tipos de consumos y los eventos de mayor costo pueden ser determinantes. Debe considerarse la opción de escoger entre cápita especializada y conjunto integral de atenciones, dado que este último se basa en el cálculo del costo alrededor de un diagnóstico o evento, y el precio determinado puede ser más confiable que el de la cápita especializada.

2. Según cobertura poblacional

- **Cerrada:** cuando no es actualizable durante el periodo del contrato. La tasa de descargos por muerte o migración debe ser considerada en la nota técnica para que el precio sea equilibrado dentro del contrato. Este tipo de cápita protege contra la incertidumbre generada por la población, pero no contra eventualidades del consumo.
- **Abierta:** cuando es actualizable en periodos predeterminados, según novedades. Cualquier asimetría de información, consecuencia de fallos en el proceso de actualización, representa cambios en el riesgo calculado en la nota técnica. El incumplimiento en la actualización de la nota técnica debe acarrear consecuencias para el comprador de servicios. Igual por nacimientos no reportados por el hospital. Esta cápita tiene un alto costo asociado a la actualización de la información, por lo que requiere de personal con alta calificación para el análisis de información actuarial (Gómez et al., 2008).

En esta modalidad de contratación se evidencian:

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

- Prestadores de salud: los beneficios se evidencian si hay una disminución de las frecuencias de las atenciones pactadas con el asegurador. El riesgo del prestador se encuentra transferido cuando existen reclamaciones por parte de los usuarios.
- Resultados en salud: se pueden obtener dependiendo del servicio contratado mediante esta modalidad o sistema de pago. Los servicios enfocados en que los resultados estén sujetos a variables como la integración en la prestación de servicios y la disminución de tiempos administrativos, tales como prevención y promoción. Como desventaja, se evidencia derivación o remisión de pacientes, debido a la falta de resolutivez por los prestadores contratados bajo este sistema de pago; y deficiencia en el diagnóstico temprano de patologías prevenibles, por la falta de la prestación de actividades de detección temprana. Los resultados de salud esperados se pueden ver afectados por la restricción al acceso de las atenciones necesarias, a causa de que algunos prestadores buscan contener los costos.
- Costos/riesgos: el riesgo se distribuye en los actores, prestador y asegurador. En el asegurador se puede incrementar el costo médico, debido al aumento de la incidencia de patologías de alto costo diagnosticadas tardíamente, que requieren de complejidades mayores para su atención. Administrativamente, trae ventajas para el asegurador, ya que, para realizar provisiones financieras, este sistema de pago es fijo. En el prestador, el riesgo en salud se traslada a él; desde el punto de vista de costo, se garantiza flujo de caja mensual que ayuda a mantener la operación del prestador.

El sistema de pago por cápita requiere de ciertas condiciones para su contratación. Se debe realizar un análisis previo de acuerdo con ciertas condiciones.

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

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

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

Por su parte, el fortalecimiento administrativo por parte de los prestadores también se requiere en esta modalidad de contratación para la identificación del usuario que se encuentra bajo este sistema de pago, así como las actividades y los servicios, procedimientos, medicamentos o insumos cubiertos bajo la cápita, porque es indispensable para realizar o no la solicitud de autorizaciones. El consumo y facturación requieren de un grupo multidisciplinario que gestione estos procesos.

La solvencia financiera se encuentra soportada por el pago anticipado de estas actividades. Se deben tener en cuenta los procesos de auditoría, que pueden afectar mediante glosas generadas a los prestadores (González, 2017).

6.4.2 Mecanismo de pago prospectivo – pago global prospectivo

El presupuesto global prospectivo (PGP) consiste en una suma global que se establece por anticipado, con el fin de cubrir el gasto corriente de un prestador de servicios de salud durante un periodo determinado y proveer un conjunto de servicios acordados entre las EPS y un prestador de servicios de salud.

El PGP actúa como un techo para el gasto total que limita el precio y la cantidad de los servicios proporcionados, buscando facilitar el uso eficiente de los recursos y el control de costos a corto y a largo plazo. Mientras en el corto plazo las ganancias en eficiencia se relacionan con la gestión de los insumos utilizados en la prestación de servicios, en el largo plazo depende de la capacidad para relacionar la cantidad de servicios a ser ofrecidos por los prestadores con los recursos financieros recibidos.

Un PGP debe ser explícito acerca de los servicios que financia, es decir, el precio de los servicios, la calidad mínima y los estándares de calidad a ser alcanzados; los métodos y los indicadores para la medición y seguimiento de los servicios prestados; los incentivos relacionados con el nivel de cumplimiento; las disposiciones administrativas para la ejecución del contrato y los mecanismos para la verificación de la población con derecho a la atención.

El primer paso para la determinación de un PGP consiste en definir la población y los servicios a ser cubiertos, así como la asignación financiera en el año base inicial del presupuesto. Se deben realizar ajustes anuales, teniendo en cuenta la inflación, los avances tecnológicos, los cambios demográficos y en la eficiencia del sistema.

La asignación histórica perpetúa el flujo existente de recursos entre las empresas administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud, al utilizar criterios en forma similar a las transferencias presupuestarias por rubros de gastos.

Es importante considerar la posibilidad de utilizar formas mixtas para determinar el PGP, combinando, por ejemplo, la asignación histórica con la asignación mediante la capitación y el cumplimiento de criterios de desempeño definidos con anterioridad. Esto permitiría hacer la transición del modelo basado en costos históricos hacia criterios basados en el desempeño.

Al actuar el PGP, como un techo para el gasto total que limita el precio y la cantidad de los servicios proporcionados, es necesario un marco para asegurar la prestación de los servicios proporcionados y el mantenimiento de los estándares de calidad acordados. Este marco debe tener incentivos para un buen desempeño en la prestación y debe ser capaz de estimular la eficiencia.

La unidad de pago y la fórmula utilizada para la determinación del valor del PGP inciden en el comportamiento de los prestadores. Las ventajas y las desventajas de un PGP dependen del entorno donde se emplee y de los objetivos esperados por su uso.

Los PGP son muy útiles cuando se trata de pasar de presupuestos basados en transferencias presupuestarias por rubros de gasto (salarios, servicios personales asociados a la nómina, insumos y suministros hospitalarios, gastos generales y mantenimiento de equipos, entre otros) a presupuestos donde se considera la provisión específica de servicios. En este contexto, siguiendo a Maynard y Bloor (2000), como se citó en Acemi (2014), las principales ventajas de un PGP son las siguientes:

- No se vinculan los gastos con rubros de gastos específicos, por lo que los gerentes de los PSS pueden reasignar los recursos entre distintas líneas de gasto, fortaleciendo una gestión eficiente.
- Los prestadores obtienen una discreción considerable respecto al uso de recursos del presupuesto global, lo cual fortalece el proceso de descentralización en salud.
- Se entrega mayor flexibilidad a los gerentes y se hacen responsables del nivel de rendimiento.

Dado que con este mecanismo de pago se dejan en manos de PSS la determinación del proceso de entrega de la atención, se requiere la definición de mecanismos adicionales para canalizar actividades particulares, por ejemplo, la reducción de tiempos de espera para la atención de pacientes externos. (pp. 80-81)

6.5 MECANISMO DE PAGO RETROSPECTIVO

6.5.1 Mecanismo de pago retrospectivo- evento

Modalidad de contratación mediante la cual un asegurador paga a una IPS una tarifa diferenciada para la atención de actividades o procedimientos específicos de salud. El pago por evento es el que el asegurador hace al prestador del servicio por los servicios que les presta a sus afiliados, 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. La mayor parte del costo y la totalidad del riesgo los asume la institución encargada de prestar el servicio, lo que puede incidir directamente en la calidad de este. Por un lado, para obtener mayores ingresos, se puede inducir a los médicos a diagnosticar patologías más complejas de las que realmente se presentan; por otro, se genera un incentivo a que el servicio prestado sea de menor calidad, pues las empresas prestadoras buscarán obtener un excedente, reduciendo los costos del servicio por debajo del precio promedio correspondiente al caso. La prestadora de servicios tiene incentivos para realizar más tratamientos y, ante cada paciente, para controlar los costos del procedimiento.

6.5.2 Mecanismo de pago retrospectivo- conjunto integral de atenciones

El pago por conjunto integral de atenciones o por paquete, 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.

Algunos autores lo consideran una variante de la capitación con sus ventajas y desventajas. Consiste en el pago por el valor total de un tratamiento estimado con base en todas las consultas que puede requerir. Es útil, en particular, en enfermedades supuestamente prototípicas, en las que, en teoría, es fácil calcular el costo promedio y determinar las eventualidades usuales. Su campo privilegiado de uso es donde hay tratamientos estandarizados (embarazo, apendicitis, etc.). No fomenta la adquisición de tecnología de punta, ya que el pago siempre es el mismo, independiente de las ventajas tecnológicas.

7 MARCO JURÍDICO

Se enunciarán los elementos en que la legislación colombiana se refiere a las relaciones entre IPS y EPS. En primer lugar, en la Ley 100 de 1993 se permite que la forma de contratación entre EPS e IPS sea la integración vertical. Aunque una misma persona jurídica no puede ejercer las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud, es factible que un mismo grupo empresarial sea propietario de dos empresas independientes. Por otra parte, atendiendo al espíritu del pluralismo estructurado, sobre el que se construyó el SGSSS, los agentes económicos pueden optar por dos formas de contratación alternas: acudir al mercado para la compra de servicios de salud o establecer alianzas estratégicas entre organizaciones.

El segundo elemento para comprender la relación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud es la forma de pago. La legislación, en este sentido, no es muy amplia y se refiere de forma independiente al régimen contributivo y al régimen subsidiado.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 179, define el campo de acción de las EPS y determina que “Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos” (resalto propio).

Respecto al pago por servicios prestados, el primer referente está en el Decreto 2423 de 1996, en el cual se establecen tarifas, nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios que se intercambian entre los aseguradores de los servicios de salud y las IPS (públicas y privadas) para la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS). En la práctica, este manual tarifario funciona como una referencia que usan aseguradores y prestadores para fijar los precios de intercambio.

Posteriormente, se expide el Decreto 723 del 19 de marzo de 1997, que establece como campo de aplicación “regular algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud”, determinando los términos para el pago de los servicios, una vez se presente la facturación y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas. Los plazos establecidos en la norma para recepción de facturas, trámite de objeciones y pago de facturas. Es potestativo para las EPS e IPS de salud asumir lo establecido en la norma o podrán convenir en contrario.

Respecto a la forma de contratación por capitación, el Decreto 050 de 2003 señala las siguientes condiciones a cumplir: se debe garantizar la adecuada prestación de

los servicios, por esta razón, se considera como una práctica insegura contratar a una persona natural o jurídica para que realice la función de coordinar la red de prestación de servicios; no se podrá capitar la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con la misma IPS, y los pagos a las IPS deben hacerse durante los primeros diez días de cada mes. Estos son los aspectos que la legislación colombiana tiene en cuenta para regular las relaciones de contratación entre aseguradores y prestadores.

La Ley 100 de 1993 fue modificada por la ley 1122 del 9 de enero de 2007, que establece en su artículo 13 el “Flujo y protección de Los recursos”, y el literal d) determina la forma de pago para los servicios prestados a las IPS, de acuerdo con la modalidad de contratación establecida entre las EPS y la IPS.

Recientemente, y ante las dificultades que se siguen presentando en las relaciones entre prestadores y aseguradores, el Ministerio de la Protección Social expide el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007. La norma define los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, tales como pago por capitación, pago por evento y pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico; regula el trámite para las glosas de las facturas, el registro individual de prestación de salud y la responsabilidad en el recaudo de las cuotas moderadoras, entre otros aspectos.

El objeto de este decreto es la regulación 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; ampliando la aplicación del decreto, se consideran como tal las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud; las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado; las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

8 METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio enunciado en el proyecto es de carácter descriptivo, analítico y retrospectivo (2018-2019), es decir, que adelanta un comparativo antes, durante y después de los resultados administrativos y financieros de los procesos internos de la gestión contractual de recuperación de costos de prestación de servicios de salud de la EPS Contributiva*, en relación con su red adscrita de prestadores de servicios de salud, bajo la modalidad de contratación y pago por cápita y pagos prospectivos “montos fijos, organizados según diez dimensiones teóricas aceptadas del enfoque principal-agente.

*Es una empresa promotora de salud de naturaleza privada del régimen contributivo y subsidiado, brinda prestación servicios incluidos en el plan de beneficios en salud, (PBS) a nivel nacional, para la población afiliada.

8.2 OBJETO METODOLÓGICO

El objetivo es describir y relacionar la secuencia de resultados con los procesos internos de gestión contractual de la EPS Contributiva, los cuales incluyen procesos de seguimiento y evaluación contractual, según dimensiones características del enfoque principal-agente, para luego establecer los posibles factores explicativos de dichos resultados, mediante una matriz de análisis estructural de influencia y dependencia de los contenidos de las dimensiones principal-agente propuestas.

8.3 DESARROLLO

En los contenidos se identifican posibles desviaciones oportunistas del marco contractual o legal, intencionales o no, que pueden resultar ventajosas para el agente en contra de los intereses o detrimento del principal, la EPS Contributiva. Adicionalmente, sobre las posibles desviaciones que se identifiquen, estas se caracterizan según sean previsibles, “signaling”, contingentes o inesperadas, de tal forma que caractericen o describan la forma que los contratos se hacen “incompletos”.

8.4 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque epistemológico de la investigación propuesta es “sistémico”, según la consideración de una empresa como sistema abierto a un entorno de mercado regulado y a unas relaciones directas entre asegurador y prestador, las cuales es razonable caracterizar desde la teoría de la agencia y su enfoque principal-agente.

En función de lo anterior, se consideran dos dimensiones de contexto en el marco propuesto de análisis, dadas las anomalías económicas que caracterizan el mercado de la salud: la regulación normativa, de carácter específico, sobre el relacionamiento entre EPS e IPS; y la estructura de mercado, que puede afectar los resultados administrativos y financieros de la gestión contractual de la EPS Contributiva, los cuales se estudian bajo el enfoque principal-agente.

En resumen, la metodología propone tres fases, acordes a los objetivos específicos, para una descripción analítica de la experiencia de la gestión efectuada por la EPS Contributiva, previo a la implementación de las fases de análisis y descripción, se cuenta con un capítulo de resultados evidenciados por años de ejecución donde se visualiza las variaciones existentes previo y posterior a la nueva gestión administrativa.

Teniendo en cuenta que las notas a los estados financieros involucran el costo total de contratos montos fijos en un año, se generó proporcionalmente el cálculo de los valores contractuales para el régimen contributivo a partir del porcentaje de participación de la población para cada régimen.

Para efectos de análisis general, se determinaron tres fases de desarrollo, que están sujetas y determinadas por las teorías descritas en el estudio, con un análisis cualitativo y cuantitativo en términos de avances y resultados del proceso:

- **Fase I:** identificación de categorías y dimensiones de estudios.
- **Fase II:** descripción de cada dimensión por tiempos de ejecución.

En esta fase se tendrán en cuenta los tiempos y movimientos, conforme con el desarrollo de la gestión; se considerará T (-1) al tiempo previo a la implementación de los procesos; T (0) durante la implementación de los procesos y T (+1) posterior a la implementación que evalúa su resultado.

- **Fase III:** Análisis de matriz cruzada.

En esta fase se tendrán en cuenta la valoración de la influencia de los contenidos de una dimensión, con relación a los demás contenidos de otras dimensiones, se realiza mediante una escala ordinal de calificación cualitativa la cual se llevará a cabo por parte de un grupo de trabajo que adelanta la transformación a la nueva gestión administrativa.

Resultados

La gestión administrativa y contractual de la recuperación de costo, inicia desde el relacionamiento entre la EPS contributiva objeto de estudio y los diferentes prestadores de servicios de salud.

Se enfocan los resultados de acuerdo a los tiempos establecidos de previo, durante y posterior a la implementación de la nueva gestión administrativa y financiera (T/-1 – T/0 – T/+1), la cual incluye los años 2017, 2018 y 2019, necesarios para dar explicación a las variaciones presentadas.

Se tiene en cuenta el desarrollo del resultado en cuatro (4) etapas, las cuales se explican así:

- Análisis de afiliados compensados de la Aseguradora
- Interrelación contractual y mecanismos de pagos
- Recuperación de costo médico en salud
- Costo administrativo involucrado en la implementación de proceso.

8.5 ANÁLISIS POBLACIONAL DE LA ASEGURADORA

Para efectos del análisis se debe tener en cuenta la base poblacional de afiliados que por de la ADRES fueron compensados a la EPS Contributiva en los años de estudio; se realiza la revisión de acuerdo a los afiliados compensados por cada uno de los régimen en salud, para tener un comparativo analítico y descriptivo.

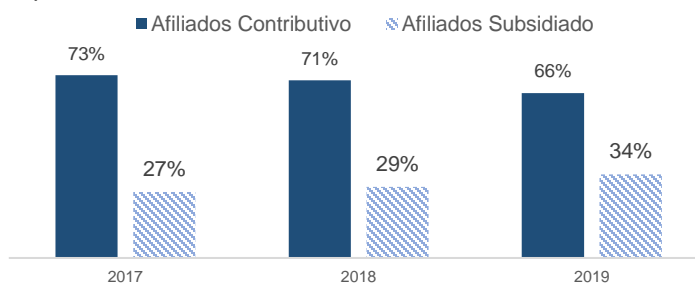
Tabla 1. Población afiliada EPS contributiva (años 2017, 2018 y 2019).

Año	Afiliados Contributivo	Afiliados Subsidiado	Total	% Vari
2017	3.277.532	1.184.518	4.462.050	N/A
2018	3.429.493	1.374.666	4.804.159	8%
2019	3.800.000	1.927.766	5.727.766	19%

Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva

Se evidencia que la población afiliada para la EPS contributiva, tiene un aumento positivo para todos los periodos de evaluación.

Gráfica 1. Porcentaje de participación de la población afiliada entre régimen (años 2017, 2018 y 2019).



Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva

Se puede evidenciar que la población contributiva es dominante con relación a la subsidiada, condición que determina que el mayor porcentaje de contratación se posiciona en el régimen contributivo, en el entendido de la garantía de la prestación de servicios de salud.

8.6 INTERRELACIÓN CONTRACTUAL Y MECANISMO DE PAGOS

La EPS contributiva, la cual se encuentra habilitadas para ambos régimen de aseguramiento dentro del sistema (R. contributivo y R. Subsidiado), recibe de parte de la ADRES, los valores de la compensación en salud (UPC), los cuales garantiza la prestación de servicios de salud a los afiliados.

La aseguradora para garantizar la prestación de servicios de salud a los afiliados, genera contratación por régimen, cumpliendo las condiciones normativas enfocadas a cada nivel de atención. Para los años 2017, 2018 y 2019, el comportamiento de contratación por régimen se dio así:

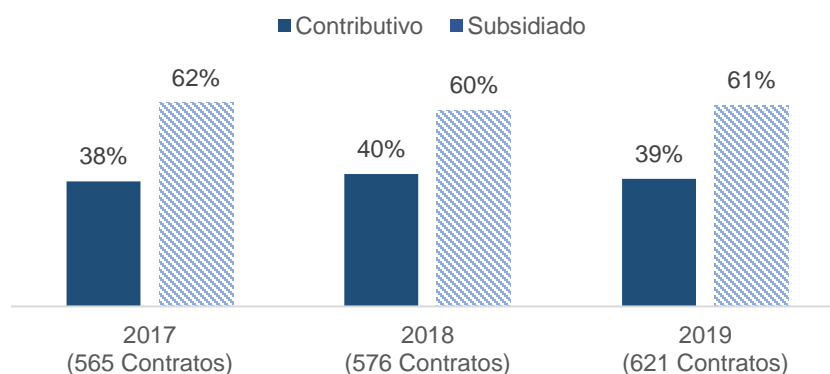
Tabla 2. Universo contractual por régimen (años 2017, 2018 y 2019).

Año	Contributivo	Subsidiado	Total	% Vari
2017	215	350	565	N/A
2018	232	344	576	2%
2019	241	380	621	8%

Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva

El régimen que presenta mayor contratación en los años 2017, 2018 y 2019 es el régimen subsidiado en comparación con el régimen contributivo; este fenómeno corresponde a que desde la perspectiva normativa, la contratación subsidiada debe llevarse a cabo con ESE de cada municipio; sin embargo para el contributivo se pueden tener un contrato que involucre varios municipios del país.

Gráfica 2. Porcentaje de participación contractual por régimen y años (años 2017, 2018 y 2019).



Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva

En general, el comportamiento contractual tiene aumentos progresivos para todos los periodos; el cual obedece a la necesidad de la garantía del aseguramiento en estas modalidades contractuales de los afiliados que ingresaron en cada uno de los años.

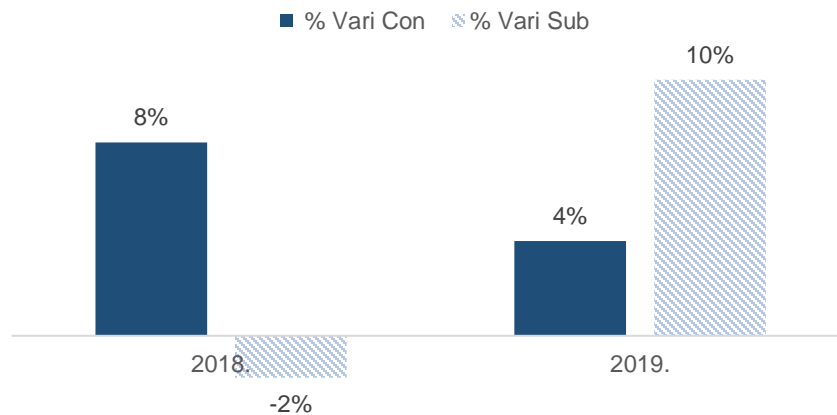
Tabla 3. Universo contractual por régimen – Variación porcentual (año 2018 y 2019).

Año	R. Contributivo	% Vari	R. Subsidiado	% Vari	Total	% Vari
2017	215	N/A	350	N/A	565	N/A
2018	232	8%	344	-2%	576	2%
2019	241	4%	380	10%	621	8%

Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva

Si analizamos los datos desagregados por año, el régimen contributivo tuvo un incremento importante en cada año, comportamiento tendiente en al aumento. Para el régimen subsidiado el primer año tuvo un descenso, sin embargo el segundo presentó una variación positiva.

Gráfica 3. Porcentaje de asistencia revisiones técnicas (2017 - 2018-2019)



Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva

De acuerdo al objeto del estudio, se realiza análisis contractual, de recuperación y el impacto administrativo; la aseguradora a través de la contratación en salud, genera contratación montos fijos (capitas y PGP), para establecer el aseguramiento en salud y la accesibilidad de los diferentes niveles de atención a la población afiliado.

En este punto es de aclarar que para el objeto del estudio se tiene en cuenta solo la contratación de los prestadores privados del régimen contributivo, toda vez que presenta el mayor porcentaje de afiliados.

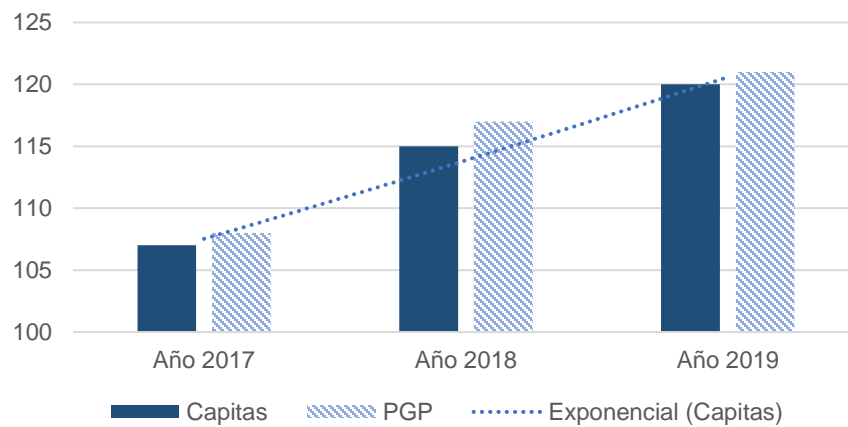
De acuerdo al número de contratos para el régimen contributivo, se visualiza el siguiente comportamiento por cantidad, años y modalidad de contratación, así:

Tabla 4. Universo contractual por año y modalidad (años 2017, 2018 y 2019).

Año	Capitas	PGP	Total	% Vari
2017	107	108	215	N/A
2018	115	117	232	8%
2019	120	121	241	4%

Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva.

Gráfica 4. Universo contractual por año – Variación porcentual (año 2018 y 2019).



Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva.

La contratación fue ascendiente, demostrando una variación positiva para todos los años. Esta condición es explicada a través del incremento proporcional del número de afiliado que se generó en cada año.

Tabla 5. Contratación por Niveles de atención (años 2017-2018-2019).

Niveles	I	% Vari	II	% Vari	III	% Vari	IV	% Vari
2017	107	N/A	21	N/A	73	N/A	14	N/A
2018	115	7%	27	29%	79	8%	11	-21%
2019	120	4%	40	48%	71	-10%	10	-9%

Fuente: 1. Informe de gestión EPS Contributiva (2017-2018-2019).

De acuerdo con lo contractual, en la tabla No.5 se encuentra la distribución por niveles de atención en general los niveles I y II tienen una variación positiva en cada año. El Nivel III que presenta una variación positiva en el primer año, pero en el segundo una disminución importante. Además el nivel IV tiene una tendencia

permanente a la disminución, puede obedecer a la migración de estos servicios a la modalidad de contratación evento.

Teniendo en cuenta que las notas a los estados financieros involucran el costo total de contratos montos fijos en un año, se generó proporcionalmente el cálculo de los valores contractuales para el régimen contributivo a partir del porcentaje de participación de la población para cada régimen.

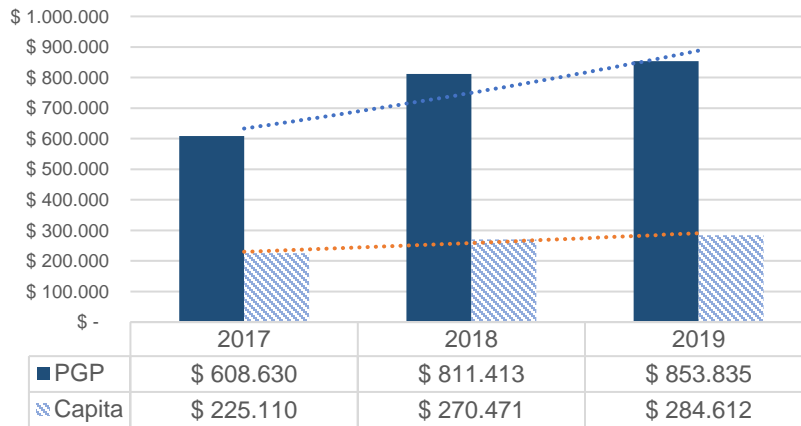
Tabla 6. Número y valores contractuales por años (2017,2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos).

	Modalidad Contractual			Valor Contratos			
	Capitas	PGP	Total	Capitas	PGP	TOTAL	% Vari
2017	107	108	215	\$225.110	\$608.630	\$833.740	N/A
2018	115	117	232	\$270.471	\$811.413	\$1.081.884	30%
2019	120	121	241	\$284.612	\$853.835	\$1.138.447	5%

Fuente: 1. Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva/ 2. Notas a estados financieros EPS contributivo 2018-2019.

Se puede apreciar en la gráfica No. 5 una variación positiva para los años 2017 a 2018 y 2018 a 2019; en términos generales la explicación al aumento entre los tres años obedece al hecho del aumento poblacional en términos de afiliación entre un año y otro. (Ver tabla y Grafica No.1)

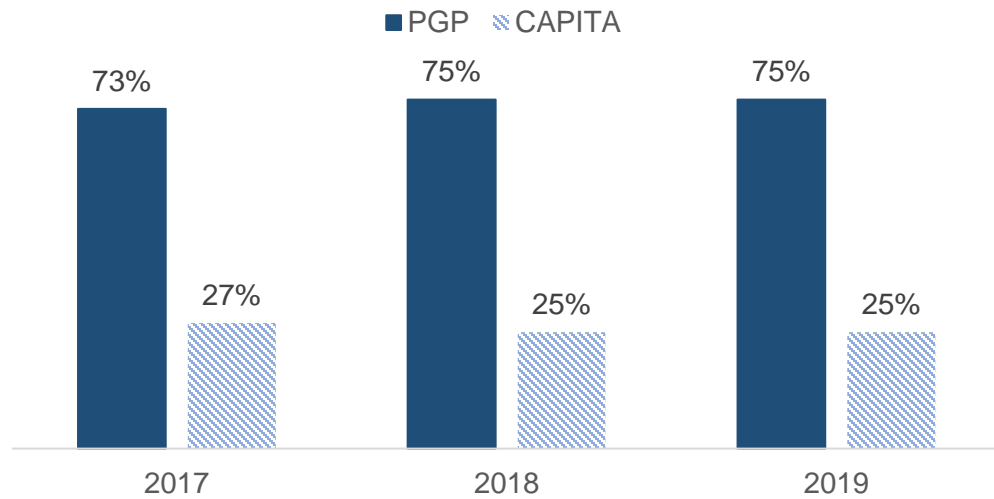
Gráfica 5. Valores contractuales por año (2017-2018-2019) régimen contributivo. (Cifras en millones de pesos).



Fuente: Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva.

Los valores contractuales para el régimen contributivo en porcentajes, se encuentran en mayor proporción en la modalidad de contratación PGP con respecto a la cápita, en un promedio de 71.56% y 28.44% respectivamente. Visto cada modalidad por año de ejecución se obtiene el siguiente comportamiento.

Gráfica 6. Porcentajes de participación de valores Contractual por año y modalidad (2017,2018 y 2019).



Fuente: Notas a estados financieros EPS contributiva 2018-2019
(Cálculo proporcional a la población afiliada por régimen).

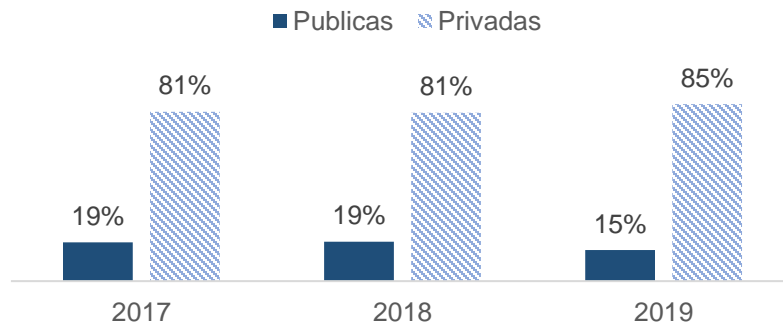
Una vez obtenido el análisis de acuerdo a cada modalidad y los valores involucrados, se profundiza acerca de la visión contractual referente a la naturaleza de cada uno de los contratos; es decir en términos nominal y en cantidades, que porcentaje de contratación se direccionó hacia los prestadores públicos con atención a población del régimen contributivo.

Tabla 7. Comportamiento por naturaleza contractual (2017,2018 y 2019).

Año	Publicas	% Vari	Privadas	% Vari	Total	% Vari
2017	40	N/A	175	N/A	215	N/A
2018	44	10%	188	7%	232	8%
2019	36	-18%	205	9%	241	4%

Fuente: Notas a los estados financieros EPS contributiva 2018-2019.

Gráfica 7. Comportamiento por naturaleza contractual (2017,2018 y 2019).



Fuente: Notas a estados financieros EPS contributiva 2018-2019.

Como se puede apreciar, el mayor porcentaje de contratación se lo lleva la red privada. Adicional es importante aclarar que la variación entre un año y otro fue tendiente al aumento para todos los casos, en el primer periodo del 2017 a 2018 aumento de 17 contratos, y para el segundo periodo del 2018 a 2019 aumento por 9 contratos.

Tabla 8. Valores por naturaleza contractual (2017,2018 y 2019), (Cifras en millones de pesos)

	Ámbito de Contrato			Valor Contratos			
	Publicas	Privadas	Total	Publicas	Privadas	Total	% Vari
2017	40	175	215	\$8.337	\$825.402	\$833.740	N/A
2018	44	188	232	\$10.819	\$1.071.065	\$1.081.884	30%
2019	36	205	241	\$11.384	\$ 1.127.063	\$1.138.447	5%

Fuente: 1. Rendición de cuentas (2018 y 2019) EPS contributiva/ 2. Notas a estados financieros EPS contributivo 2018-2019 (Calculo proporcional a la población afiliada por régimen).

Visto este análisis por valores involucrados, la variación entre un año y otro fue tendiente al aumento para todos los casos. De igual forma los valores de contratación fue más alto en la naturaleza privada que en la pública.

8.7 RECUPERACIÓN DE COSTO MÉDICO – CONTRATACIÓN MONTOS FIJOS.

Se realiza captación de datos cuantitativos, asociados con la gestión de recuperación de costo médico de los años 2017, 2018 y 2019 de EPS Contributiva, los cuales, a partir del año 2018, se implementaron como mejoramiento del proceso de gestión.

El universo de trabajo se centralizó en la totalidad de los contratos montos fijos (MF) en el régimen contributivo, que incluyen modalidades de contratación PGP⁵ y capitación de los prestadores adscritos a la red de atención de EPS Contributiva.

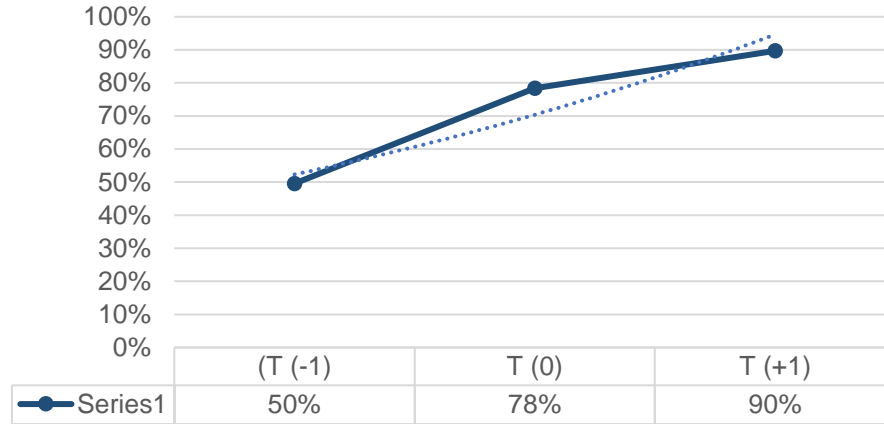
Una vez realizada la implementación de las mesas de trabajo, se obtuvo que, en comparación con los años anteriores, se generó una actualización y citación del 100 % de los prestadores con montos fijos, situación que permitió el conocimiento completo de las condiciones contractuales de cada prestador.

De acuerdo con la modalidad de trabajo establecida para el proceso, se determinó que se realizarían atenciones de manera trimestral con los prestadores con contratación MF, con el fin de realizar revisión integral de su ejecución financiera y la evaluación completa de aquellas atenciones que fueran objeto de recuperación.

⁵ (PGP) Pago Global Prospectivo

Según el comportamiento, a continuación se explica, por trimestre, el resultado de las citaciones, el cual contempla el porcentaje de citaciones vs. Asistencias a las reuniones de revisión de ejecución contractual y financiera por parte de los prestadores, en los años 2018 y 2019 y su variación frente al año 2017.

Gráfica 8. *Porcentaje de asistencia revisiones técnicas (2017 - 2018-2019)*



Fuente: (informe de gestión revisiones técnicas administrativas y financieras 2017/2018/2019))

En la gráfica No.9 se evidencia que para el año 2017 el porcentaje de asistencia a revisión integral de la ejecución contractual y financiera, por parte de los prestadores fue bajo en comparación con los otros años; para 2018 y 2019 se evidencia un aumento importante en las asistencias con gran impacto en los valores recuperados.

Con base en el número de contratos y la asistencia por parte de los prestadores, se procede con la implementación del proceso de recuperación de costo médico para los montos fijos, el cual tuvo el siguiente comportamiento:

Tabla 9. *Recuperación montos fijos por años de gestión (comparativa T/-1 – T/0 – T/+1) (Cifras en millones de pesos).*

Año	Recuperación Costo médico Contratos Montos Fijos	% Variación
2017	\$10.274	N/A
2018	\$38.005	270%
2019	\$41.490	9%

Fuente: (informe de gestión revisiones técnicas administrativas y financieras 2017/2018/2019).

El porcentaje de variación que se evidencia del primer al segundo año de gestión fue positiva, esto se explica con la implementación de la nueva gestión de recuperación, que incluyó normalización de información, disminución de asimetría de información, así como la detección de los comportamientos oportunistas que por el mismo desarrollo de las condiciones contractuales se podía evidenciar por parte

de los prestadores. Del segundo al tercer año también tiene una positividad importante en su variación; en este año ya encontramos un proceso más maduro, el cual se implementan de manera ordenada.

De acuerdo a las asistencias y las revisiones integrales de las ejecuciones financieras, se genera la recuperación de costo médico, el cual se explica a continuación:

Gráfica 9. Porcentaje de asistencia revisiones técnicas (2017 - 2018-2019)



Fuente: (informe de gestión revisiones técnicas administrativas y financieras 2017/2018/2019).

Previo a la implementación de proceso los factores asociados a la inasistencia costos de transacción y la presencia de información asimétrica e incompleta entre los actores; incentivaban a los comportamientos oportunistas que imposibilitan, el cumplimiento de condiciones contractuales establecidas. Desde la implementación de la nueva gestión administrativa y financiera se evidencia una variación positiva entre un año y otro.

Es necesario aclarar que los valores aquí involucrados, corresponden a un menor valor del costo, el cual se legaliza contablemente a través de la emisión de notas créditos por parte de los prestadores. Además dentro del costo total de montos fijos en los estados financieros, ya se encuentra legalizados y reportados en la contabilidad con un efecto de reporte neto.

Tabla 10. Análisis de Recuperación costo Vs valores contractuales MF (2017, 2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos).

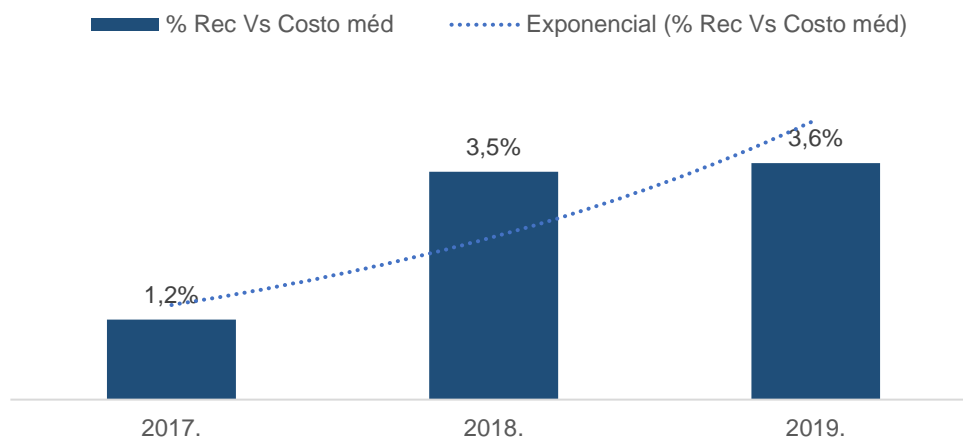
Año	Recuperación Costo	Valor Costo MF Anual	% Rec Vs Costo méd
2017	\$10.274	\$833.740	1,2%
2018	\$38.005	\$1.081.884	3,5%
2019	\$41.490	\$1.138.447	3,6%

Fuente: (informe de gestión Disminución de costo médico por generación de notas créditos/2. Notas a estados financieros EPS contributivo 2018-2019 (Calculo proporcional a la población afiliada por régimen).

De acuerdo a la tabla anterior, se puede visualizar que acorde con la comparación del costo contractual de cada año vs la recuperación de costo, tuvo un

comportamiento positivo, logrando la disminución del costo médico en salud, dejando la posibilidad de reinversión en la atención de los afiliados a la EPS contributiva.

Gráfica 10. Análisis de Recuperación costo Vs valores contractuales (2017, 2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos).



Fuente: (informe de gestión Disminución de costo médico por generación de notas créditos/2. Notas a estados financieros EPS contributivo 2018-2019 (Calculo proporcional a la población afiliada por régimen).

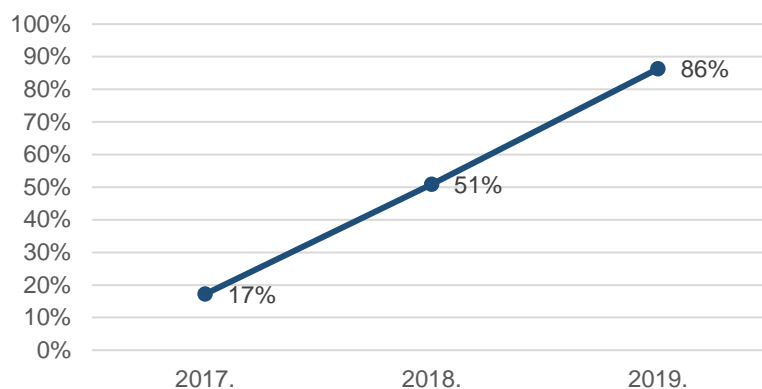
Visto en forma desagregada, se evidencia una variación positiva para todos los periodos, situación que se da acorde con la normalización de los procesos en cada una de las dimensiones teóricas de la relación agencia-principal.

Tabla 11. Análisis de Recuperación costo Vs valores contractuales (2017, 2018 y 2019). (Cifras en millones de pesos).

Año	Recuperación de costo	Número de Contratos con Recuperación	Número de Contratos en Año	% Partic.
2017	\$10.274	37	215	17%
2018	\$38.005	118	232	51%
2019	\$ 41.490	208	241	86%

Fuente: (informe de gestión disminución de costo médico por generación de notas créditos/2. Notas a estados financieros EPS contributivo 2018-2019 (Calculo proporcional a la población afiliada por régimen).

Gráfica 11. Porcentaje de participación de contratos en recuperación de costo médico (2017, 2018 y 2019).



Fuente: (informe de gestión disminución de costo médico por generación de notas créditos/2. Notas a estados financieros EPS contributivo 2018-2019 (Calculo proporcional a la población afiliada por régimen).

Realizando el análisis del número de contratos a los cuales se generó la recuperación del costo, el cual se evidencia en incremento; obedece a: 1. El acercamiento con los diferentes prestadores de montos fijos fue de manera expedita para la revisión administrativa y financiera de sus contratos. 2. Cifras de número de contratos con recuperación, se correlaciona con el porcentaje de asistencia a las mesas de trabajo. 3. Las revisiones técnicas de manera integral permitieron una recuperación de costo en casi la totalidad de los contratos Montos fijos, en aquellos en los que no se explica a través de la inasistencia a las mesas de trabajo.

8.8 GASTO ADMINISTRATIVO

Se genera un comparativo asociado a los gastos administrativos incurridos en el proceso de recuperación, visualizado desde el antes de la implementación del proceso, así como las variaciones que presentó posterior a la nueva gestión administrativa y financiera de recuperación de costo médico para costo fijos. Se tiene en cuenta los gastos en talento humano, gastos tecnológicos y proyección de viajes a las diferentes zonales.

Tabla 12. Gasto administrativo involucrado pre y post implementación de la Nueva Gestión administrativa (Cifras en millones de pesos)

Conceptos_Rubros	Pre proyecto	Post proyecto
Recurso Humano Contributivo	\$ 121	\$ 267
Búsqueda de Imágenes_Rec. Contributivos	\$ -	\$ 250
Gastos de Viajes	\$ 24	\$ 96
Procesamiento electrónico de datos	\$ 145	\$ 191
Software	\$ -	\$ 200
Asistencia técnica	\$ -	25,00
Total	\$ 290	\$ 1.029

Fuente: (informe de gestión disminución de costo médico por generación de notas créditos)

Tabla 13. Cuadro comparativo gasto administrativo frente a la recuperación de costo médico (Cifras en millones de pesos).

Conceptos_Rubros	Pre proyecto	Pos proyecto
Recuperación Costo Médico	\$10.274	\$38.005
Gasto Administrativo	\$290	\$1.029
Inversión Vs Gasto admón.	2,8%	2,7%
% Variación	N/A	-0,1%

Para este análisis, se evidencia el hecho del aumento de los valores en ejecución administrativa previo y posterior a la implementación de la nueva gestión administrativa y financiera, sin embargo para efecto comparativos en el gasto necesario versus la recuperación del recursos, se evidencia que a pesar del aumento en valor, la comparativa muestra una disminución entre un año y otro.

8.9 FASE I: IDENTIFICACIÓN DE CATEGORÍAS Y DIMENSIONES DEL ESTUDIO

De acuerdo con el estudio descriptivo,⁶ enfocado al relacionamiento entre prestadores y aseguradores, en el marco de la relación contractual de estos, se vislumbran tres categorías y diez dimensiones, mediante las cuales se podrían generar las explicaciones correspondientes al resultado de la gestión satisfactoria de la recuperación del costo médico en salud. Además del hecho, se tiene en cuenta su definición operativa, que puede situar a la dimensión en el relacionamiento teórico. Se consideraron las siguientes:

Tabla 14. Análisis de acción/tiempos por dimensiones

Categoría	n.º	Dimensiones	Definición operativa
NORMAS EN SALUD, POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y CONDICIONES CONTRACTUALES	1	Condiciones normativas en salud	Conjunto de leyes, decretos, reglamentos, resoluciones y demás instrumentos normativos, que constituye el medio más importante, por conducto del cual, el derecho cumple sus fines o, mejor aún, se orienta al logro del bien común. (Bolis, 2002, p. 444)
	2	Políticas institucionales	Es una decisión escrita que se constituye en una especie de guía o marco de acción lógico y consistente, para definir a los miembros de la organización los límites dentro de los que pueden operar ante una determinada situación. (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS], 2019, p. 4)

⁶ Estudio Descriptivo: sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado, básicamente, a través de la medición de uno o más de sus atributos.

	3	Derecho y obligaciones contractuales	Derecho de obligaciones contractuales; es el que regula las relaciones jurídico-privadas, donde los actos por los que una parte se obliga con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa; cada parte puede ser de una o muchas personas (Castro y Calonje, 2015).
CONDICIONES OPERATIVAS DEL CONTRATO EN SALUD	4	Comportamientos oportunistas en la cobertura de servicios	Posibilidad de una parte de actuar en su propio interés, incidiendo en comportamiento doloso. Es decir, el agente puede no ser honesto sobre sus intenciones, o puede intentar tomar ventaja ante eventualidades futuras que le permitan beneficiarse de la otra parte. (Williamson, 1986).
	5	Alineamiento estratégico organizacional	Acción y efecto de alinear y vincular a otros en una tendencia ideológica, política, etc., creación de acuerdos institucionales totalmente nuevos, como también, sobre todo, al examen y reelaboración cotidianos de los ya existentes (Williamson, 1985).
	6	Sistemas de información	En teoría general de sistemas, es un sistema automático o manual que comprende personas, máquinas y/o métodos organizados para agrupar, procesar, transmitir y diseminar datos que representan información de y para el usuario (Kaplan y Norton, 2008).
	7	Complejidad y asimetría de la información	La información es asimétrica e incompleta, si alguna de las partes de la negociación o del contrato, en beneficio propio, esconde o no revela información que afectaría los términos del contrato. (Córdoba, 2005, p. 49)
	8	Comunicación entre los actores	Comunicación en salud es un concepto amplio, empleado para aludir a múltiples prácticas comunicativas. Se define como el uso de técnicas y tecnologías de comunicación para informar e influenciar positivamente las decisiones individuales y colectivas que afectan la salud. (Rojas y Jarillo, 2013, p. 587)
	IMPACTO DE GESTIÓN Y CONDUCTA ADMINISTRATIVA	9	Recuperación costo médico (indicadores de medición)
10		Relaciones en una red de producción de salud	Interacciones fundamentales de la red de salud, donde se considera pertinente la aplicación de estrategias de gestión por parte de las instituciones encargadas de la regulación del sistema. (Jiménez y Montenegro, 2014, p. 107)
11		Responsabilidad de mando y control efectivo	Se considera como los niveles y/o rangos de cargos al interior de la organización; responsable de la toma de decisiones y efectividad en los controles a aplicar, enfocado a la gestión adecuada de seguimiento financiero en los contratos.

8.10 FASE II: DESCRIPCIÓN DE CADA DIMENSIÓN POR TIEMPOS DE EJECUCIÓN

De acuerdo con las teorías revisadas en el marco teórico, se hizo la selección de diez categorías, por medio de las que se pretenden explicar los resultados administrativos y financieros de la nueva gestión de la EPS Contributiva, que logró la recuperación del costo en salud, asociado a los contratos montos fijos (PGP y cápita), los cuales se desarrollan a través de la red adscrita.

Como punto de partida, se generó un análisis individualista de cada una de las categorías, acorde con las acciones y actividades que se desarrollaban previo a la implementación de la nueva gestión administrativa y financiera en la EPS Contributiva; así como la evaluación de las condiciones planeadas para sus inicios y cuáles han sido los impactos generados en virtud de la implementación de esa gestión de seguimiento de ejecución contractual y financiero de cada contrato MF.

Una vez obtenido el escenario general por variable, se procedió a documentar en la matriz de evaluación cronológica los cambios significativos que se fueron encontrando en cada variable con las diferentes acciones implementadas en cada momento. En este sentido, se tuvo como la base el análisis causal por cada uno de los tiempos de ejecución de los procesos, de los cuales se destacan tres fases (T (-1), T (0) y T (+1))

- **T (-1):** corresponde al momento previo a la planeación de acciones y para la nueva gestión de seguimiento contractual y financiero de contratos montos fijos de EPS Contributiva (PGP y cápita).
- **T (0):** corresponde a la etapa de planeación, generación de políticas y directrices para la implementación del proceso. En esta etapa se contemplan los comportamientos de los actores (EPS e IPS) para vislumbrar las posibles contingencias y desviaciones a presentar, con el fin de intervenir.
- **T (+1):** corresponde a la etapa de implementación, los resultados obtenidos y los impactos que se generan para el proceso interno de gestión y la compañía misma.

8.10.1 Normas en salud, políticas institucionales y condiciones contractuales

Tabla 15. *Condiciones normativas en salud*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>Categoría que se tomó como base para el análisis de las condiciones del proceso de la gestión de recuperación de costo en EPS Contributiva.</p> <p>Si bien, existía la regulación al interior del sistema, y por parte de la compañía se contaba con el conocimiento pleno de las mismas, estas no eran utilizadas en pro de la garantía del proceso de recuperación.</p> <p>Desde el inicio se contaba con implementación de proceso, donde la recuperación anual en promedio era \$ 10.000 millones; sin embargo, desde el análisis de proceso, se establecía esta recuperación más asociada a lo establecido contractual (frecuencias) que, propiamente dicho, vislumbraba las condiciones normativas que generaban pautas de control para no establecer dobles pagos al interior del sistema.</p>	<p>Para la etapa de planeación de la nueva gestión, se tuvieron en cuenta las regulaciones que estipulaban las condiciones necesarias para el relacionamiento con los prestadores (IPS).</p> <p>Respecto a la condición normativa en T (-1), se considera que el fortalecimiento del relacionamiento entre los actores jugó un papel importante en la implementación del proceso, ya que permitió una evaluación a las condiciones contractuales y dio paso a la implementación de acciones en pro de la recuperación del costo.</p> <p>Normas destacadas: Dec.4747/2007 – Resol. 3048/2008 – Resol. 3374/2000- circular 030- circular 01.</p>	<p>Una vez implementado el proceso, se estipuló que las normas en el SGSSS son las que soportan, técnicamente, las acciones de seguimiento y gestión contractual y financiera con los prestadores.</p> <p>Con el proceso implementado, se puede evidenciar que para el año 2018 y 2019 se obtuvo una recuperación superior en comparación con años anteriores; en promedio, el costo recuperado fue de \$ 39.500 millones anuales que, respecto a las gestiones anteriores, presenta un aumento del 80 %.</p>

Tabla 16. *Políticas institucionales*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>La implementación de políticas institucionales está íntimamente relacionada con el conocimiento de la regulación del SGSSS.</p> <p>Previo a la implementación de la nueva gestión de recuperación de costo, se contaban con algunas políticas macro de ejecución; sin embargo, por el desconocimiento de algunas condiciones regulatorias, no se podía tener un escenario integral en torno a las acciones necesarias para lograr una buena articulación y engranaje de los procesos, para llegar al fin de recuperación del recurso.</p> <p>En esta etapa, la compañía se veía abocada a una aparente asimetría de información por incumplimiento en el adjunto de RIPS, el cual representaba un 70 % de faltante; así como el comportamiento de desviación de costos en salud hacia terceros, pese a tener una contratación inicial por MF.</p>	<p>Para la etapa de planeación se vislumbró la necesidad de iniciar dando directrices operativas para el desarrollo de los procesos de recuperación de costo, a través de la gestión de seguimiento contractual y financiero.</p> <p>Se destaca la implementación de políticas enfocadas a la construcción de flujogramas de procesos, estandarización de los conceptos de seguimiento, comportamiento de prestación de servicios, atenciones a afiliados por fuera del contrato establecido, montos a reconocer al asegurador y los tiempos de respuesta, criterios de inclusión y exclusión asociado a cada modalidad contractual.</p> <p>Una de las políticas destacadas busca la mejoría de las asimetrías de información, donde el pago de los servicios de salud contratados por MF se condicionó a la completitud de la información de prestación (RIPS).</p>	<p>La implementación de políticas institucionales claras permitió el mejoramiento del flujo de información, más oportunidad en el relacionamiento con el prestador; mejoramiento de la información de prestación en un 85 % con base en las condiciones financieras, con claridad absoluta.</p> <p>Sus impactos se visualizaron en el logro de acercamientos, participación e interrelación de las diferentes áreas de la compañía y con los prestadores, que aportaban información al proceso, alcanzar y finalizar la recuperación de los recursos de la compañía.</p> <p>Claramente se observa un mejor comportamiento en ejecución contractual, se disminuyó la brecha de asimetrías de información por parte de los prestadores, los cuales garantizaron la completitud de la información y un enfoque hacia una calidad adecuada de la misma.</p>

Tabla 17. *Condiciones contractuales*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>En esta etapa, el análisis de las condiciones contractuales, visto desde la ejecución de las actividades, se consideraba que, si bien se estipulaban en los contratos las condiciones de cumplimiento y acuerdos entre las partes, al momento del seguimiento de esa ejecución contractual y financiera no se contaba con la completitud de los elementos necesarios para generar un escenario integral.</p> <p>En ese momento, con los 340 contratos que existían de montos fijos para el régimen contributivo, no se tenía pleno conocimiento de las condiciones contractuales pactadas, lo que hizo que no se diera el cumplimiento estricto por parte del prestador, ni se generara una revisión integral de la ejecución de esa contratación (oportunidad, metas de ejecución y cumplimiento de los servicios pactados).</p>	<p>En este punto se hizo necesario realizar un análisis completo e integral de los contratos en cada una de las modalidades de montos fijos; además de conocer a fondo la estructura y componente relacionados con los tiempos de cumplimientos, servicios, insumos, descuentos y penalizaciones, que permitiera dar los insumos necesarios para el logro y garantía de la recuperación de los recursos.</p> <p>Una vez estipulada esta revisión, se hizo necesario conocer a detalle, y de forma individual, las condiciones contractuales de cada uno de los prestadores que, aunque existía un patrón general para cada modalidad, las condiciones geográficas, los riesgos existentes, las demandas normativas y las características poblacionales generaban, eventualmente, la necesidad de direccionamiento diferente entre una zona y otra, permitiendo un impacto significativo en el desarrollo del proceso de recuperación que condicionaba la forma en que se</p>	<p>Aunque los cambios a nivel de redacción de las cláusulas contractuales fueron mínimos, y estuvieron enfocados a aclaraciones en torno a los descuentos a aplicar, la percepción y el entendimiento de lo pactado en esa relación contractual, marcaron un camino más claro y contundente a la hora de generar las revisiones técnicas de la ejecución contractual con los 352 contratos [aumento del 3 % con relación a T (-1)]. De manera bilateral, se establecieron criterios claros e indicadores de medición permanentes que permitieran el conocimiento en tiempo real del comportamiento de cada uno de los contratos celebrados.</p> <p>Para la etapa de ejecución, con la implementación de los acercamientos con el 100% de los prestadores que ejecutaban contratación de montos fijos (CF), se permitió llegar a la actualización del 100 % de las mallas de notas técnicas contratadas, aterrizadas a cada una de las particularidades contractuales de cada prestador. Esto generó un mejor funcionamiento del proceso para la identificación de los</p>

T (-1)	T (0)	T (+1)
	<p>generaba la intervención y el seguimiento.</p> <p>En relación con la etapa anterior, durante la planeación del proceso de revisión de ejecución financiera, las características como actas de negociación y anexos contractuales fueron cruciales para el apalancamiento del proceso. Con base en esa documentación, la actualización de las notas técnicas de cada uno de los prestadores permitió la parametrización de servicios de salud alineadas a la contratación en un 80 %, posibilitando el conocimiento a profundidad de los servicios y población asignada para cada uno de los municipios, basados en su modalidad contractual.</p>	<p>servicios desviados, así la como mejoría en la calidad de la información con menor asimetría. Otro de los puntos importantes a desarrollar en este tema en mejoría de proceso, tiene que ver con los tiempos de revisión de la información, que se redujeron en un 50 %.</p>

8.10.2 Condiciones operativas del contrato en salud

Tabla 18. *Comportamientos oportunistas y cobertura de servicios*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>Previo a la implementación de las nuevas políticas, el proceso de recuperación de recursos se explica desde la óptica de servicios y afiliados adscritos a un contrato costo fijo y que, al momento de identificación de atenciones en otras modalidades, se encontraban en una prestación en modalidad de evento.</p> <p>Este comportamiento pudiera obedecer al control minúsculo existente desde el asegurador, donde se le asignaba una población y servicios al prestador, con el principio de confianza basada en ese acuerdo de voluntades, en el que se daba por hecho la ejecución de la totalidad de las condiciones contractuales pactadas, sin controles desde el asegurador a los procesos de ejecución.</p> <p>Este fenómeno se puede explicar desde la responsabilidad que se debe asumir como prestador en la garantía de la</p>	<p>El número de casos asociados a prestaciones de salud por fuera de la contratación por montos fijos era significativo (16 % en relación con los valores mensuales contratados con los prestadores). Al identificar las principales causas que llevaban a esta conducta de prestaciones de mismos servicios por fuera del contrato, se estableció que la no claridad de los servicios contratados (nota técnica) conllevaba, de manera bilateral, a generar autorizaciones de servicios en modalidad de evento, impactando el costo médico de la compañía. Esto se explica por la aparente asimetría de información y las claridades contractuales. Como resultados de las mesas de trabajo, se evidenció que, en gran porcentaje, el asegurador no generaba las notificaciones correspondientes de las bases de datos de afiliados, imposibilitando la gestión adecuada de los afiliados. Sin embargo, por parte del prestador, a pesar de que contaban con el 100 % de la información</p>	<p>Una vez implementado el proceso, se generó la alineación desde el asegurador, donde garantizó, mensualmente, la notificación de las bases de afiliados adscritos a cada contrato; y de manera diaria, el reporte de las novedades de afiliación, retiro o suspensión de los afiliados, facilitando la gestión oportuna y eficaz por parte de los prestadores.</p> <p>Con esta acción se buscó disminuir las asimetrías y brechas de información existentes, así como la posibilidad de articular el trabajo de prestación a los afiliados de manera directa; se visualizó el impacto significativo en la disminución de las desviaciones de modelos, pasando del 16 % antes de la implementación del proceso al 9 %, respecto a los valores facturados cada mes por los montos fijos.</p> <p>De igual forma, se implementaron otros mecanismos de control, en los que la nueva gestión de seguimiento</p>

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>prestación de servicios de salud a los afiliados.</p> <p>Esto lleva a pensar en la posibilidad de la existencia de un comportamiento oportunista por parte de los prestadores, ya que, al no tener un control normalizado de la ejecución contractual y financiera, existía la posibilidad de la evasión de la prestación y el direccionamiento indebido a EPS Contributiva para la generación de autorizaciones y garantía de la prestación.</p>	<p>de los afiliados, no generaban las actividades contratadas dentro de sus montos fijos, provocando la desviación del modelo.</p> <p>A partir de esta identificación, la notificación previa de lo contratado, la información diaria de información del afiliado, las novedades de afiliaciones y las notificaciones de autorizaciones, jugaron un papel fundamental para generar notificaciones permanentes a los prestadores e iniciar un proceso de captación y prestación de servicios adecuados, con unos controles importantes.</p>	<p>administrativo y financiero tiene un comportamiento similar a la auditoría, ya que busca la garantía de no generar doble costo a pacientes que se encuentran incluidos en montos fijos. Esto, a su vez, hizo posible la creación de herramientas tecnológicas que permitiera al prestador conocer, de manera diaria, las autorizaciones emitidas a los afiliados que se encuentran adscritos a ese contrato.</p> <p>Desde una mirada crítica y en concordancia con la operación contractual, el hecho de una alerta previa a la materialización de los hechos (desviación de modelo) y la identificación de servicios desviados, acorde con la nota técnica en un 100 %, permitió que los comportamientos asociados a negación de servicios por parte de los prestadores se normalizaran, generando una desviación, en promedio, en los años 2018 y 2019, de un 8 % a 9 % por facturación mensual.</p>

8.10.3 Alineación de actores internos

Dentro del proceso de seguimiento financiero participan áreas relacionadas con la vicepresidencia de salud y vicepresidencia financiera, donde se hace el seguimiento correspondiente, de acuerdo con los tiempos establecidos del cumplimiento de indicadores de calidad; de igual manera con los servicios contratados, la población asignada y la ejecución financiera de cada uno de los contratos. Según los tiempos de planeación y ejecución se obtienen los siguientes comportamientos.

Tabla 19. *Alineación de actores internos*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>Para este punto, en torno en este tiempo, la sincronía necesaria entre las áreas para dar cumplimiento integralmente al seguimiento de la ejecución financiera de cada contrato no existía entre los actores, lo que generaba fugas de tipo administrativas que no eran controladas, mostrando un proceso débil, sin la garantía necesaria para la recuperación de aquellas desviaciones evidenciadas en los contratos.</p>	<p>Se procede con el acercamiento con cada una de las áreas, estableciendo las necesidades de los procedimientos y concordando, mediante la estipulación de procesos, cuáles son las entradas y salidas de cada uno, así como el producto a entregar. Se crea la necesidad de la centralización en el área de la revisión de la ejecución financiera, por lo que se logra una sincronía en la información y el reporte. Al momento de la revisión técnica con los prestadores, se crea un solo canal de comunicación, generando credibilidad ante los terceros y una armonía en proceso.</p>	<p>La sincronización en tiempos y de información que se ha logrado con los actores internos de la compañía, ha permitido un mejor desarrollo del proceso y una recuperación de recursos importantes, vista desde las diferentes condiciones contractuales establecidas con los prestadores. El aumento de recuperación de recursos se ha evidenciado en un 145 % con relación a años anteriores.</p> <p>El aumento de la recuperación subyace al hecho de un mayor control y una sincronización, se desvirtúa el hecho que antes de la implementación los esfuerzos eran mínimos. Aquí se evidencia la unificación de estrategias y actividades implementadas, como el desarrollo grupal.</p>

8.10.4 Sistemas de información

Este concepto juega un papel fundamental en la interacción permanente con los prestadores, ya que demarca los puntos de partida para un correcto funcionamiento operativo de la ejecución contractual; además, se considera importante para la medición de indicadores de calidad, cumplimiento y ejecución financiera, de manera adecuada.

Tabla 20. *Sistemas de información*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>En este punto, cabe resaltar que, aunque la compañía no cuenta con un sistema de información unificado, las diferentes estrategias tecnológicas implementadas permiten sincronizar las acciones que cada una de las áreas realiza.</p> <p>Ahora bien, en el proceso, particularmente los algoritmos de identificación implementados cumplían con lo requerido como fuente; sin embargo, el desarrollo de esto contaba con un 25 % de actualización y acción, limitando el adecuado funcionamiento e impactando los potenciales de identificación de servicios de eventos incluidos en una condición contractual.</p>	<p>Durante la etapa de implementación de proceso, asociada a la gestión, la importancia de la implementación de mejoramiento tecnológico determinó una de las decisiones, el cual impacta de manera directa en la credibilidad adquirida por parte de la EPS, pues los servicios presentados, socializados y con ánimos de recuperación del recurso, estaban alineados con la contratación establecida. Esto generó credibilidad en cuanto a los recursos sujetos de recuperación, toda vez que eran conforme a unas condiciones contractuales y, además, se excluían las que no hacían parte de estas; lo que permitió reuniones efectivas, de interés colectivo, ágil para el equipo y de impacto en la recuperación, puesto que el indicador de identificación, presentación y recuperación del recurso tuvo un aumento exponencial.</p>	<p>La importancia de la actualización, el rediseño e implementación de validaciones individualistas (acorde a cada condición contractual), de manera independiente y de acuerdo con cada prestador, permitió que se alinearan en un principio a un 75 % y al posterior mejoramiento de la herramienta y, consigo, una identificación acorde y real con la gestión de autorizaciones adelantada por la compañía.</p> <p>Además, se implementó la necesidad de incluir, de manera tácita, las exclusiones de tipo contractual que cada uno de los contratos establecía, así como aquellas que se encontraban asociadas a prestaciones de servicios de salud a poblaciones que requerían una atención integral de un prestador (afiliados de alto riesgo).</p>

8.10.5 Suficiencia y asimetría de la información

De acuerdo con lo anterior, esta temática representa un complemento para efectos de la identificación de desviación de servicios; la completitud en la información permite tener un escenario certero para una interacción adecuada con los prestadores de servicios de salud.

Tabla 21. *Suficiencia y asimetría de la información*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>En todo proceso administrativo de relacionamiento entre aseguradoras y prestadores, es necesario el aporte del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) como requisito indispensable, posterior al suministro de servicios de salud a los afiliados adscritos a una modalidad contractual. Para este periodo, los prestadores generaban información sin la completitud necesaria y sin la calidad esperada, imposibilitando un mecanismo de control y auditoría integral a la ejecución real de la contratación por montos fijos.</p> <p>Además, los temas de información de facturación por parte de los prestadores de carácter no congruente y asimétrico, y el registro inadecuado por parte de la organización en el sistema, determina una condición de impacto al momento</p>	<p>Surgió la necesidad de realizar una revisión profunda al flujograma de facturación de la compañía, el cual contiene los pasos necesarios para el reconocimiento de la prestación de servicios de salud. Para efectos de la contratación montos fijos, el RIPS se determina como condicionante para generar el pago de la prestación, que deben cargarse a través de una plataforma, con el requisito de cumplimiento mínimo de estándares de calidad estipulados de acuerdo con los procesos.</p> <p>Para la contratación por evento, se hizo énfasis a las IPS del aporte completo de los soportes establecidos por la norma para un cobro adecuado de servicios de salud, con el fin de realizar una auditoría y trámite adecuado para la generación del</p>	<p>El desarrollo actual del proceso, en el transcurso de la implementación y en relación con la completitud de la información ha mejorado en un 92 % desde la parametrización adecuada de los servicios contratados. El aporte de los RIPS por parte del prestador, los cuales cumplen una calidad del 95 %, resultan ser la fuente principal para la ejecución de algoritmos de identificación mediante los sistemas de información expuestos en el acápite anterior. Esta conducta mejoró gracias a la condición interpuesta por el asegurador, de supeditar el pago de los servicios de salud contratado a la calidad y oportunidad del reporte de RIPS.</p> <p>Tener una información completa y veraz, permitió el fortalecimiento del proceso en la medida de poder relacionar, corroborar y comparar las informaciones suministradas por diferentes fuentes, así, generaron un</p>

T (-1)	T (0)	T (+1)
de realizar la identificación de servicios por fuera del contrato generado.	procesamiento de la factura y la generación correspondiente del pago.	producto idóneo y adecuado para la compañía.

8.10.6 Comunicación entre los actores

Tabla 22. *Comunicación entre los actores*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>El impacto más grande de esta categoría, en la relación entre EPS Contributiva y los prestadores, era la poca comunicación existente en ese acuerdo de voluntades, a pesar de que inicialmente existía una contratación por montos fijos; posterior a esto, se presentaba la ejecución, desde la prestación, temas financieros, pagos y demás no contaban con una respuesta permanente que resolviera sus inquietudes y necesidades de gestión. Esta condición imposibilitaba un desarrollo cada vez óptimo por parte de los prestadores y el desconocimiento de la ejecución financiera de los contratos; por ende, el no control de las condiciones establecidas.</p>	<p>Es importante destacar que al momento de la planeación se pretendió disminuir la brecha de vacíos de comunicación entre asegurador y prestadores; se establecieron canales de comunicación claros, donde se crea un grupo de analistas encargados de generar seguimiento y revisión integral de cada uno de los contratos asignados. Este analista es el encargado de suministrar la información de la evaluación financiera y administrativa a los prestadores, lo cual se realiza en dos tiempos: al inicio de cada trimestre (asociado con la circular 030); y el segundo proceso de notificación se realiza al momento de generar la mesa de trabajo de revisión técnica de esas ejecuciones, que al final del ejercicio</p>	<p>Una vez implementada la revisión del contrato y la identificación individual de cada condición contractual por prestador, la comunicación entre la compañía y los prestadores empezó a fluir con más facilidad, generando acuerdos de voluntades enfocados en la revisión permanente de las desviaciones de servicios, los cuales eran objeto de recuperación de costo. Es indispensable resaltar que dar claridad a condiciones contractuales, financieras, de gestión y ejecución, fue la clave para un relacionamiento más efectivo e idóneo con las IPS.</p>

T (-1)	T (0)	T (+1)
	<p>genera un acta de reunión con compromisos adquiridos.</p> <p>De igual forma, la monitorización de estos compromisos se realiza de manera mensual, donde se notifica a los interventores de contratos (regionales y dirección nacional), así como en las nuevas mesas de trabajo. Estas acciones generan una línea de comunicación permanente entre la EPS e IPS.</p>	

8.10.7 Impacto de gestión y conducta administrativa

Tabla 23. *Recuperación costo médico (indicadores de medición)*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>Previo a la generación de cambios procedimentales al interior de la compañía, no existía una medición permanente asociada a la recuperación de los recursos asociados a costos médicos. Desde el punto normativo, la recuperación del recurso a la Cápita. Desde el 2012, EPS Contributiva establece un mecanismo de recuperación de recursos basados en la normatividad, donde realizaba conteo de frecuencias e identificaba algunos servicios desviados (no fuentes precisas). Desde este mecanismo, la recuperación comparada con los costos de operación mensual, asociado a montos fijos, no superaba el 0,05 %, a pesar de toda la gestión de recuperación.</p>	<p>En la planeación de proceso se establecieron criterios y conceptos de recuperación, los cuales, en virtud de la revisión de los contratos en los aspectos administrativos y financieros, estarían enfocados a dos líneas: una donde se realiza la verificación completa de los estados de cuentas de cada uno de los prestadores, y se analiza a profundidad, la facturación, para saber si se encuentra acorde o no a lo establecido de manera contractual. En caso de que se evidencie un mayor valor facturado, se procederá con la respectiva glosa y la solicitud de devolución de recursos. Además, se verifican los pagos realizados, que deben estar conforme a lo establecido contractualmente y, a su vez, se verifica si se encuentran todos los descuentos contractuales y normativos establecidos en el acuerdo de voluntades.</p> <p>En todos los casos, en la medida que se determina que existan saldos a favor del asegurador, se procederá con la</p>	<p>Los comportamiento de la gestión se obtienen de acuerdo con los criterios, que se miden a través de los siguientes indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oportunidad en la notificación del estado de cuenta de los contratos de cápita y PGP del régimen contributivo. <p>Indicador: total estados de cuenta generados, actualizados y/o conciliados en el trimestre con las IPS del régimen contributivo para los contratos bajo la modalidad de cápita, Paquete por Actividad Final y Pago Global.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Gestión de recuperación de recursos por servicios pagados en la modalidad de evento del régimen contributivo. <p>Indicador: valor del recobro, aceptado por las IPS en el mes, de los contratos en modalidad cápita y PGP / valor total del potencial de recobro revisado</p>

T (-1)	T (0)	T (+1)
	<p>legalización contable correspondiente, donde el prestador genera notas créditos y luego se genera aplicación correspondiente en el estado de cuenta para ambos actores.</p>	<p>técnicamente en el mes para los contratos en modalidad de cápita y PGP.</p> <p>3. Recuperación retención contingente IPS con contrato vigente contributivo.</p> <p>Indicador: gestión aplicación contable de valores aceptados con IPS del régimen contributivo.</p>

8.10.8 Porcentaje de acercamiento y revisión técnica

Tabla 24. *Porcentaje de acercamiento y revisión técnica*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>Desde los inicios de la aseguradora existía la necesidad de generar un seguimiento permanente a la ejecución de los contratos; no obstante, a lo largo de la gestión, había condiciones intrínsecas y extrínsecas asociadas a la imposibilidad de generar dichos seguimientos, desde limitación administrativa y poco conocimiento de las condiciones contractuales, hasta la misma limitación operativa del proceso, impedían el acercamiento con los prestadores, o si se generaban eran de menor proporción.</p>	<p>En el inicio, pese a que el proceso consistía en el acercamiento con los prestadores, el porcentaje de gestión se generaba con un pequeño grupo de prestadores a pesar de todos los contratos que sostenía EPS Contributiva. Antes de la implementación de los procesos, la atención a las IPS era del 12 % con relación al universo total de contratos montos fijos.</p> <p>Es importante aclarar que, si bien se intervenía permanentemente a las IPS, estas contaban con contrataciones grandes, de impacto a la compañía, visto desde el volumen de afiliados asignados, los servicios brindados y la facturación superior respecto a otros prestadores que se tenían.</p>	<p>En la implementación se establecieron diferentes mecanismos de seguimiento, se empleó una política de atención integral de contratos y revisión de la ejecución contractual y financiera de manera cuatrimestral con el 100 % de los prestadores de atención con contratación montos fijos, en el cual, previo a la mesa de trabajo, se genera una notificación de sus desviaciones de modelo, para revisión con los soportes documentales necesarios para la revisión técnica de cada uno de los ítems identificados.</p> <p>Se colocó este plan en funcionamiento y se obtuvo resultados significativos, con atención en el primer cuatrimestre del 75 % de asistencia por parte de las IPS y con recuperación de recursos más expedita y de manera más periódica.</p>

8.10.9 Establecimiento de línea de mando y derecho de control

Tabla 25. *Establecimiento de línea de mando y derecho de control*

T (-1)	T (0)	T (+1)
<p>En la revisión retrospectiva, el proceso que se venía adelantando no contaba con líneas de mando establecidas ni con poder de decisión en cuanto a temas de toma de decisiones en el momento de las reuniones con los prestadores, autorización de descuentos, reconocimiento u otras temáticas que requirieran una decisión de mandos superiores.</p> <p>El procedimiento no establecido se llevaba a cabo con la única firma de un funcionario, quien tenía el poder de decisión absoluto en el proceso. Esta conducta se establece como riesgosa para la compañía, teniendo en cuenta que se tomaban decisiones financieras por una sola persona.</p>	<p>Durante las reformas de proceso que se establecieron, se crearon líneas de mando para cada uno de los procesos que se adelantan, desde la revisión técnica con los prestadores, cierres de reuniones y acuerdos entre las partes, hasta la generación de giros y/o reconocimiento a las diferentes IPS de acuerdo con los resultados de proceso. En esta línea establecida participan las coordinaciones, direcciones, gerencias, vicepresidencia financiera y la presidencia, para algunos casos específicos.</p>	<p>Dentro de los resultados de la implementación de la definición de líneas de mando y derechos de control, se logró tener un mayor control procedimental y dar, de cierta forma, los lineamientos claros a la hora de realizar las revisiones técnicas correspondientes.</p> <p>De los hallazgos más significativos en esto punto, y que claramente fue el que arrojó mejores resultados, está relacionado con la posibilidad de generar seguimientos a los compromisos adquiridos durante las mesas de trabajo con los diferentes prestadores. De cierto modo, ese comportamiento representa una mejor comunicación con las IPS y credibilidad a la hora de establecer acuerdos.</p>

8.11 FASE III. ANÁLISIS CRUZADO DE LAS DIMENSIONES DE RELACIONAMIENTO EPS - IPS

Una vez se conocen de manera individual las características de las dimensiones teóricas establecidas para el estudio de la gestión administrativa y financiera, desde el enfoque de agencia, para la recuperación de costo a nivel de compañía, como se evidencia en la descripción analítica de los tiempos evaluados (T/-1 – T/0 – T/+1), es preciso determinar los posibles factores incidentes en los procesos o resultados de la gestión, a partir de un análisis cruzado de influencia entre contenidos de las dimensiones.

La valoración de la influencia de los contenidos de una dimensión, con relación a los demás contenidos de otras dimensiones, se realiza mediante una escala ordinal de calificación cualitativa del grupo de trabajo que adelanta la transformación a la nueva gestión administrativa, según la siguiente escala:

Tabla 26. *Criterios y calificación*

Dimensión	Criterio
2	A genera influencia directa e inmediata a la categoría B, que modifica su acción.
1	A genera influencia indirecta y débil sobre la categoría B, y su acción puede o no modificarse.
0	A no genera influencia sobre la categoría B

Nota. Es importante esclarecer que las categorías en las que no se encontró una relación o influencia directa, se marcaron “sin impacto directo”, esto no significa que en algún momento de la ejecución del proceso no puedan coincidir para determinar una acción.

Para la matriz propuesta, las diez dimensiones teóricas se reagrupan en cuatro dimensiones, alrededor de las dos principales, el contrato y los comportamientos oportunistas de los agentes; las dos restantes dimensiones son: jerarquía, cofactores de gestión y variables de salida o resultado (ver Tabla 14). La reagrupación de dimensiones permite reflejar tanto elementos del enfoque de agencia, el contrato y los cofactores de información y organización, como los de costos de transacción y jerarquía, en su presunción de explicar el relacionamiento EPS-IPS.

En los resultados consolidados en la Tabla 16 se observa, de manera clara, que la dimensión “jerarquía”, normativa del MSPS y la política institucional, tiene la valoración más importante de influencia sobre otras variables (29), sobrepasando las categorías más propias del enfoque de agencia, en su vertiente principal-agente, que apenas logra un 12; y el contrato, por sí mismo, 8. Aun sumándolas, como

enfoque de agencia, alcanzan un valor de 20, menor que el valor correspondiente a jerarquía.

Los resultados muestran como la dimensión de “jerarquía” que, por mucho, sobrepasa los valores conjuntos del enfoque de agencia; además, como es de esperarse, es la dimensión menormente influida.

El contrato, eje simultáneo, tanto de la concepción híbrida de los modelos de gobierno y en los costos de transacción, como en el enfoque de agencia, en su vertiente principal-agente, parece en una posición equilibrada en términos de influencia e influenciabilidad, con 8 y 4 puntos, respectivamente.

Como es de esperar, la dimensión de resultados o salidas tiene 0 y 30 puntos, es decir, es la más influenciada y con menos influencia.

Tabla 27. *Reagrupación de dimensiones de relacionamiento EPS-IPS*

Dimensión	Concepto	Influencia	Influenciabilidad
1 y 2	Jerarquía	29	2
3	El contrato	8	4
4	Comportamientos oportunistas evitables	3	5
5 y 6	Cofactores de gestión	12	11
7, 8, 9 y 10	Variables, salida/resultado	0	30

En detalle, la Tabla 28 muestra que, entre la condición normativa y las políticas institucionales, la primera no influye ni en el alineamiento estratégico ni en la comunicación entre actores; sin embargo, debe anotarse que la descripción de los tiempos y dimensiones del proceso de cambio de gestión contractual, normatividad específica e incidente en este proceso de relacionamiento, antecedió de manera inmediata la política institucional de solicitar al prestador espacios para la renegociación del marco contractual o su perfeccionamiento en los aspectos en los que la conducta, intencional o no del prestador, como agente, lesiona los intereses, el patrimonio o los recursos de atención de la EPS Contributiva como principal.

Sobre este último aspecto, en la Tabla 21 T (-1), se observa que la política empresarial aún no tiene un efecto directo sobre estos espacios: puntaje de 1, puede ser indirecto, pues, razonablemente, es la precedencia inmediata de la normativa ministerial la que posibilita estos espacios de comunicación y acuerdo o renegociación, también desde el prestador.

En concordancia, se evidencia que la normativa ministerial y la política institucional tienen un efecto directo, con puntaje de 2, sobre los resultados de la estrategia de recuperación de costo médico.

También es interesante observar que, a juicio de un grupo de trabajo que adelanta la transformación a la nueva gestión administrativa, los cuales participaron de la evaluación de matriz cruzada, destacando profesionales y analistas que de cara al prestador, generar las validaciones correspondientes a las desviaciones de modelos; en su calificación cruzada de influencia entre dimensiones de relacionamiento EPS-IPS, el contrato como instrumento tiene influencia directa, puntaje de 2, sobre los resultados de gestión de recuperación de costo; pero no es así sobre la disminución de las asimetrías de información, la cual debiera ser la vía esperada de efecto sobre los resultados de la gestión de recuperación de costos, como problema de insuficiencia y asimetría de información.

Para el grupo calificador de la unidad hay una especie de secuencialidad de eventos desde las intervenciones públicas, como en “efecto cascada”; una vez se cumple con las políticas institucionales, acorde con la regulación, se inicia un proceso de implementación con efectos sobre la gestión contractual, el relacionamiento EPS-IPS y los resultados de la gestión de recuperación de costos médicos derivados de los sistemas de pago en estudio.

De manera más precisa, las condiciones contractuales, tanto en temas de relacionamiento como en claridad de los aspectos contractuales a desarrollar (oportunidad, calidad, etc.), sufren un impacto importante, donde se puede visualizar la mejoría en los procesos, toda vez que se enfatiza en una alineación de actores, obviamente institucional y organizacional. Esto permite el conocimiento pleno de las condiciones contractuales y, a su vez, de los parámetros de seguimiento necesarios.

Otro aspecto que es necesario destacar en los resultados está dado por la suficiencia de la información, condición que juega un papel importante dentro de la matriz cruzada. Su influencia directa sobre las condiciones contractuales, en primera instancia, permitió esclarecer la necesidad de ajustar metodológicamente los contratos y dar mayor claridad a los aspectos de renegociación, los cuales se generaron debido a la gestión de seguimiento administrativo y financiero de los contratos montos fijos. Así mismo, el hecho de tener la información clara, concisa, veraz y oportuna, de cierta forma hizo posible tener comunicación permanente y significativa con el prestador, donde en tiempo real podía mirar la ejecución contractual a nivel administrativo (frecuencias de cumplimiento, oportunidad, calidad, etc.) y a nivel financiero (estado de cuenta, pagos, glosas, transacciones, etc.). De esta manera, posibilitó la identificación de rubros a favor de EPS Contributiva por incumplimiento anterior, y así poder lograr la recuperación del costo médico.

Tabla 28. Dimensiones de relacionamiento entre categorías (EPS-IPS)

n.º	Categorías	Condiciones normativas en salud.	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional	Sistemas de información	Complejidad y asimetría de la información	Comunicación entre los actores	Recuperación costo médico (indicadores de medición)	Responsabilidad de mando y control efectivo
1	Condiciones normativas en salud		0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Políticas institucionales	1		0	0	0	0	0	0	0	0
3	Derecho y obligaciones contractuales	1	1		0	0	0	0	0	0	0
4	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	1	1	2		0	0	0	0	0	0
5	Alineamiento estratégico organizacional	0	1	0	0		0	0	0	0	0
6	Sistemas de información	1	1	1	2	1		0	0	0	0
7	Complejidad y asimetría de la información			2		0	1		0	0	0
8	Comunicación entre los actores	0	2	1	0	2	1	0		0	0
9	Recuperación costo médico (indicadores de medición)	1	1	1	2	1	2	0	0		0
10	Responsabilidad de mando y control efectivo	1	1	0	0	1	0	0	0	0	

Tabla 29. *Análisis de dimensiones con mayor impacto en la matriz cruzada.*

Resumen de las dimensiones resultantes de mayor valor influencia cruzada de la matriz general			
Condiciones normativas en salud (Vía jerárquica)	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Alineamiento estratégico organizacional
<p>Políticas Institucionales: (Influencia directa valor de 3) Se observa que la normatividad nacional regula el procedimiento y la operación de los contenidos contractuales entre asegurador y prestador. Consecuencia de ello, también determina los flujos de información, el margen de decisión correspondiente, así como la política institucional.</p> <p>Comportamientos oportunistas en la cobertura de servicios: (Influencia indirecta valor de 2) De manera similar, también lo dispuesto en las normas nacionales, su ambigüedad, en este caso, facilita comportamientos oportunistas por parte de los prestadores, que da pie a interpretaciones convenientes no alineadas con las obligaciones e intereses del asegurador. Para efectos de este proceso, el decreto 780 de 2016 juega un papel fundamental en la intermediación entre los actores.</p>	<p>Alineamiento estratégico organizacional: (influencia directa valor de 3) Claramente la influencia de la política institucional determina el alineamiento estratégico y la debida instrumentación de la organización y de su contraparte, el prestador, para la gestión contractual de recuperación de costos de la EPS Contributiva. <u>Puede observarse una línea jerárquica</u> que parte del piso normativo, pasa por las políticas institucionales a la alineación de la gestión contractual, la instrumentación de su seguimiento contractual y financiero y la evaluación de medios y resultados</p> <p>Suficiencia en Información y sistemas: (Influencia directa valor de 3) Aquí <u>el impacto más significativo y en doble vía.</u> La primera, en virtud de proceso, es la determinación normativa y contractual de la política institucional de condicionar el</p>	<p>Recuperación de Costo Médico: (Influencia directa valor de 3) La recuperación de costo médico, más allá de una influencia directa, es un resultado. El no cumplimiento de las obligaciones conlleva en direccionar el afiliado, en general de servicios ambulatorios, a un tercer prestador en aras de la prestación del servicio negado por parte de los prestadores iniciales, generando un doble costo asumido por el asegurador; una vez identificada la desviación se procede con el proceso de recuperación del recurso a través de la emisión de notas crédito correspondientes para cada una de las facturaciones.</p> <p>El hecho de condicionar el pago a la información induce a los prestadores a generar calidad en la información suministrada y abstenerse de derivar atenciones sin el respaldo de pago del asegurador; sin embargo, aún pueden ocurrir incoherencias en el registro de la información,</p>	<p>(Influencia directa valor de 3) La alineación al interior de la EPS Contributiva, desde la propia política institucional, para efectos de la gestión de recuperación de costos, ha permitido en cada una de las categorías de la contratación con los prestadores generar acuerdos y renegociación de nivel de servicios, facilitando una sincronización de procesos y, claramente, una jerarquía en toma de decisiones al interior de proceso con afectación directa en el relacionamiento con el prestador.</p> <p>La contabilización y los procesos de alineación de facturación, descuentos, aplicación contables giros y retenciones, permite la monitorización de la ejecución financiera de cada uno de los contratos, así que, en dado caso se hace necesario la recuperación del recurso por doble pago, su consecuencia impacte directamente en el</p>

<p>Recuperación de costo médico (Influencia indirecta valor de 2) Si bien un impacto directo no es visible, la precisión que se realiza en gestión de recursos públicos y la restricción de realizar doble pago por el mismo bien o servicios da piso a la gestión de recuperación de costos de la EPS Contributiva sobre los prestadores de servicios.</p>	<p>reconocimiento del recurso contratado con los prestadores a la completitud, coherencia y validación de la información de prestación de servicios de salud el cual debe cumplir con los parámetros de calidad suficientes al (100%) para el logro del pago.</p> <p>Esta condición claramente permite que desde el acuerdo de voluntades se garantice el insumo necesario para la identificación de los dobles costos y segunda vía, el cumplimiento ante los organismos de control en la relación de información mensual.</p>	<p>generando incertidumbre de las partes don relación al reconocimiento y pago de los servicios.</p> <p>Claramente en esta dimensión si se evidencia un impacto significativo del no cumplimiento de las obligaciones contractuales de los prestadores quienes inducen la resolutivez de la prestación autorizada de servicios por reprogramación de servicios, ambulatorios en general, como garantía de la atención, generando así un doble costo, tanto en el doble pago de los servicios, como en los costos administrativos para la recuperación de los recursos.</p>	<p>conocimiento financiero del prestador y las reservas generadas.</p> <p>La capacidad que se tiene como proceso de lograr una recuperación del costo desde los sistemas de información. Como fue mencionado, las identificaciones se realizan a través de la información suministrada por los prestadores, así como la ejecución financiera de cada contrato. En una sinergia cuando ambos conceptos son analizados de manera conjunta los servicios que fueron identificados como desviación de proceso pueden ser triangulados y a través de los diferentes estados de cuentas recuperados.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9 DISCUSIÓN

En los sistemas de aseguramiento social en salud los mecanismos de relacionamiento formales entre aseguradores y prestadores mediante contratos juegan un papel importante, aunque no definitivo, para la garantía adecuada de los servicios de salud a los afiliados del sistema de salud.

La investigación busca describir la gestión contractual de la EPS Contributiva, 2018-2019, de recuperación de costos de prestación de servicios a los prestadores de su red como una contingencia contractual derivada de las contingencias, previstas y no previstas de los contratos, que, para efectos de este trabajo, se consideran incompletos para su estudio.

Se realiza una descripción analítica que busca identificar y comparar las variables de proceso y analítico explicativas comparadas temporalmente, antes, durante y después del proceso de implementación contractual de la estrategia contractual de recuperación de costos de prestación desde lo que sucede en el asegurador, la EPS Contributiva, sin entrar a precisar el proceso desde el prestador como limitación del estudio.

Para su desarrollo, el estudio considera un marco teórico neoinstitucional desde dos perspectivas o programas, según acepten o no la existencia de contratos incompletos y puedan considerar la intervención pública, la teoría de la agencia, enfoque principal agente, modelo de múltiples principales, que es proclive a los contratos completos y la teoría de los costos de transacción, modelo híbrido, proclive a aceptar contratos incompletos y la estructura de gobierno, además de los activos específicos, como definitoria de las transacciones entre las partes.

Los dos programas neoinstitucionales permiten orientar la descripción analítica hacia la situación prevaleciente en el sistema de salud, la intervención pública y la alta regulación de las transacciones del sistema. La novedad relativa del esquema de gestión en estudio, la recuperación de costos hace que su descripción analítica se realice por aproximaciones sucesivas en el tiempo, sin establecer una relación de causalidad directa entre variables y, menos aún, su contrastación estadística, dejando al criterio de los expertos del grupo de trabajo la relevancia de las posibles relaciones encontradas.

Al no considerar de manera central los derechos de propiedad y la tenencia de activos de alta especificidad, dado que no hay un prestador único y si una red de los mismos, la investigación puede dejar aspectos explicativos por fuera de los resultados de recuperación de costos, en general, relacionados con la integración vertical como un modelo viable de análisis; no obstante, la relación de causalidad de los tiempos inmediatos de normativa gubernamental y política institucional, dimensión de jerarquía, previos a los procesos de gestión y los consecuentes resultados de recuperación de costos, hacen pensar que pueden tener la relación de causalidad más directa.

Las premisas, por defecto, para la realización del estudio son fuertes, por ejemplo, las partes, gobierno, asegurador y prestador se alinean razonablemente. Los principales tienen la posibilidad de sustitución de los agentes y ninguno tiene un porcentaje tan importante de la contratación que los activos de alta especificidad, prevalentes en los altos niveles de complejidad, cuenten como variable relevante en la explicación de los comportamientos en las transacciones.

Dicho esto, es importante mencionar que hay concordancias relevantes para la teoría de los costos de transacción entre este estudio y el Gorbaneff et. al, 2013. Entre ellas, concuerda en el comportamiento prevalente de estas estructuras de gobierno para formas de transacción de alta frecuencia en el ámbito ambulatorio, sin embargo, puede diferir en los mecanismos de control y supervisión hospitalaria, que, por su menor frecuencia, tienen mayor capacidad de seguimiento por la EPS. También hay concordancia sobre la base del modelo híbrido por los incentivos débiles y continuos tipo porcentaje sobre un pago fijo como mecanismo de presión del asegurador frente al prestador, así como la posibilidad de sustitución en zonas de mercado.

10 CONCLUSIONES

El sector salud y sus transacciones se caracterizan por estar en un mercado imperfecto, con anomalías económicas que justifican su intervención, no solo desde criterios de eficiencia o equidad, sino, también éticos, como idea de bienestar colectivo basada en el respeto de derechos fundamentales.

Las características principales de las transacciones económicas del sector de la salud es la insuficiencia y la asimetría de la información que, como consecuencia, hace que los contratos se vuelvan inciertos, imprevisibles o, al menos, que no consideren todas las posibles contingencias de su desarrollo o, previéndolas, no cuenten con instrumentos o incentivos de solución y, por tanto, puedan considerarse como incompletos o como instrumento simbólico de un relacionamiento sin confianza entre partes con intereses contrapuestos.

A esto debe sumarse que el financiamiento público del aseguramiento social en salud llega a un 75 % de los recursos de cobertura, lo cual establece el grado en el que el Estado, en cabeza del Gobierno, interviene en todos los aspectos de su funcionamiento, incluyendo la regulación de sus transacciones comerciales, las cuales se enmarcan en un ámbito jurídico ambiguo entre lo comercial y la contratación pública.

Consecuencia de lo anterior, como primera conclusión, es que una sola teoría o enfoque puede ser insuficiente para describir o explicar la naturaleza, la gestión y los resultados del relacionamiento contractual de las partes: asegurador como principal y prestador como agente, bajo la tutela y objetivos del Estado, cuyos objetivos o principios, eficiencia, calidad, universalidad y solidaridad, no son necesariamente compartidos por las partes

Para el primer caso, teoría de agencia, el enfoque de principales múltiples parece apropiado para explicar los conflictos de objetivos frente a uno o múltiples agentes, caso frecuente en el sector público. El elemento que diferencia uno o múltiples principales, son las relaciones jerárquicas o de pares en conjunto para un agente en específico, caso gobierno o EPS frente al prestador, en particular para transacciones de alta frecuencia, ejemplo de atenciones ambulatorias, donde pueden aparecer fenómenos oportunistas de información y acciones ocultas.

En este punto se observa que, solo cuando uno de los principales, el gobierno, quien ostenta poder regulatorio y coercitivo, asumiendo la vigilancia y el control como parte de este, interviene, se genera tanto una alineación interinstitucional tanto de la información y la operación para permitir escenarios de renegociación para disminuir la insuficiencia asimetrías de información para la recuperación de costos.

Un claro ejemplo de los resultados de la estrategia de recuperación de costos, luego de la intervención del Estado para el mejoramiento de la información, se relacionan con la suficiencia y asimetrías de información, observable en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en los cuales, si bien la

normatividad exige el cumplimiento de registro de estos, y que por obligatoriedad sean aportados a los diferentes aseguradores, esta petición, en realidad, no concuerda con el cumplimiento por parte de los prestadores del régimen contributivo (55 % inicialmente y posterior a la implementación de proceso se estableció en un 100 %).

Apoya la imposibilidad práctica de incentivos directos, ejemplo de alto poder vía precio entre asegurador, EPS Contributiva y prestadores, las condiciones que operan sobre el sistema de pago, más que sobre las obligaciones propias del contrato, los beneficios por reporte suficiente y de calidad de información y atención esperada, pronto pago, por ejemplo, y la retención del pago cuando estas condiciones no se cumplen. Más que incentivos son, tal vez, las únicas variables contratadas por el asegurador como principal, cuando el Estado, en cabeza del gobierno, genera las condiciones para ello

Al problema de los múltiples principales debe agregarse los conflictos de interés entre los principales, en este caso gobierno y aseguradores, cuando el objetivo de maximizar el beneficio de los aseguradores no se alinea con los objetivos de bienestar colectivo del gobierno como principal-principal. Por sí mismo la afirmación acerca el régimen contractual del sistema a uno de contratación pública más que uno comercial. La pregunta que surge entonces es ¿por qué es necesaria la gestión de compra de los aseguradores privados?

En este punto la teoría de la agencia, a través de su investigación en el principal y el agente, cuando hay principales múltiples, puede explicar la información y las acciones ocultas de los prestadores como agentes y la imposibilidad de alinear intereses a través de incentivos o arreglos contractuales entre aseguradores y prestadores, pero no explica o se acerca a cabalidad a describir los resultados favorables de la estrategia de recuperación de costos bajo las mismas circunstancias.

Desde los costos de transacción, también un programa de investigación neoinstitucional, la idea de gobierno de las transacciones tiene un mejor acercamiento. Un modelo híbrido, mercado-jerarquía, explica parcialmente los resultados de la estrategia de recuperación de costos, si al mismo se suma el elemento coercitivo de la vigilancia y el control por parte del Estado, como en el ejemplo anterior de los RIPS.

La mezcla híbrida de jerarquía-mercado para el gobierno de las transacciones se da cuando, además de la restricción jurídica de doble pago, obliga al asegurador, en ausencia de soluciones tangibles e inmediatas, a buscar prestadores que sustituyan los prestadores actuales y cumplan este requisito en el mercado, el cual, para el caso del régimen contributivo, tiene mayor cobertura en las zonas de mercado de las grandes ciudades, no así en otras zonas de monopolio geográfico, un solo prestador, donde esta capacidad de sustitución no existe y entran en juego los activos de alta especificidad en los mayores niveles de complejidad.

De las diez 10 categorías estudiadas, se evidencia que, a pesar de la existencia de las políticas establecidas al interior de la compañía, la influencia normativa sobre el relacionamiento entre aseguradores y prestadores jugó un papel determinante para la implementación de procesos que involucren a los diferentes actores; así como también da paso a algunos de los comportamientos que son explicables mediante los resultados, teniendo en cuenta la intervención por parte del Estado.

La segunda conclusión, final, es que el comportamiento económico de los agentes del sistema, ante un solo pagador final, el Estado, es de maximizar, por defecto, los beneficios mediante sinergias de información y acciones ocultas que los benefician ante este como pagador final. Es por ello, que en caso de la EPS Contributiva y la estrategia de recuperación de costos de prestación de servicios por doble pago es posible el surgimiento de nuevos comportamientos oportunistas que restablezcan los beneficios o rentas residuales que se dejan de percibir por los agentes.

11 ANEXOS

Tabla 30. *Análisis seis dimensiones*

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
NORMAS EN SALUD, POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y CONDICIONES CONTRACTUALES	1	Condiciones normativas en salud		No presenta influencia directa	No presenta influencia directa	No impacto directo	No impacto directo
	2	Políticas institucionales	Las normas nacionales son el vehículo para la planeación relacionada con los procesos de recuperación de recursos. En este punto, la clave es la directriz de procesos dados, tales como acuerdos contractuales, cumplimiento de entrega de información de acuerdo con los tiempos normativos, etc.		No presenta influencia directa	No impacto directo	No impacto directo
	3	Derecho y obligaciones contractuales	En virtud de los acuerdos de voluntades, cada uno de los actores que participan en este proceso tienen una responsabilidad de cumplimiento, las cuales se miden según lo estipulado. Esto tiene repercusión e impacto para el cumplimiento del proceso de recuperación.	Las políticas adoptadas por la compañía de manera directa dan lineamientos a la realización de acuerdos de voluntades. Demarca cómo debería ser el comportamiento y funcionamiento de los contratos para cada uno de los prestadores.		No impacto directo	De acuerdo con los cumplimientos históricos, una vez se da el proceso de alineación organizacional, con base en las condiciones contractuales y demás, constituye el vehículo necesario para lograr implantar las obligaciones contractuales. Sin embargo, cuando la alineación de los actores no se cumple estratégicamente, las obligaciones contractuales se alteran y generan la

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
							cascada de incumplimiento, dobles costos de atención y necesidad de recuperación del costo.
CONDICIONES OPERATIVAS DEL CONTRATO EN SALUD	4	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Si bien, no se evidencia un impacto directo, lo dispuesto en las normas nacionales dan ventana a muchos de los comportamientos oportunistas por parte de los prestadores, con base en la regulación ambigua existente, que da pie a interpretaciones individualistas. Para efectos de este proceso, el decreto 780 juega un papel fundamental en la intermediación entre los actores.	Puede que dé lugar a un impacto no tan grande, pero que de cierta forma la no claridad contractual en los acuerdos de voluntades claramente da pie a los comportamientos de tipo oportunistas por parte de los prestadores, e incluso en la interpretación en algunas oportunidades equivocas, puede dar pie a prácticas inadecuadas por parte del asegurador.	Podría decirse que la relación contractual estipula cada una de las condiciones a desempeñar. Para el proceso de recuperación de costo médico, a pesar de tener claridad de las condiciones, la interpretación individualista puede dar lugar a comportamientos oportunistas por parte del prestador, generando impacto en la operación y el doble costo involucrado.		Sin impactos significativos
	5	Alineamiento estratégico Organizacional	No impacto directo	En este punto, esta interrelación es la que cobra mayor importancia en el análisis. La necesidad de una alineación organizacional parte del hecho de la creación de políticas claras. Para efectos del proceso de recuperación de recursos, la garantía de una adecuada contratación, un correcto seguimiento contractual y financiero, permitirá una evaluación a fondo y recuperación de recursos	No presenta influencia directa	No impacto directo	

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
				por doble pago, asociado al mismo servicio y población.			
	6	Sistemas de información	La regulación exigente de información permite que la relación entre normas y sistemas de información sea uno de los impactos más altos en el proceso. Gracias a la normatividad, la resolución 3047 de 2007 estipula la información mínima que debe implementarse en la relación asegurador-prestador. Sin duda alguna, jugó un papel fundamental en la implementación del proceso de recuperación de recursos, puesto que la información adecuada e inadecuada permite una evaluación integral a cada contrato con su prestador.	Aquí, el impacto más significativo en virtud del proceso es la determinación como política institucional de supeditar el reconocimiento de los recursos, contratado con los prestadores a la completitud, coherencia y validación de la información de prestación de servicios de salud, el cual debe cumplir con los parámetros de calidad suficientes al 100 % para el logro del pago. Esta condición permite que, desde el acuerdo de voluntades, se garantice el insumo necesario para la identificación de los dobles costos, así como el cumplimiento ante los organismos de control en la relación de información mensual.	En esta relación sí se evidencia un impacto significativo; el no cumplimiento de los derechos y obligaciones contractuales de los prestadores inducen a que se presente a necesidad de resolutivez en la prestación al afiliado, por ende, a incurrir en la garantía se la atención, generando un doble costo en los servicios y un aumento en las condiciones de tipo administrativas para la recuperación de los recursos.	En este punto se presenta una interrelación permanente, muchos de los comportamientos de los prestadores conllevan a la no prestación de los servicios de salud al afiliado, pero su relación dentro de los sistemas de información genera impacto a la veracidad de estos.	Cada una de las características definidas por procesos imparte lineamientos para que los sistemas de información cumplan con las condiciones mínimas de garantía de calidad. Se puede decir que cada uno de los procesos que se alineen cumplen con las características. Esto lleva a la no desviación de modelos y, por ende, a un correcto funcionamiento contractual.
	7	Complejitud y asimetría de la información			El hecho de condicionar el pago a la información, también de forma indirecta, induce a los prestadores a generar calidad en la información suministrada; no obstante, puede ocurrir el hecho de tener incoherencias en el registro de la información, generando un análisis no aterrizado de las condiciones reales.		Sin impactos significativos

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
	8	Comunicación entre los actores	No impacto directo	El impacto está asociado a proceso; por políticas, las revisiones de las ejecuciones contractuales y financieras se ejecutan de manera trimestral para toda la contratación costo fijos, generando una comunicación permanente entre asegurador y prestador. Esto puede, de cierta manera, facilitar la recuperación de los recursos involucrados.	En este punto, relacionado con el seguimiento estipulado por políticas, presenta un impacto positivo en la revisión periódica de las desviaciones de modelos, generando una recuperación permanente y acorde con la evaluación contractual y financiera de cada prestador.	No impacto directo	Es fundamental la relación de alineamiento estratégico vs. la comunicación entre actores; por supuesto, lo visible en este punto se correlaciona con los acuerdos de voluntades que se puedan ir generando en virtud del cumplimiento de prestaciones a los afiliados. La evaluación de esta alineación trae consigo la validación del cumplimiento, el cual se mide con los pagos dobles que se generen o no.
IMPACTO DE GESTIÓN Y CONDUCTA ADMINISTRATIVA	9	Recuperación costo médico (indicadores de medición)	Aunque un impacto directo no es visible, el hecho del manejo de recursos públicos mantiene una trecha relación entre lo normativo y la recuperación de recursos. Al interior del sistema no se pueden generar dobles pagos en la red por los mismos servicios y afiliados. Sin duda alguna, esta premisa le da piso normativo y jurídico a la recuperación del costo médico en salud al interior de la compañía.	De acuerdo con las políticas, la recuperación del costo para efectos de proceso se da a través de la generación de notas créditos a las cuentas por pagar de cada uno de los prestadores. Para efectos académicos y teóricos, se puede decir que el asegurador adquiere una posición dominante ante la necesidad de recuperación del recurso público doblemente pago, donde se implementa un mecanismo de retención llamado contingente, en el que se reservan los recursos del prestador	El no cumplimiento de las obligaciones conlleva a direccionar al afiliado a un tercer prestador, en aras de la prestación del servicio negado por parte de los prestadores iniciales, generando un doble costo asumido por el asegurador. Una vez identificada la desviación, se procede con el proceso de recuperación del recurso a través de la emisión de notas crédito correspondientes para cada una de las facturaciones.	Impacto en el momento de las evaluaciones contractuales y cumplimiento de las frecuencias estipuladas en la contratación montos fijos. Una condicional añadida para la recuperación del costo es que los prestadores tengan comportamientos que conlleven a la contención de los costos del tercero para con los afiliados.	Puede decirse que la contabilización y los procesos de alineación de facturación, descuentos, aplicación contables giros y retenciones, permite la monitorización de la ejecución financiera de cada uno de los contratos; así que, si en dado caso se hace necesario la recuperación del recurso por doble pago, impacte directamente en el conocimiento financiero del prestador y las reservas generadas.

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
				para contingencias de desviación de modelos.			
	10	Responsabilidad de mando y control efectivo	Al interior del sistema, la responsabilidad fiscal y jurídica de la relación asegurador-prestador es determinante para el proceso y para que se implementen líneas de mandos enfocadas en la toma de decisiones, así como a la oportunidad en el actuar. Con base en el proceso de recuperación de costo médico, esta condición juega un papel prioritario, puesto que exige niveles de responsabilidad permanente en la interacción de actores.	Las líneas de mandos establecidas por procesos permiten llevar a las diferentes esferas jerárquicas los poderes de decisiones ante las situaciones particulares de los prestadores. Para el momento de la identificación de las desviaciones de modelos y ante la eventual necesidad de tomar como base las condiciones contractuales vs. el recurso desviado, se procederá con el reconocimiento por cualquier mecanismo del recurso.	No impacto directo	No impacto directo	La alineación al interior de la compañía, para efectos de proceso, ha permitido, en cada una de las categorías de la contratación con los prestadores, generar acuerdos de nivel de servicios, permitiendo una sincronización de procesos y una jerarquía en la toma de decisiones al interior de proceso.
	n.º	Dimensión	Sistemas de información	Complejidad y asimetría de la información	Comunicación entre los actores	Recuperación costo médico (indicadores de medición)	Responsabilidad de mando y control efectivo
	1	Condiciones normativas en salud	Sin cambios significativos	Sin cambios significativos	Sin cambios significativos	Sin cambios significativos	Sin cambios significativos
	2	Políticas institucionales	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos
	3	Derecho y obligaciones contractuales	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos
	4	Comportamientos oportunistas	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
		en la Cobertura de Servicios					
	5	Alineamiento estratégico organizacional	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos
	6	Sistemas de información		Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos
	7	Complejidad y asimetría de la información	Unos adecuados sistemas de información permiten tener una información completa y exacta, toda vez que se generan reglas de implementación y análisis. Por otro lado, la evaluación no integral de la información conlleva a un impacto en el sector, a nivel de la prestación de servicios de salud a la población y con la necesidad de garantizar un servicio. Para efectos del proceso, disponer el sistema para recepcionar la información, disminuye cada vez más las asimetrías desde el prestador hacia el asegurado.		Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
	8	Comunicación entre los actores	Los buenos sistemas de información permiten, a nivel del proceso de recuperación, la interrelación. Para este punto, la integración de los estados financieros del prestador vs. la información de la ejecución contractual, cuando a una medición de frecuencias permite conocer la realidad integrada del prestador. Una vez se cumplan las políticas de relacionamiento y acercamiento, se podrá evaluar si las desviaciones encontradas se encuentran o no relacionadas con el incumplimiento contractual o si están asociada a otras causas.	Sin impactos significativos		Sin impactos significativos	Sin impactos significativos
	9	Recuperación costo médico (indicadores de medición)	Aquí se realiza un zoom a la capacidad que se tiene como proceso de lograr una recuperación del costo desde los sistemas de información. Como fue mencionado, las identificaciones se realizan a través de la información suministrada por los prestadores, así como la ejecución financiera de cada contrato. En una sinergia, cuando ambos conceptos son analizados	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos		Sin impactos significativos

Cap.	n.º	Dimensiones	Condiciones normativas en salud	Políticas institucionales	Derecho y obligaciones contractuales	Comportamientos oportunistas en la Cobertura de Servicios	Alineamiento estratégico organizacional
			de manera conjunta, los servicios que se identificaron como desviación de proceso pueden ser triangulados y recuperados a través de los diferentes estados de cuentas.				
	10	Responsabilidad de mando y control efectivo	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	Sin impactos significativos	

12 BIBLIOGRAFÍA

- Acemi. (2014). *Modelos de contratación en salud*. Universidad Jorge Tadeo Lozano.
- Arango, L., & Atehortúa, E. (1997). Contratos incompletos: un ensayo introductorio. *Planeación y Desarrollo*, 28(2), 159-179.
- Arias, M., Hernández, J., & Sánchez, G. (2016). *Análisis tarifario propio ideltecsa vs modelo contractual pago global prospectivo para propuesta de foscal*. Universidad Francisco de Paula Santader.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, D.C.: Legis.
- Balado, A. (2016). *Oligopolios mixtos y privatización: sistema sanitario español y análisis comparativo [Trabajo de grado, pregrado en Economía]*. Universidade da Coruña.
- Bardey, D. (2014). *Competencia en el sector salud: énfasis en el caso colombiano*. Universidad de los Andes.
- Barrios, M. (2011). Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios. *Revista INGENIERÍA UC*, 18(1), 80-87.
- Beker, V. (2005). Estado, Mercado, Competencia y Monopolio: verdaderas y falsas dicotomías. *Dilemas de la inserción de América Latina*, 3(4), 1-24.
- Bolis, M. (2002). Legislación y equidad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(5/6), 444-448.
- Buglioli, M. (2002). Modalidades de Pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.
- Castro, J., & Calonje, N. (2015). *Derecho de obligaciones: aproximación a la praxis y a la constitucionalizarían*. Universidad Católica de Colombia.

- Chaparro, F., Salinas, J., & Salinas, M. (2005). Los indicadores de gestión en el Sector Público. *Revista de Economía y Estadística*, XLIII(2), 109-129.
- Collaccian, H., & Gulayin, M. (2016). *Contratos incompletos, derechos de propiedad, y teoría contable [Trabajo de grado]*. La Plata: Instituto de Investigaciones y Estudios Contables .
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. [Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (1996). Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996. Diario Oficial No. 42.961, del 20 de enero de 1997. [Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario...]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2003). Decreto 50 del 13 de enero de 2003. [Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007. [Por medio del cual se regulan 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...]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Cuellar-Río, M. (2007). Estructuras de mercado y eficiencia. *Temas de Ciencia y Tecnología*, 11(33), 3-12.
- Davis, L., & North, D. (1971). *Institutional Change and American Economic Growth*. Cambridge University Press.

- Dixit, A. (1997). Economists as Advisers to Politicians and to Society. *Economics and Politics*, 9(3), 225-230. doi:<https://doi.org/10.1111/1468-0343.00031>
- Domingo, R., & Zipitría, L. (2016). *Regulación económica para economías en desarrollo*. Universidad de la República.
- Farieta*, A. (2015). Aproximaciones éticas al problema del free rider: consecuencialismo, deontología y ética de la virtud. *Universitaria Agustiniense, Universidad Pedagógica Nacional, Colombia.*, 1-15.
- Flórez, K. (2010). La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. *Revista LEBRET(2)*, 73-99.
- Franco-Giraldo, Á. (2012). Sistemas de salud en condiciones de mercado; las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 95-107.
- Gómez, F., Lara, L., Beltrán, L., & Moreno, J. (2008). *Precios y Contratación en Salud; Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos*. Colección PARS.
- González, A. (2017). *Comparación de Sistemas de pago Convenido en los costos de la prestación servicios de salud ambulatorios y hospitalarios [Trabajo de grado, maestría en Administración en Salud]*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Gorbaneff, Y., Torres, S., & Contreras, N. (2004). Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. *INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales(23)*, 168-181.
- Hernandez Roberto, F. C. (2000). *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw-Hill.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2008). *The Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage*. Harvard Business Press.

- Laffont, J., & Tirole, J. (1986). Using Cost Observation to Regulate Firms. *Journal of Political Economy*, 94(3), 614-641.
- López, C., Zapata, D., & Vanegas, M. (2019). *Modelos de Contratación de Salud en Colombia [Trabajo de grado]*. Medellín: Universidad CES.
- Martín, J., & López, M. (1994). *Incentivos e instrucciones sanitarias públicas*. Escuela de Andalucía de Salud Pública.
- Milena Perez, A. V. (2008). MODELOS DE CONTRATACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD EN EL MARCO DE LAS RELACIONES ENTRE PRESTADORES Y ASEGURADORES . *Universidad CES Facultad de Medicina*, 1-48.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS]. (2019). *Guía para la elaboración de políticas institucionales*. Costa Rica: MTSS.
- Molina, G., Vargas, J., Berrío, A., & Muñoz, D. (2010). Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 103-115.
- Oggier, G. (2012). *Modelos de contratación y pago en salud: ¿integración vertical o tercerización de servicios*. Fundación Sanatorio Güemes.
- Presidencia de la República de Colombia. (1997). Decreto 723 del 14 de marzo de 1997. [Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud]. Bogotá, D.C., Colombia.
- Przworski, A. (s.f.). Acerca del diseño del estado: una perspectiva principal agente. En *El valor estratégico de la gestión pública. Trece textos para comprenderlo* (págs. 399-438). CAF.
- Repullo, J., & Aguilera, M. (2012). *Gestión contractual en la sanidad*. Obtenido de <http://e->

spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500621/n5.3_Gestion_contractual_en_la
_sanidad.pdf

Rojas, J. (2015). *La estructura de mercado oligopolica [Trabajo de grado]*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Román, A. (2012). Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. *Medwave*, 12(5). Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5418>

Salgado, E. (2003). Teoría de costos de transacción: una breve reseña. *Cuadernos de Administración*, 16(26), 61-78.

Torres, S., García, R., & Quintero, J. (2005). Formas de contratación de los servicios de urgencias: una aproximación desde la economía de los costos de transacción. *Revista de Economía Institucional*, 7(12), 209-237. Obtenido de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/149>

Torres, S., García, R., & Quintero, J. (2007). Costos de transacción y formas de gobernanza de los servicios de consulta en Colombia. *Cuadernos de Economía*, 44(130), 233-262. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-68212007000200005>

Vásquez, R. (2015). *La teoría de agencia en el ámbito de los seguros de salud [Trabajo de grado, Administración y Dirección de Empresas]*. Universidade da Coruña.

Villareal, D. (2019). *La naturaleza Especial de los contratos de prestación de servicios de salud celebrados entre las EPS y los prestadores de servicios de salud [Trabajo de grado, maestría en Derecho Económico]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Wikies. (s.f.). *Problema principal-agente*. Obtenido de https://wikies.wiki/wiki/en/Principal-agent_problem

Williamson, O. (1985). The economics institutions of capitalism: firms. *Journal of Law, Economics and Organization*, 4, 65-93.

Yuri Gorbaneff, A. C. (2013). Teoría de costos de transacción, formas de gobernación y los incentivos en Colombia: un estudio de caso. *Elsevier España*, 332-338.