**CONTRATACIÓN EN SALUD SEGÚN LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA DESDE
LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 100 DE 1993**

Alejandra Álvarez Urán,
Profesional en Desarrollo Familiar
Santiago Quiroz
Bacteriólogo

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de Servicios
en Salud**

Asesora:

Olga Lucia Arboleda Álvarez

Especialista en Docencia Investigativa Universitaria, Magister en salud Pública

Universidad Católica Luis Amigó

Medellín

2021

RESUMEN

En Colombia existen diferentes leyes, normas, decretos, sentencias, acuerdos e investigaciones que evidencian los avances que se han tenido legalmente para la contratación de servicios de salud, algunos de estos no son muy conocidos lo que ocasiona un déficit en el entendimiento de las formas de contratación de los servicios de salud en el territorio colombiano. Por lo anterior, esta monografía evidencia cuáles han sido las disposiciones legislativas que se han dado en Colombia entre 1991 y 2020 en materia de contratación de servicios de salud. Mediante la búsqueda documental de leyes y normas creadas, y además de los diferentes artículos, trabajos de grado y demás publicaciones realizadas referentes al tema en diferentes instituciones de salud. Las cuales fueron analizadas posteriormente, con el fin de evaluar y dar a conocer cuáles son las modalidades de contratación más utilizadas en las entidades prestadoras y pagadoras de salud en nuestro país, durante los últimos años y como se aplican según han sido los avances legislativos. En la búsqueda pudimos encontrar que una encuesta realizada por *Cadavid, Marroquin & Vanegas, 2019*, nos muestra que PGP (Pago Global Prospectivo) es la forma de contratación con la cual los gerentes entrevistados mencionaban que se tenían ciertas desventajas puesto que este modelo puede generar sobrecargos al prestador y por ende conlleva a tener pérdidas, pero por el contrario a los datos anteriores, encontramos que, en un estudio realizado por *Jaramillo, Castaño & Marín, 2010*, se observó que el 92,5% de los contratos incluyen el pago por evento, lo cual nos van mostrando un gran sesgo en el uso contractual, y que las demás formas de contratación no están siendo tan óptimas para su aplicación y la vía de contratación que hoy toma la salud en nuestro país. Por último logramos concluir que Según evidenciamos que un alto porcentaje de formas contractuales benefician y ponen en poder de negociación a las empresas aseguradoras, contra las adversidades por las que tienen que concurrir las instituciones prestadoras de salud, que son finalmente las que tiene que manejar el recurso, atender el paciente y ofrecer la mejor calidad del servicio.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público, cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados.

Luego, con la implementación de la Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde el aseguramiento corre a cargo de las EPS y el principal objetivo de ésta ley es garantizar el adecuado cumplimiento de los derechos irrenunciables de las personas para que así tengan una mejor calidad de vida, otorgando entre muchos otros beneficios una cobertura universal, integral y oportuna en salud. Cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud.

Los servicios de salud en Colombia se financian gracias a contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, contribuciones del gobierno y contribuciones de los empleadores, las cuales van a un fondo (ADRES) que se encarga de redistribuir a las Entidades Prestadoras de Servicio (EPS) según el número de usuarios que tengan y estas a su vez contratan, mediante los diferentes modelos, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para que atiendan las necesidades de la población y presten los servicios requeridos por esta.

Estas modalidades de contratación están dadas en el decreto 780 de 2017, tomados del decreto 4747 de 2007 y muchas son desconocidas por los administrativos del sector salud debido a que por varios años solo se ha tenido la referencia de algunas de ellas, es por esto que la presente investigación se realiza con el fin de evidenciar los avances legislativos que se han tenido en Colombia desde 1993 en materia de contratación en salud, para conocer los avances y retrocesos que han tenido los servicios de salud durante estos años y así, como

gerentes de servicios de salud tengamos el conocimiento necesario acerca del funcionamiento de los diferentes modelos de contratación de salud en Colombia y tener las competencias necesarias para establecer qué tipo de contrato es más viable para el funcionamiento de la IPS, teniendo en cuenta sus ventajas para ofrecer un mejor servicio de salud y garantizar la sostenibilidad de la Institución Prestadora de Servicios.

Nuestro objetivo es identificar las disposiciones legislativas que se han dado en Colombia entre el año 1993 con la aparición de la Ley 100 hasta el 2020, en materia de contratación de servicios de salud, por medio de la identificación de las posibles barreras de la legislación para la contratación de servicios de salud en Colombia, expedida entre 1991 y 2020, genera para la contratación de dichos servicios, los avances o retrocesos que en materia de contratación de servicios de salud, pueden identificarse en la legislación emitida entre 1991 y 2020 y la descripción de los modelos de contratación de salud en Colombia a partir de la implementación de la constitución política de 1991 a luz de la lectura de las investigaciones realizadas anteriormente y de la documentación legislativa y educativa disponible en la web.

Para efectos de la monografía es importante entender cada uno de los modelos de contratación en salud y cómo se efectúan los pagos en la prestación de los servicios, ya que estos contribuyen con la sostenibilidad de las Instituciones prestadoras de salud y las entidades pagadoras de los servicios.

En el área de la salud, un contrato se entiende como todo acuerdo que se realiza entre dos partes, la primera que mencionamos son todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que son las clínicas, hospitales, centros de salud y todas aquellas IPS de orden privado o público; y la segunda son las Entidades pagadoras de los servicios de salud donde tenemos las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) de carácter público o privado, empresas y entidades de orden público como alcaldías, a través de sus secretarías de salud.

Estas dos realizan los acuerdos acerca del tipo de contrato que requieren para la atención efectiva de los usuarios y el logro de un pago eficaz. En Colombia se cuentan con las siguientes modalidades de contratación en salud desde la implementación de la Constitución Política de 1993 y la creación de la ley 100 del mismo año.

- 1. Pago por evento** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. (Salud, 2016, pág. 221)

Este método hace referencia a las atenciones que se le hacen a cada usuario según sean las veces de aparición de una condición médica, los pagos se realizan únicamente por las consultas o procedimientos que se le realicen al paciente. Los precios de pago son definidos por las dos partes al momento de realizar el acuerdo de voluntades. En este tipo de contratación no se hace relevante la prestación de servicios preventivos ni de bajo costo.

- 2. Pago por capitación:** La UPC (Unidad de Pago por Capitación) es definida por el Decreto 780 de 2016 como:

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. (pág. 221)

Esta modalidad de contratación brinda atención ilimitada durante un determinado periodo de tiempo, a las personas afiliadas a la entidad pagadora de los servicios de salud. El valor de pago por cada usuario es ponderado y determinado por la edad, género y ubicación geográfica cuando se encuentra en el régimen contributivo, además de que se les realiza el cobro de cuotas moderadoras y

copagos para la prestación de cada servicio de salud. En cambio el régimen subsidiado solo tiene en cuenta la ubicación geográfica del afiliado y no realiza estos cobros.

Como ventaja para la IPS es de gran beneficio cuando se tiene un buen número de afiliados a la entidad pagadora, pues este se trata de cobro por personas no por número de atenciones realizadas. Cabe resaltar que solo se permite realizar este tipo de contratación cuando se requieren servicios de baja complejidad aunque esto implique que se discriminen aquellos casos que requieren muchas atenciones o con complejidad media-alta.

- 3. Pago por caso:** modalidad mediante la cual según el decreto 780 de 2016, se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. (pág. 221)

En este caso, el ente pagador se hace cargo exclusivamente de las atenciones que se le realicen a cada usuario que estén relacionadas con el diagnóstico preexistente, además pueden ser contratados varios actores, con el fin de tratar efectivamente la condición médica y se dé el tratamiento que necesite. Este se paga únicamente por el tiempo en que se presente la enfermedad y sea resuelta.

- 4. Pago Integral por Grupo de Riesgo:** Según Cadavid, Marroquín, & Vanegas, 2019, este es un modelo de pago mediante el cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud durante un periodo de tiempo establecido. (pág. 7)

Se debe tener claridad en que se pueden realizar los pagos por episodios de atención o por periodos de los episodios de los pacientes que tengan enfermedades crónicas. Además, las EPS deciden cuales son los servicios que

cubren a los pacientes y no se limitan a la prestación de servicios específicos como lo hacen en la contratación por evento.

5. Pago global prospectivo: “Es la suma global que se establece por anticipado para cubrir el gasto corriente de la IPS (Institución Prestadora de Servicios) durante un periodo de tiempo determinado (generalmente un año), para proveer un conjunto de servicios acordados entre la IPS y la EPS”. (Cadavid, Marroquín, & Vanegas, pág. 7)

En esta contratación se acuerda previamente cuál es el máximo y mínimo de atenciones o procedimientos que se realizarán durante el tiempo del acuerdo de voluntades, todo esto se evalúa de acuerdo al valor total contratado.

También nos basamos en la legislación en salud Colombiana que está regulada principalmente por la Ley 100 de 1993 la cual crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) y se entiende como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para garantizar una adecuada calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias con el fin de lograr bienestar individual y la integración de la comunidad. (pag.1)

Por lo anterior, la llegada de la Ley 100 ha establecido en Colombia un antes y un después que ha favorecido a toda la población ofreciendo universalidad, oportunidad y una mejora considerable en la cobertura y en el acceso en cuanto a seguridad social. Es pertinente también mencionar que un mayor porcentaje de población pobre se ha beneficiado no solo por los subsidios otorgados por el gobierno que buscan de una u otra forma mejorar la calidad de vida, sino también por la posibilidad de estar asegurados, sin embargo dicha afiliación no significa exactamente el acceso efectivo a los servicios ya que es posible que se

encuentren obstáculos o barreras mayores que son difíciles de controlar ya sean geográficos, culturales o administrativos que lo impidan.

Según estudios realizados sobre el impacto que ha tenido la ley 100, se ha podido concluir a grandes rasgos que esta ha sido muy positiva en su implementación ya que se compararon dos poblaciones, antes de 1993 y después (año 1997) y se logró inferir entre muchas otras cosas, que se mejoró la cobertura en la atención específicamente para la población más pobre y vulnerable. Adicionalmente se detectó también una menor prevalencia de enfermedad y una mayor utilización de los servicios por parte de los asegurados.

En materia de legislación además de la ley 100 hay otros mandatos que determinan el funcionamiento del SGSSS. En el caso de la contratación, el decreto 4747 de 2007 regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de los pagos de dichos servicios de la población a su cargo, norma que fue incorporada en el decreto único del SGSSS 780 de 2016, el cual aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicio de salud a quienes les sea aplicable decreto, deberán cumplir con los términos establecidos en este. Es importante señalar que las EPS de cada régimen son las que adquieren la responsabilidad de cumplir con las funciones indelegables de su aseguramiento y además del pago a las IPS que presten servicios a sus afiliados.

Según la Ley 715 de 2001 en el capítulo III, Distribución de los recursos para la salud, en el artículo 51 establece la contratación de la prestación de servicios hablando del régimen subsidiado como tal.

La ley 1122 del año 2007 en el artículo 13 numeral d, establece de acuerdo a la contratación, que las EPS de ambos regímenes pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuestas a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Esta ley también en el artículo 14, Organización del Aseguramiento, establece la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicios de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Es importante mencionar que tal como lo especifica el decreto 780 de 2016, las Entidades Responsables de Pago (ERP) y las IPS tienen libertad para seleccionar las tecnologías en salud a contratar, las tarifas, los precios, las modalidades de contratación y de pago y los incentivos en el marco de la Política de Atención Integral en Salud. Además, es importante mencionar que se establecen unos requisitos mínimos para la negociación y suscripción de contratos de prestación de

servicios de salud, los cuales se organizan a continuación discriminándolos desde el punto de vista de las IPS y también de las ERP.

Es de gran relevancia contar con la introducción de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se reconoce el derecho a la salud como fundamental y además se plantean instrumentos que de una u otra forma ayudan a su correcta implementación y cumplimiento por parte no solo del gobierno sino también de los ciudadanos para de esta forma lograr un equilibrio en la garantía y la provisión de dicho derecho. Lo anterior hace de esta ley una propuesta con amplia cobertura que además pretende ser una herramienta incluyente para garantizar el derecho a la salud de toda la población colombiana.

En materia de trabajadores del área de la salud es imperativo resaltar que según la Ley Estatutaria o Ley 1751 del año 2015, se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica y a su vez se prohíbe toda presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Esta investigación es de carácter cualitativo de tipo documental exploratorio donde se presentan y analizan datos recolectados de diferentes fuentes, analizados con una visión crítica.

La presente monografía se realizó acerca de los estudios que se tienen sobre las diferentes formas de contratación en salud en Colombia durante los últimos 28 años. En esa medida nuestro objetivo general consiste en analizar los referentes

legales y conceptuales que existen en Colombia en la temática de contratación en salud desde el año 1993 cuando se creó e implementó la ley 100 la cual marcó un hito histórico en la atención en salud y seguridad social.

Para dicha investigación se desarrolló en lo que concierne a **una etapa Descriptiva** un rastreo y selección de la información documental, se emplearon bases de datos de carácter jurídico y estudios realizados, referentes al tema en diferentes trabajos de grado, tesis y publicaciones en revistas, se seleccionaron como fuentes documentales los textos universitarios, de investigaciones jurídicas y conceptuales, en los cuales se pueda evidenciar el objeto de estudio y posibles respuestas a la pregunta de estudio anteriormente planteada. Además, se contó también con los conceptos emitidos por el MINISTERIO DE SALUD y demás entidades gubernamentales que trabajan con los temas de contratación en salud.

El periodo que se estableció como inclusión para los datos está comprendido desde el año 1993 hasta el 2020, debido a que la Ley 100 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones para la atención en salud y el manejo de recursos humanos, administrativos y económicos. También, nos permitió evidenciar que conocimientos se han construido en torno a este tema, y las diferentes perspectivas sobre el asunto en particular y cuáles son los vacíos existentes aún.

Luego a cada uno de los textos y documentos seleccionados se les elaboró una ficha en la que se consignará de manera más detallada aspectos de su contenido, en forma textual o de observación crítica.

La investigación se efectúa bajo un enfoque hermenéutico o interpretativo que de acuerdo a Cifuentes et.al (1993) es:

Una investigación orientada a comprender e interpretar el conocimiento acumulado de un determinado saber. Se refiere a la manera mediante la cual, a partir de lo conocido, se construye un diálogo reflexivo de saberes que conduce a formular nuevas comprensiones, da cuenta de la

complejidad de los fenómenos y genera propuestas de acción sobre lo investigado; lo cual se traduce en la construcción teórica (p.9)

En esa medida en lo correspondiente a la **etapa de interpretación** se hizo una nueva lectura crítica de los documentos y estudios realizados referentes al tema de investigación, y se procedió a la identificación y denominación de categorías emergentes.

Luego se continuó a desarrollar la etapa de **Construcción de sentido** donde se expresaron los argumentos interpretativos con respecto a los abordajes conceptuales, temáticos, metodológicos y legales, haciendo énfasis en la forma de abordar la temática y encontrando relaciones y contradicciones, mediante el análisis crítico del bagaje teórico y conocimiento acumulado en las publicaciones hechas en Colombia, sobre la compilación legal que se tiene acerca de la contratación en salud en Colombia.

Finalmente se realiza esta monografía donde a partir de lo conocido, se construyó un diálogo reflexivo de saberes que conduce a formular nuevas comprensiones, dando cuenta de la complejidad de los fenómenos y generando propuestas conocimiento sobre lo investigado; lo cual se traduce en la construcción teórica y la revisión jurídica.

RESULTADOS

En nuestro país en materia de salud estuvimos regulados por el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1976, hasta la promulgación de la constitución política de Colombia en 1991, que en su artículo primero expresó que Colombia sería un Estado Social de Derecho, lo que constituyó un gran avance para la garantía de los derechos fundamentales de todos habitantes en el territorio nacional. Por lo anterior para poder conocer más sobre cuáles son las ventajas de los diferentes tipos de contratación en salud, es necesario identificar cuáles han sido las

disposiciones y avances legales en materia de contratación en salud, post implementación de la ley 100. Para lo anterior, se realizó un rastreo de leyes, normas y decretos creados para regular la prestación de los servicios en salud en Colombia a partir del año 1993.

Además de indagar acerca de la legislación Colombiana, también realizamos un rastreo de diferentes documentos de revistas, trabajos de grado y manuales normativos que se han realizado entre los años de 1993 y 2020, con el fin de tener claridad sobre los modelos de contratación más utilizados en los acuerdos realizados entre Prestadores y Pagadores de servicios de salud y el bagaje temático que se ha construido con respecto al tema a tratar sobre los avances y cambios legislativos en el tema de contratación en salud.

Por lo anterior, empiezan entonces a

“promulgarse Leyes que desarrollan esta nueva orientación del Estado, dentro de las cuales es relevante la Ley 100 de 1993 la cual creó el denominado “Sistema de Seguridad Social Integral”, compuesta centralmente por cuatro libros, el primero referente a pensiones, el segundo a salud, un tercero para riesgos profesionales y el libro cuarto a servicios sociales complementarios (Barbosa, 2009, pág. 5)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS), creado mediante la Ley 100 de 1993, fue el sistema de salud que rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarca en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad. Lo que implicó grandes cambios en su estructura y funcionamiento, estableciendo relaciones de mercado entre las aseguradoras denominadas “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)”, y que fue modificada por la LEY 1122 de

2007 donde según Barbosa, 2009 modificó sus contenidos con respecto a la participación ciudadana, implementando la conformación de la Comisión de Regulación en Salud (pág. 7), la atención a poblaciones con capacidad de pago afiliadas al Régimen Contributivo y a las poblaciones focalizadas por el SISBEN en los niveles 1, 2 y 3 aumentando la desfavorabilidad de las condiciones de acceso al sistema de salud (pág. 8)

A partir de este se procedió a la implementación de las leyes reguladoras de los modelos de contratación, para la cual se tiene el decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones (pág. 1), donde relaciona las diferentes modalidades de contratación en salud en su artículo 3, que luego fue modificado y agrupado con los demás decretos pertenecientes al sector salud en el decreto 780 de 2016, en el cual nos aparecen las modalidades de contratación en el artículo del capítulo 4 del libro III, donde menciona únicamente 3 modalidades de pago (1. Pago por capitación. Pago por evento. Pago por caso).

Estos procesos de contratación son acuerdos que se realizan entre dos o más partes, para este caso entre prestadores y pagadores de servicios de salud, estos se realizan con el fin de pactar los servicios y costos para realizar la atención efectiva de los afiliados/usuarios, como refiere (Gorbaneff, Torres, & Contreras, 2004)

“La compra de los servicios de salud transcurre en tres modalidades. Si la EPS paga por evento, esto quiere decir que se compromete a pagar la factura que va a generar la IPS por los procedimientos que ha considerado necesarios en cada caso. Si la EPS paga por paquete, esto quiere decir que la EPS y la IPS han acordado previamente los procedimientos estandarizados para ciertas enfermedades. De aquí que la IPS no va a poder salirse del marco acordado y realizar procedimientos diferentes de los indicados en el convenio. Estas formas de pago prevén que la EPS no compra los servicios de antemano, sino que firma con la IPS un convenio

marco que permite a los clientes de la EPS ser atendidos en la IPS. La compra real del servicio se da solamente cuando ocurre la prestación del servicio. Cuando la EPS paga por evento o por paquete, la IPS queda expuesta a los choques de la demanda y va a trasladarlos a los proveedores del trabajo especializado e insumos. Cuando la EPS paga por capitación, la IPS está aislada de los choques de la demanda, pero debe absorber otro riesgo, producto de un conocimiento insuficiente de la población y de la distribución del riesgo dentro de ella” (pág. 176-177)

Por lo anterior, a lo largo del presente trabajo de grado, hemos venido resaltando la importancia de que tanto el prestador como el pagador tengan pleno conocimiento de las ventajas y desventajas de cada tipo de contratación que se tiene legalmente establecida desde la implementación de la ley 100 de 1993, la cual no solo dio un vuelco en la forma de la seguridad social, sino también en los recursos y modalidades de contratación que se deben tener en cuenta para lograr la solvencia y sostenibilidad de las IPS y EPS, aclarando que, todo se debe realizar sin descuidar el interés de los pacientes, que lastimosamente es lo que se ha venido evidenciando en los últimos años, pues la oportunidad en la atención ha descendido considerablemente, primando siempre el interés económico de las entidades y dejando de lado el interés y salud del usuario, claro está que no es en todos los casos, pero sí en su gran mayoría. Referente a esto *Cadavid, Marroquin & Vanegas, 2019* relacionan en su investigación que de todas las formas de contratación, la que más mencionan los gerentes de entidades de salud que fueron entrevistados, es la forma de contratación PGP (Pago Global Prospectivo), con el cual los gerentes entrevistados mencionaban que se tenían ciertas desventajas puesto que este modelo puede generar sobrecargos al prestador y por ende conllevar a tener pérdidas, por lo que recomendaban que se debía realizar una mejor construcción y perfeccionamiento de esta modalidad de contrato ya que tiene conceptos ambiguos de difícil comprensión (p.17). Pero también en este mismo documento se encuentra que la institución #1 que fue

entrevistada refiere que el contrato por PGP tiene algunas ventajas tales como que El paciente aprende a consultar siempre en la misma IPS, evitando que se realicen ayudas diagnosticas repetidas, se eliminan trámites administrativos, y se facilita trabajar en pro del estado de salud (Cadavid, Marroquin, & Vanegas, 2019, pág. 18).

Contrario a los datos anteriores, encontramos que, en un estudio realizado por Jaramillo, Castaño & Marín, 2010, se observó que el 92,5% de los contratos incluyen el pago por evento, el 19,4% por capitación, el 10,4% por paquete, y el 3% por actividad final (pag.107) y que, además, un mismo contrato incluía varias modalidades de pago (pag.107). Observando el uso del modelo por evento este se expone al principal riesgo de abuso (riesgo moral) cuando las acciones del prestador no pueden monitorearse, medirse o entenderse completamente. Así que el pago por evento fomenta a que el prestador incremente la cantidad de servicios proveídos por encima del mínimo necesario para alcanzar los objetivos. Incluso sin mala intención el pago por evento y otras formas de pago retrospectivas resultan en sobre utilización de recursos. A pesar de las limitaciones que ofrece este modelo, este es aún el mecanismo de negociación más dominante para retribuir servicios médicos en muchos países del mundo y como observamos en la investigación documental Colombia es uno de ellos (Castro H., 2013).

Finalmente encontramos que este modelo a pesar de lo que los diferentes autores describen dificultades en su aplicación, en Colombia es la forma de mas rentable que usan las instituciones prestadoras de salud para obtener beneficios que le otorgue mas control a quien presta el servicio y no quien lo paga (Castro H., 2013).

CONCLUSIONES

Durante la historia legislativa que abarcan los hallazgos encontrados en esta búsqueda documental podemos observar un avance significativo tanto social y

económico en el sector salud, encontrado un camino con riesgos pero que se ha venido corrigiendo y logrando aumentar la captación de pacientes en todo el territorio colombiano. Además de que a pesar de que la estructura de la legislación en salud se preste para una gran manipulación económica en todo el tema de corrupción, se ha podido luchar contra esa marea y encontrar la forma de usar una buena estructura para mejorar la salud de los colombianos.

Según evidenciamos que un alto porcentaje de formas contractuales benefician y ponen en poderío de negociación a las empresas aseguradoras, contra las adversidades por las que tienen que concurrir las instituciones prestadoras de salud, que son finalmente las que tiene que manejar el recurso, atender el paciente, ofrecer la mejor calidad del servicio, y además la presión de la gestión económica la cual recae en las IPS que finalmente pudo haber volcado la mirada humanista que hoy se intenta recuperar mostrando a los pacientes como signo monetario y no un ser humano.

Finalmente logramos identificar y actualizar las formas de contratación en salud, como son usadas hoy y cuales a groso modo son las mas favorables para una asegurador o prestador, intentando así guiar al lector a una ampliación del conocimiento para continuar jalando hacia una salud con calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa, W. G. (10 de 11 de 2009). *www.Scielo.org.co*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n67/n67a08.pdf>
2. Cadavid, C. Y., Marroquin, D. Z., & Vanegas, M. V. (2019). Modelos de Contratación de Salud en Colombia . *Modelos de Contratación de Salud en Colombia* . Medellin , Colombia .
3. Congreso de la Republica . (09 de 01 de 2007). *minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
4. Gorbaneff, Y., Torres, S., & Contreras, N. (2004). *www.scielo.org.co*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v14n23/v14n23a13.pdf>
5. Jimenez, W. G., Angulo, L. L., Castiblanco, Y. P., Gomez, M. L., Rey, L. J., & Laidy Tatiana Solano, Y. c. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la

- garantía del derecho fundamental a la salud? . *Revista Colombiana de Cirugía* , 81-90.
6. Londoño, J. E., Perez, I. J., & Yepes, R. A. (2002). *www.scielo.br* . Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10182.pdf>
 7. Marin, G. M., Jaramillo, J. V., Castaño, A. B., & Marin, D. P. (01 de 07 de 2010). *www.javeriana.edu.co*. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2637>
 8. Ministerio de Educación . (21 de 12 de 2001). *mineducacion.gov.co*. Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
 9. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL . (07 de 12 de 2007). *www.saludcapital.gov.co*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
 10. Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>
 11. Ministerio de Salud y Protección Social . (6 de 05 de 2016). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
 12. Porras, C. A., & Garbanev, I. (2013). *www.scielo.org.co*. Obtenido de [www.scielo.org.co:
\[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272013000100005\]\(http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272013000100005\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272013000100005)
 13. Castro H. (2013). Modelos de contratación, evidencia científica y posibles opciones para Colombia. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud.