

Pago por desempeño: El prestador de servicios de salud de cara a la negociación con las aseguradoras del régimen contributivo, Bogotá DC, 2017.

Diego Andrés Ovalle Enf

Yulieth Riaño Bejarano Enf

Tutor:

Ariel Emilio Cortés BSc, MD, MADS, MSc, PhD, ScD (c)

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Administración de Salud

2019

Dedicatoria

Dedicado a mi adorado compañero de vida, Jeisson Méndez, quien con su apoyo, amor y paciencia me motivo durante todo este proceso, inspirándome a ser mejor cada día.

Julieth Riaño.

Con amor a Luciana, sin tu sonrisa y alegría el camino sería más largo ... gracias por motivar este espíritu de superación.

Diego Ovalle.

Tabla de contenido

1. Antecedentes	7
2. Estado del arte.....	15
3. Marco conceptual.....	18
3.1. Negociación	18
3.2. Estrategias de negociación.....	20
3.3. Tipos de propuesta	21
3.4. Tipos de negociación	21
3.4.1. Primera fase: preparación	23
3.4.2. Segunda fase: discusión	23
3.4.3. Tercera fase: propuesta	24
3.4.4. Cuarta fase: cierre y acuerdo.....	24
3.5. El negociador latinoamericano	25
3.6. Prestadores de servicio de salud	26
3.7. Entidades Promotoras de Salud (EPS).....	28
3.8. Modalidades de pago	29
3.9. Presupuesto fijo mensual	31
3.10. Pago fijo mensual.....	31
3.11. Pago global prospectivo.....	32
3.12. Capitación por fracción variable	34
3.13. Pago por actividad final	35
3.14. Capitación ajustada por condiciones médicas.....	37
3.15. Presupuesto por nota técnica.....	38
3.16. Pagos por grupo relacionado de diagnóstico (GRD)	38
3.17. Pago por episodio de atención	40
3.18. Presupuesto global prospectivo (PGP).....	41
4. Problema de investigación	42
5. Justificación	43
6. Objetivos	46

6.1. Objetivo general.....	46
6.2. Objetivos específicos	46
7. Propósito	47
8. Metodología	48
8.1. Población de estudio	48
8.2. Criterios de inclusión	48
8.3. Fuentes de información.....	49
8.4. Recolección de los datos	49
8.5. Fases de la investigación.....	49
8.6. Instrumentos.....	50
8.7. Consideraciones éticas	51
9. Resultados	53
9.1. Caracterización de la población participante	53
9.1.1. Negociadores asignados por los prestadores	56
9.1.2. Negociadores asignados por la EAPB	57
9.2. Atributos de la negociación	58
9.2.1. Características en el proceso de la negociación	58
9.2.2. Poderes de la negociación.....	58
9.2.3. Grado de seguridad percibida en la negociación	59
9.2.4. Estrategias usadas en la negociación	60
9.2.5. Presión e incertidumbre percibida en la negociación	61
9.3. Fases de la negociación.....	63
9.3.1. Fase de preparación	63
9.3.2. Fase de discusión	67
9.3.3. Propuesta.....	68
9.3.4. Cierre	70
10. Discusión.....	75
11. Conclusiones	78
12. Referencias.....	86

Índice de figuras

Figura 1. Respuesta de la capacidad instalada en la IPS afiliadas a la ACHC debido a la crisis presupuestaria.....	9
Figura 2. Servicios en salud cerrados durante el primer trimestre del 2015.....	10
Figura 3. Comparativo de contratación en salud, Colombia (2002, 2003 y 2010).....	12
Figura 4. Tipos de negociación.....	20
Figura 5. Distribución del nivel de complejidad de las IPS participantes en la investigación.....	52
Figura 6. Distribución porcentual de EAPB con la cual se realiza contratación con pago por desempeño por parte de las IPS en 2017.....	53
Figura 7. Distribución agrupada del tipo de pago por desempeño generado entre IPS y EPAB, 2017.....	54
Figura 8. Distribución porcentual de servicios objeto de negociación respecto a pago por desempeño, 2017.....	55
Figura 9. Porcentaje de satisfacción por parte de las IPS ante la negociación de servicios con pago por desempeño, 2017.....	59
Figura 10. Porcentaje de percepción de presión de la IPS por parte de la EAPB durante la negociación de servicios con el pago por desempeño 2017.....	60
Figura 11. Distribución de la preparación para la negociación de servicios con el pago por desempeño, 2017.....	62
Figura 12. Distribución de uso de asesoría en modelos alternativos de contratación con pago por desempeño, 2017.....	63
Figura 13. Distribución porcentual del tiempo dispuesto para la preparación de la negociación de servicios con pago por desempeño, 2017.....	64

Figura 14. Distribución agrupada de los criterios técnicos considerados por las IPS en la preparación de la negociación de servicios con el pago por desempeño, 2017.....	65
Figura 15. Precepción de presión por parte de la EPAB para la contratación bajo de servicios con el pago por desempeño, 2017.....	68
Figura 16 Distribución porcentual acuerdos de mecanismos de ajuste en negociación de pago por desempeño, 2017	70
Figura 17. Distribución acumulada de tipo de indicadores definidos durante la negociación del pago por desempeño, 2017	71

Índice de tablas

Tabla 1. Comparativa del grado de seguridad en la negociación del pago por desempeño contra complejidad y vínculo de proximidad con EAPB en 2017.....	59
Tabla 2. Comparativa de las estrategias usadas en la negociación del pago por desempeño de las IPS contra EAPB, 2017.....	61
Tabla 3. Distribución comparativa de los mecanismos de comunicación y frecuencia usadas en la negociación del pago por desempeño de la IPS y EAPB, 2017.....	68
Tabla 4. Elementos de la propuesta considerados críticos contra elementos ajustados en la contrapropuesta en la negociación del pago por desempeño, 2017.....	70
Tabla 5. Elementos contemplados en las diferentes etapas de la negociación de pago por desempeño, 2017.....	79

1. Antecedentes

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) creado mediante la Ley 100 del 1993, introdujo conceptos centrales para entender su lógica de estructura y funcionamiento, uno de estos es el de competencia administrada (Enthoven, 1993) que hace referencia al uso de reglas de competencia para recompensar a aquellos prestadores de salud que ejecutan con mayor eficiencia su labor, lo anterior al reducir costos y mejorar la calidad. Esta competencia es utilizada por el asegurador como condición de interés para incentivar a sus pacientes un mayor consumo de servicios con menor riesgo financiero, maximizando el valor en el intercambio e inspirando así el uso de los incentivos económicos.

El sistema de salud se encuentra enmarcado en teorías como la de la agencia (Jensen y Mecklin, 1976), donde se establece la relación entre agentes (persona) y principales (persona o empresa), esta se define como un contrato entre el principal y el agente para que realice determinado servicio a nombre del primero; así, para que exista una relación de agencia debe haber un grado de delegación de autoridad del principal al agente, el cual le permita suscribir, modificar o cancelar contratos con terceros en nombre del principal. Este es el comportamiento particular de nuestro sistema, donde las personas se afilian a una Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), esta a su vez subcontrata a una red Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para la atención de sus afiliados en nombre de él. Se considera que tanto la IPS como la EAPB buscan maximizar funciones de utilidad, sin embargo, se plantea un problema asociado a información asimétrica y riesgo moral que indica el hecho de que el agente no siempre actuará en beneficio del principal.

Del mismo modo, el sistema responde a un modelo denominado pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997), el cual organiza a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y la prestación de servicios, además de la búsqueda del equilibrio entre el sector público y privado, evitando la polarización.

La Ley 100 estableció entonces una relación entre EAPB y IPS, entregando el poder económico, así como la custodia de la información en salud de los asegurados, a las EAPB.

En este grupo se encuentran las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las cuales se encuentran asegurados para 2017, en cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, cerca del 94,88% de los residentes del territorio nacional colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.); sumado a lo anterior, poseen la libertad de suscribir contratos con las IPS que consideren cumplan con requisitos administrativos y asistenciales para la prestación de servicios a sus asegurados en el marco de un modelo de atención, buscando la eficiencia financiera.

Para tal fin, se busca favorecer la asimetría en la información, con la cual “segmentan y seleccionan la población con menos riesgos en salud, provocan conflictos interinstitucionales por no pagar oportunamente a las IPS los servicios prestados a sus afiliados” (Molina y Ramírez, 2013), afectando el mercado con equilibrio competitivo general, el cual posee los siguientes atributos: (a) consumidores perfectamente informados y con preferencias definidas frente a las opciones de consumo; (b) proveedores (productores) provistos de conjuntos eficientes de producción; (c) todos los agentes sean formadores de precios (Arrow y Debreu, 1954). Infortunadamente, estas propiedades de mercado no son aplicadas en el contexto colombiano, generándose así fenómenos que afectan la toma de decisiones de los asegurados, así como de los prestadores. Todo lo anterior se explica también por lo siguiente:

- El consumidor de servicios de salud delega la responsabilidad de la contratación de servicios a una agencia o asegurador en la cual confía, pero esta, a su vez, le impide realizar una selección dinámica del principal o prestador en tanto que la información con la que cuenta para la toma de decisiones no le es fácilmente compartida, acudiendo entonces a la selección por prestigio en el mejor de los casos.
- El consumidor naturalmente es poseedor de menor información sobre los procedimientos en salud, ya que para tal fin requiere formación académica específica entregando al médico la selección de los servicios en salud a recibir.

- El producto que se ofrece al consumidor no es homogéneo (Arias y Vélez, 2014, p. 85); el principal no tiene mecanismo de selección de precios, por el contrario, se encuentra enmarcado en un modelo tarifario donde es excluido en la negociación.
- Existen mecanismos de limitación sobre el poder del principal o prestador en la destinación de cantidades, procedimientos, medicamentos y tecnologías a través de la generación de autorizaciones de servicios, los controles en el acceso y pago de servicios.

Estas circunstancias han forjado una serie de comportamientos e intenciones en cada uno de los actores del sistema, incrementando la necesidad de ampliar el aspecto normativo, razón por la cual se expide el Decreto 4747 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), regulando algunos aspectos contractuales entre las IPS y las EPS. Este decreto, a su vez, describía los mecanismos alternativos de pago basado en el desempeño reconocidos para el 2007, como lo son:

- El pago por capitación, que hace referencia al pago anticipado de una suma fija por persona, la cual tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido y con una unidad de pago constituida por una tarifa pactada previamente en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- El pago por evento reconoce el pago por cada una de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado, se encuentra ligado a un evento de atención en salud de acuerdo con unas tarifas pactadas previamente.
- El pago por caso corresponde al conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados o grupo relacionado por diagnóstico.

No obstante, estos aspectos normativos poseen estrecha relación conceptual y medular con teorías microeconómicas reconocidas por sus alcances en la regulación, eficiencia financiera, calidad y disminución del riesgo.

En el marco de esta dinámica, en el 2008 el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del MSPS, el Departamento de Nacional Planeación y el Centro de Proyectos para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Javeriana, llevaron a cabo un estudio indicativo de precios y análisis cualitativos de los contratos propios del sistema de salud colombiano, el cual dio luces sobre las tendencias del mercado de la salud, describiendo además el comportamiento del agente y el principal en salud desde la teoría de la agencia con respecto a la contratación de servicios de salud y los incentivos más usados (Jensen y Mecklin, 1976).

Este trabajo reportó al pago por evento como el mecanismo más frecuente de contratación con los prestadores por parte de las EAPB, siendo el 46,9% del total de contrataciones en 2002 y ascendiendo a un 60% en 2003; este, seguido de la cápita con un 33,7% en 2002 y 22,4% en el 2003, conjunto hora integral con un 11,1% (2002) y 12,1% (2003), y otras modalidades de contratación entre el 8,3% y 4,9% respectivamente (Arias y Vélez, 2014).

La contratación de servicios de salud ha tendido el uso de mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño con transferencia del riesgo desde la EAPB hacia las IPS, donde, si bien, hay diferencias con los modelos convencionales, muchos de estos ya son implementados en otros países en modelos de mercado de seguros médicos; este es el caso de Medicare en USA, cuando en la década de los 80 buscó mejorar las condiciones para todas las partes —pacientes, prestadores, aseguradores y proveedores—, generando servicios con mayor calidad a un menor costo y más efectivos. Para el contexto colombiano la situación es diferente debido a la dinámica propia de las EPS, las cuales acumulan la mayor información de las condiciones de salud de la población y el recurso económico, por lo que terminan siendo las IPS las más afectadas por el riesgo económico y reputacional que de forma hábil la EPS en esta condición de mercado ha desplazado en su modelo de agencia sobre el principal, bajo argumentos como los enunciados por Arias y Vélez (2014): “Equivocadamente algunos actores piensan que la contratación es un juego de suma cero: yo gano a expensas del otro”.

Estas condiciones asimétricas en la relación entre las EPS e IPS han continuado generando análisis de especial importancia sobre la seguridad financiera de los prestadores, problemática que han retomado organizaciones como la Asociación Colombiana de

Hospitales y Clínicas (ACHC) a través de estudios destinados a conocer el impacto del flujo de recursos hacia sus prestadores afiliados. En el 2015 la ACHC publicó la Encuesta sobre el impacto de la problemática de flujo de recursos en las clínicas y hospitales asociados, esta fue desarrollada por el equipo técnico y se envió a 114 directores o gerentes de organizaciones que acumulan el 13% de las camas del país. Los resultados de este informe revelaron la continuidad de las conductas asimétricas del asegurador, donde se afecta el flujo de capital de las IPS:

La intermitencia en la liquidez de los hospitales va socavando las instituciones, y esto es generado en algunos casos por el alto porcentaje de devoluciones en facturación, las glosas por servicios, y más grave aún el hecho que se desconozca el pago de intereses de mora por parte de las EPS a los prestadores (ACHC, 2015).

El mismo informe marca la obligatoriedad a los administradores del servicio a ser más eficientes en la producción de servicios sanitarios, invitándolos a cerrar la atención de algunos servicios (6,1%), tercerizarlos (7,1%) o, finalmente, reducirlos (28%), como se ve en la Figura 1.

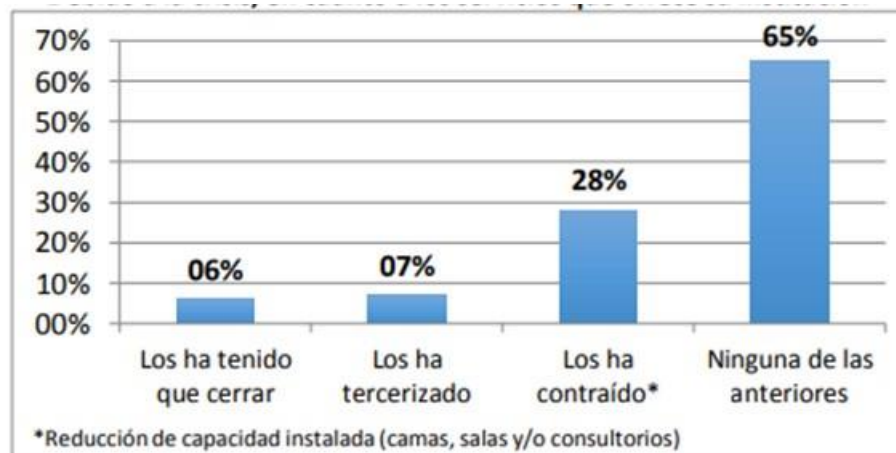


Figura 1. Respuesta de la capacidad instalada en la IPS afiliadas a la ACHC debido a la crisis presupuestaria

Fuente: ACHC (2015).

Los servicios que fueron objeto de cierre según el informe son de seis organizaciones hospitalarias de alta o mediana complejidad, principalmente afectando los servicios de consulta externa (33%) y ayudas diagnósticas (17%) como se observa en la Figura 2. Estos

servicios definitivamente producen productos hospitalarios de gran importancia en la demanda natural propia del mercado de la salud, lo anterior debido a la debilidad financiera dispuesta por el asegurador a través de los modelos de contratación suscritos. Este es un elemento articulador entre los distintos actores, el cual:

busca asegurar que los recursos se movilicen y se asignen adecuadamente para posibilitar la producción y consumo de servicios de salud, con incentivos hacia la racionalidad y calidad en la prestación de servicios y eficiencia en el uso de los recursos (Superintendencia Nacional de Salud, 2012).

Sin embargo, el sistema a su vez posee debilidades: “radica en que pueda presentarse una tendencia aplazar los tratamientos y a diluir las responsabilidades” (Superintendencia Nacional de Salud, 2012).

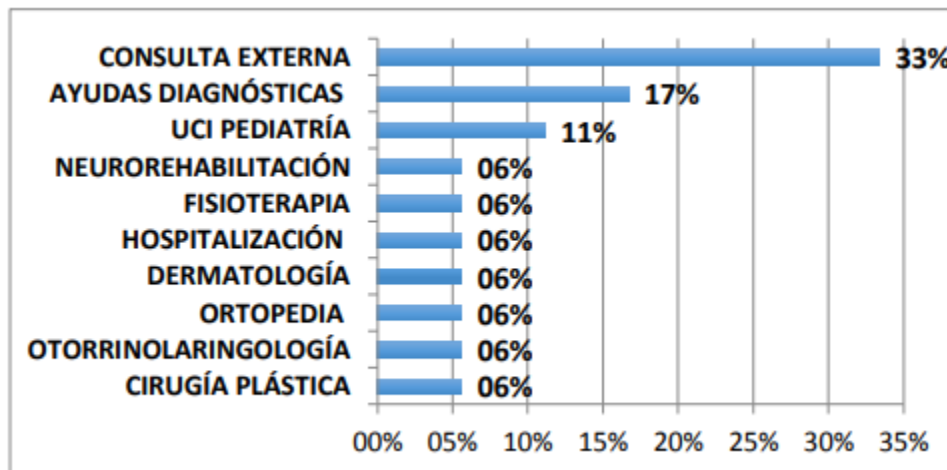


Figura 2. Servicios en salud cerrados durante el primer trimestre del 2015

Fuente: ACHC (2015).

En 2015 el Banco de la Republica analizó los contratos y resultados de salud en el SGSSS comprendidos entre 2009 y 2011 (Carranza, Riascos y Serna, 2015), allí reportaron las diferencias en los modelos de contratación según la función de la entidad en el sistema; afirman:

Las EPS prefieren un contrato en el que logren ceder parte del riesgo financiero y de salud a la IPS. Como lo es la capitación cuando se trata de usuarios riesgosos (por ejemplo, aquellos con una alta probabilidad de padecer enfermedades de larga

duración o los pacientes de la tercera edad), mientras que la IPS prefiere un contrato donde la EPS asuma todo el riesgo como lo es el pago por servicio.

Se evidenció la relación entre el poder negociador de las partes para ejercer esfuerzo por atender a sus pacientes a través de incentivos, con los cuales el prestador tienda a asumir una responsabilidad de oportunidad y continuidad en la generación de productos hospitalarios; con especial interés se observó, además, la tendencia al establecimiento de condiciones de salud prospectivas de los pacientes por parte de los aseguradores y prestadores a la hora de elegir el contrato a convenir.

Frente a la estadística del estudio antes mencionado, se reporta que para la fecha de análisis establecida (2009-2011) el uso de los contratos por capitación (ingreso fijo), correspondían a un 39% de las contrataciones, que su uso en el sistema es mayor dependiendo la presencia de la aseguradora en un territorio y se tiende a desarrollar en la medida que la necesidad de atención sea mayor o de larga duración; por otro lado, los valores pagados a los prestadores son mayores en los servicios prestados por evento (ingreso variable), representa el 50% de las contrataciones, por lo cual se sugiere que “hay un mecanismo asociado al esfuerzo del proveedor, quien quiere evitar las admisiones o el exceso de servicios brindados a pacientes capitados, porque bajo ese contrato la EPS no lo compensa por los costos adicionales” (Carranza, Riascos y Serna, 2015). Sin embargo, las estadías hospitalarias de los pacientes no tienden a variar por el modelo de contratación, bien sea capitado o por evento, situación que por demás demarca la inconsistencia propia del objetivo del desempeño.

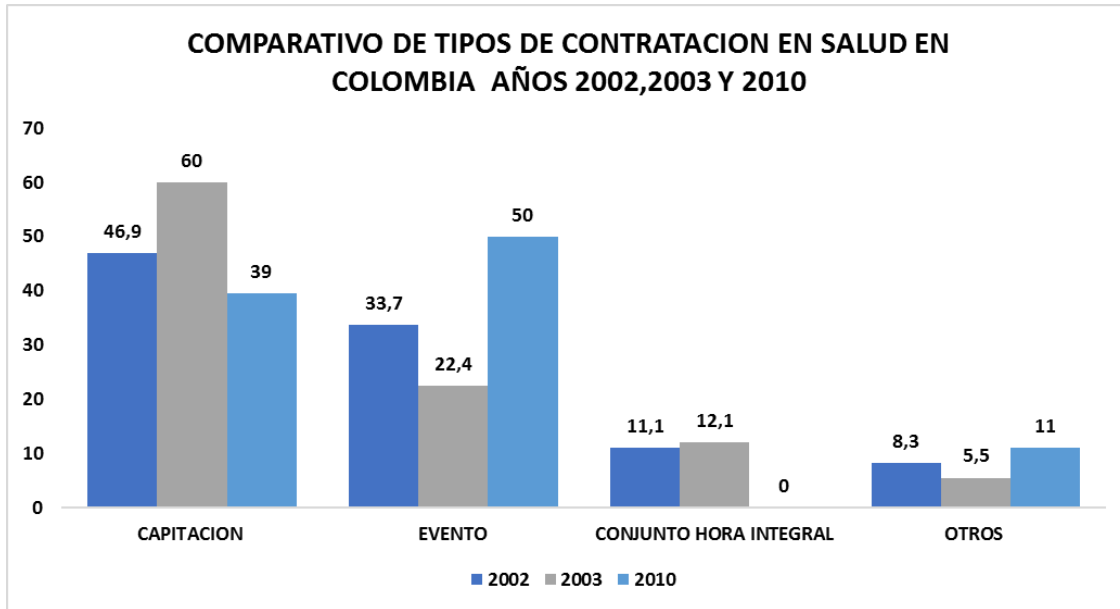


Figura 3. Comparativo de contratación en salud, Colombia (2002, 2003 y 2010)

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, al hacer un análisis de los resultados de los tres estudios (Figura 3), se denota a nivel general un uso frecuente de la capitación y el evento en las condiciones antes mencionadas, observando también una tendencia al mayor uso de otros modelos de pago que para ese momento no se habían establecido aún como mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño, en respuesta a los modelos internacionalmente aplicados conocidos como *pay for performance*. Se lleva al prestador a la negociación de servicios con una mayor proporción al valor de la gestión del riesgo, enmarcado en un incentivo que facilita el seguimiento de los objetivos de atención a alcanzar por parte de la aseguradora.

2. Estado del arte

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, el SGSSS dio apertura normativa para que las aseguradoras establecieran procesos de negociación destinados a la compra de servicios a las instituciones constituidas para tal fin, estos procesos están centrados en el uso de diferentes incentivos establecidos en la teoría de la compensación (Baker, Jensen y Murphy, 1988), complementada a su vez por los modelos de pluralismo estructurado y competencia regulada (Vladivieso, Gorbaneff y Contreras, 2004, p. 115). Esta forma de interacción se ha hecho más compleja con el pasar del tiempo, entre otras causas por la tendencia de la aseguradora a aprovechar los cambios en la demanda de servicios, realizando administración del riesgo variando el incentivo de modelos fijos a los más actuales llamados pago por desempeño (P4P).

En general, la bibliografía actual permite reconocer el uso de estos modelos así como las diferentes ventajas y desventajas propias de cada uno, sin embargo, estos documentos solamente están sometidos a la recolección de información sobre las compensaciones fijas y variables, excluyendo en su mayoría la compensación por resultados; lo anterior se debe en gran medida a la ausencia de modelos validados para el SGSSS, también al interés de las aseguradoras en aumentar la eficiencia financiera junto a su incapacidad de estandarizar la variabilidad de la práctica médica, lo cual facilitaría la identificación de los costos reales de la atención por procedimientos o patologías. Se procura solucionar esta limitante a través del uso de guías de práctica médica (Cortés *et al.*, 2012).

Estos textos reconocen lo escaso que ha sido la publicación de información en referencia al P4P en Colombia, contrario a lo amplio que es la adquisición de esta información en Norte América y Europa, haciendo además especial énfasis en el uso exclusivo de este método en el régimen contributivo y específicamente en los servicios de baja complejidad o primer nivel de atención. Para 2013 Gorbaneff *et al.* (2013) publican un estudio de caso sobre una aseguradora conocida como CPS, la cual bajo la visión de la teoría de costos de transacción se le dificulta establecer de forma efectiva el P4P a nivel hospitalario a diferencia de la gobernanza híbrida a nivel ambulatorio; aun así, dichos estudios no han dado explicación sobre la caracterización de estrategias que usan los prestadores durante la negociación de este tipo de contratos con las aseguradoras del regimiento contributivo.

Más recientemente Bardey (2015) describe la importancia de un esquema de P4P desde las aseguradoras, motivando al uso de incentivos destinados a la satisfacción de los usuarios y rompiendo así con el esquema de restricciones, barreras y baja calidad; a su vez, advierte respecto a las precauciones que se deberá destinar en la implementación de este tipo de compensaciones y a la selección de indicadores, los cuales deben ser establecidos con la mayor idoneidad si se quieren evitar efectos tales como la sustitución metódica del principal por actividades no seleccionadas en el marco del modelo. Lo anterior afecta finalmente el gasto o costo de la atención en salud.

En el mismo año el Grupo Banco Mundial (2015) publicó el manual de pago por desempeño cuyo objetivo es responder a los diferentes interrogantes que se presentan en la ejecución de un modelo de atención basado en pago por desempeño para los servicios sanitarios esto dado por la recolección de información de aquellos países que gracias a su implementación han evolucionado estos modelos alternativos de pago.

Este manual gesta una guía basada en la experiencia y ensayos de implementación que iniciando con la atención primaria de salud en la Provincia Occidental de Zambia a comienzos de la década de los 90s con la más reciente variación a partir de 2013 en donde se ha planificado e implementado proyectos y programas adicionales en una amplia lista de países de ingresos bajos y medios, tales como Afganistán, Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Djibouti, Gabón, Gambia, Kenia, Kirguistán, República Popular Democrática de Laos, Lesoto, Liberia, Mozambique, Nigeria, Senegal, Sudan del Sur, Tayikistán, Tanzania, Vietnam, Zambia, Zanzíbar (Tanzania) y Zimbabue.

Finalmente es documento concluye que, aunque este tipo de modelos posee una ejecución diferente entre los países de bajos y medianos ingresos en comparación con los países miembros de la OCDE, comparten similitudes en el comportamiento del mercado en términos de tarifas, políticas y compras estratégicas.

Para el 2017, previa a una extensa revisión bibliográfica, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá D.C., estableció el diseño metodológico de un esquema posible de compensación basado en el desempeño, el cual sería aplicable a los hospitales de la red pública de salud en la ciudad (Morales-Sánchez y García-Ubaque, 2017); dicho esquema se basa en un modelo prospectivo de desempeño, que tiene relación con la optimización de la eficiencia técnica —provisión de servicios de salud a menor costo— y locativa —optimización de la mezcla de los servicios de salud—, así como en mejores resultados de atención, inmersos a su vez en un mecanismo para mayor cumplimiento de metas de calidad, mejora de condiciones de salud y satisfacción de los usuarios.

Se establece para tal fin un episodio máximo de cuatro años en los cuales demostrará la mejora en la producción y los costos, sin embargo, no indaga en el mecanismo de negociación usada con los prestadores, ya que es claro que en este caso, al ser la SDS quien selecciona a los gerentes de las Empresas Sociales del estado (ESE) y a su vez quien establecería el mecanismo de negociación a través de capital salud EPS en donde su participación accionaria es del 89% para el distrito y el 11% restante le corresponde a Salud Total EPS (Super Intendencia Nacional de salud 2018); situación por la cual se configura un episodio de integración vertical que parte desde la vigilancia y regulación hasta la prestación de servicios en salud, condición que contrae los elementos de negociación con los cuales se verían enfrentados los prestadores.

Vale la pena resaltar que en la dinámica definida para la revisión bibliográfica destinada a evaluar diferentes tipos de documentos con los cuales evaluar el estado del arte de la investigación, no se lograron establecer fuentes bibliográficas que determinaran o describieran los mecanismos de negociación del prestador ante la contratación condicionada al desempeño con las aseguradoras del régimen contributivo Bogotá D.C., motivante por el cual se viabiliza la realización del presente proyecto de investigación.

3. Marco conceptual

3.1. Negociación

La negociación puede ser definida como proceso de diálogo entre contrarios con el objetivo de llegar a un acuerdo que beneficie a ambas partes, aunque normalmente la negociación supone la solución a un conflicto o mejora un problema; sin embargo, la dinámica propia con la cual se realiza la negociación de servicios en salud es particularmente diferente, ya que en este proceso convergen todo tipos de negociadores entre los que se cuentan hospitales públicos y privados, laboratorios, farmacias, universidades de áreas médicas, así como profesionales con consultorios particulares, condición que tiende a complejizar aún más la búsqueda de un bienestar entre las partes. Lastimosamente, el concepto de negociación en salud ha sido mal interpretado y mal conducido dependiendo de quién esté en la mejor posición de cada negociación, esto debido en gran parte al concepto de negociación por posiciones (Carrión, 2007) donde cada parte de la negociación toma una posición sobre el tema, tratado de convencer al otro para que acepte su propuesta.

Para tal fin, los negociadores argumentarán y discutirán la bondad de cada una de sus soluciones particulares y los inconvenientes de la propuesta por la parte contraria, haciendo concesiones recíprocas y tratando con ello de alcanzar un acuerdo. Se establecen entonces dos formas extremas de posicionarse: una dura y poco transigente, en la que cada negociador defenderá su idea y atacará con vehemencia la idea del contrario, y otra más flexible y condescendiente, que tratará, no tanto de conseguir la victoria para una de las partes, sino de encontrar la mejor solución posible al conflicto planteado; estas actitudes extremas están normalmente ausentes en la negociación de los servicios sanitarios en Colombia, puesto que el agente ha conseguido ser de forma simétrica el único propietario de la información acerca de las condiciones de salud de sus asegurados, sumado a ser el custodio del poder económico del pago de los servicios, requiriendo entre otras habilidades el conocimiento, también debe tenerse en cuenta la complejidad de las áreas médicas así como económicas, ya que el ejercicio del poder de la aseguradora está relacionado con los ocho poderes en la negociación (Valencia, 2012, p. 12). Respecto a ello se tiene:

- El poder de la forma. Define conductas, elementos o formas con las cuales se deberán realizar las acciones o actividades contratadas tanto en procedimientos como en elementos mínimos para el pago.
- El poder del compromiso. El poder se centra en la incertidumbre generada por el contratante sobre los atributos propios del servicio, así como la posible competencia dispuesta a ofertar, situación que genera opiniones en el oferente sobre la necesidad de ceder a las condiciones de negociación propuestas inicialmente.
- El poder del conocimiento. Hace referencia la gran cantidad de conocimiento especializado adquirido a través de la experiencia que se deriva de la labor del oferente.
- El poder del no. Este poder está relacionado con la dificultad para decir no por parte del oferente, sobre todo por una tendencia a la culpabilidad, seguido de un deseo de agradar a toda costa, una falta de autoconocimiento y de los propios límites.
- El Poder del riesgo. Se define como la habilidad de un negociador avezado en referir su deseo de no acceder a las pretensiones del oferente, refiriendo su decisión de dar por finalizada la negociación en caso de no ser aceptadas sus pretensiones y corriendo el riesgo de perder la oportunidad de cierre de la negociación de forma favorable, ya que se basa la desesperación del oferente y en la oportunidad de contrapropuestas por proveedores similares.
- El poder de intimidación. En esta se genera la impresión de que el contratante puede perjudicar económicamente o en prestigio al oferente, otorgando el poder de la intimidación, donde el oferente se siente inferior y con incapacidad de impedir la imposición de condiciones.
- El poder del equipo. Este utiliza un equipo propio por parte del contratante el cual posee altas competencias técnicas o esenciales para los elementos críticos del proceso de negociación, cualidades que no posee el oferente de forma inmediata generando asimetría en la capacidad de analizar la información necesaria para negociar.
- El poder del tiempo. El tiempo es uno de los tres elementos de base de toda negociación, junto con el poder y la información; este reviste una importancia magistral en el proceso, incluso se podría decir que la parte que lo controle puede

dominar el resultado. La duración de la negociación determina la cantidad de los intercambios y las gestiones que de ellos se derivan. Así, la satisfacción que se siente respecto del proceso es directamente proporcional al tiempo que se invierte.

3.2. Estrategias de negociación

Se han establecido cuatro estrategias específicas basadas en variables entre la acción de ganar (positivo) y perder (negativo) ante el planteamiento inicial de objetivos al inicio de la negociación (Bolívar y Calle, 2009):

- **Ganar-perder.** Se basa en la aceptación de un único acuerdo en el que la contra parte pierde, alcanzando el máximo beneficio sin importarle la situación en la queda la otra parte. Esta acción de perseguir por todos los medios ganar y hacer perder al otro es una acción sin principios y claramente desleal, la cual persigue el desprestigio del otro.
- **Perder-ganar.** Es un tipo de negociación donde se brinda la mayor ventaja y beneficio al otro; en algún caso puede ser una manera de ganar la confianza del otro para luego estar en situación de pedir.
- **Perder-perder.** Es aquella negociación normalmente emocional, las dos partes quieren hacer tanto daño al otro sin importarles los objetivos planteados al inicio. Existen casos de divorcio donde se venden las propiedades por precios muy inferiores al valor real, por no querer dejárselas a la otra persona. Generalmente esta posición mental está influenciada por un marco bastante inestable y condicionado por las emociones de rabia, frustración, miedo y orgullo desmedido.
- **Ganar-ganar.** Es la negociación donde se consigue la mejor solución. Los actores en este caso están comprometidos desde el principio en llegar a este tipo de solución; las negociaciones ganar-ganar se basan en que ambas partes deben ceder un poco de algo. Ambas partes deben entender qué está detrás de la postura de la otra parte, es decir, ponerse en su lugar

3.3. Tipos de propuesta

La propuesta posee un gran valor en el proceso de negociación puesto que articula el ofrecimiento con los valores o atributos a ser considerados por la contra parte:

- Propuesta abstracta-abstracta. Adecuada para preparar la negociación y tantear a los oponentes. Resulta muy útil para identificar los intereses de los demás, siendo válida para cualquier tipo de negociación.
- Propuesta abstracta-concreta. Ideal para negociaciones acomodativas en las que se da prioridad a los intereses de los demás, cuando se tiene menos poder que la otra parte.
- Propuesta concreta-abstracta. Adecuada para negociaciones muy competitivas o cuando se tiene más poder que la otra parte.
- Propuesta concreta-concreta. Adecuada cuando se desea cerrar el proceso de negociación. Resulta adecuada para todo tipo de negociaciones.

3.4. Tipos de negociación

La negociación se clasifica, dependiendo de los escenarios, así como los objetivos que buscan los negociadores, en general se puede clasificar en cuatro tipos como lo muestra la Figura 4.

	- Importancia resultados +	
+ Importancia relación -	Acomodativa perder/ganar	Colaborativa ganar/ganar
	Evitativa perder/perder	Competitiva ganar/perder

Figura 4. Tipos de negociación según objetivos.

Fuente: Negociaciónavanzada.com

- **Negociación Competitiva:** el negociador muestra una conducta agresiva con el objetivo de intentar conseguir los mayores beneficios de la negociación. Implica obtener los mejores resultados sin tener en cuenta la relación con el oponente. Se considera a la otra parte como un enemigo al cual vencer, utiliza amenazas, difícilmente modifica sus posiciones, es una situación de ganar o perder.
- **La negociación colaborativa:** los negociadores exhiben una conducta asertiva con el objetivo de ampliar los beneficios de la negociación y conseguir objetivos que beneficien a todas las partes, implica mantener relaciones beneficiosas en las cuales se cede ante criterios objetivos de ambas partes, ya que su base es el interés de un acuerdo. Es una situación de gana y gana.
- **La negociación acomodativa:** el negociador muestra una conducta dócil con el objetivo de desarrollar una relación con la otra parte de forma que estratégicamente el negociador opta por ceder a corto plazo para conseguir mejores resultados en el largo plazo. Acepta las propuestas de la otra parte e inclusive pérdidas para lograr el acuerdo. Es una situación de perder y ganar.

- La negociación evitativa: el negociador opta por no negociar ya que el resultado de la negociación conlleva al deterioro de la relación o generará resultados negativos; en general, se evita una negociación donde pierden ambas partes. Es una situación de perder y perder.

Finalmente, todo proceso de negociación está inmerso en cuatro fases (Carrión, 2007), independientemente del tipo de producto o servicio que se esté solicitando; cada una de estas posee espacios de tiempo y resultados diferentes, las cuales deberán dar como resultado el intercambio de condiciones que generen un acuerdo integrador, donde el objetivo fundamental es tratar de satisfacer todas las demandas de cada uno de los participantes y si es posible nadie deberá perder (Shermerhorn, 2003, p. 243).

3.4.1. Primera fase: preparación

Esta es fundamental para el posterior desarrollo de la negociación y de ella depende en gran medida la consecución de los objetivos que se planteen alcanzar. Para tal fin, es necesario establecer de forma clara cuál es el bien o producto a negociar, cuánto tiempo se posee para la negociación, la relación de fuerzas de poder existentes, así como la posición que la organización tomara inicialmente; sumado a lo anterior, se hace necesario establecer la obtención de información, estrategia y reparto de roles o tareas como la construcción de argumentos que sirvan de fundamentos ante la contra parte, razón por la cual es necesario poseer claridad en la información que se va a proporcionar, así como aquella que se mantendrá en reserva (Alonso, 2015).

3.4.2. Segunda fase: discusión

Las negociaciones siempre empiezan con un planteamiento inicial, pero no necesariamente con propuestas alternativas. El tema puede ser o no una petición considerable, la cual llega a superar la discusión si consigue que el tema comience a discutirse previa argumentación; en esta se reconocerán las necesidades del solicitante, así como las peticiones iniciales a ser analizadas.

Adquiere vital importancia el desarrollar un modelo de comunicación asertiva, en el cual es establezcan canales de información que permitan no solo la generación de confianza

(Alonso, 2015), sino el establecimiento de avances programáticos sobre el tema de la negociación.

3.4.3. Tercera fase: propuesta

Una vez a concluida la discusión inicial se expondrá, según los acuerdos previamente establecidos, el contenido de la propuesta, así como el análisis de las condiciones nuevas o las ya aceptadas; es de recordar que el planteamiento inicial es la que genera los cimientos del acuerdo final y, además, limita iniciativa a la otra parte y fuerza.

3.4.4. Cuarta fase: cierre y acuerdo

Durante esta fase el negociador se enfrentará a la incertidumbre propia del desconocimiento de la decisión del contratante ante la aceptación de las condiciones, así como la posibilidad de que las concesiones realizadas lleguen a afectar la calidad o valor final del producto, ya existe el riesgo de abuso de algunas de las partes; al resumir lo acordado y conseguir que la otra parte acepte el resumen de la negociación, será el punto culminante del proceso, para tal fin Alonso (2015) establece las siguientes estrategias de cierre al acuerdo que se considera es el cercano a los objetivos antes planteados:

- El cierre por cesión. Se basa en brindar una última cesión para llegar a un acuerdo.
- El cierre con ultimátum. Se presenta una última concesión y se le comunica a la contraparte que, si no se acepta el acuerdo en ese momento, no podrá ofrecerle las mismas condiciones en otro momento.
- El cierre alternativo. Se muestran dos alternativas para que sea la contraparte la que elija entre estas opciones para llegar a un acuerdo.
- Cierre con resumen. Se gestiona la presentación de un resumen de todos los acuerdos logrados hasta el momento, destacando las contrapartidas que la otra parte ha conseguido, subrayando las ventajas que supone el acuerdo sobre los puntos pendientes.
- Cierre con órdago (apuesta total). Consiste en retirar alguna cesión realizada con antelación para forzar a la contraparte a que acepte el acuerdo.

- Cierre con amenaza de ruptura. Es el cierre más drástico, ya que es indicar a la contraparte que el trato ya no es buen negocio para la empresa, que ya no interesa y que no se cederá más.

3.5. El negociador latinoamericano

Reconocer las cualidades y aptitudes del negociador latinoamericano es de gran importancia, puesto que son estas características las que permitirán determinar la eficacia de la negociación, así como las variables a ser consideradas. Según Ogliastri (1998), el negociador latinoamericano es básicamente un regateador amistoso e informal, a su vez posee condicionantes tales como:

- Prefiere establecer relaciones de amistad para negociar, buscando así establecer confianza en su contraparte.
- Negocia con clara intención de obtener los mayores beneficios a corto plazo o de forma inmediata, no establece acciones a largo plazo.
- La impaciencia es una característica predominante afectándolos tiempos destinados al análisis de la propuesta para un futuro acuerdo.
- Las decisiones están centralizadas en el más alto nivel jerárquico de las organizaciones, en pocas ocasiones cuenta con un grupo de asesores o grupos de trabajo con vocería.
- Tiende a poseer poca preparación sobre el mecanismo de pago, facilitando informalidades en tanto tampoco realiza estudios previos del objeto de negociación, así como de su contraparte, asumiendo riesgos muy altos en el proceso
- Posee acciones manipulativas de emociones y juegos de poder que pretenden amedrentar a la contraparte.
- El acuerdo es rápido, impreciso y de una minuciosa legalidad.

El uso responsable o adecuado de los recursos disponibles es de vital importancia en la negociación, ya que esto podrá elevar las probabilidades de éxito de las organizaciones sin

afectar a su contra parte (Paz, 2004); por tal razón, elementos tales como la planeación estratégica, la selección de un agente negociador, la selección de tácticas, así como la preparación de la información, relevan gran importancia a la hora de conseguir el cierre o acuerdo de forma confiable y apropiada.

3.6. Prestadores de servicio de salud

Se encuentran definidos en el Decreto 4747 de 2007, como:

Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

En concordancia con el registro especial de prestadores en salud, se reconocen cuatro categorías por tipo de prestadores: profesionales independientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y transporte especial de pacientes.

Las IPS reciben una clasificación por su naturaleza jurídica entre públicas, privadas o mixtas; en cuanto a su representación, el 90% son de naturaleza privada, el 9.8% de naturaleza pública y 0.18% son mixtas. Con respecto a su distribución en el territorio, es inequitativa en tanto que el mayor número de IPS se encuentran en Bogotá D.C. (1650), seguido del Valle del Cauca (966) y Antioquia (940), mientras que el menor número de IPS se encuentran en Vaupés (dos), Guainía (seis) y Vichada (once; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por otro lado, la Circular Externa 018 de septiembre de 2015, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, tuvo como finalidad clasificar a las IPS según el impacto en el sector, carácter estratégico y el contexto en el que ofrecen los servicios de salud; dicha clasificación aplica para todas las IPS del país, independiente de su naturaleza jurídica, es decir, públicas, privadas o mixtas y fijó para tal fin parámetros de: tamaño (total de activos, patrimonio e ingresos), nivel de complejidad, número de servicios habilitados,

y ubicación, organizándolas en grupo A, grupo B, grupo C1, grupo C2, grupo D1, grupo D2, grupo D3.

Las IPS públicas cuentan con una categorización por niveles de complejidad de acuerdo con la resolución 5261 de 1994, por la cual se define el nivel de complejidad “como la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución” (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994). Esta establece cuatro niveles de complejidad como se muestra a continuación.

- Nivel 1: el personal de salud dispuesto para este nivel corresponde al médico general, personal auxiliar, paramédico o de otros profesionales de la salud no especializados, para la atención médico-quirúrgica de los grupos 1, 2 y 3 del Manual de actividades, intervenciones y procedimientos.
- Nivel 2: el personal de salud dispuesto para este nivel corresponde médico general o profesional paramédico con interconsulta, remisión y asesoría de personal o recursos especializados, para la atención medico quirúrgica de los grupos 4, 5, 6, 7 y 8 del Manual de actividades, intervenciones y procedimientos.
- Nivel 3: el personal de salud dispuesto para este nivel corresponde al médico especialista, con la participación del médico general o profesional paramédico, para la atención medico quirúrgica de los grupos 9 en adelante del Manual de actividades, intervenciones y procedimientos.
- Nivel 4: el personal de salud dispuesto para este nivel corresponde al Médico especialista, con la participación del médico general o profesional paramédico, esta cuenta con la misma complejidad medico quirúrgica que el nivel 3, pero además da respuesta a las enfermedades catastróficas.

El Decreto 4747 de 2007 también describe los requisitos básicos que deben tener en cuenta las IPS para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades en la prestación de servicios de salud, algunos de estos son: habilitación de los servicios ofertados; soporte de la suficiencia estimada, a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida; modelo de prestación de servicios definido por el prestador e indicadores de calidad en la

prestación de servicios definidos en el Sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

3.7. Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Estas entidades son conocidas por sus siglas como EPS, se encargan de promover los servicios de salud y son las responsables del pago, conforme a lo descrito por la Ley 100 de 1993 en el artículo 177:

Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley (Congreso de la República de Colombia, 1993).

También se definen funciones de aseguramiento, las cuales consisten en gestionar el riesgo en salud, la administración del riesgo financiero y la articulación de los servicios que garantice el acceso a los servicios, medicamentos e insumos contemplados en el plan de beneficios, a cambio recibe una contraprestación por cada afiliado conocido como la unidad de pago por capitación.

A partir de la expedición del Decreto 682 del 18 de abril de 2018, mediante el cual se establecen las condiciones para obtener la autorización de funcionamiento como EPS, y regula los requerimientos en términos de capacidad técnica-administrativa, tecnológica y científica para obtener la habilitación de funcionamiento, poder desempeñar actividades de aseguramiento en salud y administrar los recursos financieros del sector salud, para operar en el territorio se deberá contar con dicho registro que las habilite para desempeñar estas funciones.

Asimismo, el Decreto 780 de 2016, único reglamento del sector salud y protección social, en el artículo 2.3.1.3.1.1, define el sistema único de habilitación de las EPS como:

un conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica, y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera

indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, el cual busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b).

Las EPS actúan en dos regímenes en el SGSSS, uno corresponde al régimen subsidiado mediante el cual la población más pobre del país, es decir, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado; las encargadas de la administración de estos recursos son las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas EPS-S. Otro es el régimen contributivo al cual se afilian las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias, las entidades encargadas de la administración del recurso y el acceso a los servicios de salud; las encargadas son las EPS.

En términos de cobertura, según el “Boletín del aseguramiento en salud” del primer trimestre del 2017, para el régimen contributivo la cobertura es del 44,8%, y para el régimen subsidiado es del 45,3%, entendiéndose que casi la mitad de la población es contribuyente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por consiguiente, son las EPS del régimen contributivo el objeto de la investigación, debido a que son estas las que mayormente contratan servicios de salud con las IPS privadas que corresponden al 90% en el territorio nacional y se encuentran agrupadas mayormente en la ciudad de Bogotá D.C.

3.8. Modalidades de pago

El MSPS elaboró para el 2017 un proyecto de decreto por medio del cual se modifican y regulan las relaciones y contratos entre las entidades responsables del pago y prestadores del servicio de salud, donde se describen nuevas formas de pago en el sistema de seguridad social en salud.

El artículo 2.5.3.4.2.3 define las modalidades de contratación y de pago aplicables a la compra de los servicios de salud, y el artículo 2.5.3.4.2.4 las modalidades de contratación y de pago y sus requisitos mínimos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); describe los clásicos modelos como lo es la capitación, episodio de atención (conjunto integral de atención), integral por grupo de riesgo, por servicio y pago global prospectivo,

que en la investigación actual resulta de gran interés debido a que es lo más reciente en normatividad y se reconocen modalidades alternativas de pago:

Modalidad de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. La unidad de pago es el episodio y/ o las tecnologías en salud con el valor convenido (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Además de los requisitos antes mencionados, deberán pactarse los siguientes:

- Episodios de atención y/o tecnologías en salud incluidas.
- Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
- Especificación de los resultados de la atención en salud esperados
- Valor de cada uno de los episodios de atención y/o de las tecnologías en salud.
- Suma global del contrato.
- Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.
- La frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
- La regla de ajuste del valor contractual de franja de riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por otro lado, este proyecto decreto reconoce los incentivos dispuestos para mejorar la prestación de los servicios durante la negociación y acuerdo de voluntades, como también lo describe la Ley 1751 de 2015 a través de diversas formas de contratación vinculadas al desempeño, resultados en salud e incentivos.

Artículo 2.5.3.4.5.1. Incentivos.

Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud en los contratos podrán incluir incentivos orientados a mejorar la eficiencia, el desempeño y los resultados en salud. Los incentivos pueden ser monetarios y no monetarios:

a. Incentivos monetarios: Estímulos financieros que pueden tomar diferentes formas tales como, pagos adicionales, tarifas o precios vinculadas al desempeño.

b. Incentivos no monetarios: Estímulos orientados a la cooperación para el fortalecimiento del talento humano, tecnologías de información, la gestión clínica y

reducción de trámites en la prestación y pago de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

3.9. Presupuesto fijo mensual

Los servicios de baja complejidad cuya frecuencia de uso es elevada por parte de los usuarios tienden a ser susceptibles de este modelo de pago, el cual está destinado a asignar un presupuesto fijo calculado después de analizar el comportamiento de la población que accede regularmente a la atención. Normalmente este modelo está orientado a la atención ambulatoria tanto básica como especializada, donde la aseguradora establece cierta autorregulación a través de generación de protocolos clínicos ajustando el costo de la atención derivada a los servicios contratados; asimismo, busca impactar positivamente la oportunidad de atención y, por consiguiente, el grado de satisfacción que posee el asegurado.

En este modelo cada prestador de forma individual continúa radicando solicitudes de pago por actividad, pero estos valores son ajustados para que los costos se mantengan dentro de un presupuesto predefinido por el asegurador, evaluando dinámicamente el costo por actividad para administrar y regular la prestación con base en los datos de la frecuencia de uso del periodo inmediatamente anterior; esta dinámica deberá incrementar el costo-efectividad de los servicios, dado que el monitoreo y la autorregulación resulta más fácil al interior de una organización.

Este mecanismo de pago se relaciona ampliamente con la capitación y uso en la licitación de servicios con instituciones gubernamentales, como lo son las fuerzas militares; la definición de un valor fijo por actividad en el marco de un consumo de capital previamente definido es el marco operativo de este modelo, cuya recompensa se da sobre el uso responsable de los recursos, así como en los atributos de oportunidad en la atención.

3.10. Pago fijo mensual

Este modelo de pago está destinado hacia aquellos servicios de atención en salud que, al ser suministradas de forma completa al paciente, dan un producto hospitalario integral, las cuales tienden a ser consumidas de forma similar en un grupo de usuarios que poseen características patológicas o pronósticos médicos similares, por ejemplo, los servicios de

rehabilitación en domicilio para pacientes crónicos. Con el fin de definir los valores de pago por servicio, la aseguradora ha evaluado previamente y de forma unilateral las frecuencias de uso de los servicios a estandarizar; sumado a lo anterior, establece guías de práctica médica en conjunto con el prestador para destinar un valor único a ser cobrado mensualmente por la atención de los pacientes.

El asegurador, en su rol de agente, destina como objeto de atención un volumen mínimo de servicios por cada paciente, buscando evitar que se afecte el acceso y la oportunidad, a su vez condicionando criterios de ingreso y egreso, razón por la cual el prestador se autorregula a través de mecanismos técnicos la prescripción de productos hospitalarios intermedios, con el fin de incrementar el costo-efectividad de los servicios, ya que el riesgo económico es trasladado totalmente a este.

3.11. Pago global prospectivo

En esta modalidad de pago, la aseguradora establece una tarifa o valor fijo por la atención la cual es calculada a través del análisis del costo medio de cada servicio en comparación con las frecuencias de uso del mismo por parte de los pacientes en un tiempo determinado, de tal forma que el prestador conoce un monto a facturar por todas las atenciones pactadas en el marco del uso de la totalidad del producto hospitalario, ya que este es el responsable del cumplimiento de la frecuencia necesaria para que la población cumpla con el modelo de atención propuesto por el agente, motivante por el cual se definen en una dinámica de negociación o calibración un máximo (techo) y un mínimo (piso) de actividades a atender en un tiempo determinado.

Los servicios de interés normalmente son pactados para cada tipo de producto, incluyendo las actividades finales, así como el apoyo diagnóstico y terapéutico; entre estos están, según Vega (2017):

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención médica general electiva y/o urgente.
- Atención médica especializada electiva y/o urgente.

- Egresos hospitalarios.
- Tratamientos odontológicos terminados.
- Partos.
- Cesáreas y partos intervenidos.
- Cirugías (desagregadas en grupos).

El pago global prospectivo permite que el riesgo sea transferido al principal, motivante por el cual este busca sostener la integralidad en la prestación de servicios y disminución de tiempos administrativos, convirtiéndose en un moderador técnico en tanto establecerá, según González (2018), un proceso de análisis sobre:

- Numero de episodios de atención.
- Especificación de tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas por el modelo.
- Resultados de atención esperados.
- Número global de episodios a atender.
- Guías clínicas o protocolos de atención.
- Condiciones de ajuste para atención por evento.
- Indicadores de resultado.
- Complicaciones o eventos adversos asociados a la atención que deben ser asumidos por el prestador.

Asimismo, el prestador deberá buscar un ajuste del valor contractual con el objeto de proteger la calidad de la atención por las variaciones en los costos que estuviesen por fuera de su control, como lo resaltó el artículo 2.5.3.4.2.5 del proyecto decreto acuerdo de voluntades entre EPS e IPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); se buscaba regular las relaciones y contratos entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud, donde se identifican tres motivantes para tal fin:

- Ajuste de riesgo. Consiste en el pago diferencial en función de la severidad de las condiciones individuales de salud y el consumo de tecnologías en salud. Exige la definición de criterios para la identificación de las variaciones relacionadas con la severidad de la condición individual de salud, el consumo de tecnologías en salud y los montos a ser reconocidos.
- Ajuste por desviaciones extremas del costo. Consiste en el reconocimiento de pagos adicionales por encima del monto pactado destinado a cubrir costos muy altos e inusuales en la atención de pacientes específicos, exige la determinación del valor a partir del cual se reconocen dichos pagos.
- Franja de riesgo. Consiste en la definición de un rango del valor pactado, expresado en términos porcentuales por encima y por debajo de dicho valor, a partir del cual se produce el reconocimiento de un pago adicional o la participación en los ahorros cuando el valor resultante está por fuera de dicho rango.

3.12. Capitación por fracción variable

Este modelo de pago, según González (2018), se basa en reconocer una tarifa fija por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad durante un tiempo determinado, cuyo monto global se ajusta a una suma variable por adiciones o deducciones de acuerdo con los indicadores por desempeño y resultado que sean pactados.

El elemento de la evaluación de indicadores tiende a ser motivacional para el principal autorregularse en la búsqueda de la gestión de mayores acciones de cuidado o de calidad sobre sus pacientes, esto con el fin de sostener los valores deseados en el ámbito financiero o un incremento del valor facturado, dependiendo lo anterior de información crítica como:

- Base de pacientes a atender con previa caracterización por género, edad, riesgos, morbilidades, así como comorbilidades.
- Mecanismos de actualización de novedades sobre la atención.
- Especificaciones de tecnologías incluidas o excluidas según sea la negociación con la EAPB.

- Tarifas establecidas por atención, así como valores reconocibles o deducibles por evaluación de estándares predefinidos según las guías para la determinación del valor variable.
- Indicadores de desempeño o resultado pactados.

3.13. Pago por actividad final

Consiste en la agrupación de una serie de productos hospitalarios o tecnologías sanitarias concentradas en una actividad final, destinado a un grupo de pacientes con similar morbilidad o comorbilidad durante un tiempo determinado; normalmente este mecanismo de pago se encuentra concentrado en un presupuesto predeterminado por la aseguradora, estableciéndose de forma simultánea una frecuencia de uso máxima y mínima, así como un costo medio estándar. De esta forma, se transfiere un riesgo técnico sobre aquellos pacientes que consumen con mayor frecuencia servicios y actividades, llevando al prestador a autorregularse ya que costo médico generara pérdidas sobre la organización; asimismo, se pueden presentar casos de disminución de calidad, pérdida de la integralidad o aumento de glosas.

Según González (2018) en el pago por actividad final:

Si un usuario requiere durante el mes varios servicios, en diferentes momentos, que hacen parte de la misma actividad principal, las actividades intermedias y servicios se cuantificarán como una sola actividad final. Esto significa que se contabilizara como actividad final el mayor nivel de atención que se le da al paciente en el manejo terapéutico, durante un periodo de tiempo, lo cual normalmente se contabiliza en forma mensual.

Sin importar en número de atenciones previas o posteriores a la actividad final, el producto hospitalario será único y se contabilizará como un solo paquete. El principal solicita normalmente al agente el establecimiento de productos intermedios que sean objeto de pago, debido a la variabilidad no controlada de la práctica médica —en especial en los servicios quirúrgicos—, razón por la que frecuentemente es necesario recalibrar la población y así evitar la selección adversa por parte del cuidador, ya que este puede remitir usuarios de alto costo por consumo afectando la integralidad del modelo.

Existen en la actualidad los siguientes ejemplos de pago por actividad:

- Atención médica especializada.
- Atención ambulatoria por oftalmología.
- Servicio de rehabilitación ambulatoria y domiciliaria.
- Tratamiento odontológico cirugía oral.
- Tratamiento odontológico con endodoncia.
- Atención quirúrgica por ortopedia.
- Atención hospitalaria por cardiología intervencionista.

Los servicios de atención aquí incluidos requieren que se establezca la siguiente información antes de dar apertura a la ejecución del modelo (González, 2018, p. 41):

- Los servicios y procesos que utilizar en cada paquete de atención.
- Definir el número de consultas antes y después del procedimiento.
- Insumos y dispositivos que utilizar.
- Condición de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud vigente.
- Tipo de recurso humano que se incluye.
- Definir los servicios, procesos, insumos que, en caso de que se requieran, se pagarán por separado (*fee for services*).
- Sitio donde se prestará la atención.
- Población o grupo de pacientes asignados o elegibles.
- Definir con claridad inclusiones y exclusiones.
- Criterios de ruptura del paquete de atención.

3.14. Capitación ajustada por condiciones médicas

Este modelo, siguiendo el concepto de González (2018), reconoce también un monto destinado a cubrir las tecnologías en salud requeridas por persona, pero de acuerdo con su condición individual de salud, durante un periodo de tiempo por lo general un año. Este modelo es recomendable en enfermedades crónicas, en este caso el monto del pago depende de la condición de salud individual definidas por el grupo de riesgo.

El modelo de contratación y pago, centrado en la condición del paciente, genera unos incentivos particulares para el prestador en el control del riesgo, lo que hace que deba generar acciones que motiven al autocuidado y la adherencia al plan de manejo individual. Al tener un reconocimiento económico por cada caso ajustado a sus condiciones médicas, no hay transferencia del riesgo primario como usualmente pasa en la capitación tradicional.

Las consideraciones básicas para tener en cuenta en este tipo de capitación, entre otras, son:

- Caracterización del grupo de riesgo y población.
- Mecanismos de información y actualización de novedades.
- Tecnologías en salud incluidas.
- Tarifa por persona y por condición de riesgo.
- Pago por evento de los servicios y tecnologías no incluidas.
- Indicadores de desempeño y resultados.
- Incentivos que reconocer por cumplimiento de indicadores.
- Guías y protocolos de atención.
- Periodo de tiempo de contratación.

3.15. Presupuesto por nota técnica

La nota técnica es una herramienta detallada que permite medir la utilización y el comportamiento de los costos, se conforma con la frecuencia de uso y un valor que se asigna según el costo promedio del evento, este está ligado a una codificación única de procedimiento o servicio; la nota técnica es construida tanto por el prestador que es quien genera un valor por cada codificación conforme al costo promedio del servicio, historial de atención y el comportamiento del mercado. El pagador se encarga de la frecuencia de uso estimada para cada servicio de acuerdo con la información de sus asegurados y carga de enfermedad.

En relación con el presupuesto, es un valor estimado para cubrir el gasto de acuerdo con la información de la nota técnica, este presupuesto se puede establecer por año o por mes según el contrato y va ligado a la nota técnica, esta requiere de un seguimiento periódico que le permita monitorear su comportamiento y calibrar las frecuencias según el comportamiento que presente durante su ejecución.

Este tipo de mecanismo presenta una limitante y es el establecimiento del monitoreo del costo de servicios médicos y tecnologías heterogéneos, que no están relacionados ni agrupados por cohortes de riesgo o por diagnósticos relacionados, lo que induce fácilmente a la generación de desviaciones en las frecuencias y en los costos.

3.16. Pagos por grupo relacionado de diagnóstico (GRD)

Se trata de una modalidad de costeo que permite generar un valor a un conjunto de atención a partir de los tres principales diagnósticos, edad, procedimientos, estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico entre otros datos que se consideren relevantes y que permiten realizar agrupaciones predictivas con un costo promedio.

Esta medida de producción hospitalaria se encuentra basada en el diagnóstico y la complejidad, tienen un uso muy relevante en los servicios heterogéneos y establecen una agrupación de pacientes con características clínicas y consumo de recursos muy similares.

Las IPS que utilicen este modelo deben contar con la experiencia suficiente que les permita realizar un análisis comparativo predictivo con un sistema de información para agrupar las

características, tanto de los diagnósticos y las especialidades médicas, patrón similar de consumo de recursos de forma coherente.

Los GRD cuentan con cuatro etapas mencionadas a continuación.

- Registro del conjunto mínimo de datos: número de historia clínica, fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio, financiación, fecha de ingreso, motivo de ingreso, diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, fecha de egreso y estado del alta.
- Proceso de codificación. Diagnóstico y procedimientos:
 - Diagnostico principal.
 - Diagnostico secundario.
 - Complicaciones y comorbilidades.
 - Procedimientos quirúrgicos.
 - Otros procedimientos.
- Obtención de los GRD (relación de la casuística del hospital con el consumo de recursos):
 - Criterio médico.
 - Análisis estadístico.
 - Verificación de datos históricos.
 - Definición de categorías diagnosticas mayores
 - Clasificación en grupos médicos y quirúrgicos.
 - Procedimiento quirúrgico específico.
 - Especificación del manejo médico.
 - Agrupación por edad, complicaciones y comorbilidades.

- Circunstancia del egreso del paciente.
- Conocimiento y gestión del case MIX.

También se requiere una actualización continua en los protocolos, guías de atención, y demás información relevante que genere impacto en los costos.

Aunque este método sea muy atractivo al contar con una equidad en la transferencia del riesgo técnico y un adecuado costeo de los servicios a través de modelos predictivos, su implementación ha sido bastante lenta, debido a que se requiere un sistema de información desarrollado que permita realizar dicha clasificación con un alto nivel de certeza, además del entrenamiento y el compromiso médico que permita generar datos reales.

3.17. Pago por episodio de atención

Dentro de la clasificación de pagos prospectivos se encuentran los pagos por episodios de atención, estos a su vez agrupan las diferentes modalidades de pago y contratación de los servicios en salud, bien sea por conjuntos integrales de atención, capitación por contacto y GRD que se mencionaron anteriormente. Esta modalidad de contratación y de pago reconoce una suma fija por un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la resolución la condición de algún paciente durante su ingreso, evolución y egreso, de manera que el prestador asume todo el riesgo técnico.

En concordancia con lo establecido en el proyecto decreto acuerdo voluntades entre EPS e IPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) en el artículo 2.5.3.4.2.4, se exponen las siguientes recomendaciones para la modalidad de pago por episodio de atención:

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Definición del episodio de atención con su inicio y su fin.
2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.
4. Monto por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas.

Además de lo dispuesto en el proyecto decreto, es importante reconocer en el segmento de conjuntos o paquetes de atención las exclusiones y criterios de inclusión, las causas de ruptura de los paquetes, las formas de pago de estas condiciones, guías clínicas y protocolos de atención, indicadores de resultados y las auditorías requeridas.

3.18. Presupuesto global prospectivo (PGP)

Esta modalidad de contratación y pago establece una suma global por anticipado de cobertura de servicios y tecnologías en salud a una población acordada entre el pagador y el prestador por un tiempo determinado, usualmente un año. Para la ejecución de este tipo de mecanismo de pago se debe cumplir con los siguientes requisitos reconocidos por Vega (2017):

- Conjunto de episodios de atención o de tecnologías en salud incluidos.
- Especificación de las tecnologías en salud cubierta y no cubierta, asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
- Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.
- Monto global del presupuesto y valor de cada uno de los episodios de atención o de las tecnologías en salud.
- Uso de guías clínicas y protocolos de atención.

Adicional a estas, González (2018) plantea que se deben tener presentes unas condiciones de ajuste cuando no se cumpla la suma global o eventos pactados, generar seguimiento y control de indicadores de resultado, realizar acuerdos en el ajuste de la franja de riesgo. La franja de riesgo hace referencia al cubrimiento de las desviaciones en el valor pactado encontradas en el seguimiento de la nota técnica, se espera que el valor o porcentaje reconocido sea igual para las partes, ya sea por defecto o por exceso.

4. Problema de investigación

Lo anteriormente expuesto evidencia el alto riesgo administrativo de la IPS en el marco de la asimetría del mercado imperfecto de la salud colombiana, en el cual el uso segmentado de la información, así como el interés de las aseguradoras en pro de una mayor utilidad financiera, ha conllevado retos que son normalmente objeto de intervención por las instituciones.

Si a esta dinámica, por demás compleja, se le adiciona el aumento considerable de modelos de contratación cuya compensación económica es por resultado, el riesgo aumentaría en igual proporción debido a que la ausencia de estrategias propias para el prestador de servicios en salud con la cual afrontar esta necesidad lo sitúa en una condición de incertidumbre, problemática que forja la siguiente interrogante: ¿Cómo afrontaron los prestadores de servicios de salud las diferentes etapas de la negociación de servicios de salud con mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño , con las aseguradoras del régimen contributivo en Bogotá D.C. para 2017?

5. Justificación

El sistema de salud colombiano se encuentra enmarcado en un modelo planteado desde la teoría de agencia (Jensen y Mecklin, 1976), dado por la relación que existe entre los diferentes actores, donde uno (denominado principal) subcontrata a otro (agente) para que realice determinado servicio a cambio de una contraprestación. Esta relación entre el agente y el principal no son estáticas, dado que la delegación de la prestación del servicio es dinámica sobre diferentes operadores quienes destinan a otro para ejecutar la acción motivo del vínculo; para el SGSSS la EAPB se convierte en el principal (de forma constante) al subcontratar a la IPS para que preste un servicio a su afiliado, el cual, a su vez, se convierte en el principal (de forma temporal) al subcontratar a los profesionales y proveedores de servicios sanitarios para que realicen determinadas actividades al asegurado en su rol de paciente.

De acuerdo con este criterio, el paciente ampara el riesgo de enfermar adquiriendo una póliza suministrada por una EAPB (agente), la cual está regulada por un plan de beneficios que posee inclusiones y exclusiones según lo determine el MSPS; este agente, a su vez, subcontrata legalmente a un grupo de IPS (principal) y la relación produce un beneficio económico que “determina la relación de oferta y demanda en los mercados” (Ruiz *et al.*, 2008). Para tal fin el agente destina especial interés en recolectar de forma exclusiva información sobre condiciones de salud de sus asegurados, con lo cual determina mayor ganancia en la negociación de tarifas, frecuencias y condiciones de servicio con el principal, esto con el fin de impedir desproporciones en la oferta de servicios; esta asimetría en la posesión de la información genera que el vínculo contractual sometido a incertidumbre, oportunismo y racionalidad limitada (Williamson, 1979).

Esto se debe a la facilidad que posee el agente en adquirir, administrar y procesar los datos de sus asegurados, sumado a ser quien custodia una población que el principal está interesado en atender, originándole a este último desventajas en la negociación contractual; finalmente, esta asimetría culmina en una relación construida en el marco de un incentivo económico (compensación) con el cual se dé apertura a la satisfacción de necesidades en salud de los asegurados, pero una decisión que no alinee correctamente los incentivos afectaría primordialmente al hospital (principal; Ruiz *et al.*, 2008).

Este comportamiento claramente oportunista que promueve la incertidumbre ha sido objeto de múltiples intervenciones en el marco del modelo de mercado colombiano, desarrollando variaciones en las formas de contratación con ajustes en la compensación en busca de aumentar los resultados de atención sanitaria de los asegurados y equilibrando, además, la relación de mercado ante la necesidad desmedida de generar valor monetario por la atención del agente y del principal. Estos mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño, si bien están enmarcados como mecanismos de compensación, rompen el clásico uso del pago por evento (compensación variable), así como la frecuente y mal usada cápita (compensación fija), llevando a los agentes a contemplar el uso de modelos como el pago fijo mensual o el pago global prospectivo (pago por desempeño).

Estos pagos por desempeño son de uso frecuente en el marco de un contrato incompleto entre aseguradores y los hospitales no integrados verticalmente, donde:

El asegurador tiene el incentivo de transferir riesgo y poner el peso de la resolución del contrato sobre la IPS y su eficiencia en la facturación y reconocimiento de los procedimientos médicos realizados. El incentivo de inducción de demanda es controlado mediante el mecanismo de auditoría que transforma una glosa ex post en un mecanismo preventivo ex ante, forzando en el mediano plazo una conducta restrictiva en el prestador. Si el mecanismo de auditoría no da resultado, el asegurador puede controlar el acceso mediante la autorización o la contratación selectiva de casos. La resolución inmediata de un contrato incompleto es una opción adicional del asegurador (Ruiz *et al.*, 2008, p. 269).

Se convierte el evento en un mecanismo de abuso moral para lo cual se hace necesario realizar múltiples acciones administrativas en busca generar soluciones de forma eficiente en la producción de servicios sanitarios de alta calidad, con la consecuente garantía de compensación que genere seguridad financiera.

Cabe anotar que en el ámbito mundial estos mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño han generado excelentes resultados, permitiendo a los prestadores controlar sus costos y gastos, mejorar su ciclo de ingresos, llevándolos a la sostenibilidad financiera, rompiendo el esquema clásico de contratación y los altos costos de transacción generados en los procesos de autorización, auditoría, facturación, cartera y glosas; la liquidez de los prestadores favorece el control sobre el riesgo de insostenibilidad económica, así como el

flujo de recursos destinados para el sostenimiento de su infraestructura, la cual incluye el mejoramiento continuo en los estándares de calidad y la seguridad del paciente.

La consigna de que los recursos de financiamiento del sistema de salud en general son finitos ha llevado a que las EPS cuenten con profesionales expertos en estadística, economía, planeación, entre otras, buscando generar una mayor eficiencia en el alcance de los resultados en salud, así como los desenlaces favorables; desafortunadamente, las competencias propias del prestador no le permiten desarrollar fácilmente habilidades metodológicas que consientan gestionar notas técnicas para el análisis y control de frecuencias evitables en los servicios, así como el monitoreo de los costos derivados de la variabilidad del acto médico.

Los elementos mencionados no son desconocidos para ninguna de las partes a la hora de adelantar un proceso de negociación, situación que puede ser aprovechada por el agente; sin embargo, a pesar del riesgo ya descrito, se siguen presentando condiciones en las cuales las directivas de las IPS logran cerrar acuerdos enmarcados en mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño donde se contemplaron elementos hasta el momento no registrados en la literatura. Se reconocen una serie de elementos que pueden ser críticos en un programa de pago por desempeño, los cuales, son según Buitrago (2018):

- Declaración de las dimensiones del desempeño a promover.
- Definición de métricas de calidad.
- Formulación de reglas asociadas al pago.
- Reglas del flujo de información.
- Acuerdos de gobernanza que asegure que el sistema funcione.
- Riesgo primario y técnico.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Determinar los elementos contemplados por los prestadores al afrontar las diferentes etapas de la negociación de servicios de salud, lo anterior con mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño respecto a las aseguradoras del régimen contributivo en Bogotá D.C. para 2017.

6.2. Objetivos específicos

- Identificar, a través de expertos vinculados a la prestación de servicios en salud, aquellos mecanismos alternativos de pago con mayor frecuencia de uso, cuya característica particular sea el empleo de pago por desempeño.
- Determinar los elementos usados por el prestador en las diferentes etapas de la negociación (preparación, discusión, propuesta y cierre) de los servicios de salud condicionada al uso de pago por desempeño.
- Precisar las ventajas y desventajas de los elementos usados por el prestador en la negociación de servicios en salud con mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño con las aseguradoras del régimen contributivo en la ciudad de Bogotá D.C. durante 2017.

7. Propósito

Este estudio se constituirá en un documento de análisis desde donde:

- Los administradores de los servicios en salud posean herramientas con las que puedan enfrentar el reto de la negociación con las aseguradoras que empleen mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño en los vínculos contractuales.
- Se aporte en la reducción de la incertidumbre del administrador ante los mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño actuando positivamente el proceso de negociación entre el agente (aseguradora) en busca de controlar el abuso moral.
- Las futuras investigaciones tomen esta información como marco de referencia y puedan establecer herramientas a ser usadas en el mercado de la salud colombiana ante los mecanismos de pago basados en el pago por desempeño

8. Metodología

El presente estudio es de tipo cualitativo, con clara acción descriptiva de eventos ocurridos previamente en una línea de tiempo definida; por tal razón, posee atributos retrospectivos y, a su vez, establece condiciones basadas en el uso de fuentes primarias y secundarias, ya que posee claros fines analíticos y descriptivos de la información que permitirá comprender el fenómeno de la negociación entre aseguradores y prestadores en el marco de los mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño.

Este estudio posee un enfoque basado en métodos de recolección de datos no estandarizados (Hernández, 2014, p. 41), el cual consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes —sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más subjetivos—; también resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador hace preguntas abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, reconoce sus tendencias personales; debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron —o son— sentidas y experimentadas.

Finalmente, el análisis del corpus textual posee un estilo narrativo explorado (Escalante, 2009), donde se expone una serie de acontecimientos que tienen lugar en un momento dado y en un lugar determinado.

8.1. Población de estudio

Se han seleccionado cinco expertos en negociación de servicios sanitarios los cuales, a través de su vínculo con IPS de diferentes niveles de complejidad, establecieron convenios contractuales con EPS del régimen contributivo durante el 2017, bajo el uso de mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño en Bogotá D.C.

8.2. Criterios de inclusión

Expertos de IPS privadas de cualquier nivel de complejidad las cuales estén ubicadas en Bogotá D.C. y que durante 2017 contratasen servicios de salud con el régimen contributivo bajo mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño.

8.3. Fuentes de información

Las fuentes de recolección de datos están clasificadas en dos tipos:

- Primarias.

Personal administrativo responsable de los procesos de negociación en las IPS, a las cuales se le realizará entrevista directa a profundidad, con el objetivo de reconocer los elementos por estos contemplados en cada una de las etapas de negociación, con mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño.

- Secundarias.
 - Bibliografía disponible en la cual se describan los diferentes mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño usados para la contratación de servicios en salud durante 2017.
 - Bibliografía disponible en la cual registre recomendaciones o condiciones de importancia para ser usadas durante el proceso de negociación de servicios en salud, con mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño.

8.4. Recolección de los datos

Este proceso buscará determinar el entorno de la negociación en la contratación con mecanismos alternativos de pago basados el pago por desempeño para los servicios en salud en Bogotá D.C., analizando a través de la entrevista a profundidad las experiencias, características, dificultades y claves de éxito específicas que por parte de los expertos tengan un impacto relevante.

8.5. Fases de la investigación

- Primera fase: identificación de los diferentes mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño usados por el régimen contributivo en Bogotá D.C., así como las IPS que han sido objeto de este modelo.

- Segunda fase: caracterización estadística de las IPS objeto contratación con mecanismos alternativos de pago basados en el pago por desempeño previamente identificados —primera fase—.
- Tercera fase: selección de expertos vinculados a las IPS que serán objeto de entrevista.
- Cuarta fase: aplicación de entrevista profundidad a los expertos seleccionados.
- Quinta fase: análisis de información contenida de las fuentes de información mencionadas, con la correspondiente generación de base de datos agrupada en una matriz de análisis estadístico y cualitativo, a través de la cual se organizan, analizan y visualizan las diferentes perspectivas en datos no estructurados o cualitativos, como lo es la entrevista y respuestas de encuestas.
- Sexta fase: análisis comparativo de información suministrada por los expertos en comparación con aquellas registradas en la literatura previamente descrita.
- Séptima fase: conclusiones y publicación de resultados.

8.6. Instrumentos

El instrumento que se usó en esta investigación para la obtención de información primaria es la entrevista a profundidad, compuesta por una encuesta inicial que evalúa cualitativamente el concepto de los prestadores sobre las generalidades, atributos y desempeño en las diferentes fases de la negociación; posteriormente, se recabó información a través una entrevista individual al personal administrativo responsable de los procesos de negociación en las siguientes instituciones:

- Experto A. de IPS de baja complejidad con prestación de servicios domiciliarios.
- Experto B. de IPS de alta complejidad con prestación de servicios hospitalarios y quirúrgicos.
- Experto C. de IPS de alta complejidad con prestación de servicios hospitalarios y quirúrgicos.
- Experto D. de IPS de mediana complejidad con prestación de servicios quirúrgicos ambulatorios, consulta externa y de apoyo diagnóstico.

- Experto E. de IPS de alta complejidad con prestación de servicios hospitalarios y quirúrgicos.

8.7. Consideraciones éticas

El estudio, al ser una descripción cualitativa de las acciones realizadas por las IPS, será delimitado por el marco normativo de la Resolución 8430 de octubre de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, puntualmente los numerales a ser objeto de atención son:

Título II. De la Investigación en seres humanos. Capítulo 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993).

Así mismo, se establece el riesgo de esta investigación según lo referenciado en el marco del artículo 11 de la norma antes citada, esta investigación está clasificada en la categoría de investigación sin riesgo en tanto que:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993).

Se hace necesario dar especial atención al papel de la ética en el proceso de negociación, ya que, como lo definió Almansa (2009), los elementos de la ética son parte de cada organización y del desarrollo político que se desenvuelve en un espacio geográfico determinado, donde cada estructura organizativa hace reflexiones de los procedimientos que se delimitan en su interior y hace que se generen niveles jerárquicos (desarrollo formal), funcionales (desarrollo de procedimientos) e informales (desarrolla el día a día de la organización), siendo entonces la ética quien brinda la capacidad de delimitar reflexiones alrededor del beneficio del paciente más allá de la recompensa económica propuesta para las IPS por parte del asegurador, generado así conciencia sobre la forma de hacer la

negociación; lo anterior se encuentra inmerso en los conceptos aportados por Porter y Kramer (2011).

Esta es la nueva llave para abrir la próxima oleada de innovación y crecimiento para empresas a partir de la conciencia social, una nueva forma de hacer ética en el mundo de los negocios con la creación de conciencia social en todos los individuos que conforman la empresa, sin perder el concepto más importante que enmarca la sociedad; una nueva forma de hacer ética en la que el gobierno corporativo pregunta a sus grupos de interés cuáles son sus necesidades, sus requerimientos y herramientas para buscar la felicidad. Este planteamiento se ha manejado como emprendimiento social a partir de los beneficios comerciales y su impacto en los costos, donde se maximizan las utilidades y se realinea el presupuesto de la empresa; por consiguiente, se transforma el proceso y se mejora la calidad y el rendimiento.

En la búsqueda de la mayor objetividad posible se ha definido la realización de entrevistas a profundidad que estarán delimitadas por los siguientes lineamientos:

- Informar al entrevistado el propósito de la entrevista, cuál será el uso que se dará a la información que proporcione, así como quiénes tendrán acceso a ella. Lo anterior a través del diligenciamiento de consentimiento informado individual.
- Eliminar conductas de modificación o subestimación respecto a la información proporcionada por las personas entrevistadas.
- Impedir conductas de presión a los entrevistados con las cuales se buscase que estos proporcionen la información requerida.
- Conservar la confidencialidad en la identificación de los prestadores entrevistados.

9. Resultados

El presente estudio pretende evaluar la conducta de los profesionales de las IPS ante la dinámica de la negociación de los mecanismos alternativos de pago con el pago por desempeño, propuestos por las aseguradoras del régimen contributivo, en la ciudad que mayor concentración de población y prestadores acumula en el país. Esta dinámica convierte al prestador en un garante no solo de la producción de servicios, sino en un agente interventor sobre elementos de riesgo con el cual pueda adquirir una mejor condición a la hora de iniciar la ejecución del contrato; para tal fin, los investigadores requirieron el establecimiento de una serie de categorías y subcategorías para el análisis de la información recopilada a través de las herramientas mencionadas en la metodología, buscando comparar las diferentes posturas encontradas tanto en la literatura como en la visión propia que la IPS posee alrededor de la negociación de productos sanitarios basados en desempeño, los cuales, en definitiva, se comportan de forma particular para las condicionantes del mercado de la salud colombiano.

9.1. Caracterización de la población participante

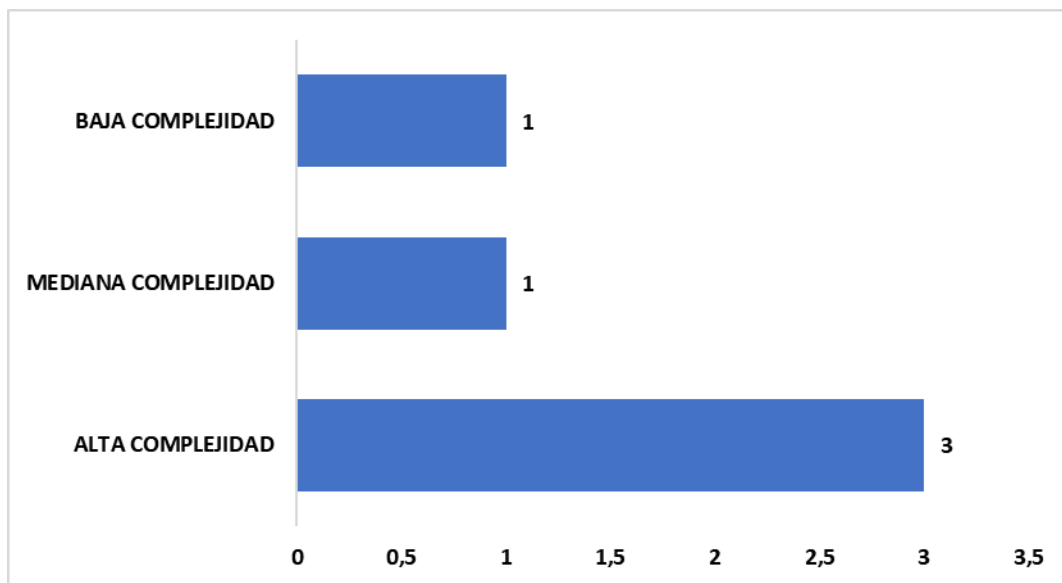


Figura 5. Distribución del nivel de complejidad de las IPS participantes en la investigación

Fuente: elaboración propia.

La distribución de la complejidad de las IPS participantes de la investigación (Figura 5), muestra que para 2017 se contempló la totalidad de niveles de atención en salud disponibles en Colombia, sin embargo, es evidente un mayor predominio en los niveles de complejidad mediano y alto, condición contraria a los hallazgos de 2013 de Gorbaneff *et al.*, (2013) donde la tendencia de contratación con pago por desempeño era exclusiva de servicios ambulatorios (baja complejidad); esta tendencia puede relacionarse con la eficacia percibida de estos tipos de incentivos sobre la atención en salud por parte de las EAPB, llevando a las mismas a contemplar ampliar su interés sobre otros niveles de complejidad. Como dato relevante, dos de las IPS entrevistadas poseen importante proximidad a través de convenios de desarrollo con la una EAPB en un mecanismo similar a la integración vertical.

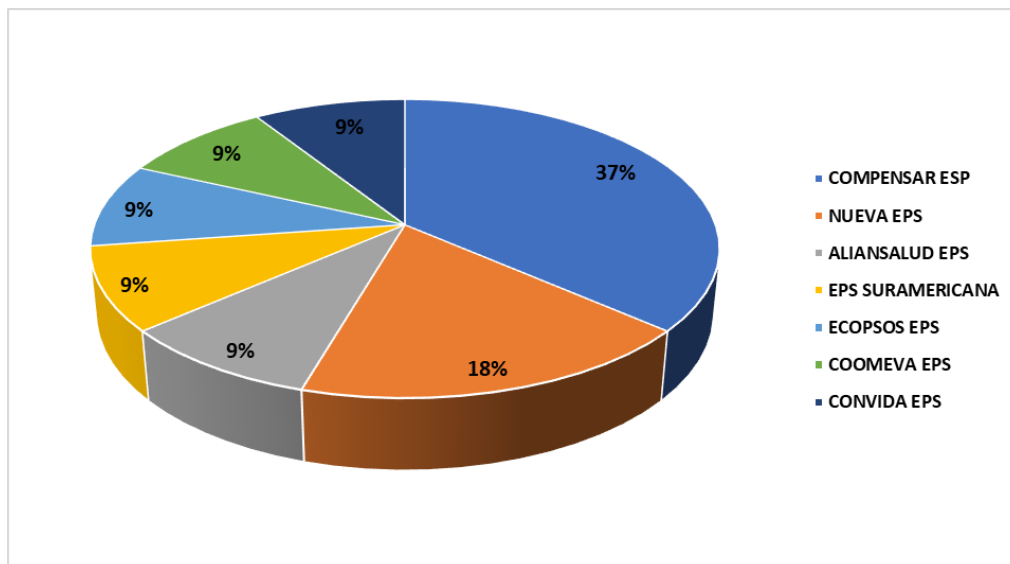


Figura 6. Distribución porcentual de EAPB con la cual se realiza contratación con pago por desempeño por parte de las IPS en 2017

Fuente: elaboración propia.

A la hora de definir la contratación con las EAPB las IPS en 2017 (Figura 6), cabe resaltar que tendieron a vincularse con múltiples aseguradoras incluyendo del régimen subsidiado (Convida EPS Y Ecopsos EPS), situación que es novedosa en tanto se consideró inicialmente el uso de ese tipo de pago basado en el desempeño por parte de las aseguradoras subsidiadas, puesto que estas poseen mecanismos de atención y contratación

que aparentemente son lejanas a los intereses de eficiencia del régimen contributivo; sumado a lo anterior, existe predominancia de dos EPS que en particular poseen un importante número de asegurados en Bogotá D.C., inicialmente Compensar EPS, quien ha contratado con cuatro de los encuestados, seguido de Nueva EPS, quien ha hecho lo mismo con dos encuestados.

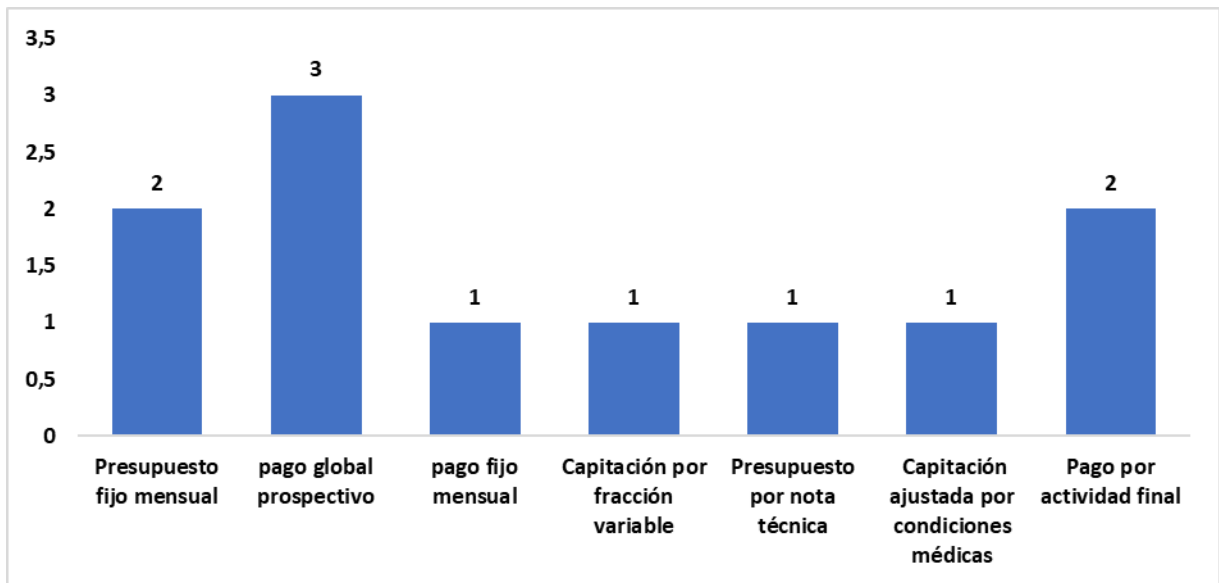


Figura 7. Distribución agrupada del tipo de pago por desempeño generado entre IPS y EPAB, 2017

Fuente: elaboración propia.

La tendencia del el pago por desempeño de mayor uso en el régimen contributivo es el pago global prospectivo, seguido del presupuesto fijo mensual y pago por actividad final, en clara relación con la predominancia de Compensar y Nueva EPS; además de ello, si bien se registran otros tipos de pagos, es de notar la ausencia de los GRD que para 2017 poseía aparentemente un alto prestigio (Figura 7).

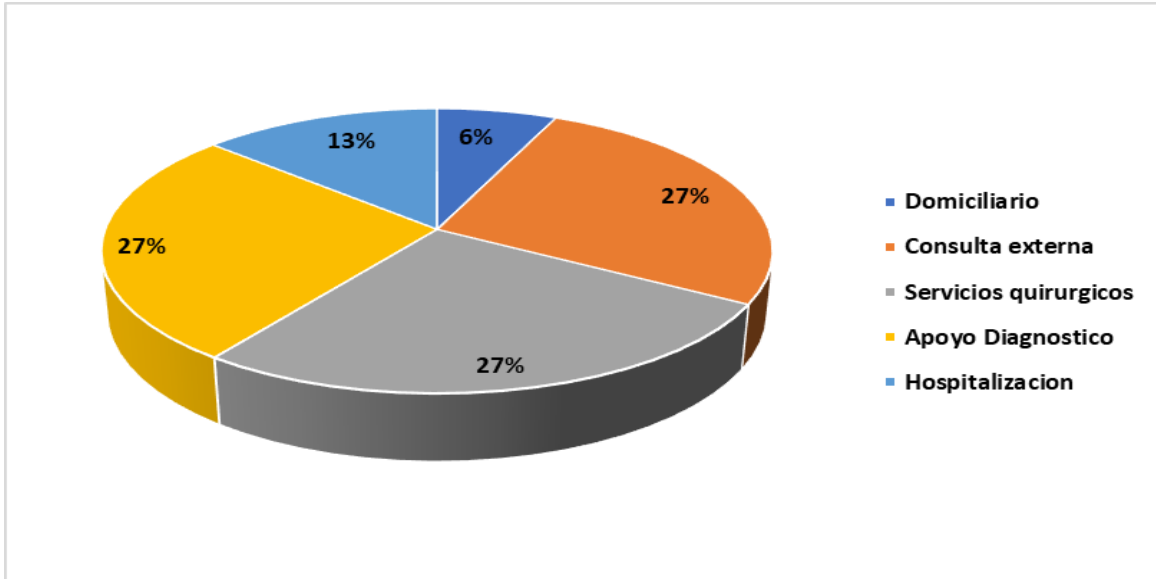


Figura 8. Distribución porcentual de servicios objeto de negociación respecto a pago por desempeño, 2017.

Fuente: elaboración propia.

Como fue descrito anteriormente en la Figura 5, la tendencia de servicios ha variado desde los de baja complejidad hacia las atenciones de instituciones de mediana y alta complejidad, donde las atenciones por consulta externa, servicios quirúrgicos y apoyo diagnóstico son predominantes; sin embargo, los intereses de las EAPB incluyen todos los productos sanitarios, pasando desde la atención domiciliaria hasta la hospitalización, esto quizás con el fin de enfrentar los riesgos económicos del aseguramiento, así como la carga de enfermedad de los pacientes en toda la red adscrita (Figura 8).

9.1.1. Negociadores asignados por los prestadores

Las IPS buscan enfrentar la dinámica de la contratación con la presencia constante de sus directivos para la toma de decisiones en las diferentes etapas de la negociación, sin embargo, es evidente la tendencia a la construcción de equipos multidisciplinarios en las instituciones de alta complejidad, ya que se considera necesario evaluar desde varios frentes las propuestas y riesgos asociados a la aceptación de los modelos de contratación objeto de este estudio. Lo anterior es afirmado por el experto B:

Entonces depende de lo que uno vaya a negociar aquí en la clínica, como le digo; si vamos a negociar hospitalización va el jefe de pediatría y el jefe de medicina interna con nosotros, ¿para qué están ellos?, para apoyar el tema técnico.

También por el experto E:

En esta IPS en especial los modelos de negociación tienen dos cabezas: una es el responsable de la sede que sea manejado de la red —que en ese caso soy yo, el responsable del manejo de la red—; otro es la cabeza comercial que es la persona que siempre está negociando y otro es la persona de inteligencia de negocios que se encarga de hacer el análisis estadístico y la gestión del beneficio para uno para el otro, todos somos jefes diferentes áreas, cada uno tiene un rol.

Posteriormente finaliza concluyendo: “Lo que siempre hemos procurado es tener un equipo de un nivel alto, así lo hicimos en Compensar y así lo estamos haciendo aquí”.

9.1.2. Negociadores asignados por la EAPB

Ahora, si bien se manifiesta la presencia sin falta de un directivo de la IPS para la negociación, las EAPB se comportan de forma diferente, ya que por la experiencia del aseguramiento poseen un mayor conocimiento tanto de la población a atender, los costos de la intervención y el modelo de atención a negociar, situación que lleva al predominio constante de un equipo sólido de negociación con capacidad de evaluar los diferentes elementos de la propuesta en los encuentros pactados; esto, entre otros, lo refiere el experto B, quien anteriormente se desempeñó como directiva en una EPAB:

Yo siempre negociaba directamente, yo era el gerente de servicios ambulatorios, yo tenía a cargo todas las unidades de servicios, entonces esa negociación siempre la hacía directamente; eventualmente me acompañaba de uno de los administradores médicos para los análisis de auditoría cuando íbamos a negociar otras cosas, inclusive me acompañaba mi jefe, que era el líder de prestación en ese momento.

Como se ha registrado anteriormente, la experiencia de dos de los expertos (B y E) es claramente diferente, ya que la relación de proximidad hacia la aseguradora es particular, facilitando la confianza donde la dinámica es entre pares y con claro conocimiento de necesidades por ambas partes.

9.2. Atributos de la negociación

9.2.1. Características en el proceso de la negociación

Los entrevistados refieren de forma unánime que el ambiente de la negociación se basó en la confianza entre los participantes como lo manifiesto el experto E “el proyecto se debe manejar a manera de proyecto, no se debería manejar como contrato donde tú me vendes yo te compro, debe ser flexible y es un compromiso entre ambas partes, por eso la confianza es clave”; esta expresión comprueba entonces los referido en 1998 por Oligastri, quien describió como característica del negociador latinoamericano la preferencia por establecer relaciones de amistad para negociar, buscando así establecer confianza en su contra parte. A su vez, el experto C realiza una mayor descripción de los elementos que generan confianza:

Tú por qué contratas a alguien y le vas dando seguido tu producción, porque tienes confianza en él, porque siempre cumple o porque no te dan en la cabeza, porque te atiende bien los pacientes, en fin, todo lo que te da confianza de un lado o del otro, eso te garantiza y mantienes una relación comercial; no son las soluciones generales en cualquier sector, por eso esa proximidad favorece esquemas de negociación diferenciales como gestión del riesgo.

9.2.2. Poderes de la negociación

Según las experiencias manifestadas por el grupo de expertos a través de la entrevista, es posible determinar que las condicionantes con las cuales se da la negociación están encaradas en varios de los ocho poderes socializados por Valencia (2012); si bien las percepciones son variadas, cabe anotar el mayor predominio en el poder de la forma, ya que la totalidad de EAPB han definido las conductas, elementos o formas con las cuales se deberá realizar la atención de los pacientes, incluyendo procedimientos, medicamentos, frecuencias de uso contratadas, así como los elementos mínimos para el pago efectivo al igual que el manejo del incentivo adecuado.

Posteriormente el poder del equipo es el de uso común por los contratantes, donde gracias a la estructura propia del aseguramiento en salud, las EAPB organizan equipos de profesionales y ejecutivos con solidas habilidades en la planeación, costos, así como modelos de atención; estas competencias técnicas o esenciales para los elementos críticos

del proceso de negociación son ausentes en la mayoría de las IPS (exceptuando aquellas con vínculo cercano con las aseguradora), por lo que se genera asimetría en la capacidad de analizar la información necesaria para negociar. Lo anterior facilita una toma de decisiones tendientes a favorecer los intereses del equipo mejor constituido.

Finalmente hace presencia ante la experiencia que las EAPB poseen sobre la población que estará destinada a la atención, incluyendo la carga de enfermedad, género, edad, manejo terapéutico previo, así como los servicios de mayor uso; sin embargo, como limitante, las IPS en varios casos ya han recibido a un volumen menor de pacientes, permitiendo conocer a través de su experticia algunas características de la atención.

9.2.3. Grado de seguridad percibida en la negociación

En el marco de la entrevista, los participantes han manifestado su percepción de seguridad a la hora de enfrentar la negociación; sin embargo, todos refieren poseer un nivel conveniente, ya que, como se observa en la Tabla 1, el 60% de los entrevistados consideraron tener una alta seguridad y el 40% restante lo considera mediano; si bien existe percepción variada en cada nivel de complejidad, se observa que dos de los entrevistados que consideran poseer alto nivel de seguridad conservan una relación próxima a una EAPB, situación que puede explicar el motivante por el cual su apreciación ante la negociación posee nivel muy favorable.

Experto	¿Qué grado de seguridad considera usted que su organización presentó durante la negociación?	Complejidad	Proximidad con la EAPB
A	Alta	Baja	No
B	Alta	Alta	Sí
C	Mediana	Alta	No
D	Mediana	Mediana	No
E	Alta	Alta	Sí

Tabla 1. Comparativa del grado de seguridad en la negociación del pago por desempeño contra complejidad y vínculo de proximidad con EAPB en 2017

Fuente: elaboración propia.

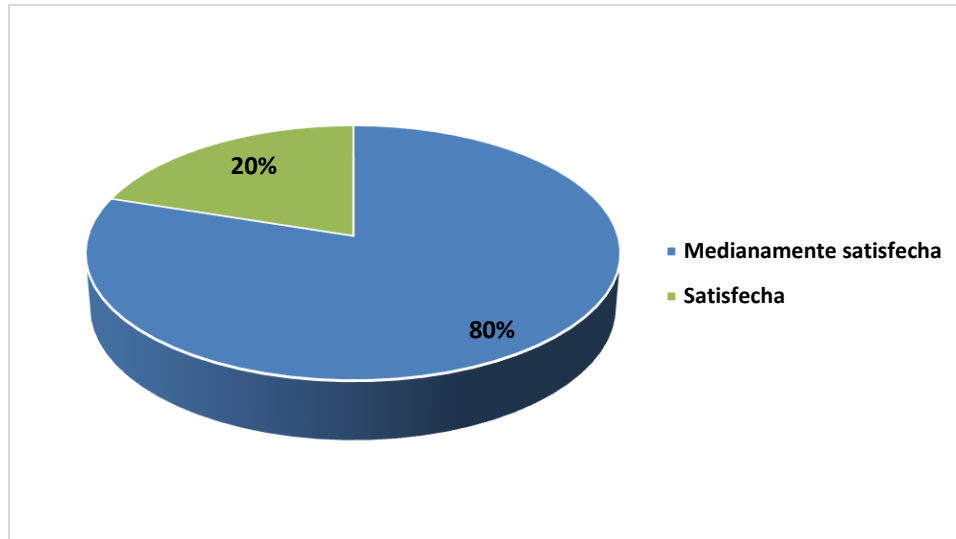


Figura 9. Porcentaje de satisfacción por parte de las IPS ante la negociación de servicios con pago por desempeño, 201.

Fuente: elaboración propia.

A pesar de lo favorable que fue la calificación de la IPS sobre el grado de seguridad en la negociación, el nivel de satisfacción fue completamente diferente, ya que existe un predominio mayor sobre la percepción medianamente satisfecha; lo anterior a raíz de que los entrevistados consideraron que el ejercicio de la negociación poseía dinámicas colaborativas, dado que esta se fundamentan en una conducta asertiva manteniendo las relaciones en las cuales se cede ante criterios objetivos de ambas partes en respuesta a una situación de gana-gana (Figura 9).

9.2.4. Estrategias usadas en la negociación

Los entrevistados fueron indagados al respecto de las estrategias usadas tanto por su organización como por el equipo negociador de la EAPB, donde —de forma unánime— los prestadores han referido que sus acciones poseían el objetivo de ampliar su portafolio de servicios manteniendo las mejores relaciones con las aseguradoras, buscando así un acuerdo en el que ambas partes ganen (ganar-ganar); lo anterior debido a que todo acuerdo de prestación de servicios coloca en riesgo a ambas partes, pues la atención sanitaria suministrada a la población asegurada a través de la IPS contratada genera ganancias económicas y reputacionales a ambas partes.

Las estrategias de las aseguradoras basaron su objetivo, al igual que las IPS, en que las dos partes de la negociación ganaran; sin embargo, esta percepción no es homogénea ya que también en el experto D observa que la EPAB intenta conseguir los mayores beneficios sin tener en cuenta la relación futura, usando en este caso la asimetría en el manejo de la información en referencia a la condición del paciente para su beneficio, por lo cual no modifica sus posiciones (ganar-perder) como se puede observar en la Tabla 2.

Experto	IPS	EAPB
A	Negociación colaborativa.	Negociación colaborativa.
B	Negociación colaborativa.	Negociación colaborativa.
C	Negociación colaborativa.	Negociación colaborativa.
D	Negociación colaborativa.	Negociación Competitiva.
E	Negociación colaborativa.	Negociación colaborativa.

Tabla 2. Comparativa de las estrategias usadas en la negociación del pago por desempeño de las IPS contra EAPB, 2017

Fuente: elaboración propia.

9.2.5. Presión e incertidumbre percibida en la negociación

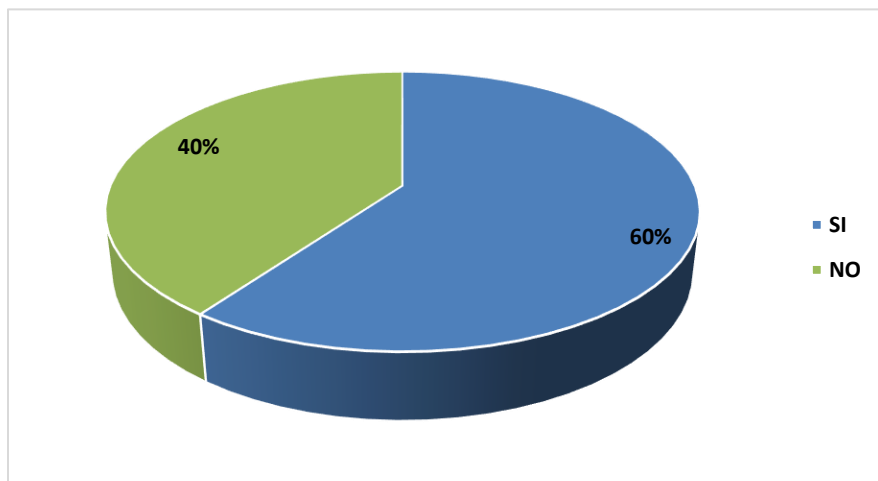


Figura 10. Porcentaje de percepción de presión de la IPS por parte de la EAPB durante la negociación de servicios con el pago por desempeño 2017

Fuente: elaboración propia.

La percepción de presión por parte de la EPAB en la negociación con la IPS es predominante (Figura 10), puesto que si bien la negociación tiende a estar enmarcada en atributos positivos tales como la confianza y la colaboración, existen finalmente intereses unilaterales que sobresalen, como lo refiere el experto B:

La presión estaba, en alguna reunión nos decía: no, pero mire, es bueno que todo lo podamos contratar por valores fijos y no sé qué, porque si les pagamos todo por pagos fijos pues no hay auditoria y les pagamos más rápido; decíamos, sí, pero ahí sí es mejor darnos el desgaste de evento mientras conocemos nuestra realidad a ponernos a contratar pagos fijos que nos puedan generar más problemas. Sí hubo algo de presión, una presión sutil.

La aseguradora tiende a usar presión sobre el valor económico pactado, así como un tiempo límite de discusión para el cierre de acuerdos; a esta situación se debe agregar que todos los entrevistados refirieron incertidumbre en la contratación de sus servicios a través del pago por desempeño esto debido a tres factores en particular:

- El desconocimiento sobre tipo de desempeño necesario.
- Los costos asociados a la variabilidad médica.
- La asimetría en la información de la población a atender en referencia a las características de la carga de enfermedad, frecuencias de uso y necesidades terapéuticas contratadas.

Cabe anotar que, a pesar de que la incertidumbre se considera como un factor negativo en la negociación por el riesgo de abuso moral, es claro que las directivas de las IPS deciden asumir este riesgo por la confianza que poseen sobre su cliente, así como por el interés de garantizar el flujo constante de pacientes que permitan mantener su solvencia económica; para mitigar esta condición, las IPS más expertas y próximas a las EPAB cuentan con un equipo compuesto por múltiples talentos que analicen datos y permitan intervenir riesgos como se describió anteriormente.

9.3. Fases de la negociación

9.3.1. Fase de preparación

Al indagar sobre el conocimiento previo de estos modelos alternativos de contratación, se encontró que el 60% de los expertos afirman desconocer las características propias de este; una de las razones que se argumentó durante las entrevistas es la poca información que se encuentra en la literatura por considerarse modelos emergentes, sumado a que estas son elásticas y adaptables a los intereses de cada asegurador. Situación confirmada entre otros por el experto C, quien afirmó:

Sí, la IPS desconocía los modelos de contratación y creería que se dio más por la experiencia de la EPS que del propio prestador.

Quienes respondieron afirmativamente correspondían a IPS que contaban con una amplia experiencia en estos modelos, y quienes tenían una clara proximidad con la EPS, lo cual les permitió contar con la información y funcionamiento de estas modalidades previamente.

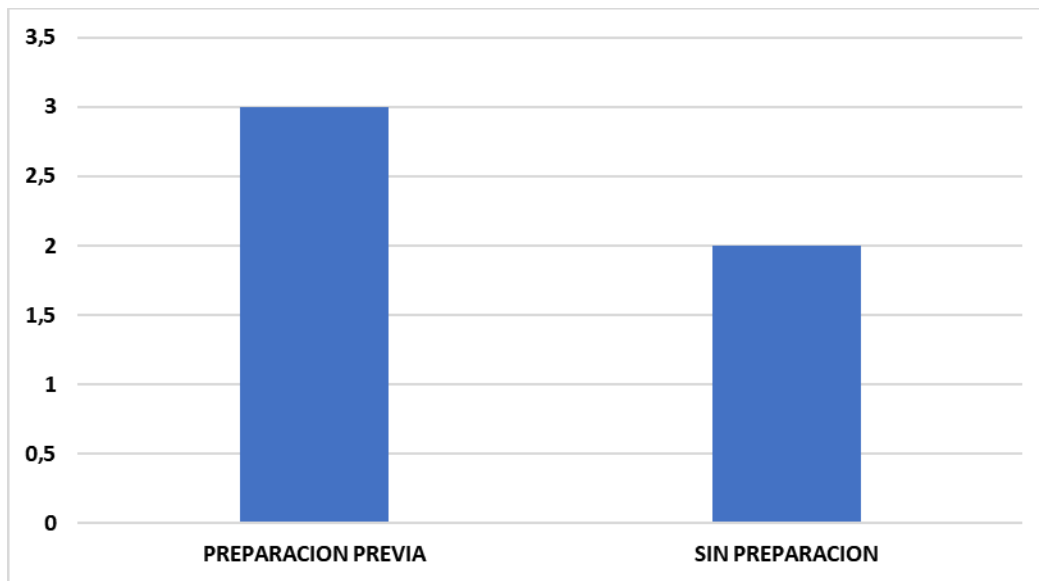


Figura 11. Distribución de la preparación para la negociación de servicios con el pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al preparación (Figura 11) se encontró que el 60% tenía algún tipo de preparación para la negociación, en la cual se argumentaron aspectos como capacidad instalada, portafolio de servicios, tarifas, análisis técnico de la propuesta, al igual que el establecimiento de un equipo con conocimientos acerca de los productos a negociar; sin embargo, el 40% no realizó alguna preparación frente a estos a modelos alternativos de contratación, dado también por la escasa información que se tenía, condición que impedía analizar previamente los elementos críticos de las propuestas. Sobre lo anterior refiere el experto C:

No, pues desde lo que yo he logrado vivir no hay una preparación o no se toma en cuenta si hay experiencia, aparte que como son modelos emergentes no hay demasiada gente que los conozca, pero se toma el área encargada de contratación o comercial o como se llama en cada IPS y asignan un líder, quién es el encargado de diseñar o ajustar el proyecto.

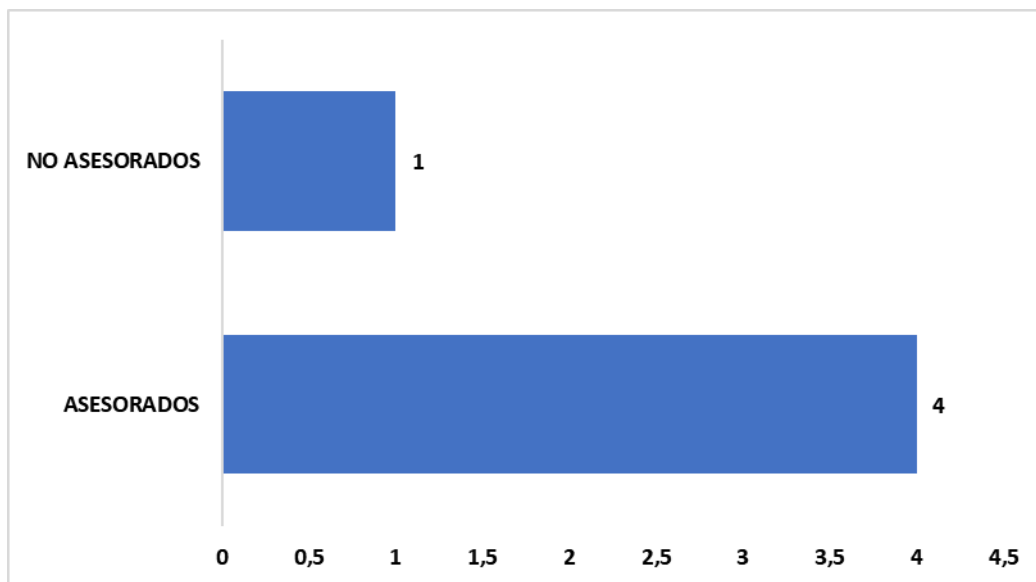


Figura 12. Distribución de uso de asesoría en modelos alternativos de contratación con pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

Indiscutiblemente la mayoría de las IPS afirman haber recibido algún tipo de asesoría en estos modelos alternativos de contratación (Figura 12), la cual está enfocada principalmente en la administración de bases de datos y modelo de atención; si bien existe en alguna medida asesoría, esta es realizada por la EPAB y se ejecuta durante la operación

o puesta en marcha del contrato, tanto para las IPS que poseen una mayor proximidad con las aseguradoras, como para aquellas sin relacionamiento mayor. Como lo experimentó el experto C:

Sí, claro, pero más que para la ejecución del convenio era porque la facturación era algo especial, hacen que requieran una capacitación especial pero solo para la elaboración de la factura el resto fue ensayo y error, aprendizaje sobre la marcha.

En esta fase de negociación, uno de los elementos a contemplar es el tiempo empleado en la preparación, para el cual las IPS disponen entre tres semanas y más de un mes, siendo un proceso particularmente rápido, llevando al negociador a ser ágil o hábil en el análisis de la propuesta, también en cuanto a la definición de roles, siendo esta una limitante para la adquisición de medios de asesoría que fortalezcan realmente al prestador (Figura 13).

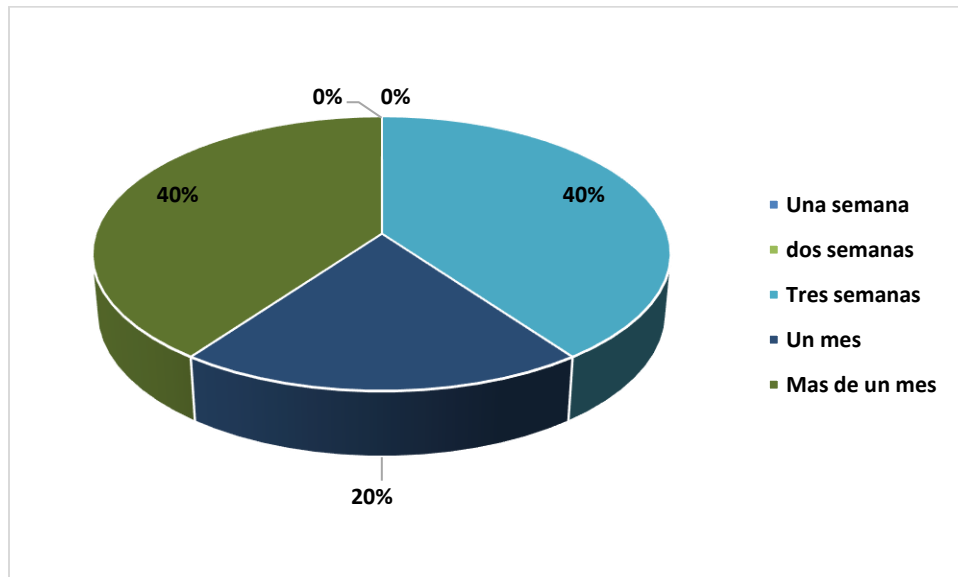


Figura 13. Distribución porcentual del tiempo dispuesto para la preparación de la negociación de servicios con pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

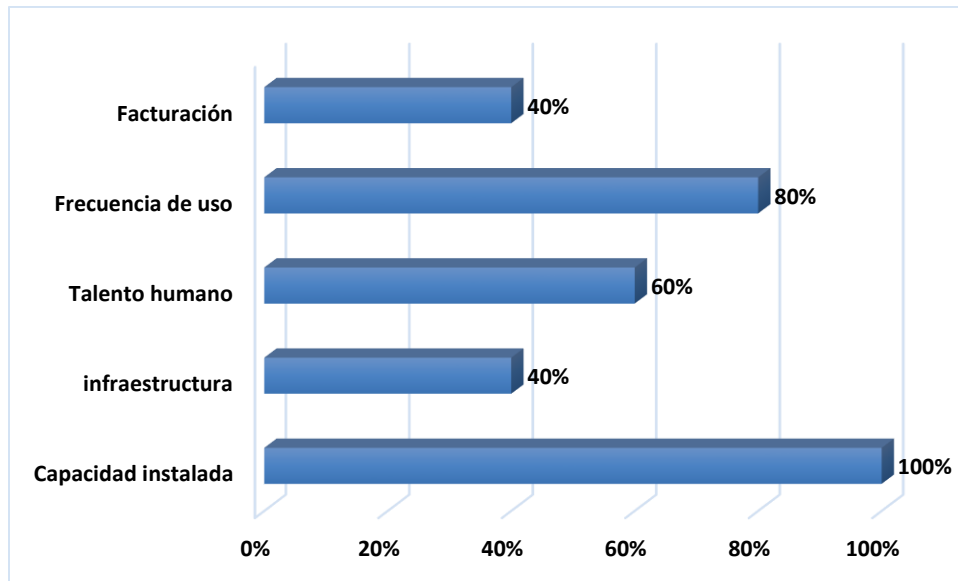


Figura 14. Distribución agrupada de los criterios técnicos considerados por las IPS en la preparación de la negociación de servicios con el pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

La capacidad instalada, seguido de la frecuencia de uso, y el talento humano, son los principales criterios técnicos que las IPS consideraron en la fase de la preparación (Figura 14), dado que estos les permite con mayor facilidad realizar un análisis más estructurado de las propuestas a contemplar; para tal fin, los directivos se apoyan en perfiles como agentes comerciales y directivos médicos, los cuales varían de acuerdo con los productos que se vayan a negociar. Por otro lado, también se encuentran IPS que poseen un equipo más robusto y entrenado para las negociaciones, donde se contaba con profesionales, ejecutivos y directivos que tenían un rol ya definido como especialistas en planeación e inteligencia de negocios, comerciales, directivos médicos, directivos administrativos y financieros, con capacidad y poder de decisión, siendo estas aquellas que poseen una proximidad mayor con la EAPB.

Finalmente, para esta fase de preparación se indagó alrededor de los criterios de selección de las EAPB con las que se negociaba, en las cuales todas las IPS coincidieron en elementos como la confianza, la reputación, comportamiento histórico de pago y trayectoria económica en el sector.

9.3.2. Fase de discusión

En esta fase se contemplan las necesidades de la EAPB, los riesgos de la propuesta, los mecanismos y frecuencias de comunicación. Frente a los riesgos reconocidos en la negociación de estos modelos alternativos de contratación, el mayor contemplado por los prestadores se refiere al financiero con respecto a la variabilidad del costo médico y la demanda, ya que por el monto establecido en la negociación se debe dar cumplimiento; por esta razón, se deben dejar claras las reglas en el ajuste durante el seguimiento del contrato, pues si este factor no es claro, la pérdida económica puede ser mayor al no ser reconocidos estos costos adicionales por la EAPB, aunque todos coinciden en que parten de un ejercicio de confianza con esta. Sin embargo, existen experiencias en las cuales, a pesar de lograr la eficiencia solicitada por la EPS, esta de forma unilateral modifica el modelo de compensación económica, confirmando el uso del poder mencionado anteriormente. Esta situación es manifestada en su momento por el experto B:

Lo último que diría es que una de las cosas que se ven mucho en los pagos por desempeño es que cuando el prestador hace bien su tarea, inclusive nos pasaba a nosotros, el asegurador tiende a bajarle los incentivos.

En segunda instancia se identificó el riesgo reputacional dado por el éxito o el fracaso del contrato, el posicionamiento del prestador en el mercado, la calidad de sus servicios y la efectividad en la ejecución es reconocidos en el 60% de los entrevistados, como el experto D:

Pues yo creo que como toda compañía también tiene una reputación que manejar y debe al máximo tratar de exponerse, nosotros estudiamos muy bien esto antes de quedar mal tanto a los usuarios como a la entidad y de pronto generar un impacto negativo hacia las personas particulares, porque está en nombre la institución; entonces, yo creo que estos dos tipos —tanto el financiero como el reputacional— tienen mucho que ver.

En relación con los mecanismos de comunicación y frecuencia se encontró la siguiente información (Tabla 3).

Experto	Mecanismo de comunicación	Frecuencia de seguimiento a los avances
A	Reunión bilateral	Semanal
B	Reunión bilateral	Semanal
C	Reunión bilateral	Mensual
D	Reunión bilateral	Quincenal
E	Reunión bilateral	Mensual

Tabla 3. Distribución comparativa de los mecanismos de comunicación y frecuencia usadas en la negociación de pago por desempeño de la IPS y EAPB, 2017

Fuente: elaboración propia.

Existe clara conciencia en la necesidad de realizarse reuniones bilaterales de seguimiento por parte de los negociadores, donde en mesas de trabajo se planteasen las variables de interés a ser tomadas para negociar, llegando finalmente a los tiempos descritos en la Figura 14. Es evidente que cada grupo de negociación posee dinámicas de tiempo diferentes según sus intereses.

9.3.3. Propuesta

- Presión sobre el modelo de contratación.

Si bien son conocidos los beneficios de los modelos de pago por desempeño, es natural que estos sean impuestos por el comprador, ya que finalmente el interés sobre la relación costo-beneficio es mayor sobre este; de esta forma lo describe el experto D:

Ellos tienen el poder económico para poder colocarla las condiciones, así que la IPS está casi sujeta a cumplir tanto el manejo de frecuencia, como de actividades que ellos propongan en pro de tener ese dinero, tener ese flujo de capital que permita continuar en el mercado. No es que ellos lo hagan de forma directa pero sí está implícito en la negociación que quien tiene dinero es quién pone las condiciones contractuales.

No obstante, es de gran interés observar que para un grupo de expertos la coacción percibida por parte de la EAPB puede relacionarse con que estos poseen la ya antes mencionada cercanía o proximidad similar a la integración vertical, es claro que la

negociación posee dinámicas diferentes que serán explicadas en el capítulo de discusión del presente estudio (Figura 15).

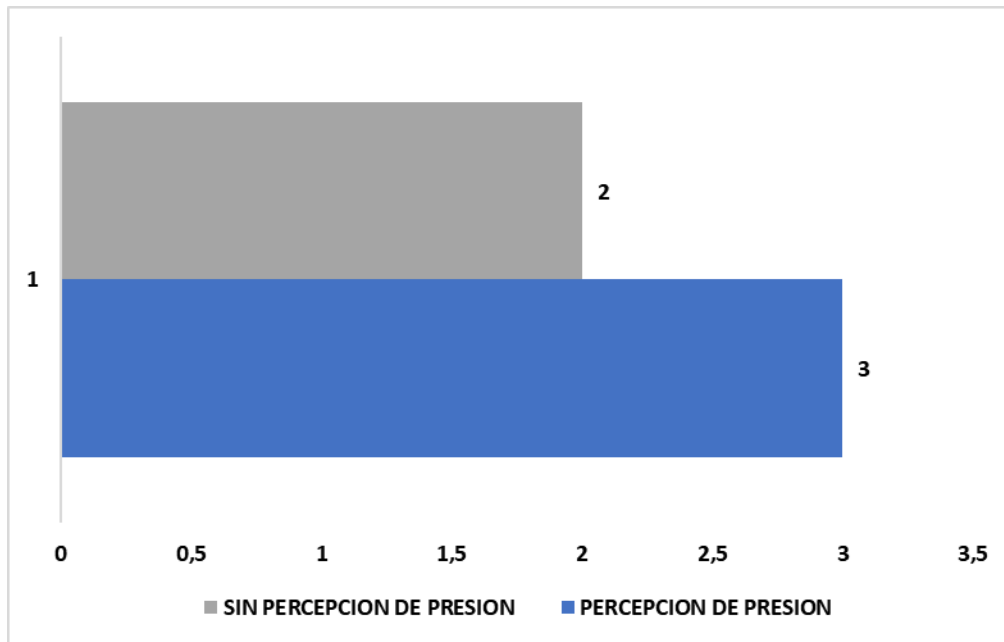


Figura 15. Precepción de presión por parte de la EPAB para la contratación bajo de servicios con el pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

- Elementos críticos de la propuesta y contrapropuesta.

Anteriormente se ha descrito la importancia que para el prestador posee la seguridad financiera, así como sostener la reputación que se posee en el mercado, es por esto que, de forma unánime y sin importar la cercanía o proximidad que posee con la aseguradora la IPS y sus negociadores, consideran crítica la verificación de los valores que serán cancelados por sus servicios, las frecuencias de uso y la siniestralidad de la población; lo anterior con el fin de determinar la viabilidad de apertura a los servicios por contratar. Sumado a lo anterior, la evaluación de estos elementos en la mayoría de los casos recae en el directivo, quien no solo socializa los ajustes que deberán ser contemplados, sino que aceptará o negará la contrapropuesta recibida.

Al indagar qué elementos considerados como críticos fueron modificados de la propuesta original, las respuestas están inicialmente orientadas a la tarifa, seguida de las frecuencias

de uso, dejando de ajustar ítems como los indicadores; sin embargo, es claro que el resultado fue positivo en tanto que el contrato fue cerrado (Tabla 4).

Experto	Elementos Críticos de la propuesta	Elementos ajustados en la contrapropuesta
A	Tarifas	Tarifas
B	Tarifas, uso servicios a contratar	Tarifas y servicios
C	Tarifas, capacidad instalada	Tarifas y frecuencia de uso
D	Tarifa, demanda de servicios	Tarifas
E	Frecuencias de uso, costos, tarifas	Tarifas

Tabla 4. Elementos de la propuesta considerados críticos contra elementos ajustados en la contrapropuesta en la negociación de pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

9.3.4. Cierre

En esta fase se indagó sobre los mecanismos de ajuste, definición de indicadores y estrategias usadas para el cierre de la negociación, siguiendo a Alonso (2015), quien establece seis tipos de estrategias; con base en ello, se identificarán cuáles aplican para este tipo de contratación por pago por desempeño

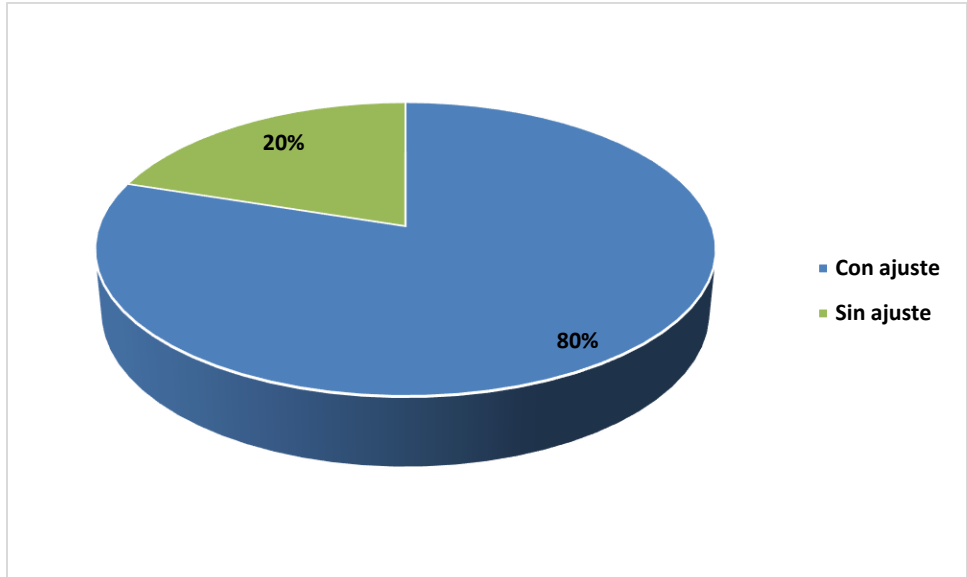


Figura 16. Distribución porcentual acuerdos de mecanismos de ajuste en negociación de pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

Los ajustes al contrato durante la negociación fueron pactados por el 80% de las IPS entrevistadas (Figura 16), quienes de forma positiva dejaron claros mecanismos de ajustes en el seguimiento del contrato; se describieron ajustes en la tarifa, en frecuencias y en el monto total convenido, debido a la necesidad bilateral de garantizar la viabilidad financiera del convenio. Respecto a ello el experto E menciona:

Siempre hay un riesgo y riesgo financiero, que lo que tengamos planteado a nivel financiero no se cumplen porque el comportamiento de la población es diferente, porque el comportamiento aumentó, porque ingresó población, en fin, hay cualquier cantidad de variables pueden generarse y se pueden traducir en un riesgo, pero como cualquier estudio de proyecto siempre se contemplan dentro de los parámetros de control y se define a largo plazo si se continúa o no

No obstante, es evidente que se han dejado a un lado de nuevo los indicadores situación que a futuro pueden traer consecuencias de tipo administrativo, ya que la no preparación de estos puede agotar al equipo de calidad.

- Indicadores.

Dado que estos mecanismos de contratación por resultado requieren en su ejercicio propio la medición del desempeño de la IPS a través de indicadores, como lo plantea González

(2018), la EAPB establece una serie de indicadores sujetos al incentivo; se indagó a través de la encuesta por el tipo de indicadores de desempeño y resultado, encontrando que los indicadores de efectividad están presentes en el 100% de contrataciones, seguidos por los de calidad y eficacia en un 80%, sin dejar de mencionar que la eficiencia sigue estando contemplada en el 60% de estas (Figura 18).

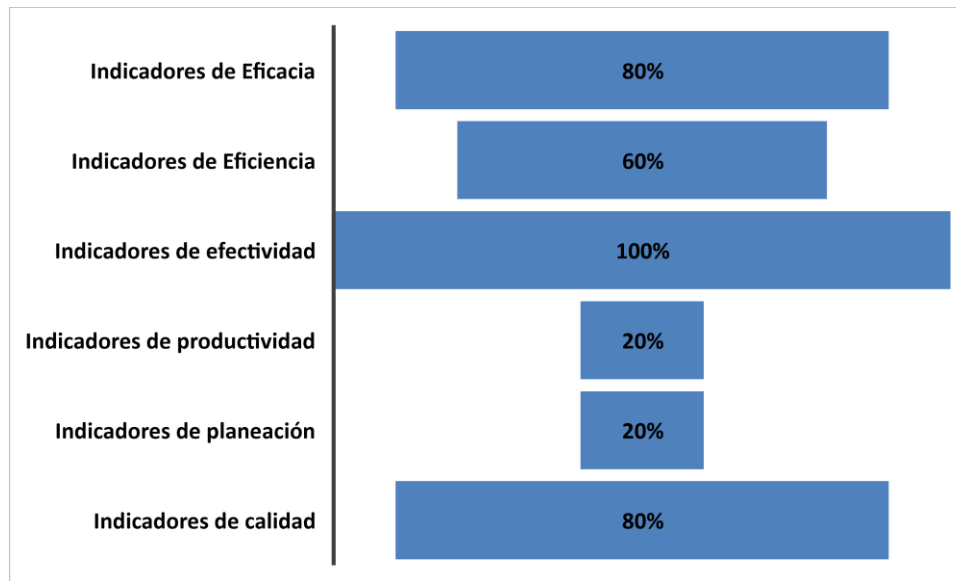


Figura 17. Distribución acumulada de tipo de indicadores definidos durante la negociación del pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

Si bien corresponden a indicadores de resultado y gestión, se trata también de cumplir otros propios de la EAPB, que de alguna manera argumentan como impuestos, en los cuales no hay ningún tipo de ajuste en el momento de la negociación y se ven obligados a cumplir, a pesar del desgaste administrativo en la ejecución del contrato. El experto C describió los indicadores de forma crítica asegurando que:

Son impuestos por la EPS, pero van en contra del prestador pues no tienen igualdad de condiciones en la prestación, entonces eso es una imposición por parte de la EPS y al prestador le toca ceder para poder obtener la contratación.

Confirmando con preocupación el efecto de no validar el ajuste de este tipo de entregables que son necesarios para el pago del incentivo.

- Estrategias de cierre.

De acuerdo con el aporte de Alonso (2015), sobre las seis estrategias de cierre de la negociación, en los mecanismos alternativos de contratación objeto de este estudio se evidencian dos estrategias que sobresalen en la investigación; así, se encontró que el 60% de los prestadores establecieron una estrategia para el cierre de la negociación, la cual se destinó hacia el cierre por cesión y el cierre con resumen, esto debido a que la dinámica de la negociación se basa en el ajuste de múltiples puntos de interés en episodios de reunión con la periodicidad descrita anteriormente.

Al indagar sobre la percepción de estrategias usadas por la EPAB para el cierre se encuentra que el comportamiento es similar, el 80% de los expertos afirman que el cierre de la negociación de servicios sanitarios es amigable y se encuentra basada en la presentación de un resumen de todos los acuerdos logrados hasta el momento, destacando las ventajas que supone el acuerdo como lo afirmó el experto C:

Ellos están muy interesados en iniciar prontamente la ejecución, pero en pro del servicio más no amenazante, y siempre prestos que era con esta institución.

Durante el cierre, la mayoría de los entrevistados, argumentan algún tipo de presión percibida en esta etapa en respuesta a la asimetría de información y al poder del conocimiento de la EAPB en estos modelos de contratación; sin embargo, algunas IPS argumentan que la aseguradora no ejerce una presión en el cierre de acuerdos porque lo que busca es generar una base de confianza, además de la selección previa del prestador con las que desean generar este tipo de contratación por resultados, ya que se trata de compartir la gestión del riesgo en salud, la población y lo que ellos denominan la siniestralidad, por lo cual se requiere una red de atención sólida que realice un buen manejo a la salud de su población. Este argumento coincide con los expertos de IPS que presentan cierta experiencia en el aseguramiento.

Por otro lado, se reconoce la incertidumbre en el cierre por parte de las IPS respecto al pago de los servicios por parte de la EAPB en general, dado que con este pago se da inicio a la cadena de producción que, si bien se genera en el marco de la confianza, también existe

la incertidumbre en relación con el cumplimiento del pago, a la asimetría de información y al abuso moral que se pueda dar durante la ejecución de los contratos.

10. Discusión

Las EPS se encuentran constantemente en procesos de negociación con la red de IPS, no solamente en el marco de la prestación de nuevos servicios, sino también frente a tarifas, modelos de atención, mecanismos de pago, incentivos, indicadores, oportunidad de atención, autorizaciones, facturación, conciliación de glosas y cartera. El presente estudio busca identificar los elementos que los prestadores contemplaron en la negociación de los productos sanitarios bajo mecanismos alternativos de pago por desempeño, sin importar los diferentes niveles de complejidad y servicios ofertados por estos. Se observa una clara variación frente a estudios anteriores, pues registraron que el uso de estos modelos de contratación únicamente se relacionaba con la atención ambulatoria o de baja complejidad (Cortés *et al.*, 2012), extendiéndose para el 2017 a todos los niveles de complejidad (baja, mediana y alta).

Lo anterior se puede relacionar con los beneficios que para la EPS posee el traslado del riesgo económico, técnico y primario hacia el prestador; asimismo, la exclusividad de la relación comercial de los entrevistados con aseguradoras como Compensar y Nueva EPS, la cual se encuentra condicionada al uso de este tipo de contratos aprovechando la necesidad de mejorar el flujo de caja que tiene la IPS, el posicionamiento en el mercado y acaparar mayor población para aumentar su infraestructura de forma segura, haciendo que su disposición a negociar y aceptar condiciones del proponente sea mayor.

La negociación, si bien se sostiene en una relación de confianza y ambiente amistoso como lo refiere Ogliastrì (1998), no es informal, puesto que la aseguradora establece equipos estructurados con múltiples habilidades con los cuales dirigir la dinámica de la prestación de servicios para su asegurado; no obstante, la dinámica de la IPS en su mayoría no equipara la fortaleza de los poderes del conocimiento y de equipo que su oponente, dado que es el directivo quien regularmente analiza la propuesta y genera los acuerdos que considere necesarios ante los múltiples mecanismos que pueden ser usados, situación que lo coloca en clara asimetría y en riesgo de abuso moral por parte del asegurador.

Las EAPB buscan establecer alianzas estratégicas con IPS que permitan el desarrollo de acciones similares a la integración vertical con las cuales generar efectos positivos, tanto

en la oportunidad de atención de sus asegurados como en la seguridad financiera; para el caso del presente estudio dos de los entrevistados poseen esta proximidad con una EPS en particular, donde se comparten tanto utilidades como pérdidas financieras, haciendo que los grupos de negociación de estos prestadores estén mejor conformados y cuenten con habilidades que les permiten afrontar la propuesta con mayor seguridad, haciendo un análisis mejor estructurado y sólido. Se llega entonces a acuerdos transparentes enmarcados en la apertura total de la información, disminuyendo la asimetría; no obstante, esta situación no impide que se desarrolle una negociación en todas sus fases con un análisis de elementos críticos por parte de la IPS.

El entorno de la negociación de los entrevistados se encuentra clasificado según lo descrito por Pico (2018), donde los escenarios y la finalidad de los negociadores objeto de estudio tienden a comportarse de forma colaborativa, puesto que está enmarcada en la ganancia mutua, siendo esto asertivo y logrando acuerdos que benefician a todas las partes, donde la importancia de los resultados es igual de valiosa a la relación comercial. Sin embargo, en algunas ocasiones la IPS tiende a ceder innecesariamente a condiciones de la EPS con la pretensión de un mayor número de contratos a futuro con el cual evitar que la competencia afecte su prestigio u oportunidad de atender a nuevos pacientes, siendo parcialmente acomodativa. No se puede entonces aceptar un delineamiento único sobre la clasificación de la negociación en los servicios de salud, es necesario aceptar que existirán condiciones mixtas con predominancias sobre una posición final según el punto de la negociación, lo anterior respecto al oligopolio de aseguradores con atributos que generen confianza financiera sobre el prestador y el desconocimiento de este sobre los modelos alternativos de pago basados en el desempeño.

La negociación según Carrión (2007) se compone de cuatro fases en las cuales es evidente que el prestador en su mayoría no realiza una preparación concienzuda del producto sanitario a negociar, llegando bajo ejercicios de improvisación, sin equipos que previamente posean roles destinados a mejorar el análisis de la información, razón por la cual se tiende a prolongar el tiempo de esta fase previa a un encuentro formal en la se informan las necesidades del asegurador; sumado a esto se encuentra el desconocimiento de los incentivos que afectan la conducta regular del negociador, puesto que no basta con

conocer el producto, precio y la condición en el mercado, sino también los riesgos técnicos y financieros propios de estas modalidades de contratación.

Se unifican entonces las fases —en apariencia— de preparación y discusión en la mayoría de las negociaciones, dado que durante esta fase es donde el directivo de la IPS busca conformar equipos con los que pueda medianamente analizar la propuesta inicial de forma rápida, ya que los episodios de dialogo son presenciales y se debe demostrar su capacidad para adquirir las mejores concesiones por parte de la EPS, quienes además lideran la dinámica de avances a tratar en las reuniones a raíz de su amplia experiencia y conocimiento en estos mecanismos de contratación basados en el desempeño, situación que invita al prestador a postergar la toma de decisiones o centrarse en condiciones que por su experiencia en otros modelos sean críticas como la tarifa, la frecuencia de uso y la capacidad instalada, desconociendo el manejo provechoso del incentivo propuesto.

Si bien la fase de propuesta se da en el marco de los atributos descritos por Carrión (2007), la fase final o de cierre posee variaciones sustanciales en el marco de la evaluación de la calidad del producto a ofertar, no es una prioridad para el prestador determinar la viabilidad en el cumplimiento de los estándares de calidad impuestos por la EPS, permitiendo que sea esta última la que delimite las cualidades a recibir en el producto sanitario negociado bajo indicadores de efectividad, eficacia y calidad en la atención, aprovechando que la IPS centra sus intereses en los elementos críticos que permitan sostener la viabilidad financiera de la operación como anteriormente se ha descrito, favoreciendo el riesgo de abuso moral. Este fenómeno puede llevar a que, si no se posee por parte de la IPS un control responsable en la calidad del producto durante la ejecución del contrato, su posibilidad de compensación se verá afectada negativamente.

De igual forma el grupo del banco mundial (2015) hace un reconocimiento del esfuerzo que los auditores (verificadores) poseen en el seguimiento de indicadores compuestos y complejos, los cuales requieren de una carga importante de trabajo y recursos los cuales afectarán la aplicación de esta herramienta en la evaluación de los estándares definidos para el modelo de atención y su correspondiente bonificación económica.

11. Conclusiones

Las EAPB han migrado su interés en el uso del pago por desempeño hacia aquellos servicios que representan un alto costo, no obstante, buscan sostener esta dinámica en todos los niveles de complejidad con el fin de contener los costos del riesgo financiero por la siniestralidad de sus asegurados. Esta acción no es exclusiva del régimen contributivo, ya que se ha usado en otros regímenes de afiliación.

Por otro lado, a pesar de la reputación que se ha documentado en el mercado sanitario colombiano, los GRD no son usados por las IPS debido —posiblemente— a múltiples factores como deficiencia en los sistemas de información entre estos los RIPS, la no exigencia de estos por parte de la EPS y el desinterés de los directivos por evaluar de una forma más compleja los costos asociados de forma integral a la atención.

La confianza es el principal elemento contemplado por las IPS en la negociación de productos sanitarios con mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño, dado que este atributo se relaciona exclusivamente con la seguridad financiera y reputacional por la exclusividad del vínculo contractual con EPS que poseen alta concentración de población en la ciudad; este fenómeno nubla el criterio del negociador ante la objetividad de la propuesta a discutir, facilitando el sometimiento a condiciones impuestas, enmarcándose esto en abuso moral.

Posterior a este elemento, el negociador centra su atención en la tarifa, frecuencia de uso y capacidad instalada debido a la experiencia previa que con el tiempo ha acumulado el directivo en los mecanismos tradicionales de pago (cápita y evento). Cabe recordar que los mecanismos de pago basados en el desempeño poseen riesgos completamente diferentes como los costos totales asociados a este modelo de compensación, indicadores de calidad y el manejo del performance en pro de los objetivos de la institución. Se generan consecuencias económicas, administrativas y reputacionales que requerirán intervenciones de alto costo por parte de la IPS; como consecuencia de ello, la percepción de satisfacción tiende a considerarse mediana por parte del prestador, puesto que, a pesar de la expectativa inicial de éxito, el resultado varía significativamente durante la ejecución del contrato.

La IPS concentran su interés en gran medida en el riesgo financiero, dejando de lado el riesgo en salud, que repercutirá en la efectividad y cumplimiento de los estándares de atención ya pactados, así como la viabilidad del convenio suscrito con la EPAB, este fenómeno conlleva a aumentar los costos asociados a la atención dadas por las condiciones de salud de la población que son desconocidas por el prestador, afectando el cumplimiento de los estándares pactados en la negociación. Si bien la calidad esta de forma intrínseca en la atención sanitaria, el paciente puede verse sometido a situaciones que afecten el resultado esperado en salud, ya que no hay una previsión del prestador a sus necesidades reales.

La dinámica de las IPS por destinar en sus directivos la decisión casi exclusiva de negociar todo tipo de contrato requiere de mayores y mejores habilidades para la comprensión de los diferentes modelos de contratación a los cuales se puede enfrentar; no obstante, se considera que esta acción se debe complementar con el establecimiento de un equipo con mayor solidez (directivos médicos, profesionales de calidad, tarifas, entre otros) para el análisis real de las propuestas con el criterio dado por la experiencia clínica y administrativa, evitando así tanto la improvisación como el riesgo de abuso moral, ya que la escasa capacitación al respecto se encuentra liderada por la EPS y su enfoque está destinado intencionalmente en el modelo de atención de servicios para sus asegurados.

Los prestadores durante la negociación no establecen estrategias solidas con las cuales enfrentar la presión e incertidumbre generada por la EAPB, basando su negociación en un mecanismo colaborativo (ganar-ganar) que puede ser aprovechado por la EPS para adquirir condiciones favorables a sus intereses. Esta situación, si bien es atenuada en aquellas IPS que poseen proximidad especial con el asegurador, aún está presente y debe ser analizada por el equipo negociador.

Durante la negociación es claro para ambas partes la existencia de una serie de riesgos que se comparten a la hora de la implementación del acuerdo, sin embargo, cabe reconocer que las EPS poseen el poder y la autonomía de finalizar o modificar el contrato cuando lo disponga, dado que es el administrador del recurso económico y la población con demanda de servicios.

Con el pasar del tiempo la IPS adquirirá mayor experiencia y habilidad en la negociación e implementación de estos modelos de contratación, esta adaptación ya se ha dado en modelos tradicionales de contratación (cápita y evento), en los cuales el prestador ha administrado con algún grado de éxito; por ello, la dinámica de variación en los modelos de pago basados en el desempeño implementados en el SGSSS continuará mientras las necesidades de las EAPB sean las mismas.

Para finalizar esta investigación permite concluir que los elementos contemplados por el prestador al afrontar las diferentes etapas de la negociación pueden ser agrupadas en atributos positivos y negativos (Tabla 5), sumado a un gran elemento integrador determinado como la confianza, no obstante la totalidad de elementos son críticos puesto que llevara la negociación a un cierre de forma segura y beneficiosa para ambas partes.

No	FASES DE NEGOCIACIÓN	ELEMENTOS POSITIVOS	ELEMENTOS NEGATIVOS	ELEMENTO INTEGRADOR
I	PREPARACIÓN & DISCUSIÓN	Evaluación de la tarifa, frecuencia de uso y capacidad instalada para el producto sanitario a contratar.	No realiza una preparación concienzuda del producto sanitario a negociar, llegando bajo ejercicios de improvisación, sin equipos que previamente posean roles destinados a mejorar el análisis de la información.	CONFIANZA (definida por la IPS como la garantía de flujo de caja, mejora en el posicionamiento en el mercado y acaparamiento de mayor población para aumentar su infraestructura de forma segura)
II				
III	PROPUESTA	Evaluación y mitigación del riesgo financiero trasladado por la EAPB.	Desconociendo el manejo provechoso del incentivo propuesto, desinterés en el cumplimiento de los estándares de calidad impuestos por la EPS	
IV	CIERRE	Existe dinámicas basadas en el Mecanismo colaborativo (ganar-ganar)	En alguna ocasión y bajo la consigna de conservar el cliente se accede al Mecanismo acomodativo parcialmente (perder -ganar)	

Tabla 5. Elementos contemplados en las diferentes etapas de la negociación de pago por desempeño, 2017

Fuente: elaboración propia.

12. Recomendaciones.

Los autores consideran necesario generar las siguientes recomendaciones con el fin de generar herramientas con las cuales se facilite la relación entre el prestador y el asegurador en la dinámica de la negociación de productos sanitarios a través de mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño.

Entes rectores.

El MSPS posee un rol importante en este modelo de pago basado en el desempeño, esto dado por sus funciones rectoras generando políticas con las cuales este clarificadas las pautas y condiciones para la celebración de este tipo de contratos, la ejecución y el cumplimiento de los acuerdos tanto en la prestación de los servicios como en el pago de estos, sumado a lo anterior es clara la necesidad de establecer valores diferenciales en la bonificación del incentivo en grupos poblacionales de riesgo, así como en ámbitos territoriales rurales y dispersos.

Actualmente el Modelo integral de atención en salud -MIAS (2016) ha definido en el aparte de Redefinición del esquema de incentivos orientados a garantizar los resultados esperados en salud:

- Definición de las responsabilidades dentro de la integralidad que correspondan al prestador
- Pago por conjuntos integrales en las atenciones de naturaleza aguda con recuperación previsible de la salud y por unidades que incluyan gestión de la enfermedad en condiciones de naturaleza crónica.
- Autorización integral del proceso o servicio.
- Cobertura integral del paciente en la atención.
- Pago medico con efecto neutro.

Si bien existe una definición de estos ítems desde el MSPS, no se evidencia una acción contundente, así como rectora con la cual se dé cumplimiento a este tipo de disposiciones.

Entes de control

Establecer conductas de vigilancia y control sobre la definición y evaluación de indicadores o acciones con las cuales en la implementación de los mecanismos alternativos de pago se proteja en alguna medida la seguridad financiera de las IPS.

Incentivar en el mercado conductas con las cuales el prestador pueda conocer claramente las condiciones en salud de la población asegurada por cada EAPB, esta información no solo disminuirá la incertidumbre en la relación comercial, sino también podrá alimentar indicadores de gestión y resultados sobre las necesidades de salud de los pacientes por parte de la EPS.

Aseguradoras

Buscando mejorar la seguridad del mercado las EAPB deberán trabajar para que en la construcción de estos modelos de pago sean de forma conjunta con los prestadores, evitando así, los efectos negativos relacionados con asimetría de información e incertidumbre, aumentando la precepción de seguridad en la relación llevando a la IPS a entender los elementos críticos del contrato de forma eficaz y pertinente, conllevando a la mejora de la calidad y eficiencia del proceso.

Evitar la definición de un número elevado de indicadores de gestión por parte de la EAPB ya que la tendencia de la negociación es que el prestador omite el análisis de este elemento a la hora de negociar, situación que afectará la recolección y análisis de datos necesarios para la evaluación de la gestión llevando a grandes vacíos tanto en indicadores, como en la evolución de la relación contractual.

Prestadores

La negociación de este tipo de contratos requiere de forma rigurosa la conformación de grupos de análisis de la propuesta, los cuales deben estar conformados por profesionales que posean habilidades y conocimientos en elementos críticos como: auditores o personal de calidad, profesionales sanitarios del área o servicio a contratar, profesionales de planeación financiera y finalmente el agente comercial que llevara la relación durante la

ejecución. Esto disminuirá la posibilidad de abuso moral sosteniendo la confianza y los beneficios que busca la IPS.

El prestador debe considerar muy bien su posición en la negociación antes del cierre ya que existe clara premura por establecer contratos, facilitando que la EAPB genere abuso moral, motivante por el cual deberá analizar con mayor detenimiento la propuesta inicial determinando las ventajas y desventajas que contraerán con el acuerdo.

Se debe buscar que el equipo negociador sea más suspicaz ante las propuestas dispuestas por la aseguradora, ya que esta posee todos los elementos para determinar las condiciones que le favorecerán a estas en la ejecución del contrato.

Las IPS y sus negociadores deberán comprender que este tipo de mecanismos de contratación basados en el desempeño representan retos y riesgos para ambas partes, llevando a que se deba reconocer tanto el compromiso como la calidad del vínculo que se está por establecer, alimentando así el interés de evaluar con detenimiento las características del cliente con el cual se deberá negociar ya que en definitiva cada asegurador implementará modelos de pago que le convengan con dinámicas diferenciales.

Sostener conductas con las cuales se tienda a mantener actualizado al equipo responsable de la negociación sobre los diferentes mecanismos alternativos de pago basados en el desempeño, es de gran importancia ya que es natural que se adquieran habilidades en el transcurso del tiempo en cada modelo destinado por la EAPB situación que llevara a que constantemente se innove e implementen nuevos convenios con múltiples variables a ser evaluadas.

Educativo

Dado que estos mecanismos alternativos de contratación basados en el pago por desempeño, han ganado reconocimiento en el mercado sanitario colombiano, se requiere que las instituciones que forman a los profesionales en salud, adquieran en su pensum académico temáticas con las cuales generen competencias en sus egresados permitiendo administrar servicios sanitarios de forma eficaz y acorde con las tendencias del mercado,

con mayor capacidad de análisis y disminución de riesgos económicos asociados a la población a atender.

Ampliar las investigaciones y publicaciones orientadas hacia el prestador sobre el panorama y dinámica de los modelos de pago basados en el desempeño, Buscando aumentar las capacidades de comprensión del mercado de la salud colombiana para ambos actores (EAPB- IPS).

13. Glosario de siglas.

P4P: del inglés “pay for performance” o pago por desempeño.

VPM: Variabilidad de la Práctica Médica.

SDS: Secretaría Distrital de Salud.

ESE: Empresas Sociales del estado.

EPS: Entidad promotora de salud.

IPS: Institución prestadora de servicios en salud.

EAPB: Empresas administradoras de planes de beneficio.

PBS: Plan de beneficios en salud.

REPS: Registro especial de prestadores en salud.

UPC: Unidad de pago por capitación.

MSPS: El Ministerio de Salud y Protección Social

CME: Costo promedio del evento.

CUPS: Codificación única de procedimiento o servicio.

GRD: Pagos por grupo relacionado de diagnóstico.

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

14. Referencias

- Almansa, F. (2009). Reflexiones sobre ética y cooperación para el desarrollo. Recuperado de <http://www.fernandoalmansa.com/Publicaciones/publicacion6.pdf>
- Alonso, M. (2015). La negociación una competencia profesional del gerente. Recuperado de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6844/La%20Negociaci%F3n%20una%20competencia%20profesional%20del%20gerente%20-%20Miguel%20Alonso.pdf;jsessionid=8B6062FF8C1A7F1D5BF5D3245A613098?sequence=1>
- Arias, J. y Vélez, C. (2014). *Modelos de contratación servicios de salud*. Bogotá D.C.: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.
- Arrow, K. and Debreu, G. (1954). Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy. *Econometrica*, 22(3), 265-290.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC] (2015). Encuesta sobre el Impacto de la problemática de flujo de recursos en las clínicas y hospitales. Bogotá D.C.: Autor.
- Baker, G., Jensen, M. and Murphy, K. (1988). Compensation and Incentives: practice vs. Theory. *The Journal of Finance*, 43(3), 593-616.
- Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Monitor Estratégico*, 7, 4-7.
- Bolívar, C. y Calle, J. (2009). *Estrategias administrativas de negociación exitosa durante la aplicación de la Ley 550 de 1999 en pequeñas empresas comercializadoras de Medellín. Casos: Diquim C & V Ltda., Masal Ltda. y Supermercado Mercoop S.A.* (Tesis de grado). Universidad de Medellín, Medellín, Colombia.
- Buitrago, G. (Junio 7 de 2018). *Modelos de contratación para los hospitales públicos de Bogotá*. Trabajo presentado en Maestría en Salud Pública, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes, Bogotá D.C.

- Carranza, J., Riascos, Á. y Serna, N. (2015). Poder de mercado, contratos y resultados de salud en el Sistema de salud colombiano entre 2009 y 2011. *Borradores de Economía*, 918.
- Carrión, A. (2007). *Técnicas de negociación*. Trabajo presentado en VI Encuentro de Responsables de Protocolo y Relaciones Institucionales de las Universidades Españolas, Alicante, España.
- Congreso de la República de Colombia (1993). [Ley 100 de 1993]. DO: 41.148. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia (2015). Ley Estatutaria. [Ley 1751 de 2015]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Cortés, A., Yepes, F., Cardona, J., Contreras, N., Torres, S. y Gorbaneff, Y. (2012). *Pago por desempeño en el sistema de salud colombiano Colección Gerencia y Políticas de Salud*. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana.
- Enthoven, A. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12(1), 25-45.
- Escalante, E. (2009). Perspectivas en el análisis cualitativo. *Theoria*, 18(2), 55-67.
- Fritsche, György Bèla, Robert Soeters, y Bruno Meessen. 2015. Manual de pago por desempeño. Washington, DC: Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-0547-9. Licencia: Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0 IGO
- González, J. (18 de 4 de 2018). advisory services PwC. Obtenido de achc: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/04/Agenda-Curso-Contrataci%C3%B3n-Abril-2018-V2.pdf>
- Gorbaneff, Y., Cortes, A., Torres, S. y Yopez, F. (2013). Teoría de costos de transacción, formas de gobernación y los incentivos en Colombia: un estudio de caso. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 29(128), 332-338.

- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw Hill.
- Jensen, M. y Mecklin, W. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/47280592.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (1993). [Resolución 8430]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social (1994). [Resolución 5261 de 1994]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2007) [Decreto 4747 de 2007]. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Caracterización registro especial de prestadores de servicios de salud. Recuperado de [www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). [Decreto 780 de 2016]. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Boletín del aseguramiento en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). [Decreto 682 de 2018]. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20682%20DEL%2018%20DE%20ABRIL%20DE%202018.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Proyecto decreto acuerdo de voluntades EPS e IPS. Recuperado de <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/PROYECTO-DECRETO-ACUERDO-VOLUNTADES-EPS-E-IPS.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Molina, G. y Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 287-293.
- Morales-Sánchez, L. y García-Ubaque, J. (2017). Remuneración a los proveedores de servicios de salud en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 219 - 226.
- Negociaciónavanzada.com (s.f.). Tipología de la negociación. Recuperado de http://www.negociacionavanzada.com/articulo_tipologia_negociaion.html
- Ogliastri, E. (1998). El estilo negociador de los latinoamericanos. Una investigación cualitativa. *Colombia Internacional*, 41, 70-83.
- Paz, J. (2004). Negociación: competencia gerencial por antonomasia. *Revista EIA*, 1(1).
- Pico, I. (2018). Los tipos de negociación. *Psicopico*. Recuperado de <https://psicopico.com/los-tipos-negociacion/>
- Porter, M. y Kramer, M. (2011). La creación de valor compartido. *Harvard Business Review*. Recuperado de <http://www.filantropia.org.co/archivo/attachments/article/198/Shared%20Value%20in%20Spanish.pdf>
- Ruiz, F., Amaya, L., Garavito, L. y Ramírez, J. (2008). Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PRECIOS%20Y%20CONTRATOS%20EN%20SALUD.pdf>
- Shermerhorn, J. (2003). *Administración*. Ciudad de México: Limusa S.A.

- Superintendencia Nacional De Salud (2012). [Concepto 80242 de 2012]. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0080242_2012.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud (2015) [Circular 018 de 2015]. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA-18.pdf>
- Superintendencia Nacional De Salud (2018). [Resolución 8176 de 2018]. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/RESOLUCI%C3%93N%208176%20DE%202018.pdf>
- Valencia, E. (2012). Como se realizan las negociaciones en salud en la ciudad de Medellín Colombia, Sur América. 2010-2015. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/281322146>
- Vega, W. (2017). Lo nuevo en la compra de servicios de salud. Recuperado de http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/lo_nuevo_en_la_contratacion_en_salud_-_william_vega_-_consultorsalud.pdf
- Vladivieso, S., Gorbaneff, Y. y Contreras, N. (2004). Tipificación de las formas de intercambio de servicios en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 3(7), 114-141.
- Williamson, O. (1979). Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 22(2), 233-261.