**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS ECONÓMICAS Y CONTABLES**
**ESCUELA DE POSTGRADOS**

# Estrategias Gerenciales para la contratación del primer nivel de atención en salud, en la EPS Subsidiada del Estado: Caso Seccional Antioquia 2013-2014

Presentada para optar al título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

Autor: Juan Esteban Vélez Muñoz
Myriam Esperanza Hurtado Ariza

Dirigida por: Juan José Acosta

**Medellín, Colombia**
**Abril de 2014**

## Tabla de Contenido

Resumen ..... 3
Introducción ..... 5
Plataforma de gestión del proyecto ..... 9
Planteamiento del Problema ..... 12
Justificación ..... 18
Análisis de factibilidad y viabilidad ..... 19
Análisis de Soluciones y matriz del marco lógico ..... 21
Objetivos ..... 23
Marco Conceptual y Normativo ..... 24
Metodología ..... 40
Análisis Categorial y estrategias gerenciales ..... 43
Categoría 1 Planeación – y redimensión a partir del análisis riesgo en salud ..... 44
Categoría 2: Mecanismos y formas de pago – incentivos ..... 64
Categoría 3: Articulación modelo de Atención Integral EPS- IPS ..... 82
Categoría 4: Administración de riesgo financiero ..... 95
Cronograma ..... 105
Presupuesto ..... 105
Conclusiones ..... 105
Referencias ..... 110

**Resumen**

La contratación del primer nivel de atención de servicios de salud como aseguradora, y el cumplimiento pleno de sus requisitos, es el interés central de la estudio, para esto, la pregunta objeto de análisis es: ¿si la contratación del primer nivel de atención de la EPS subsidiada del Estado, alcanza los estándares de eficiencia requeridos?, es decir, si cumple con uno de los principios esenciales del Sistema de Salud, la ***eficiencia,*** la cual debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

El estudio se realiza en CAPRECOM EPS Subsidiada, única aseguradora pública, la cual, responde a su obligación de garantizar el derecho a la salud a la población más vulnerable de Colombia. Durante los años 2013 y 2014, en su ejercicio como aseguradora, es considerada ineficiente, según varios informes de los Entes de Control, dentro de estos se encuentra el informe de la Superintendencia de Salud, la cual dicta medida cautelar de vigilancia especial y exige a la Entidad el cumplimiento de un Plan de Acción, dentro del cual, es necesario reorganizar y disponer de una red de servicios necesarios para prestar los servicios del plan obligatorio de salud subsidiada en condiciones establecidas en el Sistema Obligatorio de la Calidad. Por otro lado, para el 2013 recibe comunicado de la Controlaria General de la Republica, la cual expide medida denominada "*funcion de advertencia*", en materia de desarrollo operacional y situación financiera de Caprecom EPSS, y requiere la presentación de un programa de salvamento, donde se implemente acciones correctivas a desarrollar en el 2014.

Retomando estas dos medidas, el *proceso de contratación de red de servicios* es uno de los más relevantes dentro de la jerarquizacion de estos hallazgos; problemas como: red insuficiente y costosa para la prestación de servicios de salud, difificultades en la contratación de RED con IPS públicas, las cuales no garantiza la oportunidad y cobertura en la atención de los afiliados, son aspectos que evidencian la importancia del problema, y su necesidad de intervención inminente. Por lo tanto, el objetivo de la proyecto, es diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud en la EPS

Subsidiada CAPRECOM Antioquia 2013-2014, mediante el análisis documental y normativo de los requisitos básicos necesarios, con el fin de generar una relación más eficiente entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada.

La estructura del documento se conforma de cuatro apartados, donde se analizan las categorías bases temáticas que se pretenden estudiar más a fondo en las causas del planteamiento del problema, y de desde este núcleo, también conformar las estrategias gerenciales y/o productos del trabajo de grado. Los ejes temáticos son: Categoría 1: Planeación de la contratación a partir del análisis riesgo en salud, Categoría 2: mecanismos y formas de contratación de red de servicios; Categoría 3: Articulación del Modelo de Atención Integral EPS – IPS, Categoría 4: Administración de riesgo financiero. El análisis conceptual de estas categorías, junto con el diagnostico desde la realidad institucional de cada una de ellas, son la base en el diseño de las estrategias gerenciales, que técnicamente pretenden aportar significativamente en la construcción de unas propuestas útiles, y operativas aplicables a corto, mediano y largo plazo, claro está, desde un nivel estratégico de la organización; y de esta manera, aportar para que la Entidad sea más *eficiente* en el logro y consecución de resultados de salud de su población asegurada.

## Introducción

El Sistema General de Seguridad Social Colombiano regulado por la Ley 100 de 1993 reemplazo el modelo público, por la oferta denominado **subsidio a la demanda**, de esta manera, la prestación de los servicios de salud se sustenta en un esquema descentralizado, con la activa participación del sector privado, este modelo se basa en un sistema de aseguramiento dentro de un ambiente de competencia regulada por el Estado, a fin de que los individuos reciban la atención en salud, catalogada como derecho, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, la salud es un derecho y un servicio público a cargo del Estado.

A pesar de que la salud está considerada como un derecho, el cual debe ser garantizado por el Estado; la Ley 100 de 1993 introduce cambios en la forma de financiamiento de los prestadores públicos y privados de los servicios de salud, de esta manera se pasó de un sistema de transferencia de recursos, a uno de financiación por medio de la venta de servicios, es de esta forma como la *salud se transforma de un derecho, a una mercancía.*

Para entender este fenómeno, es necesario documentar la relación entre salud y desarrollo; de esta manera se estudiará dos hechos históricos, propuestos por (Echeverri 2008):

> La privatización de las empresas de Estado y la mercantilización de los servicios de salud. Denota el cambio del rol de Estado, el argumento central fue la ineficiencia del gobierno para suministrar bienes y servicios a la población. Por otra parte, mercantilizaron bienes y servicios públicos, para permitir que el mercado generara la competencia y fijara los precios. Fue una medida para mejorar la eficiencia del Estado, de esta manera, la economía de mercado cambiaria de manera eficiente la oferta y la demanda de los servicios de salud, mediante la competencia y el libre juego de los precios el servicio de salud; además de permitir el lucro, el bienestar de la población y el de los mismos profesionales de la salud, verdadera motivación del cambio. (p.210).

Quizás el anterior planteamiento, será uno de los problemas estructurales que se pretende abordar de manera tangencial e indirecta en el estudio, pues la ineficiencia del Estado para asumir su rol como responsable garante de derechos, ha sido designado a políticas de económicas y enmarcada dentro de una estrategia de competencia, libre y sin regulación, a empresas privadas , las cuales han generado un componente inequívoco basado en el lucro e impactando de manera negativa en los resultados de la salud en la población.

Este nuevo modelo del Sistema, basado en la competencia y regulación según la Ley 100 de 1993, tenía un objetivo primario desarrollado en tres estrategias, planteadas por (Castaño, 2001) como : (1) la introducción de la competencia entre aseguradoras, para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos; todos los afiliados de los dos regímenes tenían derecho a un paquete único de beneficios, y a escoger la EPS que mejor lo ofrezca resultados en salud; (2) introducir la competencia entre prestadores de los servicios; de esta manera las IPS en su venta de servicios, estarían obligados a competir por calidad y precio; (3) regular la competencia, herramienta fundamental para mejorar la *eficiencia* y la calidad en los servicios prestados.

En este proceso de regulación y competencia, se identifican los principales actores del sistema, caracterizados con los nombres de oferta y demanda. ***La oferta***; es entendida como la red de servicios de salud, en ella se encuentran diferentes IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) clasificadas en niveles de complejidad, las cuales deben contener dentro de su estructura operacional, un modelo de atención, recursos físicos, recursos humanos, producción de servicios; esta oferta, debe estar enmarcada y optimizada dentro de una política de calidad clara, cobertura, capacidad instalada, es decir, una oferta optimizada que permita la satisfacción de los usuarios. Para el planteamiento del problema, se enfoca el análisis en la oferta del primer nivel de atención. ***La demanda***, entendida directamente como las necesidades reales de la población, frente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sus características demográficas, epidemiológicas, sociales, económicas y todos

aquellos determinantes de la salud, hacen que sus necesidades sean ampliadas, diversas y complejas.

Dentro de estos dos elementos evaluados anteriormente (oferta y demanda), el SGSSS con el objetivo de aumentar su ***eficiencia del sistema***, separó las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud, creando las EPS, definidas en la Ley 100 de 1993 como las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, como función básica, además de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados, por otro lado, la ley 1122 de 2007 complementa sus funciones como aseguradora. Para focalizar el estudio y planteamiento del problema, se tomaron cinco de ellas*: la administración del riesgo financiero; la gestión del riesgo en salud; la articulación de servicios que garanticen acceso efectivo; la garantía de la calidad en la prestación de servicio de salud; y la representación del afiliado ante el prestador, como el fortalecimiento de un trabajo intersectorial*.

La EPS como aseguradora, y en su **rol como agente articulador**, entre la población (demanda) y los prestadores (oferta), encargada del financiamiento ,ya que es el conducto de canalización de los recursos hacia el ámbito de la prestación de servicios de salud, utiliza como canal y medio de relación para establecer su red de servicios, ***el contrato o convenio***, el cual según el artículo 1495 del Código civil de 1887, es un acto por el cual una parte se obliga para con otra, a dar, hacer o no hacer algo, en el caso del contrato en salud este se obliga a prestar un servicio de salud por parte de las IPS, y las EPS son las ERP (empresas responsables de pago).

Este ***convenio***, cuenta entre sus ***requisitos mínimos*** según el decreto 4747 de 2007, en su Capítulo 4: la cobertura, grupos etarios, perfil epidemiológico, ubicación geográfica, metas y resultados, seguimiento de indicadores de impacto, modelo de atención y soporte de suficiencia para prestar el servicio. Es aquí, donde se centró la atención, y el principal elemento de análisis en el abordaje de la problemática, ya que actualmente en el Sistema, éstos requisitos se quedan solo como formalidades y no trascienden en su verdadera intención, *la*

*cual es la de superar la brecha entre las verdaderas necesidades de la población y los servicios que actualmente ofrecen o venden la IPS*, para el caso estudio, las de primer nivel de atención y dentro de la EPS del Régimen Subsidiado del Estado.

Como hemos evidenciado, la contratación y el cumplimiento pleno de sus requisitos de manera eficiente, fue el tema central del estudio. Esta eficiencia, entendida como la *óptima relación* entre: los recursos disponibles, para obtener mejores resultados en salud y calidad de vida en la población; tal como está estipulado en los principios de Ley 1438 2011 Art. 3.

Retomando la pregunta objeto de estudio, para CAPRECOM EPSS como la única empresa pública, creada mediante Ley 82 de 1912, actualmente responde parcialmente a su obligación de garantizar el derecho a la salud a la población Subsidiada de Colombia. Esta ineficiencia, se evidencio actualmente en diferentes informes de los Entes de Vigilancia y Control tanto internos como externos, que se precisa y prioriza el problema sobre la contratación del primer nivel de atención en salud por parte de la EPS del Estado.

Para esto la resolución 0147 de 2012, adoptada por la Superintendencia de Salud, dicta medida cautelar de vigilancia especial en cumplimiento de un Plan de Acción , frente al incumplimiento de los indicadores de permanencia, y emite concepto donde Caprecom Eps genera un riesgo inminente, en el aseguramiento (administración del riesgo financiero, gestion del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo y la representación del afiliado ante el prestador) de salud y en la prestación del plan de beneficios ofertados a la población afiliada, de esta manera, de esta manera la medida de salvamento para el 2012 sera la realización de un plan de acción, dentro del cual, es necesario reorganizar y disponer de una red de servicios necesarias para prestar los servicios del plan obligatorio de salud subsidiada en condiciones establecidas en el Sistema Obligatorio de la Calidad.

Por otro lado, para el 2013 se recibe comunicado de la Controlaria General de la Republica donde se expide medida denominada "*funcion de advertencia*", en materia de desarrollo operacional y situación financiera de Caprecom EPSS y requiere la presentación de un programa de salvamento donde se implemente acciones correctivas a desarrollar en el 2014. Dentro de esta jerarquizacion de incumplimientos, el proceso de contratación de red de

servicios es uno de los más relevantes, problemas como: red insuficiente y costosa para la prestación de servicios de salud, difificultanes en la contratación de RED con IPS públicas, las cuales no garantiza la oportunidad y cobertura en la atención de los afiliados, estos son aspectos que evidencian la importancia del problema y su necesidad de intervención inminente. De esta manera la solucion a un problema Estatal, no es delegar las funciones a entididades privadas, como se menciono inicialmente, sino realizar intervenciones para que el las Entidades de Estado sean eficientes, y se fortalezcan en su rol como garantes del derecho a la salud.

En síntesis, el diseñar estrategias gerenciales que permitan generan un cambio sobre la problemática identificada, son soluciones basadas en el pensamiento estratégico, el cual permite definir un rumbo tomando en cuenta los factores internos y externos a la organización, el cual mediante la retroalimentación de una experiencia local se retroalimente a nivel estratégico la Institución y a su vez estas estrategias se conviertan en planes ejecutables y posibles.

## Plataforma de gestión del proyecto

*Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM EPS Subsidiada*.

CAPRECOM EPS empresa pública en cargada de administrar el plan de beneficios del régimen subsidiado, la cual fue creada mediante Ley 82 de 1912, transformada en Empresa Industrial y Comercial del Estado del Orden Nacional, de acuerdo con lo señalado en la Ley 314 de 1996 y vinculada al Ministerio de Salud y Protección Social, según el Decreto 4107 de 2011 del Departamento Administrativo de la Función Pública; mediante el cual el Estado, responde a su obligación de garantizar el derecho a la salud a la población Subsidiada de Colombia.

En un primer momento, es importante identificar la Institución como una Empresa Estatal de orden Nacional, que cuenta con sedes territoriales en los 32 Departamentos. Dentro de la administración de esta mega-empresa centralizada y dispersa por todos los territorios del

país, se evidencia dos niveles gerenciales: - el primero es la gerencia desde el orden Nacional (Dirección General); y el segundo, (Director Territorial Antioquia).

VISIÓN

Prestar servicios de salud y administrar pensiones a la población afiliada en forma integrada, con excelente calidad y transparencia para satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de nuestros clientes mejorando su bienestar y calidad de vida, es nuestro compromiso

MISIÓN

A 2014 seremos una organización consolidada, que garantizará el aseguramiento a 3.500.000 afiliados en especial de los sectores más pobres y vulnerables de la población colombiana, mediante una red de servicios con cobertura a nivel nacional, constituida por instituciones propias acreditadas e instituciones contratadas avaladas en el Sistema de Garantía de Calidad en Salud, con equipos humanos competentes que sirven con calidez y oportunidad; apoyados en tecnologías de información y telecomunicaciones eficientes y confiables.

Sus principios son:

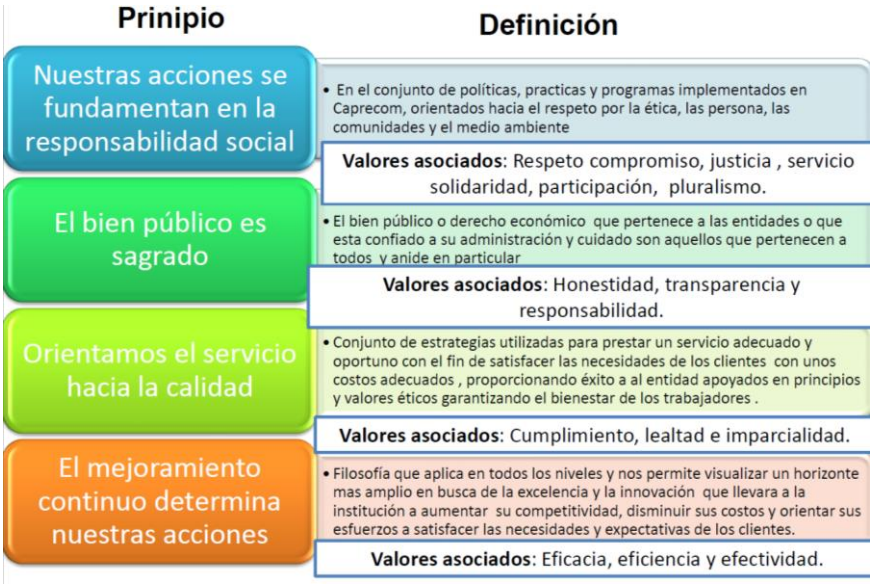



Figura No. 1 Principios. Tomado Modelo de Planeación Estratégica

*Enfoque administrativo que caracterizará la gestión del proyecto y la relación de este con las políticas y con el plan de desarrollo territorial*

El proyecto se encuentra alineado, en primera estancia, dentro de la Plan Nacional de Desarrollo PND PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2010-2014 "Prosperidad para todos", aprobado por la ley 1450, dentro de las bases del plan, se encuentra el Capítulo IV, "*Igualdad de oportunidades para la prosperidad social*", la cual, propone el lograr una sociedad con más empleo, menos pobreza y más seguridad, así mismo propiciar las condiciones necesarias para disminuir los niveles de pobreza, y de desigualdad es garantizar el funcionamiento del Sistema de Protección Social que comprende, en términos globales, tres grandes componentes: (i) *la seguridad social integral –salud, lineamientos estratégicos, Acceso y calidad en salud, universal y sostenible: para el estudio se enmarca en la estrategia de Promover estilos de vida saludable y reducir la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas*.

Desde un nivel sectorial, se enmarca dentro Plan Estratégico Sectorial, el cual operativiza los compromisos contemplados en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. El Objetivo del PND donde se articula es el siguiente 3. Política Integral de Desarrollo y Protección Social, Objetivo Sectoriales números, 3.1 Implementar mecanismos orientados a garantizar la sostenibilidad del SGSSS, 3.4 Desarrollar mecanismos de accesibilidad con equidad a los usuarios del Sistema de Salud y la Protección Social en Salud 3.5 Fortalecer la gestión del conocimiento en el sector Salud y Protección Social.

De esta manera, se concluye que el diseñar estrategias gerenciales que aporten a la contratación eficiente de servicios en el primer nivel de atención, se alinea los objetivos tanto del Plan Nacional de Desarrollo, como de los objetivos, estrategias y productos del Plan Sectorial del Ministerio de salud y Protección Social, Entidad a la cual se encuentra adscrita Caprecom como Empresa Industrial y comercial del Estado.

*Estructura administrativa y operativa con la cual se gerencia el proyecto*

Como se mencionó en un primer momento, la Entidad se encuentra organizada administrativa por dos niveles de acuerdo a su estructura operativa, dentro de estas:

*Nivel Nacional - Dirección General* desde este nivel estratégico son emitidas las instrucciones y los lineamientos son descentralizados a todas las Territoriales. La Dirección, selecciona las alternativas posibles de acción; evalúa las diferentes alternativas; decide cuál alternativa se llevará a cabo; designa tareas a los diferentes sub-directores, Jefes de Oficina y Direcciones territoriales. Desde la alta gerencia, y el equipo de planeación genera las políticas y proyecta la planeación estrategia, acciones de los procesos misionales, en este para el caso de estudio la contratación de servicios de salud.

*Nivel Departamental - Dirección Territorial,* el proyecto se encuentra inmerso dentro de la Estructura del Director Territorial, la cual tiene una cultura organizacional basada desde la acción participativa de los diferentes líderes de procesos , tanto misionales como de apoyo, desde este nivel funcional, se construyen las diferentes metas y objetivos, se seleccionan las alternativas posibles, se evalúan las mismas y se decide conjuntamente cual es la alternativa mejor de aplicabilidad a nivel territorial. Desde este espacio, es donde se plantea la propuesta del trabajo de grado, el cual por su naturaleza e interés de mejorar los procesos de la Territorial, se cree tendrá acogía en la implementación, seguimiento y evaluación del mismo.

## Planteamiento del Problema

El siguiente enunciado determina la formulación del problema. ***La Contratación del primer nivel de Atención en salud, de la EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2013, cumple parcialmente los estándares de eficiencia requeridos***. Después de su identificación, se hace necesario conocer a profundidad, sus causas y consecuencias, para esto se implementara la técnica denominada árbol de problemas, como instrumento de análisis que genera la compresión amplia de los problemas, y su formulación en términos operativos,

facilitando de esta manera, su futura intervención en la consecución de resultados favorables. En el anexo 1 se plantea el árbol de problemas. A continuación se desagrega y justifica cada una de las causas del problema:

**Falta planear y redimensionar la red de servicios a partir del riesgo en salud,** Dentro de los hallazgos identificados por la Seccional de Salud de Antioquia en desarrollo de visita de inspección y vigilancia del 24 de julio de 2013, componente de contratación y suficiencia de la red prestadora de servicios de salud, plantea dentro del criterio de evaluación *información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico* los siguientes hallazgos, menciona que la EPS CAPRECOM cuenta con un perfil epidemiológico de su población, sin embargo esta desactualizado y este no coincide con la realidad, pues se detecta que los RIPS reportados por la IPS no pasan la malla validadora, por tanto la información no es la más confiable para establecer el perfil epidemiológico.

Por otro lado, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en su autoevaluación 2013, menciona dentro los procesos de mejoramiento de los estándares (22, 23, 25 y 37) de habilitación y acreditación presentan como una debilidad dentro del proceso de contratación; el cual según estos informes no se realiza una planeación y redimensionamiento de las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) de prestadores, de acuerdo al perfil epidemiológico que suministra el proceso de gestión del riesgo de la Entidad.

**Inadecuada definición de los mecanismos y los sistemas de pago en el primer nivel de atención**, que impactan en que el servicio de primer nivel de atención contratado cuente con bajos indicadores y resultados en salud.

Actualmente se tiene una política cambiante en las formas y mecanismos de pago en la contratación del primer nivel de atención, esta se realiza mediante dos modalidades; capitación 2013 y el primer trimestre 2014 por evento. Dentro del acuerdo de voluntades y cumplimento de sus requisitos como entidades responsables del pago, se entrega a las

Instituciones de primer nivel información sobre: periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS y periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad además la revisión de cuentas, mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.

A partir de la revisión estadística registrada en la ejecución de indicadores que realiza el proceso de promoción y prevención y el área de garantía de calidad, en su proceso de control y medición registran bajos indicadores por parte de las Instituciones prestadoras de servicios.

| AÑO | 2012 | 2013 |
|---|---|---|
| VACUNACIÓN | 87,5 | 69,8 |
| SALUD ORAL | 64,0 | 39,5 |
| PARTO | 94,0 | 100,0 |
| RECIEN NACIDO | 99,0 | 98,3 |
| PLANIF. FLIAR. MUJERES | 92,8 | 73,8 |
| PLANIF. FLIAR. HOMBRES | No Programó | No Programó |
| CTO Y DLLO | 83,0 | 34,5 |
| JOVEN | 82,0 | 45,0 |
| EMBARAZO | 71,2 | 43,5 |
| ADULTO SANO | 49,8 | 26,6 |
| CCU | 60,5 | 32,0 |
| CANCER DE SENO | No Programó | No Programó |
| SALUD VISUAL | 42,0 | 18,0 |
| DEMANDA INDUCIDA | 10,0 | 10,0 |
| TOTAL AÑO | **85,1** | **62,8** |

Tabla 1 Porcentaje de Ejecución de metas P y P. tomado informe de rendición de cuentas CAPRECOM EPS, 2013

La tabla evidencia de manera comparativa año 2012 y 2013, que los indicadores de cumplimiento de los programas de Promoción y Prevención han disminuido a un 62,8%, sobre las IPS que entregaron información, también es importante mencionar que algunas de las IPS no cumplen con lo programado, de esta manera y para la argumentación de la problemática se estudiaron las nueve (9) subregiones, y en cada una de ellas los dos (2) municipios con más población afiliada, en la muestra se identificaron porcentajes de cumplimiento anual 2013

mínimo 1,0% al máximo 49,14 %, dentro de los calificativos más recurrentes en la evaluación, se encuentra conceptos como aceptable, muy deficiente y deficiente.

Otra causa del problema, es que no se articula los **modelos de atención integral de salud entre la EPS e IPS,** y por otro lado se encuentra desactualizado, retomando informe de la visita de evaluación de la (Seccional de Salud, junio 2013), criterio evaluación: modelo de atención definido por la entidad responsable del pago, el hallazgo registra que CAPRECOM tiene desactualizado el modelo de atención, pues se evidencio que es del 2011. De esta manera, no se puede lograr un proceso articulado y coordinado con las instituciones prestadoras de servicios, de cara a fortalecer un programa de prevención y Promoción ejecutadas bajo una estrategia de atención primaria.

La última causa identificada, es que l**a estimación y calculo riesgo en el momento de la negociación en el primer nivel de atención, es mínimo.** Sin lugar a duda esta es una de las problemáticas que preocupa a la Entidad y a los Entes de Control, pues debido a que no se tiene un sistema que permita generar los costos para gestionar el riesgo, se cuenta con un margen negativo para asumir sus cuentas por pagar, según circular única de la Súper Salud junio del 2013 Caprecom cuenta con un margen negativo de $612.003.515 .081

**REGIMEN SUBSIDIADO**
**INDICADORES FINANCIEROS**
**CON CORTE A JUNIO DE 2013**
**(Cifras en miles de $)**

| GRUPO | # | CONCEPTO | CAPRECOM |
|---|---|---|---|
| | | | EPS020 |
| AFILIADOS | 1 | Afiliados BDUA a Junio de 2013 | 3.326.516 |
| FINANCIERO | 2 | Inversiones / Activo Total | 4,75 |
| | 3 | Deudores / Activo Total | 79,34 |
| | 4 | Deudores / Activo Corriente | 87,83 |
| | 5 | Liquidez | 72,34 |
| | 6 | Capital de Trabajo | -341.653.634 |
| | 7 | Endeudamiento | 147,8 |
| | 8 | Obligaciones Financieras / Activo Total | 22,9 |
| | 9 | Obligaciones Financieras / Pasivo Total | 15,5 |
| | 10 | Ingresos / BDUA | 287,98 |
| | 11 | Ingresos UPC RS / Ingreso Total | 86,2 |
| | 12 | REI Utilidad Neta/Ingresos | 12,6 |
| | 13 | ROA Utilidad Neta/Activo Total | 12,2 |
| | 14 | ROE, Utilidad Neta/Patrimonio | -25,4 |
| | 15 | Cumplimiento Patrimonial | -645.128.884 |
| | 16 | Margen de Solvencia | -612.003.575 |
| EFICIENCIA | 17 | Costo / Ingresos operacionales | 58,3 |
| | 18 | Gastos Admon / Ingresos Operacionales | 3,9 |

Tabla 2 Tomado Circular Única Súper Salud, junio

### *Caracterización Población Objeto*

Acorte del 31 de Diciembre de 2012, la población total afiliada en Antioquia fue de 192.843 afiliados ubicados en 84 municipios de cada una de las nueve (9) subregiones de Antioquia, de estos afiliados el 49,5% fueron mujeres (95544) y el 50,5% hombres (97299). La pirámide poblacional de dichos afiliados se muestra en la Figura. Dicha pirámide muestra una tendencia REGRESIVA la cual es indicativo de una población envejecida. La base se mete hacia dentro debido a una natalidad baja y en descenso.

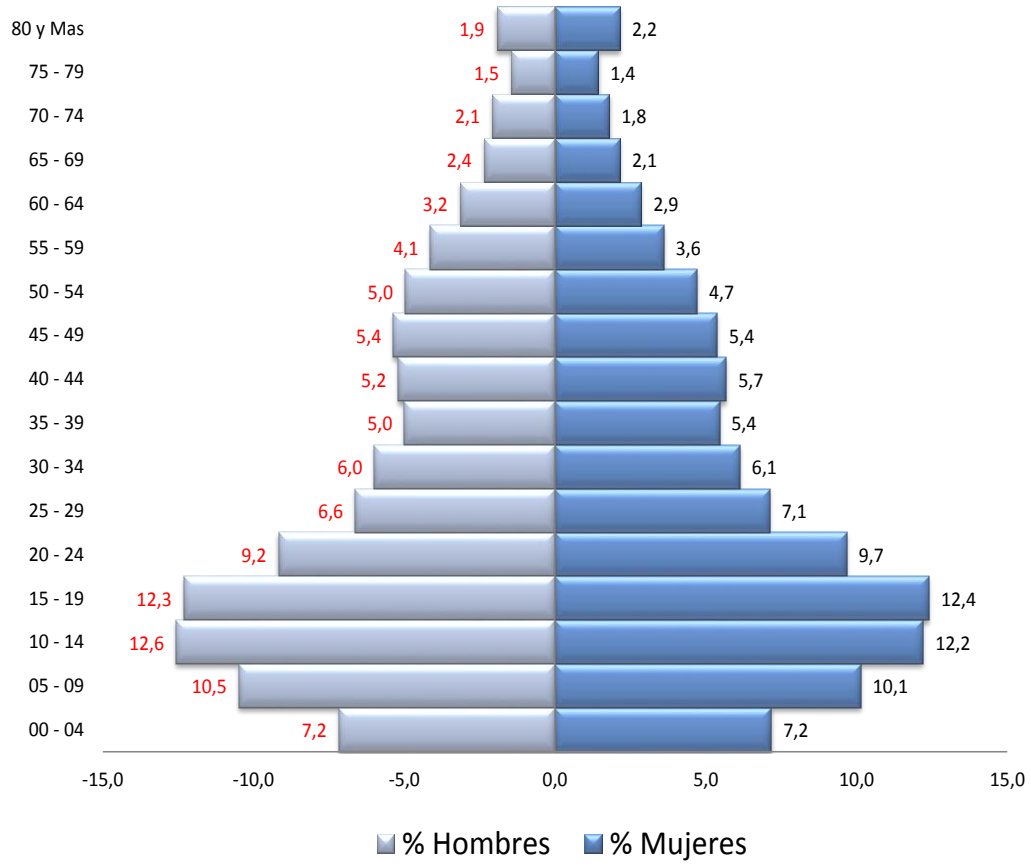



Figura2 Pirámide población Caprecom Antioquia. Tomada Informe Rendición de Cuentas: Gestión del Riesgo, 2013

El sector más representativo dentro de esta piramide es la poblacion entre los 60 años y más con un porcentaje que oscila entre el 92 % y 98% , esta población genera un reto para Caprecom como aseguradora, y es responder a nuevas y mayores demandas, no solo en la cobertura sino en su calidad, por lo tanto, hay que actuar de manera inmediata para mejorar el acceso a la medicina preventiva para las personas mayores y adecuar los servicios de salud.

| Población del Municipio de Antioquia por Tipo de Población | | | |
|---|---|---|---|
| **TIPO DE POBLACIÓN** | **MUJERES** | **HOMBRES** | **TOTAL** |
| Adulto Mayor en Protección de Ancianatos | 3 | 2 | 5 |
| Afrodescendiente | 1190 | 970 | 2160 |
| Carcelario a Cargo del IMPEC | 3 | 13 | 16 |
| Comunidades Indígenas | 90 | 87 | 177 |
| Desmovilizado | 661 | 934 | 1595 |
| Desplazado | 14276 | 13532 | 27808 |
| Discapacitado | 1075 | 1029 | 2104 |
| Gestor Cultural | 86 | 125 | 211 |
| Habitante de la Calle | 109 | 136 | 245 |
| Infantil a Cargo del ICBF | 298 | 253 | 551 |
| Infantil a cargo diferente de ICBF | 3 | 1 | 4 |
| Madres Comunitarias | 68 | 61 | 129 |
| Menores Desvinculados del Conflicto Armado | 10 | 4 | 14 |
| Población Centros Psiquiatricos | 4 | 5 | 9 |
| Población Reclusa | 2 | 2 | 4 |
| Población Rural Migratorio | 11 | 7 | 18 |
| Población Rural No Migratoria | 17504 | 16227 | 33731 |
| Población Sisbenizada | 60118 | 63864 | 123982 |
| Raizal | 2 | 1 | 3 |
| ROM | 31 | 46 | 77 |
| **TOTAL:** | 95544 | 97299 | 192843 |

Tabla 2 Distribución población Caprecom Antioquia. Tomada Informe
Rendición de Cuentas: Gestión del Riesgo, 2013

Dentro de la distribución de población objeto de estudio, de los 192.843 afiliados den el 2012, el tipo de población más representativo es la población sisbenizada con (123.982) afiliados y en un según lugar son las personas en situación de desplazamiento (27.808), es claro que estas características más representativas, evidencian la existencia de situaciones de exclusión, inequidad y pobreza, además, también puede estar enmarcadas por niveles de educativo bajo, problemas familiares y sociales, que conllevan a replantear la forma de pensar de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

## Justificación

CAPRECOM EPSS como única Empresa Promotora de Salud del regimen Subsidiado del Estado, y en su rol de agente en el sector publico, necesita responder a las nuevas demandas del Sistema. para esto de acuerdo al perido del proyecto, se tramita ante el Congreso, la propuesta de reforma ordinaria presentada por el Ministerio de Salud Proteccion Social; la cual dentro de su articulado, planea la necesidad de contar con gestoras de salud, como empresas competivas que implementen posicionameitno diferencial, dentro de sus propuestas habra un premio a la eficiencia (lograr mejores practicas).

Por otro lado, y desde una perspectiva interna, el generar una mejora continua al proceso de contratación de servicios del primer nviel de atención, generar acciones de contratacion efectiva y permitira establecer herramientas de seguimiento y control de resutaldos , la intervencion de estas necesidades incidira de manera directa en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; y optener una administración efectiva de la gestion del riesgo en salud. Finalmente, el generar estregateias gerenciales que permitan garantizar su permanencia y sostenibilidad financiera en el medio, son acciones inaplazables de acuerdo a las medida de funcion de advertencia, realizada por la Contraloria Generela de la Republica.

De acuerdo a lo argumentado, queda claro, que el problema de la contratacion del primer nivel de atención, es prioritario en la intervención de un mejoramiento continuo para CAPRECOM EPS, pues actualmente por la ineficiencia de este proceso, se afecta en un primer lugar los indicadores de salud de la población, la calidad en la prestación del servicio, y el responder efectivamente a las necesidades de la población, reduciendo significativamente a la brecha que existe entre lo ofertado por la red de servicios y efectivamente lo demandado por la población asegurada. Sin lugar a duda, el generar impactos en la contratacion de manera indirecta incide en el mejoramiento del bienestar y la salud integral de la población subsidiada, la cual es la mas vulnerable del sistema; por otro lado, en su intento por actuar de manera mas eficiente, permitira el asignar de una mejor manera los recursos, y asi obtener resultados

positivos en su misión institucional, y la covertira en una entidad mas competitiva en el mercado, ésto actuando desde la logica del subsidio a la demanda.

Concluyendo durante el desarrollo de la justificación, se pretendió plantear las necesidades para la intervención del problema; en este parrafo final, se quiere dejar claro qué pasaría si estas no se intervienen a través del ejercicio académico propuesto, ya que si en un primer momento no se realiza una intervención efectiva a los procesos de la Entidad y realiza actividades con alcances claros en cada uno de los planes de mejoramiento de acuerdo a las estancias de vigilancia (Contraloría, Súper Salud y Seccional de salud de Antioquia), la Entidad podría perder su habilitación, para operar como empresa promotora de servicios de salud, y de una manera más grave, su liquidación como administradora del riesgo en la población asegurada.

## Análisis de factibilidad y viabilidad

*Análisis de Factibilidad*

El generar un análisis documental de la contratación del primer nivel de atención en salud , y el diseñar estrategias gerenciales, permitirá obtener resultados positivos en las relaciones que se establecen en el convenio de voluntades, no solo para que cumpla los requisitos de la normatividad vigente, sino que efectivamente la administración del plan de beneficios se vea reflejado enla contratación de la red primaria, y de esta manera, se logre cerrar la brecha que existe entre lo que se contrata en la oferta y la demanda real de la poblacion.

Esta proyecto, se desarrollará mediante el estudio categórico y documental de los requisitos básicos actuales del proceso contratación de serviciso de salud, bajo un marco de análisis: normativo, de lineamientos y políticas básicas requeridas para lograr la eficiencia, esta metodología es viable en su alcance y desarrollo, por lo tanto *es factible, ya que se cuenta con el acceso desde un nivel gerencial y administrativo*, a toda la informacion primaria y secundaria para el analisis de las categorias seleccionadas, ademas existen los recursos físicos,

lógicos, técnicos, materiales, administrativos y de infraestructura organizativa para la realización del estudio.

***Viabilidad Ética y política***

Los resultados, e información optenida solo tendra un unico interes de realizar propuestas para mejorar aspectos estrategicos y funcionales en la Orgnanización intervenida, en ningun momento seran utilizados para acciones, ilegales o que no esten de acuerdo a los principios Insititucinales, y valores que debe tener un profesional en la esfera del Sistema salud, y en sector publico.

El diagnostico y el diseño de estrategias gerenciales, esta enmarcardo y manejado desde criterios eticos, y seran utilizados, solo con el fin de generar decesiones de gestión organizacional, de esta manera el alcance sera no solo impactar los procesos internos de la empresa; sino tambien, generar *comportamientos eticos entre sus empleados, para que siempren realicen sus actuaciones basados en pricipios que trasciendan a los afiliados, al Sistema de Salud, la comunidad y el medio ambiente*.

Por otro lado, tambien es importante mencionar, que tanto la identifiación del problema, y el manejo de la información institucional necesaria para realizar el diagnostico y diseño de estrategias gerenciales, estaran plantedas dentro de los pricipios Institucionales de CAPRECOM EPS, retomando de la plataforma de gestion del proyecto y sus principios (acciones fundamentadas en la responsabilidad social, el bien público es sagrado, orientacion del servicio a la calidad y el mejoramiento continuo) y sus valores Institucionales, (respeto, compromiso, justicia, honestidad, trasparencia, cumplimiento, lealtad, **eficiencia**, eficacia y efecitividad.

De esta manera, las estrategias gerenciales, que se diseñen, estan dirigidas a establecer acciones y decisiones, que prevengan la *presencia en el proceso de contratación, de algun tipo de corrupción en el cual por carencia de (comportamientos eticos)* generen una

contratación inadecuada que no cumpla su fin y bien, donde prevalezca los interes colectivos de los individuales. De la misma manera estaran enmarcadas dentro de la nomatividad vigente.

## Análisis de Soluciones y matriz del marco lógico

Se utilizara un enfoque causal, pensando que el problema se resolverá identificando las causas y actuando sobre ellas, pues actuando sobre ellas se controlará el problema, por otro lado, también se estructura un pensamiento sistémico estructural, en este se propondrá describir el problema como un todos pues cada situación problema será un sistema compuesto por partes interrelacionadas entre sí (Universidad de Antioquia, 2009).

Para esto, se implementara el árbol de soluciones, este se elabora a partir del análisis al árbol de problemas, en él se presentan las la intencionalidad de cambiar positivamente sus causas y así impactar en los posibles efectos del problema.

En el anexo 2 árbol de soluciones, se toma la decisión de optar por un producto y resultado central, basado en la implementación de estrategias gerenciales, como principal mecanismo de las intervención al problema de una contratación del primer nivel no eficiente.

Con el fin de realizar la formulación, control y evaluación del proyecto, se utilizara la estrategia del marco lógico, la cual es una técnica de análisis y de toma de decisiones que permite registrar en forma sistemática, los elementos decisivos de la propuesta para su posterior análisis. (Universidad de Antioquia, 2009).

Para en esto, en la anexo 3, Matriz del marco lógico, se describe el listado de productos y resultados que se propone en el proyecto. Una de las principales causas por las que la contratación del primer nivel de atención, no cumple con los estándares de eficiencia requeridos, tiene que ver con la necesidad de establecer criterios en su planeación y redimensionamiento de sus red contratada, todo ello, a partir de la buena administración del riesgo de salud, y por otro lado, un inadecuado mecanismos y sistema de pago a sus prestadores. Por lo tanto, en el diseño de la estrategia gerencial como primer producto lo que

pretende, es identificar los criterios y mecanismos exitosos, implementados en otras experiencias, que aumenten en una primera estancia, los resultados en salud por parte de los prestadores contratados, y la planeación de la red a contratar, de acuerdo a las características poblacionales y de perfil epidemiológico requerido.

Sin lugar a duda, el momento en el que se establece el acuerdo de voluntades entre la EPS como aseguradora, y la IPS prestadora de servicios de salud, es un momento importante para generar acuerdos en la forma como se atenderán los usuarios, como se intervendrá su perfil epidemiológico y que estrategia se utilizara, para realizar los programas de prevención y prevención, por lo tanto, el contratar bajo un modelo de atención de salud desactualizado, y el que no exista políticas básicas para garantizar esta articulación, entre las IPS y EPS, se convierte en una de las principales estrategias gerenciales para diseñar en el proyecto.

Para finalizar, y no menos importante, el generar estrategias de gestión del riesgo que permitan un manejo optimo entre la relación recursos disponibles y resultados en salud, además de aportar de manera tangencial en la sostenibilidad financiera de la Entidad y así mismo al Sistema, es una estrategia acertada y propicia para mejorar la estimación del cálculo en el gasto en salud, y así establecer tarifas de negociación, que permitirá el equilibrio financiero tanto de la aseguradora EPS como contratante, como la de la IPS proveedora de servicios.

# Objetivos

## Objetivo general

Diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud en la EPS Subsidiada CAPRECOM Antioquia 2013-2014, mediante un análisis conceptual y normativo de sus requisitos básicos, con el fin de alcanzar una relación más eficiente, entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada.

## Objetivos específicos

- Analizar y diseñar una estrategia gerencial, que permita identificar criterios claros para planear y redimensionar la contratación de servicios del primer nivel de atención, a partir del análisis del riesgo en salud.
- Analizar y diseñar una estrategia gerencial, donde se establezca mecanismos y formas de pago basadas en incentivos, que permita el aumento de resultados en salud por partes de las IPS de primer nivel contratadas.
- Analizar y diseñar una estrategia gerencial, con políticas y líneas de acción básicas, que permitan la articulación de modelo de atención en salud basado en atención primaria.
- Analizar y diseñar una estrategia gerencial, con lineamientos generales que permitan realizar una gestión del riesgo financiero eficiente.

## Marco Conceptual y Normativo

### *Concepto de salud*

Para el establecimiento de las estrategias gerenciales en la contratación del primer nivel de atención, es necesario definir conceptualmente desde que perspectiva se tomará el concepto de la salud, en ese orden de idas, se considerara la salud como derecho fundamental según los propuesto en la ley estatutaria sobre la revisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, la cual, para la fecha de elaboración de la propuesta de trabajo de grado, surte tramite de control constitucional en la Corte Suprema.

Por otro lado, Colombia ha suscrito y ratificado las principales normas internacionales relacionadas con el derecho a la salud: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (mediante la ley 74 de 1968); la Convención internacional contra todas las formas de discriminación racial (ley 22 de 1981); la Convención internacional contra todas las formas de discriminación contra las mujeres (ley 51 de 1981); la Convención sobre los derechos de los niños (ley 12 de 1991); el Convenio No. 169 de la OIT sobre la protección de pueblos indígenas y tribales (ley 21 de 1991 y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC - Protocolo de San Salvador (ley 319 de 1996).

Se tomaran algunos de estos principales instrumentos jurídicos, con el fin de establecer un marco conceptual y normativo que permita direccionar desde que óptica se puede plantear alguna acción en el Sistema de Salud actual, con el fin de que este enfocado a garantizar el derecho fundamental a la salud y las principales medidas que se pueden adoptar. Para esto se retomaran algunos sustentos jurídicos tomados por Castro (2011).

a.) La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 afirma en su Art. 2516: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a *su familia, la salud* y el bienestar.

b.) La Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre, aprobada en 1948 reconoce y establece: Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

El sustento del derecho a la salud en el plano Nacional, lo dan las normas constitucionales referidas al tema de salud y seguridad social (artículos 48, 49 y 50, principalmente), la ley 100 de 1993, la ley 715 de 2001, ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011, y el conjunto de normas que la reglamentan y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia del derecho a la salud y del derecho a la seguridad.

Dentro del artículo 49 de la Constitución Política menciona la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Frente al tema no se puede desconocer lo que estipulo la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, donde declarado el derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como lo establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Corte Constitucional precisa que pese a que la salud siempre ha sido vista en su conexidad con el derecho a la vida, es un derecho fundamental porque: Estos derechos fundamentales constituyen las garantías ciudadanas básicas sin las cuales la supervivencia del ser humano no sería posible. _Los derechos fundamentales son los que corresponden al ser humano en cuanto tal, es decir, como poseedor de una identidad inimitable caracterizada por su racionalidad que le permite ejercer sus deseos y apetencias libremente.

***Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)***

En diciembre de 1993 se expidió la ley 100, con el fin de integrar en un único sistema, a todas las instituciones e intervenciones del sector, denominado Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el cual para el Sistema de Salud Integral, optó por el aseguramiento como vía para alcanzar la universalización de los servicios de salud y por la creación de un

mercado de servicios que superará los problemas de calidad *y eficiencia*, bajo la lógica de *regulación por la vía de la oferta y demanda.*

El mecanismo rector de financiación, administración y prestación de servicios es el de la afiliación mediante un seguro de salud, esta se realiza por dos mecanismos de afiliación, de acuerdo al interés del objeto de estudio se describirá el régimen subsidiado.

***Régimen Subsidiado***

Para Núñez (2012, la naturaleza del régimen subsidiado es la promoción de la afiliación a la salud, garantizando el acceso a los servicios de salud para toda la población, especialmente aquellos que se encuentran en *situación de pobreza*. De acuerdo a ley 100, son beneficiarios del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBEN, siempre y cuando no estén afiliados en el régimen contributivo; el plan de beneficios para el régimen subsidiado, incluye los servicios de atención básica o de baja complejidad (nivel 1), urgencias, promoción y prevención en salud, atención del proceso de gestación, parto y puerperio, oftalmología, ortopedia, traumatología, procesos quirúrgicos de complejidad baja o moderada, rehabilitación funcional y atención de algunos servicios de alto costo.

Dentro de estas generalidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Castro (2011), cita algunos dilemas del sistema, que para la intervención y postura conceptual se retomarán algunas de ellas:

- *Sistema de salud centrado en la enfermedad*: El concepto de salud en la legislación, y por lo tanto en el sistema de aseguramiento, es el de ausencia de enfermedad. Por esto, se centra en instituciones que atienden la enfermedad y en un seguro que cubre parte de los costos de esta atención. El sistema pretende intervenir los factores de riesgo desde la modificación de estilos de vida, desconociendo los determinantes de la salud en que se encuentra inmersa la persona como son el acceso a la educación, la nutrición, la vivienda, el trabajo, el salario justo, la recreación y los servicios públicos entre otros, incluyendo el acceso a instituciones de salud.

- *Inexistencia en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad*: estas inexistentes acciones han desencadenado en un preocupante incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles principalmente las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, causantes de muerte e incapacidad en la población colombiana, se cuestiona la idoneidad del Sistema para satisfacer integralmente el derecho a la salud de la población, pues este no se debe limitar solamente a atender la enfermedad sino que también trate los factores subyacentes y determinantes de la salud.
- *Sistema de salud sin medición*: el Sistema carece de atributos como el deber de transparencia, la participación, la rendición de cuentas y el respeto a las diferencias culturales y a los principios de igualdad y de no discriminación; además no cuenta con sistema de información, de indicadores y metas, en perspectiva de derechos humanos, que permita evaluar con claridad los avances y retrocesos en la satisfacción del derecho a la salud.
- *La salud considerada como un negocio*. El acceso y la calidad se limitan por las estrategias de contención de costos y de rentabilidad financiera.
- *La oferta de servicios no responde a la necesidad de la población*: Actualmente, las entidades promotoras de salud, funcionan como agentes integradores del Sistema de Salud, ya que son las encargadas de gestionar el modelo de aseguramiento y establecer contratos con las IPS públicas o privadas. Por consiguiente, tienen una alta responsabilidad garantizando el flujo de recursos en el sistema y el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de servicios. Hoy existe desorganización en la oferta general de servicios de salud por parte de las IPS, particularmente entre instituciones públicas y privadas. No existe una adecuada articulación en la oferta general de servicios, en términos del acceso a los diferentes niveles de complejidad, y la calidad en la oferta que reciben los usuarios del régimen contributivo y subsidiado, los proveedores privados se concentran en responder a la demanda de la población sin importar su localización geográfica o su nivel de atención, mientras que las instituciones de carácter público deben garantizar el servicio según las necesidades de la población de referencia.

Pero frente a estos dilemas y/o problemáticas del Sistema, cuál es la esencia de la creación de las EPS y/o aseguradoras según la ley 100 de 1991 y sus posteriores modificaciones, ¿cuál es su verdadero papel como actor articulador entre la oferta y la demanda? .Para tener claro su accionar, se define normativamente sus principales funciones.

***Las EPS Funciones según normatividad vigente***

La ley 1122 del 2007, modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dicta otras disposiciones, en el capítulo IV, del Aseguramiento, en el Artículo 14, menciona la organización del aseguramiento, planteando el aseguramiento en salud como *la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice 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 perjuicio 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.

Adicionalmente, la Ley 1438 del 2011, establece que la contratación entre IPS y EPS deberá realizarse definiendo redes integradas de servicios de salud, que *garanticen una atención más eficiente, equitativa, integral y continua a la población*. La constitución de dichas redes deberá ofrecer servicios con portabilidad, calidad y oportunidad a los pacientes, fomentando adicionalmente una mayor *eficiencia* en el gasto.

Para concluir las funciones de las EPS se puede agrupar y determinar en tres grades categorías administradoras del riesgo, articuladoras de relaciones y coordinadoras en la conformación de redes de servicios; como administradoras y gestionaras del riesgo en salud y financiero; como articuladoras y representantes de las relaciones entre la oferta (IPS) y demanda (usuarios) y por ultimo ser un coordinador en la conformación de redes integradas de salud. Es desde este punto, desde la Contratación y conformación de estas redes que se centra el interés del estudio, pues el único fin es el de garantizar la atención de manera eficiente con

calidad en el servicio para alcanzar unos buenos resultados en salud de la población asegurada.

***Nuevos retos para las EPS de ser aprobado la reforma al Sistema de Salud***

Según el Proyecto de Ley ordinaria a la reforma a la salud proyecto 210 de 2013 el cual tiene como objeto garantizar la efectividad del derecho fundamental de la salud, y pretender logra lograr el mejor estado de salud posible de la población, por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención atención y paliación de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Dentro de la propuesta a la reforma del Sistema, las EPS se denominarían Gestoras de Servicios de Salud, dentro de sus principales características se define el lograr gestionar de manera eficiente el riesgo en salud, como la de articular los servicios para garantizar un acceso oportuno y finalmente la representación del usuario.

Las gestoras de servicios de salud, serán las encargadas de generar las atención individual en salud; acciones que se realizan sobre las personas para disminuir la probabilidad de enfermar, morir prematuramente o sufrir una discapacidad, según la propuesta debe implicar la realización de acciones para mantener y proteger la salud, diagnosticar la enfermedad oportunamente, ofrecer atención integral, finalmente también comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

Con el fin de citar las principales funciones que se proponen en la reforma, se tomaran algunas de ellas que son de interés para el estudio. Dentro de estas se encuentran:

a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan (actualmente denominado POS) dentro del Área de Gestión Sanitaria

b) (zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accedería a las prestaciones individuales) en la cual opere.

b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;

c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;

d) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención.

e) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley.

f) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen.

g) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;

h) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos,

i) Entregar información trimestral sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;

j) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;

k) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;

l) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, de los Prestadores de Servicios de Salud de su red.

De esta manera, el gran reto así sea o no aprobada la reforma, es generar un cambio en el papel y funciones que fueron dadas a las EPS como aseguradoras; las cuales deben ser garantes de las prestación de servicios individuales de acuerdo a una realidad demandante y real de un territorio determinando, gestionar la gestión integral del riesgo en salud en sus fases de identificación, caracterización e intervención; y finalmente pero no menos importante, la conformación de redes integradas mediante el acto de la *contratación,* el cual, debe garantizar desde su inicio la determinación de un método que permita el control y auditoria de las acciones realizadas por las prestadoras de servicios de salud, donde el único objetivo es lograr los resultados de salud esperados, que permitan la satisfacción de los usuarios; éste finalmente es su esencia, su papel fundamental como actor que integra actualmente el Sistema de Salud según la normatividad vigente.

Ya que dentro de las principales funciones de las EPS se encuentra la contratación de redes de servicios, y de acuerdo al objeto estudio de esta propuesta, se procede definir conceptualmente y normativamente, la contratación de servicios de salud, especialmente para el primer nivel de atención.

***Contratación de servicios de salud***

Para la definición de conceptos sobre contratación de servicios de salud, se retomara algunos conceptos y aspecto normativos señalados por AESA (2013). En un primer momento según el Código Civil en su artículo 1495 se define el contrato o convención; como un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o de muchas personas. Específicamente para la contratación de servicios de salud, esta los define como, un proceso o conjunto de interacciones donde dos interesados, pagador y hospital, determinan, conjuntos de servicios, precios y cantidades que serán transadas para la cobertura o provisión de servicios de salud en el período de un año.

*Acuerdo de voluntades:* Dentro del acuerdo 4747 se define el contrato como un acuerdo de voluntades. El cual es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no

hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

*Objetivo de la contratación*: preservar las mejores condiciones para la estabilidad financiera de los intervinientes y beneficiarios.

*Temporalidad:* El contrato debe efectuarse y liquidarse en plazos pertinentes a la demanda y a la oportunidad para mantener simetrías de información.

*Es necesario establecer en el contrato, un mecanismo de control de resultados:* Debido a que las característica en la complejidad de los servicios que van a proveer y la alta incertidumbre para prever los resultados finales del proceso de contratación, es necesario incluir condiciones contingentes, mecanismos de control contractual y requisitos de información que permitan el equilibrio de la relación y la adecuada atención de los pacientes y usuarios asegurados.

*Definiciones de actores, y/o procesos, dentro el cual surgen las relaciones en la contratación, según Decreto 4747 de 2007*

-Prestadores de servicios de salud: 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.

- Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

- Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia.

-Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
-Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

*Existencia de conflictos de interés:* los incentivos entre las partes no se encuentran alineados, por lo tanto, no es posible un equilibrio inicial que optimice el bienestar de los agentes. Por lo tanto, el contrato busca definir un segundo mejor punto de equilibrio donde los incentivos logren alinearse dadas las restricciones y los efectos negativos sean menores.

*Etapas del Contrato:* Dentro de las etapas que marca el acto se encuentra: 1.- Análisis de conveniencia, 2.- Selección modalidad de contratación 3.- Suscripción del contrato 4.- Socialización de las obligaciones 5.- Parametrización del contrato en el sistema de información. 6.- Control interno a la ejecución del contrato 7.- Reuniones de seguimiento al contrato 8.- Ajustes al contrato 9.- Liquidación del contrato 10.- Evaluación final para futuras contrataciones.

*Como se seleccionada la modalidad de contratación:*

- Análisis perfil de morbilidad
- Análisis ficha técnica (tipo y volumen de servicios)

- Análisis capacidad de producción
- Análisis de costos
- Análisis capacidad de gestión: verificación de derechos, Trámite de autorizaciones Calidad de facturación Capacidad de respuesta de glosas Gestión de cartera.

***Eficiencia y los estándares básicos para la contratación de servicios de salud***

Sin lugar a duda, el problema central del estudio es que la contratación del primer nivel de atención en salud por parte de le EPS Caprecom , cumple parcialmente los estándares de eficiencia requeridos, de esta manera, es válido definir conceptualmente que se entiende por eficiencia, y sobre cuales estándares básicos, se está midiendo en la contratación, esto con el fin de establecer con claridad las categorías de análisis que se utilizaran en el capítulo siguiente, donde se elaborara el producto central de proyecto.

Jiménez (2004), estudia la eficiencia y la calidad, para esto se tendrá la mirada de la calidad desde una postura de la ERP (Empresa responsable de pago) dentro del acuerdo de voluntades, la cual está calificando un servicio como de "calidad" para su posterior contratación, para estos, la calidad con que se brinda un servicio de salud, las Instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con unos estándares básicos como los enmarcados en el resolución 1446 de 2006, de la misma manera esta debe estar acompañada por la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud, es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo, interés entre los diferente actores del Sistema como: Entes Territoriales, EPS, IPS, usuarios, personal de la salud, la familia, entre otros.

*Eficiencia*

La eficiencia es el principal concepto que se utiliza en la definición del problema, para esto retomaran algunos conceptos:

Frank, J. (2000), considera que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles.

Allen, A. R. (2009). Señala que "debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado.

Nuevamente Jiménez (2004), plantea algunos aspectos teóricos, que definen eficiencia en su relación con dos términos de similar interpretación semántica: eficacia y efectividad. La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar los resultados de la salud. La efectividad es de mayor alcance, y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población. De la misma manera, en la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la efectividad en el logro de los resultados de la salud.

Para, García Fariñas, A., & Gerardo Álvarez Pérez, A. (2006), un sistema de salud se considera eficiente, cuando es capaz de brindar un producto o resultado en la salud de la población, con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que, cuando se persiguen determinados resultados, también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.

*Estándares de eficiencia requeridos en la contración de servicios*

una medición de la eficiencia en la contratación de los servicios de salud, es necesario la operacionalización cualitativa de las variables que permita comparaciones, entre diferentes postulados, y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros, en el proceso y establecimiento de acuerdo de voluntades. Para el estudio, se tomara como estándares básicos en la contratación, *los cuatro principales requisitos, que deben tener en cuenta las Empresas Responsables de Pago en la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades, para la prestación de servicios de salud,* según lo establecido en el acuerdo 4747.

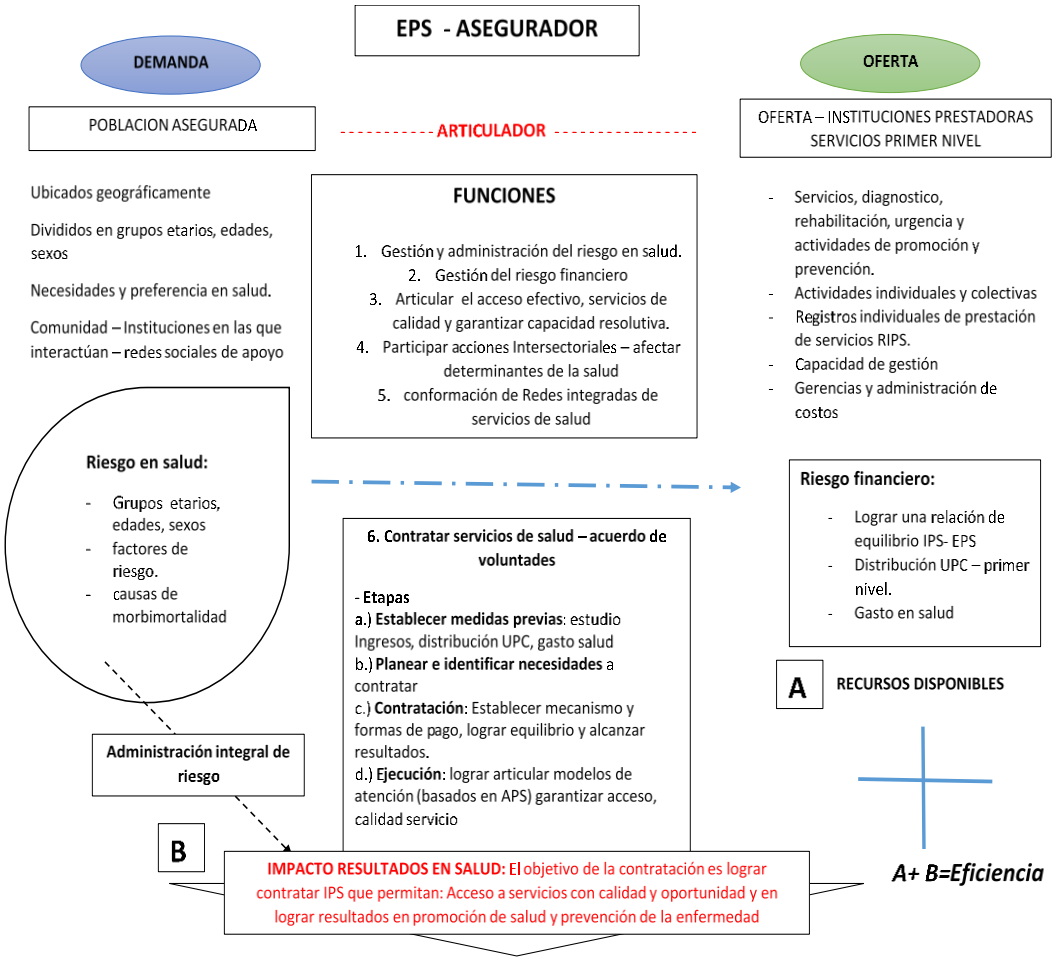



Figura: 3 Planteamiento Conceptual. Construcción propia. 2014

## *Estrategias gerenciales en salud*

El objetivo del proyecto se enmarca en el *diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud*, ya que la acción específica y el producto final son las "Estrategias gerenciales" es necesario definir conceptualmente el mismo, con el fin de lograr técnicamente propuestas que aporten significativamente en la construcción de unas propuestas útiles, y operativas aplicables a corto, mediano y largo plazo, claro está desde un nivel estratégico. Por otro lado estas estrategias, pretenden ser una herramienta que aporte en la toma de decisiones, en pro de un re direccionamiento estratégico en la Institución.

### *Un pensamiento estratégico*

Para esto Huerta, E., Bourg, D., & Carlos, J. (2010) menciona que el pensamiento estratégico es una base fundamental para la gerencia organizacional ya que desde su óptica, la visión del entorno, las causas, las consecuencias y lo planteamientos a futuro se presentan desde la búsqueda de soluciones integrales a futuro. De esta manera, el autor convoca a los aspirantes a ser gerentes de servicios de salud, el tener una concepción estratégica, que le permita mirar al hacia el futuro y a su vez estar pendiente de lo ocurre en el presente,

En este orden de ideas, el pensamiento estratégico permite definir un rumbo tomando en cuenta los factores internos y externos a la organización desde una posición real pero elevada a los niveles más altos de las ideas, dentro de la búsqueda de verdades profundas, manejando los recursos, la gente, lo material, las esperanzas, es materia de dirección empresarial que considera todos los factores para lograr sus objetivos. La estrategia hecha pensamiento se manifiesta en planes ejecutables y posibles

### *Modelo de administración*

Para afrontar desafíos organizacionales y la administración de estos, surge la necesidad de adaptar una teoría administrativa, pues el generar prácticas administrativas, de esta manera la idea no es preocuparse por ¿cómo hacer las cosas?, sino, ¿para qué? De esta manera, se

utilizara los fundamentos de Chiavenato (2004), el cual menciona que un administrador no es un ejecutor de tareas, de manera práctica, concreta e inmediata, sino que tiene habilidades para analizar, y resolver situaciones problemáticas variadas, pues sabe pensar, discernir, evaluar, y proponer situación estrategias y teóricas, siendo un agente de cambio e innovación , pues tiene la capacidad para diagnosticar situaciones complejas, y mediante las habilidades conceptuales puede transformar esas situaciones complejas generando un cambio con innovación y renovación, con el fin alcanzar de una forma estratégica los objetivos institucionales.

De esta manera la propuesta del trabajo de grado, utiliza un enfoque de la administración basado en las teorías emergentes de la administración, en búsqueda de la competitividad, por lo tanto aspectos como la influencia de la tecnología de la información, las soluciones emergentes en búsqueda de una mejora continua, la calidad total en los procesos, la reingeniería , la constitución de equipos de alto desempeño, la implementación de estrategias del benchmarking, la gestión de proyectos y el establecimiento de estrategias organizacionales, son herramientas y postulados conceptuales que se deben utilizar en un ambiente de aprendizajes colectivos , siempre pensando en soluciones innovadoras, en pro de alcanzar los objetivos organizacionales.

*Estrategia gerencial definición operativa*

La estrategia como herramienta en la gerencia en salud puede ser definida según Huerta, E., Bourg, D., & Carlos, J. (2010), como:

- Un acto reflexivo, un análisis de las oportunidades del entorno, que debe ir en pro de la consecución de los objetivos de la empresa. Para el caso de la salud esta estrategia apunta a conseguir beneficios colectivos, y en alcanzar logros en los diferentes planes y políticas tanto nacionales como territoriales.
- La estrategia como plan, según el actor la estrategia puede definirse como un plan, una guía para abordar una situación específica, para esto tendría dos características esenciales: se elabora antes de las acciones en las que se aplicará y se desarrolla de

manera consciente y con un propósito determinado. De esta manera la estrategia es un conjunto de varios elementos con definición de presupuesto, responsables, tiempo y espacios de ejecución.

- La estrategia como pauta de actuación: Pauta de acción, una estrategia también puede ser una "maniobra" para ganar la partida al contrincante o competidor, el establecimiento de una acción oportuna que se ejecute en las organizaciones, basadas en su entorno, en la medida de la cobertura de las necesidades de la población y en consonancia con los recursos disponibles para llevar a cabo el abordaje de la realidad, para alcanzar mejores resultados de salud.
- La estrategia como patrón: la estrategia como modelo, específicamente, como un patrón, en un flujo de acciones. En otras palabras, de acuerdo a esta definición, la estrategia es consistencia en el comportamiento, sea o no intencional.
- La estrategia como posición: un medio para ubicar una organización, es decir ubicar la organización en un "medio ambiente". Es decir el acoplamiento entre Organización y medio ambiente (contexto interno y contexto externo).
- La estrategia como perspectiva: Esta mira hacia el interior de la organización, desde un nivel estratégico, no funcional ni operativo, es una idea, una connotación que se da al servicio, algo propio que genera identidad, para el caso de salud, que diferencia el servicio de salud.

De esta manera las etapas se adaptaran de la siguiente manera:

1. *Realineamiento Institucional* Realineamiento de las estrategias gerenciales de acuerdo a la planeación estratégica de la identidad a corte 2013, identificando la filosofía institucional y sus principales objetivos estratégicos. La finalidad del análisis de los objetivos, es traducir los lineamientos de la visión estratégica y la misión en cursos de acción concretos e indicadores de desempeño específicos de los resultados que se desean obtener en la estrategia.
2. *Análisis del entorno* Analizar las estrategias teniendo como base la contextualización del problema y formulación de las causas del problema.

3. *Formulación de la Estrategia:* Diseño de estrategia sugerencias para la implementación, se tendrá en cuenta un acto reflexivo sobre el contexto interno y externo, revisando la oportunidad y el posicionamiento que se quiere lograr con la estrategia. Finalmente la estrategia será un patrón o flujo de actividades que se deben realizar en procura de la mejora continua del proceso de contratación, y con un objetivo final de alcanzar los objetivos institucionales.
4. *Monitoreo desempeño:* La estrategia también contendrá la forma de monitorear y evaluar la estrategia, con el fin de ir determinando el grado con el cual apoya las metas y objetivos estratégicos y su contribución a la creación de ventajas competitivas.
5. *Retroalimentación:* El objetivo es que estas estrategias, en algún momento sean retroalimentadas a la alta dirección, con el fin de ser reproducidas en otras territoriales.

## Metodología

### Tipo de estudio

El logro de los objetivos, se desarrolla mediante la modalidad de trabajo *monografía*, utilizando el procedimiento de análisis documental descriptivo y en marcado en una metodología cualitativa.

### Procedimiento

La Metodología se desarrolla mediante dos fases, las cuelas contienen estrategias, acciones, actividades, procedimientos, técnicas e instrumentos, con el fin de conseguir los productos propuestos en el marco lógico del proyecto.

#### *Fase No. 1 Análisis documental*

Para el desarrollo metodológico de esta etapa, se adoptara la metodología propuesta por Fernández (2002) quien expresa que el verdadero propósito del análisis de textos escritos, es

su clasificación bajo la forma de variables y categorías, para la explicación de fenómenos sociales bajo la investigación.

***Etapas – proceso***

*Población;* se compone de todas las unidades documentales escritas susceptible a ser estudiadas de acuerdo a los objetivos y productos a entregar. Para el análisis de la contratación del primer nivel de atención en las EPS como aseguradora, se tomaran estudios investigativos como monografías, artículos publicados en revistas, además, se tendrán en cuenta documentos del orden internacional, nacional, gubernamental y local, la normatividad vigente, programas y planes actuales que regulan las acciones del Sistema salud. Por otro lado, con el fin de diagnosticar la realidad de los procesos de la Entidad, se tomaran documentos institucionales internos como (informes de los entes de vigilancia y Control, planes de mejora desde la habilitación, calidad, como informes internos de los procesos de contratación de red de servicios, gestión del riesgo, promoción y prevención y Calidad.

Las *unidades de análisis,* son los segmentos que interesa investigar del contenido de los mensajes escritos, susceptibles posteriormente de ser expresados y desglosados en categorías y subcategorías, estas pueden ser consideraciones simbólicas o claves; y de frases o párrafos definidos por tema.

*Las Categorías:* estas compuestas por las variables de las hipótesis, por lo que reflejan las reflexiones hechas, a partir de las perspectivas teóricas adoptadas, estas deben ser pertinentes, exhaustivas, homogéneas. Para el estudio se implementaran las siguientes unidades y categorías de análisis.

Categoría 1: Planeación de la contratación a partir del análisis riesgo en salud, Categoría 2: mecanismos y formas de contratación de red de servicios; Categoría 3: Articulación del Modelo de Atención Integral EPS – IPS, Categoría 4: Administración de riesgo financiero.

***Fase No. 2 diseño de estrategias***

Para el diseño de las estrategias se retomara lo que Huerta, (2010), conceptualiza sobre las estrategias las cuales deben contribuir e integrar las principales metas o políticas de una organización, y a la vez establece la secuencia coherente de las acciones a realizar, de esta manera, las estrategias pretenderán crear ventajas en un futuro y aportar a que la EPSS sea más competitiva; delimitado un enfoque de perspectiva

*La estrategia como perspectiva*

El diseño de las estrategias dentro del trabajo de grado implicara no solo la selección de una posición, sino una acciones prácticas y operativa con el fin de aportar en la resolución del problema desde un enfoque prospectivo.

Por otro lado, y acuerdo a los niveles y tipos de estrategia que plantea Amaya (2005), para el diseño de las estrategias gerenciales se desarrollaran desde nivel funcional, pues estas son formuladas desde un área misional y no estratégica de la organización. El tipo de estrategias que se utilizaran serán las de intervención.

## Análisis Categorial y estrategias gerenciales

El análisis categorial, está basado en los cuatros productos propuestos en el marco lógico del proyecto, para esto, se determinaran las siguientes unidades de análisis, de acuerdo requisitos y estándares establecidos en el marco normativo y conceptual.

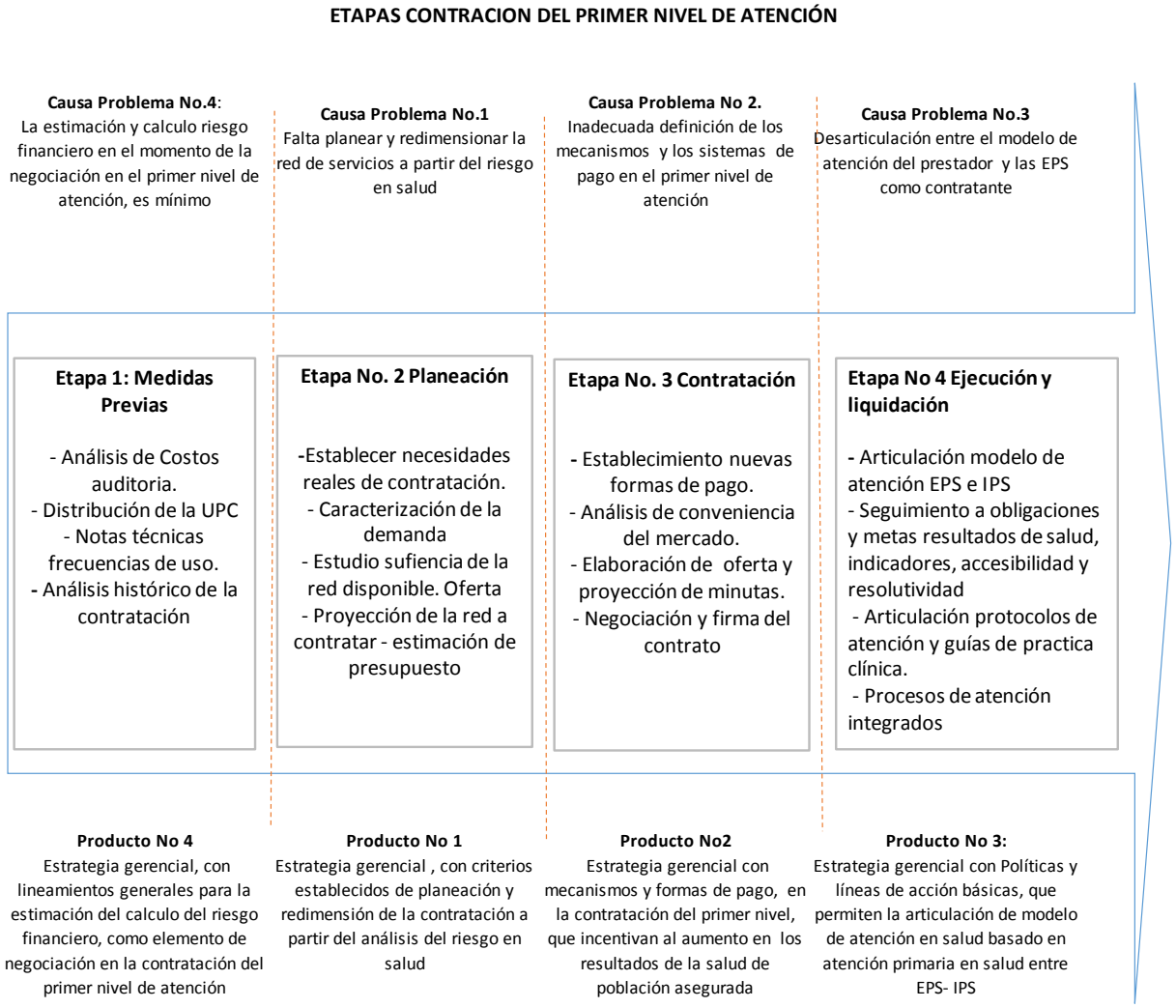



Figura:4 Categorías y unidades de análisis. Construcción propia. 2014

### Categoría 1 Planeación – y redimensión a partir del análisis riesgo en salud

Para la revisión documental, se utiliza como parámetro las siguientes preguntas, como rejilla en la búsqueda de la información, además de las unidades de análisis definidas operacionalmente. En la Etapa de Planeación de la contratación: ¿qué necesito contratar? , ¿Mediante qué mecanismos establezco las necesidades de contratación de servicios? ¿En qué cantidades?, ¿con qué características?, ¿Qué servicios voy a contratar para lograr modificar en el riego identificado? ¿Cuál es la calidad espera?, ¿Cómo valorizo el riesgo como esta de la administración y gerencia del mismo?

De acuerdo a la siguiente ficha técnica de estipula la revisión documental:

| **FICHA TECNICA** | |
|---|---|
| | |
| **Referentes Normativos y conceptuales** | Alzate, M. R., Espinosa, S. I. A., CARDONA, Á., SEGURA, M., & ZEA, A. T. (2010). Jiménez, P., & Nereida, D. (2011). Jurado Burbano, L., & Velasquez Pantoja, Y. (2012). Echeverri, P. G., Garcia, D. T., & Rodríguez, Sistema de administración del riesgo en salud. Sura (2011).<br>Decreto 4747 de 2007 Requistios habilitacion. Articulos consultados: 6,7,8,9 .Resolución 581 de 2004 MPS. Ley 1122/2007, Decreto 1020 /2007, Resolución 5309/2007, Circulares externas 053 y 060 /2007.<br>Zuñiga Paz & Gomez, E., Ospina B.L, (2011)<br>Ministerio de Protección Social (2005). |

### Requisitos para la planeación de la contratación

Mediante la revisión de la normatividad, se revisaron los estándares habilitación y acreditación en las EPS como requisitos de obligatorio cumplimiento por parte de la Entidad, en el momento de planeación de los servicios a contratar. A continuación, se cita textualmente cada uno de ellos.

Resolución 581 de 2004 MPS

*Estándar 37. Tiene implementada la red de prestadores de acuerdo con el diseño presentado para la autorización o las novedades reportadas a la superintendencia nacional de salud*.

Los usuarios de todas las zonas geográficas donde operan tienen acceso a todos los niveles de complejidad del POSS.

- Cuenta con prestadores para la prestación de servicios, de primer nivel en todos los municipios donde pretende operar. En caso de que un municipio no cuente con prestadores de primer nivel, y/o la oferta local *disponible no satisface los estándares de calidad de la entidad,* tiene definidos los prestadores donde remitirá los pacientes.
- Tienen definidos los procesos de análisis y reporte de la información incluyendo, su(s) responsables (s) información sobre los prestadores de servicios de salud incluyendo la capacidad de oferta.

Ley 1122/2007, Decreto 1020 /2007, Resolución 5309/2007, Circulares externas 053 y 060 /2007.

*Criterio 49. Contratación de red de servicios de régimen subsidiado*

Las Entidades promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del 60% con las Empresas Sociales del estado debidamente habilitadas en el Municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente *capacidad resolutiva,* también está sujeto al cumplimiento de requisitos e *indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas***.**

Resolución 1445 De 2006 (Acreditación). Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras De Planes De Beneficios

Grupo No. III.1 La organización cuenta con un *proceso que permanentemente* que permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) de prestadores de acuerdo con: El número de afiliados (demanda potencial),

las necesidades de los usuarios, de acuerdo con los servicios contenidos en el POS, y de acuerdo con la información recolectada y los grupos de riesgo identificados en el estándar II., y la localización geográfica de sus usuarios.

**Análisis de perfil epidemiológico y participación en la gestión del riesgo en salud**

Ya que uno de los requisitos al momento de realizar la planeación de los servicios a contratar, es analizar el perfil epidemiológico y aspectos relacionados a la gestión del riesgo en salud, es importante citar los requerimientos normativos para la administración y gestión del riesgo en salud.

Resolución 581 de 2004 MPS

*Estar No 3. Mantiene la estructura organizacional con la cual fue autorizada o ha reportado las novedades a la superintendencia nacional de salud en la que se garantizan los responsables y sus perfiles profesionales de la ejecución de los siguientes procesos, subprocesos o actividades***:**

3. Los procesos de prestación del plan de beneficios incluyendo los subproceso o actividades de: a. Identificación análisis de los perfiles etarios, epidemiológicos y socioeconómicos de la población afiliada. b. Diseño de un modelo de prestación acorde con el análisis de los perfiles de la población.

*Estándar No.5 Se tienen implementados los procesos y procedimientos de afiliación y registro presentados para la autorización, la implementación incluye actividades dirigidas a entrenar a los responsables y a verificar su cumplimiento. Los procesos incluyen:*

2. Los procesos para la definición, recepción y revisión de los documentos de afiliación que se incluya la información sobre perfiles etarios, estado de salud y socioeconómicos de la población afiliada.

d. Tiene definido los procesos de análisis y reporte de la información incluyendo su(s) responsable(s) de la información sobre las condiciones de salud de los afiliados por patología y grupo atareo, incluyendo la prevalencia de:

e. Las patologías de alto costo.

f. Las principales enfermedades crónicas y degenerativas.

g. Las principales causas de enfermedad obstétrica y perinatal.

h. Las principales causas de enfermedades infecciosas y enfermedades de inmuno prevenibles.

i. Las principales enfermedades por accidentalidad, trauma y violencia

j. Las principales causas de enfermedad mental.

k. Tiene definido los procesos de análisis y reporte de la información incluyendo su(s) responsable(s) de la información sobre las condiciones socioeconómicas de los afiliados, incluyendo la conformación de afiliados por estrato socioeconómico.

l. Tiene definido los procesos de análisis y reporte de la información incluyendo su(s) responsable(s) de la información demográfica incluyendo la conformación de población urbana y rural por municipio, la pirámide etárea de la población, el número de afiliados por grupos etarios, y por género, la densidad familiar y la relación cotizantes- beneficiarios.

Resolución 581 de 2004 MPS

*Estándar No. 4 Ha implementado el sistema de información, cuyo diseño presento para la autorización. El sistema incluye:*

1. La identificación de las fuentes, los mecanismos de captura y registro, transmisión, validación, consolidación y actualización de los datos sobre las condiciones de salud, socioeconómicas, geográficas, etarias y de género de sus afiliados.

- Tiene definido los formularios, instructivos y mecanismos de captura, actualización y disponibilidad de datos sobre las condiciones de salud, socioeconómicas, geográficas, etarias y de género de sus afiliados.

- Tiene definidos procedimientos de validación de los datos sobre las condiciones de salud socioeconómicas, geográficas, etarias y de género de sus afiliados.

- Tiene definidos procedimientos para administrar y procesar en base de datos los registros validados sobre las condiciones de salud socioeconómicas, geográficas, etarias y de género de sus afiliados y su actualización y novedades.
- Tiene definido los procesos de análisis y reporte de la información incluyendo su(s) responsable(s) en cada uno de los anteriores subprocesos o actividades.

*Estándar No33. Se tienen implementados los procesos de la planeación de la atención presentada para la autorización, la implementación incluye actividades dirigidas a entrenar a los responsables y a verificar su cumplimiento.*

1. Procesos de identificación y análisis de los perfiles etarios, epidemiológicos y socioeconómicos de la población afiliada.
- El mecanismo para identificar las condiciones de salud de cada afiliado en el momento de ingreso a la entidad y de consolidación de esta información para la identificación de los perfiles epidemiológicos de la población afilada.
- Las bases de datos de los afiliados incluyen la identificación del estrato socioeconómico y de los datos para el cálculo de la edad y de consolidación de esta información para la identificación de los perfiles etarios y socioeconómicos de la población afiliada.
2. El modelo de prestación acorde con los análisis de los perfiles de la población.
- El modelo de atención incluye al menos: La gestión de la oferta: Selección de prestadores, creación de guías de manejo, gestión de medicamentos y fármaco vigilancia, diseño y aplicación de mecanismos de pago, diseño y operación de la red de prestadores, definición de perfiles de los prestadores.

La gestión de la demanda: Perfiles de riesgo de la población, programas de promoción y prevención, educación a los usuarios, acceso al primer nivel, control de la utilización de servicios, vigilancia epidemiológica.

Resolución 1445 de 2006 (acreditación- gestión del riesgo)

-La EPS recolecta y procesa, para todo afiliado o beneficiario de su organización, una información básica sobre el estado de salud al momento de la afiliación o durante su contacto posterior con la EPS, tomando como fuente misma al usuario.

-La información recolectada anteriormente lleva a la descripción e identificación de grupos de riesgo poblacionales. Las personas o núcleos familiares incluidos en esos grupos comparten una serie de características comunes en estados de salud o factores de riesgo sobre su salud que generan procesos y programas especiales de atención.
-La EPS planea y conforma su red con base en los hallazgos de los análisis de riesgo de su población (es decir más allá del número de afiliados y su localización) y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de Educación, Promoción y Prevención.
-Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de planeación de la atención
- Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: seguridad continuidad, coordinación, competencia aceptabilidad efectividad pertinencia eficiencia accesibilidad oportunidad
-La EPS comunica a su red los hallazgos de los análisis de riesgo de su población y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.

Queda claro, una vez documentado las obligaciones desde la habilitación, y desde la acreditación, que las EPS debe planear y contratar sus servicios, con base en los hallazgos de los análisis de riesgo de su población (es decir más allá del número de afiliados y su localización), el reto es que debe establecer mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.

***Riesgos en el área de salud, conocerlo para y planear la contratación:***

-Información general de afiliados: número total, composición de cotizantes y beneficiarios, desagregar el número de afiliados por grupos etarios.
-Riesgos generales en salud: perfil epidemiológico de la población actualizado para cada vigencia; análisis de los cambios del perfil epidemiológico de la población comparando la

información del análisis de salud presentado en el año anterior; proporción de población demandante del total de la población afiliada a la EPS.

- Riesgos en salud priorizados: análisis de la situación de salud de los riesgos priorizados, indicando para cada uno de ellos, los grupos de riesgos priorizados, la proporción total de la población afiliada a la EPS, los programas de atención en salud implementados para cada riesgo en contrataciones anteriores; incluyendo las actividades de promoción y prevención, cobertura, cada riego debe estar desagregado por grupo etario; proporción de la población

Dentro la planeación de la contratación de servicios, también es indispensable revisar y analizar la suficiencia de red, como la capacidad resolutiva de las IPS a contrata, de esta manera, esta revisión técnica debe estar basada en:

***Medición de suficiencia de red***

El sistema obligatorio de calidad, las acciones SOGCAS, mejora en los resultados de salud, centrados en la atención al usuario, para efectuar la medicación de la calidad.

1. Accesibilidad la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantizan el Sistema.
2. Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basad en evidencias científicamente probadas que proponen por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que reunieron, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad: Es el gado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.
6.Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad: El plan cubre la atención para todos los afiliados en el régimen subsidiado, en todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar, otros profesionales de salud no especializados en forma ambulatoria con hospitalización

Además de tener en cuenta el análisis de estos indicadores que propone el SOGCAS; es necesario realizar una caracterización técnico administrativa de la red de servicios en salud.

*Caracterización técnico administrativa de red de servicios del primer nivel*

-Evaluación de la oferta: revisión de las bases de datos existentes en la Secretaria de Salud Departamental, análisis secundario de las mismas bajo los lineamientos técnicos establecidos.
-Análisis de la pertinencia de los estándares definidos en la legislación actual.
-Propuesta de ajuste de estándares, para la inclusión de nuevas variables e indicadores que permita valorar las prácticas en salud, y la visibilizarían de nuevos actores en la red de servicios, su oferta de servicios y su capacidad de acción en redes integradas, teniendo en cuenta el principio de complementariedad en la atención.
-Caracterización técnico administrativa de los niveles de atención, para este caso Nivel de atención primario según lo deseable en la estrategia de atención primaria que orienta la actual reforma en el Sistema de Seguridad Social en salud.
-Ajuste de la información secundaria obtenida en el punto a. mediante trabajo de campo para identificar instituciones y actores no registrados en las bases de datos de la secretaria de salud Departamental.
-Analizar suficiencia técnica de las ESE, instituciones prevalente en la prestación del servicio del primer nivel

- Cuantificación de la oferta (capacidad instalada, resolutiva y utilizada)
- Cuantificación de la demanda (demanda estimada).
- Relación Oferta – Demanda**.**

Capacidad Instalada: Se define como la mayor cantidad de servicios que puede ofrecer una institución con base en las siguientes variables:

- Infraestructura física (número de consultorios, salas, camas)
- Recurso tecnológico (quirófanos, unidades odontológicas, ecógrafos, otros),
- Recurso humano (médicos, odontólogos, enfermeras, otros profesionales no especializados para el caso de primer nivel de atención).

Capacidad Resolutiva: Se define como la capacidad de prestar servicios con el recurso humano que se tenga disponible (horas realmente contratadas por el recurso humano). Se ha evidenciado baja capacidad resolutiva de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones.

*Evaluación de la capacidad funcional y dinámica relacional entre oferta y demanda de servicios*

a. Caracterizar las relaciones contractuales entre prestadores y aseguradores en la red de prestación de servicios en Salud. (Portafolios de servicios, tipos de negocios, resolución de conflictos).

b. Determinar la percepción de los usuarios de la capacidad de resolución de problemas en salud de las instituciones prestadores de servicios.

c. Identificar la percepción de los prestadores de servicios de su capacidad de resolución de problemas en salud.

d. Analizar el estado actual del derecho a la salud, en la dinámica de prestación de servicios en salud entre la oferta y la demanda.

e. Caracterizar las barreras y los intereses de los actores en salud para integrase en redes de servicios en salud

f. Determinar la capacidad de interacción de los actores en salud para articularse e integrarse bajo el concepto de redes integradas de servicios en salud.

***Revisión documental en Caprecom EPS***

| FICHA TECNICA | |
|---|---|
| | |
| **Fuentes de Consulta (primaria y secundarias )Caparecom EPS** | - Acompañamiento procesos de autoevaluacion mejoramiento estandares de habilitacion para el proceso de contratacion. Entrevistados equipo de contratacion de red servicios, y equipo de calidad de las Institución. Fecha de realizacion 17 de febrero de 2014.<br>- Acompañamiento procesos de autoevaluacion mejoramiento estandares de habilitacion para el proceso de gestion del riesgo Entrevistados equipo de contratacion gestion del riesgo , y con el apoyo equipo de calidad de las Institución. Fecha de realizacion 18 de febrero de 2014.<br>- Modelo de Atencion en salud Caprecom 2011.<br>- Formato evaluacion de la condiciones de salud<br>- Encuesta socioeconómica .<br>- Manual de procesos contratacion de red de servicios.<br>- Perfil epidemiologico 2012.<br>- Perfil epidemiologico municipales 2012<br>- Formato de capacidad instalada.<br>- Base de contracion P y P 2012 |

*Evaluación de las condiciones de salud y encuesta socioeconómica*

Una de las herramientas para conocer la población, es la aplicación de la encuesta de salud y la encuesta socioeconómica, esta cuenta con las siguientes características:

Encuestas socioeconómica descripción: tiene cinco apartados compuestos por:

1. Información del cabeza de familia: dentro de los datos generales de identificación se encuentra la pertenencia étnica, y el grupo poblacional según la resolución 1149 de 2006.
2. Condiciones socioeconómicas del grupo familiar: Nivel de escolaridad, descripción de la vivienda tenencia y estado, distribución de habitaciones, medio de transporte para trasportarse al centro de salud más cercano.

3. Condiciones sanitarias: fuente y tratamiento del agua, disposición de las basuras, condiciones sanitarias de la vivienda de la cocina, del baño, manipulación de alimentos, ambiente psicoafectivo, el cuidado de los niños, pautas de comportamiento de los niños.
4. Población animal: riesgos causados por la población animal, falta de vacunas y convivencia con ellos, utilización de sustancias químicas y presencia de plagas.
5. Actividad económica: la actividad económica en la que normalmente se dedica la familia, el nivel de ingresos mensuales de la familia, percepción sobre suficiencia de los ingresos para cubrir gastos básicos del hogar.

*Evaluación de las condiciones de salud*

Esta encuesta también debe ser aplicada por las gestoras de vida sana y cuenta con los siguientes apartados.

1. Información del cabeza de familia: datos generales.
2. Información del grupo familia: datos generales, tamizaje estado civil, condiciones demográficas.
3. Antecedentes personales del cabeza familiar y/o su grupo familiar: características patológicas, padecimiento de enfermedades infecciosas, antecedentes de enfermedades crónicas, procedimientos quirúrgicos, enfermedades congénitas, referencias ginecoobstétricos.
4. Antecedentes de vacunación: información sobre vacunación del grupo familiar.
5. Discapacidades: información sobre padecimiento de alguna situación de discapacidad de los miembros de la familia, y el uso de medicamentos de manera permanente.
6. Hábitos de vida saludable: información sobre hábitos y riesgos expuestos por el grupo familiar (toma de citología, examen de seno, ingesta de alcohol, uso de drogas alucinógenas, frecuencia de ejercicio, higiene bucal. Exposición a riesgos como: (contaminación auditiva, contaminación ambiental, exposición a sustancias químicas, contacto con la sangre, exposición a fenómenos naturales, exposición al conflicto armado.
7. Factor Psicológico: comportamiento psicológico de los miembros del grupo familiar.

*Informe del perfil epidemiológico*

La fuente para construir este perfil, corresponde al proceso de recolección, consolidación, depuración y análisis de los registros individuales de prestación de servicios RIPS, consolidado de base suficiencia, base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILAM, fuentes del DANE y base de datos del INTEGR@s (Sistema de información de afiliados de CAPRECOM EPSS) y generadas por el periodo estudiado 2013.

El informe de este perfil contiene aspectos demográficos del departamento, y por subregiones, descripción de usuarios según tipo y grupo poblacional, distribución por género, descripción de la población económica activa, índice de masculinidad, de demencia senil, dependencia global, envejecimiento.

Por otro lado, presenta aspectos generales como el comportamiento al acceso del servicio de servicio de salud; análisis de las primeras diez (10) causas de movilidad por servicio, mortalidad de afiliados, eventos de interés en salud pública (SIVIGILA).
Finalmente presenta un capitulo como acciones de mejora de manera general y cita de manera puntual y sin descripción detalla recomendaciones y para generar estrategias de salud dirigidas a tres sectores de la población.

*Manual de Contratación*

El manual de contratación de red de servicios, en el sub-proceso ***identificación de necesidades*** que se analizara para este categoría, menciona que el proceso contratación de red de servicios debe partir de identificar las necesidades a través de análisis de tarifas, ficha técnica de oferta y demanda, estudio de la población, lineamientos de distribución, suficiencia de red, identificación del riesgo, frecuencias de uso, histórico de contrataciones, y diagnóstico de morbimortalidad.

*Modelo de atención*

El modelo de atención del 2011, el más actualizado a la fecha cuenta con un capitulo para gestión a la oferta, la cual contiene de manera muy general: la descripción de la red de servicios, el proceso de contratación, políticas, medidas para garantizar la contratación, la planeación, selección de prestadores, definición de perfiles, adopción de guías de manejo, y evaluación de suministro de medicamentos. Otro Capitulo hace referencia a la gestión de la demanda; aspectos como demografía, distribución por área de afiliación, densidad familiar y condiciones socioeconómicas de los afiliados. Finalmente plantea los programas de promoción y prevención centrados en patologías propias del embarazo, de la misma manera procedimientos y generalidades de acceso a los servicios de salud.

*Informe de autoevaluación cumplimiento de estándares de habilitación del proceso de contratación de red de servicios y gestión del riesgo*

Como resultados del acompañamiento realizado por el grupo de investigación a la autoevaluación del cumplimiento de estándares de habilitación, elaborada por el grupo de calidad al proceso de contratación de red, y gestión del riesgo, se evidencia los siguientes hallazgos con el fin de ser sometidos a planes de mejora.

- No se cuenta con una red alterna, en el caso que la red pública disponible no satisfaga los estándares e indicadores de calidad de la entidad, y no tengan capacidad resolutiva, no generen resultados óptimos ni contengan y tarifas competitivas.
- No se tiene definido, ni se aplica un proceso de análisis y reporte de la información que incluya, información sobre los prestadores de servicios de salud incluyendo la capacidad de oferta.
- No se cuenta con un *proceso que permanentemente* que permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) de acuerdo a las necesidades de los usuarios, de acuerdo con la información recolectada y los grupos de riesgo identificados. La planeación se hace sin contar con el análisis y participación del proceso de gestión del riesgo.

- Ya que uno de los requisitos al momento de realizar la planeación de los servicios a contratar, es analizar el perfil epidemiológico y aspectos relacionados a la gestión del riesgo en salud y la identificación de las necesidades reales de la población, se concluye que no se cuenta con una información analizada en forma detallada de los perfiles etarios, epidemiológicos y socioeconómicos de la población afiliada, y su grupo familiar.
- No se tiene un procesos de análisis y reporte de la información incluyendo responsable(s) de la información sobre las condiciones socioeconómicas de los afiliados, incluyendo la conformación de afiliados por estrato socioeconómico.
- El sistema de información INTEGR@S no tiene definidos procedimientos actualizados para administrar y procesar en base de datos los registros validados sobre las condiciones de salud socioeconómicas, geográficas, etarias y de género de sus afiliados y su actualización y novedades. Esta se hace manual, y no hay personal responsable de la actualización periódica de este insumo.
-El mecanismo para identificar las condiciones de salud de cada afiliado en el momento de ingreso a la entidad y de consolidación de esta información para la identificación de los perfiles epidemiológicos de la población afilada, no se realiza, las encuestas no se diligencian con la calidad esperada, tampoco se tabulan, y analizan.
-La información recolectada no genera un análisis de la descripción e identificación de grupos de riesgo poblacionales, por personas afiliadas y sus grupos familiares, de esta manera no se evidencia por grupos que compartan una serie de características comunes en estados de salud o factores de riesgo sobre su salud que generan procesos y programas especiales de atención.
-La red no se planea y conforma con base en los hallazgos de los análisis de riesgo de su población (es decir más allá del número de afiliados y su localización), no establece mecanismos que permitan planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de Educación, Promoción y Prevención.
-De la misma manera no se evidencia un plan para mejorar a profundidad la calidad de los procesos de afiliación y activación de planeación de la atención, a pesar de todos los hallazgos antes mencionados
- Por otro lado no se identificó un proceso que le permita comunicar a la red de servicios a contratar, los hallazgos de los análisis de riesgo de su población, por otro lado, no se establece

mecanismos que permitan planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.

*Medición de la suficiencia de red y análisis capacidad instalada*

El análisis de la capacidad instalada, se hace a través del diligenciamiento de una hoja en Excel, la cual debe ser construida en coordinación con el área de calidad, la información se registra por el prestador a solicitud del Director Regional, y se debe verificar por el equipo de Calidad durante el momento de la visita de auditoria, si no se encuentra con el formato diligenciado por parte del prestador, sebe iniciar al levantamiento de la información. Esta información contiene el: número de consultorios disponibles para cada especialidad, el número de consultorios en uso por cada servicio, registro del total de horas que el consultorio es utilizado en el día para el servicio correspondiente, el número de días que el consultorio es utilizado por cada servicio. Del servicio de hospitalización se registra lo siguiente: el número de camas disponibles para el servicio, el número de camas en operación para cada servicio, el registro del giro cama para el servicio, el registro del porcentaje ocupacional del último mes para sala de cirugías y sala de partos.

**Análisis hallazgos categorías documentales vs. Diagnostico Caprecom EPSS**

*-Insuficiente información en la recolección, consolidación, depuración y análisis en la construcción del perfil epidemiológico*

Dentro del estudio de los documentos técnicos , se evidencia insuficiencia en análisis de la información recolectada, pues la información disponible, no cuenta con la desagregación requerida, además existe insuficiente tabulación de las encuestas socioeconómicas, insuficiente tabulación de la evaluación de las condiciones de salud; los RIPS no llegan oportunamente a CAPRECOM y se dificulta la consolidación, de la misma manera estos no tiene la calidad esperada. Los insumos, para realizar los respectivos análisis y perfiles epidemiológicos parten de registros de la población afiliada y atendida, las IPS no lo hacen con la calidad esperada, no se realiza la notificación de casos de interés en salud pública y el diagnóstico de la población estudiada.

*-Diferencia entrevista de salud vs. Informe perfil epidemiológico de la población.*

No existe coherencia dentro de las variables propuestas en los instrumentos de recolección encuesta socioeconómica y entrevista de salud, con lo tabulado y analizado en el perfil epidemiológico y diagnóstico de la población, no se evidencia información clave sobre características patológicas, padecimiento de enfermedades infecciosas, antecedentes de enfermedades crónicas, procedimientos quirúrgicos, enfermedades congénitas, referencias ginecoobstétricos, no hay antecedentes de vacunación, información sobre padecimiento de alguna situación de discapacidad, información sobre hábitos de vida saludable y riesgos expuestos ni la descripción de comportamiento psicológico, toda esta información clara esta de todo el grupo familiar de los afiliados.

*-Diferencia entrevista encuesta socioeconómica vs. Informe diagnóstico de la población.*

No se idéntico de manera específica, una análisis socioeconómico de la población, donde a través de la información recolectada por la encuesta se tuviera una descripción de las condiciones socioeconómicas del grupo familiar, como nivel de escolaridad, descripción de la vivienda tenencia y estado, distribución de habitaciones, medio de transporte para movilizarse al centro de salud más cercano, de la misma manera, no se evidencia información sobre condiciones sanitarias como; fuente y tratamiento del agua, disposición de las basuras, condiciones sanitarias de la vivienda, ni aspectos como el ambiente psicoafectivo, y el cuidado de los niños. Finalmente la tipificación de riesgos causados por la población animal, el uso de sustancias químicas y presencia de plagas.

*-Modelo de atención desactualizado y no acorde al perfil epidemiológico y que permita una buena gestión del riesgo.*

- El diseño de un modelo de prestación, no es acorde con el análisis de los perfiles de la población, ni con un informe socioeconómico que describa de manera general un diagnóstico sobre los determinantes de la salud de población asegurada.
- No se cuenta con un proceso de análisis y reporte de la información que incluya responsable de la información sobre las condiciones de salud de los afiliados por patología y grupo etáreo,

incluyendo la prevalencia de patologías de: alto costo, principales enfermedades crónicas y degenerativas, principales causas de enfermedad obstétrica y perinatal, enfermedades infecciosas y enfermedades de inmuno prevenibles, enfermedades por accidentalidad, trauma y violencia sexual uno de los ejes principales del nuevo programa de salud pública, principales causas de enfermedad mental. De esta manera, no se refleja en el modelo de atención, estrategias para el tratamiento de estas enfermedades.

- El modelo de atención incluye de manera general aspectos generales manera y relacionados al cumplimiento de requisitos normativos, jurídicos, y legales tanto externos, como internos, sin embargo, no se evidencia en la definición de la oferta, la política y acciones para cumplir funciones claves de coordinar la conformación de redes integradas de servicios de salud, por otro lado, no es claro la adaptación de un modelo de atención basado en los determinantes de la salud, las políticas no tienen un alcance sobre los estándares, indicadores, capacidad resolutiva, y capacidad instalada que deben contar las IPS a contratar. De la misma manera, la caracterización de la oferta, se realiza de manera general basada únicamente en la descripción de la población según el SISBEN, los grupos poblacionales y sus identificación y densidad en las 32 territoriales. Aunque menciona la importancia de un trabajo intersectorial, no estructura la forma y/o estrategias de operativizar el mismo.

*Estudio y Selección de ofertantes basados en requisitos legales, jurídicos y no linean amientos que permitan el logro de resultado y la prestación del servicio de acuerdo a la calidad esperada.*

-Mediante el análisis de las políticas de contratación, manual de contratación y lineamientos del modelo de atención, se evidencia que estos solamente hace referencia al cumplimiento de requisitos básicos de contratación según la normatividad vigente, el cumplimiento requisitos jurídicos, legales y legales.
-No se tiene el comité de contratación instaurado, ni se cuenta con la participación en este del equipo de gestión del riesgo, promoción y prevención, médicos de cuentas médicas y concurrencia y calidad.

*Falta articulación y análisis de informes como estudio de capacidad instalada y la medición de sufiencia de red*

Las IPS del primer nivel de atención, al momento previo de la contratación, no suministran la información que permita caracterizar la oferta en términos de suficiencia y capacidad instalada, ésta es levantada por el grupo de auditoria que verifica la capacidad instalada de la IPS y los indicadores de oportunidad y todas las condiciones requeridas en el SOGCAS, la información que se recolecta el grupo de calidad, se realiza mediante visitas de dos funcionarios, para los 85 municipios donde actualmente se tiene población afiliada, de esta manera, en término de un año, se optime la verificación del 60% de red del primer nivel de atención. Finalmente el análisis de suficiencia de oferta y demanda, no se determina con oportunidad, o completa que permita ser un insumo al momento de la contratación de los servicios y/o selección de ofertantes.

Las herramientas de evaluación de la capacidad instalada y suficiencia de red, solo son suministradas en una pequeña parte por el área de calidad; es importante aclarar que falta más articulación de los insumos que se recolectan en las visitas de medición del SOGCAS en cada IPS el equipo de calidad, por otro lado, el equipo de auditoría de cuentas, no suministra información sobre frecuencias de uso a partir de la consolidación de RIPS, y el análisis de los mismos, de esta manera la información sobre la sufiencia de la demanda y/o población potencial a recibir el servicio en ocasiones esta desactualizada y/o no es real.

Dentro de los instrumentos identificados, no se mide la sufiencia, capacidad de recurso humano o grupos básicos, o los programas con los que cuenta las IPS dentro del primer nivel de atención, como la medición y suficiencia para la realización de actividades de promoción y prevención y la realización de actividades de inducción a la demanda.

*Deficiencias den el sistema de información para evaluar la oferta y necesidades reales de la demanda.*

Finalmente como de describió en los capítulos anteriores, el proceso de recolección y registro se realiza mediante hojas de cálculo, este método no permite el registro trasversal, por varios procesos que confluyen en la actividad de la planeación de la red; el incurrir en errores en el suministro del información, y la no automatización del proceso son efectos susceptibles del sistema. El Sistema INTEGR@s, carece de parametrizaciones de acuerdo a las necesidades, por ejemplo el módulo de contratación de red, solo está compuesto por el ingreso de los contratos, y la descripción de sus tarifas, con el fin de facilitar el proceso de autorizaciones y auditoria, pero no contiene, un módulo que genere interfaces entre información que ingresa calidad (capacidad instalada e indicadores de oportunidad y suficiencia, auditoría de cuentas el ingreso de RIPS y análisis de los mismos que permita la evaluación de las frecuencia de uso). Información necesaria a la hora de la planeación de la red.

Estrategias gerenciales

## ESTRATEGIA 1

*Estrategia gerencial con criterios de planeación y redimensión de la contratación a partir del análisis del riesgo en salud.*

### Líneas de acción

1. Reestructurar el manual de procesos, con el fin de tipificar la cadena de valor del proceso de contratación, incluyendo un proceso inicial que se denomine planeación, el cual contenga como procedimientos, la caracterización de la demanda, identificación de la oferta, diseño de red.
2. Para el diseño de la red, es necesario que se fortalezcan y consoliden la participación de la comunidad y sus organizaciones.
3. Ya que le perfil epidemiólogo, es un insumo para caracterizar la población, es necesario generar fortalecimiento en el proceso de gestión del riesgo, con el fin de que se condiciones reales de la población, consolide información sociodemográfica, condiciones y características del grupo familiar con la desagregación requerida.
4. El diseño de la contratación de servicios y selección de ofertas, debe estar basado en un diagnóstico de salud de la población, que contenga las características patológicas y su padecimiento, padecimiento de enfermedades infecciosas, antecedentes de enfermedades crónicas, procedimientos quirúrgicos, enfermedades congénitas, referencias ginecoobstétricos, antecedentes de vacunación, información sobre padecimiento de alguna situación de discapacidad, información sobre hábitos de vida saludable y riesgos expuestos ni la descripción de comportamiento psicológico. Toda esta información debe ser consolidad referente al grupo familiar de los afiliados.
5. Con el fin identificar las características de las IPS, revisar la medición de acceso y distancia para determinar el acceso geográfico, los corredores viales, incorporar la programación de orientaciones y prioridades zonales, y contratar servicios integrales que aporten a la afectación de todos los determinantes de salud, es necesario realizar un análisis socioeconómico de la población, el cual debe contener la descripción de las condiciones socioeconómicas del grupo familiar, incluyendo: nivel de escolaridad, descripción de la vivienda, medio de transporte para trasportarse al centro de salud más cercano, condiciones sanitarias, disposición de las basuras, y aspectos como el ambiente psicoactivo, y el cuidado de los niños.
6. Mejorar el análisis de la capacidad instalada y medición de la suficiencia de red, este debe ser oportuno y real, con el fin de redefinir la contración de la oferta de servicios. De la misma manera también es importante identificar cuáles de las IPS cuentas con grupos primarios y que adelantan estrategias de APS.
7. Dentro del sistema informativo, parametrizar nuevas variables en el módulo de contratación, que permitan realizar análisis transversales a la hora de la planeación.

**Categoría 2: Mecanismos y formas de pago – incentivos**

Los modelos y/o sistemas de pago son tal vez, los incentivos más poderosos con que cuentan las EPS, y son indudablemente, importantes para la eficiencia en el Sistema. Se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente. A través de la manipulación de los instrumentos de pago, se pueden incentivar conductas de las instituciones prestadoras de servicios que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios de acuerdo a la región donde se tenga población asegurada, la previsibilidad y gestión del riesgo financiero, categoría de análisis que se profundizara más adelante en el documento, la efectividad en la puesta en marcha y articulación del modelo de atención tanto de la EPS como de la IPS, y finalmente, la motivación para dar un servicio oportuno, transversal e integral al usuario, logrando así su satisfacción óptima.

De acuerdo a lo anterior, en el análisis de esta categoría se tratará de dar respuesta a ¿Cuáles son los mecanismos y formas de contratación actual? ¿Qué otros modelos existen? ¿Cuáles son las características de estos modelos? ¿Cuáles son las ventajas y/o desventajas de adaptarlos?, todo con el fin de generar una estrategia, que permita aportar en la modificación del modelo actual. Para esto se tomó como referente de consulta, los siguientes autores y normatividad vigente.

| **FICHA TÉCNICA** | |
|---|---|
| | |
| **Referentes Normativos y conceptuales** | Tobar, F., Rosenfeld, N., & Reale, A. (1998). Pérez Cáceres, M. M., & Velásquez Arango, A. M. (2013). Corredorb, Z. A. R., & Marínc, G. M. (2009). Molina-Marín, G., Vargas-Jaramillo, J., Berrío-Castaño, A., & Muñoz-Marín, D. P. (2010). Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Peiró, S., & García-Altés, A. (2008).<br>**Normatividad:** Resolución 1445 De 2006 (Acreditación), Resolución 581 de 2004 MPS, Decreto 4757 de 2007, Decreto 4747 2007 y Resolucion 1438 del 2011 |

## Normatividad

*Modalidades de Contratación según la normatividad*

Principales modalidades de contratación, según el Decreto 4747 de 2007 en su articulo 4°; menciona los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

a) *Pago por capitación*. 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; Capitación (cápita integral, parcial y especializada). Aceptación de un grupo de riesgo conformado por personas ubicadas en una territorialidad específica**.** Los requisitos para la negociación, en el artículo 52; reza que solo esta es permitida para el primer nivel de atención, para la negociación se debe tener en cuenta entre otros requisitos el análisis de los resultados contratación anterior, indicadores de gestión y resultados, resultados de los RIPS y estados financieros, resultados de la nota técnica, análisis variaciones del entorno: población, competencia, análisis objetivos para cada parte.

b) *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. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. Algunos requisitos son: requerimientos de información como: listado derecho habientes, listado de servicios, listado de referencia, listado de precios, sistema de registro de actividades y consumos, la Institución de servicios debe contar con: un sistema de gestión (capacidad de verificación de derechos, capacidad de facturación , capacidad de auditoria y respuesta a glosa), capacidad de gestión de

cartera, capacidad de capital de trabajo, un sistema de costos, capacidad de intervención en costos fijos, capacidad de trámite de autorizaciones.

El proceso de contratación por evento está definido en un primer momento por la negociación: definición de servicios, definición de tarifas (análisis de costos, análisis de precios de mercados), definición de mecanismo de autorización.

*c). Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.* Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

d) *Contrato por presupuesto global prospectivo:* su fundamente se basa en la evaluación y el mejoramiento, se establece mediante la determinación de: objetivos y metas de morbilidad y mortalidad, objetivos y metas de producción de servicios, objetivos y metas de reducción de costos fijos y variables, objetivos y metas de estados, financieros. Los requisitos para la negociación se estructuran en la evaluación resultados período anterior, fijación metas para el período actual, priorización de servicios, población y definición condiciones de calidad.

Por otro lado, con el fin de abordar los requisitos obligatorios que debe cumplir las EPS frente a la habilitación, acreditación, así como requisitos mínimos que estas deben cumplir frente a la contratación y la determinación de sus formas de pago, se cita algunos apartados, importante de analizar en ésta categoría.

Resolución 581 de 2004 MPS

*Criterio 37. Tiene implementada la red de prestadores de acuerdo con el diseño presentado para la autorización o las novedades reportadas a la superintendencia nacional de salud***.**

- Proceso y procedimientos de contratación que promuevan el equilibrio contractual.
- Modelos de contratación y pagos a los prestadores mediante los cuales atenderán los afiliados
- Tiene definidos Modelos de contratación y pagos a los prestadores mediante los cuales atenderán los afiliados
- Procesos y procedimientos de pago a prestadores de servicios incluyendo:
    1. La definición de los tiempos de pago a los prestadores a partir de la prestación del servicio
    2. La definición de los montos de los pagos a los prestadores en relación con las modalidades de contratación.
    3. La aplicación de las condiciones de calidad y acceso en la presentación de servicios
    4. Los estándares de calidad de los principales procesos de atención en salud, los concertara con los prestadores, en especial la demanda de servicios de urgencias. Atención obstétrica, atención perinatal, atención a la infancia y la atención de enfermedades de alto costo y le hace seguimiento
    5. Los procesos y procedimientos de referencia y contra referencia de pacientes
    6. Los puntos y procedimientos de referencia de pacientes en caso de que las condiciones clínicas de un paciente superen la capacidad tecnológica de la oferta de servicios de los municipios donde pretenden operar en los casos de urgencias
    7. Las instrucciones a los prestadores de servicios de salud para el manejo de las remisiones de los pacientes

**Negociación: Artículo 5º Decreto 4757 de 2007**

*22. Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.*

Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdo de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a) Por parte de los prestadores de servicios de salud:

- Habilitación de los servicios a prestar
- Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar 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
- Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definitivos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b) Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

- Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
- Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de a le entidad responsable del pago.
- Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red prestadora de servicios a los usuarios.
- Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizaran los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos, sea más favorable recibirlos en un municipio *diferente con mejor accesibilidad geográfica*.

23. *Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. artículo* 6°

- Término de duración.
- Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
- Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- Servicios contratados.
- Mecanismos y forma de pago.
- Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- Proceso y operación del sistema de referencia y contra referencia.
- Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
- Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisión de cuentas.
- Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- Mecanismos para la solución de conflictos.
- Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

**La elección del sistema óptimo de pago**

*Un balance entre Eficiencia y riesgos Financieros*

Según la teoría consultada, todos los sistemas de pago pueden definirse en función de dos variables. La primera, corresponde a los incentivos (dependientes de servicios que se

remuneran dentro de la unidad de pago definida). El segundo, consiste en la distribución de riesgos. A medida que se refinan las tarifas según las características de la asistencia, el riesgo financiero se traslada desde el prestador hacia el financiador o viceversa.

De esta manera, se pueden identificar dos tipos de instrumentos para establecer la base de un sistema de pago, dependiendo de dos características: según cuando se paga, o cuando se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagos. Aquí se distingue entre instrumentos prospectivos y retrospectivos. La variable clave que justifica esta distinción, es la *previsibilidad del gasto dentro del sistema*. Los instrumentos retrospectivos son mucho menos previsibles, porque el asegurador debe pagar cada mes la factura que le presentan los prestadores y tiene poca capacidad para preveer el monto total de dicha factura. Los modelos de pago prospectivo, son aquellos en donde la entidad aseguradora preestablece los volúmenes a ser pagos con diferentes grados de rigidez. Un ejemplo lo constituye el pago capitado, en el cual, la aseguradora sabe cuánto pagará a los prestadores de acuerdo a sus beneficiarios, pero independientemente de la utilización que estos hagan de los servicios.

Para resolver el dilema entre los pagos prospectivos, que plantean dificultades en la distribución de riesgos, y los retrospectivos, que fallan al proporcionar incentivos al derroche y la ineficiencia, los sistemas mixtos han creado esperanzas. Sin embargo, no resuelven el problema de la selección de la unidad de pago. Estas formas de remuneración se basan en una mezcla de pagos prospectivos (con un número finito de intervalos) y retrospectivos (número infinito de intervalos). Se pretende así, encontrar una solución intermedia entre la excesiva variabilidad de costos dentro de cada intervalo, en el caso de los pagos prospectivos, que redundan en un excesivo riesgo para los prestadores, pero poniendo costo a la ineficiencia y a la ausencia de variabilidad dentro de los intervalos que muestran los pagos retrospectivos, que eliminan el riesgo para el prestador y anulan todo incentivo a favor de la eficiencia.

*Los Modelos de Pago como Instrumentos de Gestión*

Las formas en que se paga a los proveedores de servicios de salud, están relacionadas con un conjunto de factores:

1. Condicionar la oferta.

• Porque cada forma de pago puede estimular la subestación, la sobreprestación, la derivación o la retención del paciente por parte del prestador.

• Porque unas formas de pago están estrictamente limitadas a los servicios curativos y otras son más compatibles con los preventivos.

• Porque alterando tanto la modalidad como los valores a ser pagos se puede estimular la concentración de profesionales en una determinada especialidad y área geográfica y se puede estimular el desarrollo de determinadas técnicas y conocimientos.

2. Condicionan la demanda.

• Porque algunos modelos facilitan más la inducción de la demanda por los médicos que otros.

• Porque cada modelo influye de determinada manera sobre la relación médico-paciente

3. Condicionan la gestión.

Los métodos de pago a proveedores han demostrado ser importantes en la determinación de cuanto servicio es distribuido, de qué clase y cuánto cuesta.

Son especialmente útiles para el control de costos.

Además algunos métodos permiten a las aseguradoras y entidades prestadoras de servicios de salud una mayor previsibilidad del total del gasto prestacional que otros.

Algunos estimulan más la eficiencia técnica que otros, algunos permiten un margen mayor para redistribuir los recursos que otros.

Algunos requieren de sofisticados sistemas de información y facturación que otros no.

En conclusión, los modelos de pago a proveedores deben:

• incentivan conductas de los prestadores relativas a la cantidad, calidad y productividad
• incentivan conductas de los prestadores relativas a la identificación con los objetivos de la organización y la solidaridad.
• incentivan conductas en los usuarios
• influyen sobre la satisfacción de los usuarios
• influyen sobre la motivación de los prestadores

### *Formas de pago*

| ***Variables*** | **Formas de pago** | |
|---|---|---|
| | **Agregadas (Prospectivo)** | **Desagragregadas (Retrospectivo)** |
| *Riesgo* | Distribuido | Concentrado |
| *Previsibilidad del gasto* | Mayor | Menor |
| *calidad* | Sobre prestación | Subprestacion |
| *Definición de salud* | Integral | Fragmentado |
| *Promoción y prevención* | Mejor adaptación | Difícil producción de acciones de APS |
| *Base de cálculo* | Incentiva el aumento de la base de negociación | Incentiva el aumento de la base de remuneración |
| *Relación médico - paciente* | Mayor tendencia a minimizar la atención | Intensifica la atención |
| *Eficiencia* | Efectividad | Productividad |
| *Recompensa* | no ofrecen recompensa a la productividad - necesidad de incentivos adicionales | Excesos recompensa a la productividad y estimulan la ineficiencia. |
| *Mecanismo de control y regulación* | Conveniente monitorear resultados (outputs). | Conveniente ajustar el tamaño composición de la oferta. |
| *Prestación de servicios* | Incentivan la subprestacion | Incentivan la soprestación |
| *Control del gasto* | Previsión y programación | Impresivilidad |
| *Intereses lucro* | Ingreso promedio IPS criterios que tienden a acortar el riesgo. | Contención del gasto-precio. EPS |

Tabla 3:. Resumen conceptual Tobar, F., Rosenfeld, N., & Reale, A. (1998). Elaboración propia

En conclusión, se puede plantear un modelo o sistema de pago, donde se retomen propuestas agregadas y/o desagregada, esta escogencia debe ser la opción más favorable para la entidad a la hora de conseguir resultados en salud, y en favorecer el equilibrio financiero de

las partes que confluyan en esta. Al plantear el modelo de pago se debe tener en cuenta las siguientes variables:

1. Actores
2. Conductas esperadas
3. Distribución del riesgo
4. Base de cálculo
5. Definición de salud
6. Previsibilidad del gasto
7. Relación Médico-Paciente
8. Mecanismos de Control y regulación
9. Limitaciones en relación a la Calidad: (Subprestación versus sobreprestación)

***Modelos de Incentivos***

Quién debe recibir los incentivos, cuánto debe pagarse, qué debe retribuirse, y el papel de los incentivos no financieros, del ajuste de riesgos y del clima organizativo, son los elementos esenciales del diseño de un modelo de incentivos o pago por objetivos. De esta manera, se tomaran algunos aspectos teóricos que permitan la inferencia en el tema, de acuerdo a los autores referenciados en la tabla de consulta.

El concepto de *pago por calidad (P4P),* reúne un conjunto de diferentes estrategias que intentan estimular la mejora de la calidad asistencial remunerando a los proveedores de atención sanitaria según sus resultados en el cumplimiento de objetivos de calidad o productividad predefinidos. Los elementos del diseño de los esquemas de P4P determinantes de su efectividad se refieren a quién debe recibir los incentivos, cuánto debe pagarse, qué debe retribuirse, la necesidad de incorporar ajustes de riesgos (sobre todo en los indicadores de resultados intermedios) y de tener en cuenta el clima organizativo, y la combinación óptima de incentivos financieros y no financieros.

Los *sistemas de pago por calidad o pago por objetivos,* forman parte de estos nuevos sistemas de retribuciones, que intentan estimular la mejora de la calidad asistencial remunerando a los proveedores de atención sanitaria por alcanzar objetivos de calidad, o productividad reestablecido. Sus elementos comunes son:

a) un conjunto de objetivos de calidad y/o eficiencia que delimitan el objeto evaluado.
b) criterios y estándares explícitos para definir el cumplimiento de los objetivos.
c) incentivos (recompensas) típicamente monetarios, cuya cantidad global está en riesgo y depende del nivel de objetivos alcanzado por cada proveedor. Los incentivos pueden ofrecerse en forma de pagos extra por realizar determinadas actividades (una variante de pago por acto), gratificaciones globales por alcanzar determinados niveles de objetivos y, en ocasiones, pueden incluir penalizaciones por resultados negativos.

*¿Quién debe recibir los incentivos?*

Una primera aproximación a esta pregunta, se refiere a si los incentivos deberían enfocarse hacia grupos de profesionales conjuntamente, hacia médicos individuales, o ambos. Los incentivos de grupo distribuyen los riesgos entre los profesionales que trabajan en un servicio, en un centro o en un equipo de atención primaria, o para el caso de la aplicabilidad de las APS Grupos básicos (prevención primaria)

*¿Cuánto es suficiente?*

En términos de posología (cantidad, frecuencia, duración) la relación dosis-respuesta de los incentivos es desconocida. Los incentivos, en teoría, para ser efectivos, deben compensar el esfuerzo realizado y deben suponer una parte sustantiva del conjunto de ingresos. Del mismo modo, los incentivos tendrán más efecto, cuando se implanten sobre esquemas básicos de pago capitado, que cuando se implanten sobre esquemas básicos de pago por evento o por grupo relacional.

*¿Qué retribuir?*

El *Pago por calidad y/o objetivos*, requiere la evaluación cuantitativa del trabajo de los clínicos, usualmente en función del porcentaje de pacientes de un subgrupo concreto (denominador) que experimenta un determinado resultado (numerador), o de la adhesión del médico a determinados estándares de proceso que se pretenden basados en la evidencia. El proceso de establecimiento de indicadores, menciona que debe ser clínicamente relevantes, válidas (racionalidad clínica), estables al menos durante unos años (para permitir comparaciones a lo largo del tiempo), factibles, sólidas (fiables) y capaces de orientar la organización hacia la mejora.

Los problemas para desarrollar este tipo de mediciones del trabajo clínico son muy importantes: a) ausencia de criterios de evaluación basados en la evidencia para muchos tipos de cuidados y para muchos tipos de pacientes; b) incertidumbre en la definición de los límites de la enfermedad y entre cuidados aceptables e inaceptables; c) escaso tamaño muestral y otros problemas estadísticos, que se incrementan enormemente cuando se quiere valorar a médicos individuales o la atención de subconjuntos pequeños de pacientes; d) diferencias en la gravedad de los pacientes atendidos por cada profesional o cada centro, que puede determinar notables diferencias en la mayor parte de las medidas de proceso o de resultado; e) escasez de evidencias sobre cómo serían los procesos óptimos de atención, especialmente el manejo longitudinal a largo plazo de pacientes, y f) factibilidad y costos, incluido el tiempo que los médicos y el personal de enfermería deben dedican a registrar datos.

¿Se requieren ajustes por gravedad?

Retribución en la familia subgrupos de pacientes homogéneos, eso quiere decir, se debe entregar un buen perfil epidemiológico a las IPS. Los pacientes con niveles educativos altos, buen nivel económico y apoyo familiar suelen cumplir mejor los tratamientos. Los indicadores deben estar construidos sobre subgrupos de pacientes homogéneos, con el fin de no favorecer la exclusión del sistema de estos grupos poblacionale, y reducir la calidad de su atención.

*Clima y cultura profesional y organizacional.*

Las características y el clima de cada organización en cada microsistema que contiene las IPS que se contraten, pueden influir notablemente en el impacto del pago por objetivos. Los microsistemas incluyen las relaciones con los pacientes y una imagen inadecuada de algunos de estos incentivos.

*¿Cuál es la combinación óptima de incentivos financieros y no financieros?*

Las estrategias no retributivas para la mejora de la calidad de la atención (guías, audit, feedback, procesos, difusión pública de los resultados) también han demostrado contribuir a la mejora de los indicadores, y tienen un importante potencial en su empleo aislado o combinado con el pago por calidad y/o objetivos, tal vez con efectos sinérgicos.

Además, los otros incentivos (orgullo profesional y reconocimiento institucional, satisfacción por el trabajo bien hecho, reconocimiento, oportunidades en capacitación para trabajar en áreas de interés), en este caso las acciones correspondiente al plan de beneficios del primer nivel de atención; pueden tener tanto o más peso que los económicos e incluso ser determinantes para crear un clima en que los incentivos monetarios puedan actuar positivamente.

***Limitaciones de la gestión por indicadores y el pago por objetivos***

La implementación de este modelo puede contener algunas limitaciones. Según la revisión teoría se pueden identificar las siguientes:

*Orientación a la reducción de la infrautilización*

La mayor parte de las iniciativas de pago por objetivos y/o calidad (P4P), se han centrado en incrementar la utilización de tratamientos efectivos, pero prácticamente no hay iniciativas para reducir la sobreutilización, Esta orientación, hacia la resolución de problemas

de subutilización podría agravar los problemas de sobreutilización, es previsible que el problema de la sobreutilización de servicios no efectivos (o incluso perjudiciales).

*Afectación de la equidad*

Para orientar las organizaciones hacia la reducción de las desigualdades, los indicadores deberían estratificarse por nivel socioeconómico, sexo o grupo étnico, un aspecto generalmente olvidado en el P4P, las consultas de las áreas más desfavorecidas, muestran peores indicadores aspecto que penalizaría a los centros que atienden estas áreas y, si se vinculan retribuciones a estos indicadores, generaría incentivos para intentar la exclusión de estos pacientes lo que sugiere que los esquemas de P4P podrían mejorar la atención de los más desfavorecidos, aun a costa de un incremento de las desigualdades.

*Efecto lupa*

Los indicadores que soportan los sistemas de P4P,se concentran casi necesariamente, sobre algunas actividades clínicas sencillas de medir incluyen la prescripción de determinados medicamentos (en buena medida, para la prevención primaria o secundaria) y en la realización de actividades preventivas, sobre todo en algunas poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas.

Las preguntas obvias son: ¿qué pasa con lo que no se mide?, ¿cuáles son los costes de oportunidad de la sobre atención a las actuaciones médicas que disponen de indicador?. De esta manera, aunque el estudio se centra en la necesidad de implementar un modelo de pago por incentivos a las IPS que presten servicios de primer nivel, no se debe dejar de reconocer la integralidad de los servicios de salud.

Validez de los indicadores

La validez de los indicadores utilizados. El concepto de validez, en este contexto, se refiere a la existencia de una relación causal sólida entre los niveles alcanzados en los indicadores utilizados para medir-retribuir la calidad (usualmente medidas de proceso y

resultados fisiopatológicos) y mejoras reales en resultados clínicos relevantes (como la mortalidad, la incidencia de episodios mórbidos, la reducción de complicaciones relevantes, las mejoras funcionales o de calidad de vida y otras medidas similares).

*La perspectiva de los pacientes*

Algunos trabajos sugieren, que los pacientes deberían incrementar su influencia en la evaluación de la calidad de la atención que reciben, y en las retribuciones de sus médicos, aunque reconocen que hay poca información para valorar si este tipo de medidas contribuiría, o no a la mejora de la calidad de la atención.

**Análisis hallazgos categorías documentales vs. Diagnostico Caprecom EPSS**

| **FICHA TÉCNICA** | |
|---|---|
| **Fuentes de Consulta (primaria y secundarias )Caprecom EPS** | - Acompañamiento procesos de autoevaluación mejoramiento estándares de habilitación por parte del grupo de Calidad interno al proceso de contratación. Fecha de realización 17 de febrero de 2014.<br>- Modelo de Atención en salud Caprecom 2011. (vigente)<br>- Manual de procesos contratación de red de servicios 2007. (Vigente)<br>- Resolución 5522 de 2013. Distribución UPC.<br>- RESOLUCIÓN N° 000817 DE 2013 manual integral de contratación de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones “CAPRECOM.<br>- Modelo minuta baja complejidad 2014. |

*Competencia en la definición del modelo de contratación*

Dentro del manual de integral de contratación, la competencia para ordenar, dirigir, los procesos de contratación, y celebrar cualquier clase de negocio jurídico corresponde al Director General de CAPRECOM, de esta manera la directriz sobre la modalidad de pago para el primer nivel de atención es establecida cada año, y según los diferentes periodos de contratación. Para el periodo de estudio 2013 y 2014, existieron dos formas de pago capitación y evento.

Dentro de la Territorial Antioquia, no se adelantó un estudio, que permitiera revisar de manera analítica la escogencia de una forma de pago, la cual fuera la más conveniente desde una perspectiva de formas de pago, de cara a los resultados en salud, y la sostenibilidad financiera, ni el lleno de los requisitos según la normatividad para la aplicación de estos.

*En este caso para la selección del pago por capitación*. (Vigencia de contratación del primer nivel 2013) , no se estima el lleno de los requisitos para la escogencia de esta forma de pago, elementos como: análisis de los resultados contratación anterior, seguimiento a indicadores de gestión y resultados, resultados de los RIPS y estados financieros, resultados de la nota técnica, análisis variaciones del entorno: población, competencia, análisis objetivos para cada parte.

Por otro lado la escogencia de la modalidad *Pago por evento (vigencia del 2014)***:** siendo que la unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente, no se realizó este tipo de estudio previo.

Según la documentación descrita en el capítulo anterior, el contrato de evento se constituye en una forma de pago desagrega, es decir retrospectivo, ya que se encuentra concentrado el riesgo en la EPS como aseguradora, la provisionalidad es menor, existe una subprestación de servicios, ya que el presupuesto de los contratos son consumidos sin ningún control, se realiza acciones específicas y no se favorece las acciones de atención primaria en salud, este forma de pago, puede incentivar la base de cálculo y proyección para el periodo de

contratación, según la teoría puede haber una aumento en la productividad y baja eficiencia, incentivando la sobre prestación. De esta manera, el control del gasto carece de previsión, como elemento para generar un control del gasto y la buena administración del riesgo en salud.

*Manual de contratación y Manual de procesos y procedimientos - Definición de tarifas y negociación*

En la revisión del Manual de Contratación Integral, como del manual de procesos de contratación de red de servicios, solo se identificaron requerimientos y procedimientos jurídicos, técnicos, funcionales, financieros, operacionales, administrativos y económicos, no se evidencio un procedimiento o lineamiento técnico para la estimación de tarifas que permitan saber el costo real del servicio que se contrata, y principios en la negociación, que permitan una estandarización y administración del riesgo.

*Modelo de prestación de servicios Institucional – contratación y políticas de formas de pago*

Dentro del documento existe un aportado denominado proceso de contratación de la red de prestación de servicios, en cual solo se menciona, que la atención en salud requiere de la garantía de la continuidad e integralidad en los servicio, entre otros, Caprecom en su calidad de asegurador debe garantizar estas condiciones a sus afiliados mediante la oferta de su red de servicios. Dentro del capítulo de políticas, esta solo está dirigida a: que se contrate solo con IPS con servicios habilitados, el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en el Decreto 4747 de 2007. Y la obligatoriedad de informar a la Supersalud, sobre los prestadores que no presenten los RIPS.

Por otro lado, dentro de las medidas, establece el cumplimiento de los porcentajes de la UPC autorizada para contratar, contemplada en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007, el Decreto 1020 de 2007 y la Circular 53 de 2007, y en la distribución interna de la UPC.

**Estrategia Categoría 2: formas de pago**

ESTRATEGIA 2

*Estrategia gerencial con mecanismos y formas de pago, en la contratación del primer nivel, que incentivan al aumento en los resultados de la salud de población asegurada.*

## Líneas de acción

1.Se debe estructurar un modelo de pago, a partir de un análisis estadístico, basado en formas de pago prospectivos y agregados, donde se determinen y midan objetivos y metas tanto de morbilidad y mortalidad, producción de servicios, reducción de costos fijos y variables, objetivos y metas de estados financieros, además dentro de este, se debe garantizar la entrega de requisitos para la negociación elementos como resultados del período anterior, fijación metas para el período actual, priorización de servicios, población y definición condiciones de calidad.

2. Se debe iniciar con varios estudios investigativos, a través de una buena sistematización de la información de indicadores de resultados, con el fin de establecer formas de pago, que estimen el costo real de la atención de servicios.

3. Dentro de la construcción del modelo de pago, se deben tener aspectos relevantes como: a.) actores b.) conductas esperadas: servicios con calidad, eficiencia, c). Distribución del riesgo debe ser compartido entre el prestador y asegurador d). Base de cálculo, debe ser programa y previsible e). Definición de salud f). Previsibilidad del gasto.

5. Para el establecimiento de un modelo basado en incentivos, se deberá fijar, un estímulo a la mejora de la calidad asistencial, remunerando a los proveedores por alcanzar objetivos de calidad o productividad preestablecida. Además elementos como: a) un conjunto de objetivos de calidad y/o eficiencia que delimitan el objeto evaluado. b) criterios y estándares explícitos para definir el cumplimiento de los objetivos. c) incentivos (recompensas) típicamente monetarios, cuya cantidad global está en riesgo y depende del nivel de objetivos alcanzado por cada proveedor. Los incentivos, pueden ofrecerse en forma de pagos extra por realizar determinadas actividades (una variante de pago por acto), gratificaciones globales por alcanzar determinados niveles de objetivos, en ocasiones, pueden incluir penalizaciones por resultados negativos.

6. Ya que el objetivo del estudio son los servicios del primer nivel de atención, los incentivos los debería recibir, las IPS que contribuyan a la administración los riesgos, para este caso puede estimularse, la puesta en marcha de los equipos APS, y las realización de actividades de promoción y prevención.

7. Establecer un proceso de indicadores relevantes y válidos se deben establecer al menos durante un año garantizando contrataciones de periodos anuales (para permitir comparaciones a lo largo del tiempo), factibles, sólidas (fiables) y capaces de orientar la organización hacia la mejora.

### Categoría 3: Articulación modelo de Atención Integral EPS- IPS

Dentro de esta categoría de análisis, se establecerá aspectos conceptuales y normativos, sobre algunos aspectos generales que contienen un modelo de atención actualizado, según normatividad vigente, por otro lado se describirán algunos aspectos y/o características de las relaciones que se generan entre la EPS como aseguradora y las IPS como prestadoras de servicios de salud. Finalmente, de manera general, se describirá algunos lineamientos que se debe implementar a la hora de realizar un seguimiento a resultados, y obligaciones adquiridas por el prestador al momento de suministrar el servicio.

| **FICHA TECNICA** | |
|---|---|
| | |
| **Referentes Normativos y conceptuales** | Peiró, S., & García-Altés, A. (2008). Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). Ramos, M. C. P. (2005). Banoy Ríos, J. O., & Jaimes Jaimes, N. C. (2013).<br><br>Normativo: Resolucion 1445 de 2006, Resolucion 1438 de 2011 |

***Resolución 1438 de 2011 Estrategia de atención primaria en salud***

En el Capítulo II, Acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención, articulo 11 describe que la Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención, deberán ser ejecutadas en el marco de la *estrategia de atención primaria en salud*, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. De la misma manera, determina que las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

Dentro del Capítulo III, Atención primaria en salud, decreta que se debe adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual estará constituida por tres componentes

integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

El Artículo 13 complementa de manera operativa las herramientas y técnicas de las cuales se debe hacer uso entre estas, menciona los siguientes elementos:

- El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
- Cultura del autocuidado.
- Orientación individual, familiar y comunitaria.
- Atención integral, integrada y continua.
- Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
- Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutividad.
- Participación activa de la comunidad.
- Enfoque territorial

El artículo 14, menciona la necesidad del fortalecimiento en los servicios de baja complejidad, con el fin de que estos tengan capacidad resolutiva, finalmente se citara e articulo 15 Equipos básicos de salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Dentro de sus principales funciones tratadas en el artículo 16, se encuentra la realizar diagnósticos familiares, la identificación del riesgo individual, familiar y comunitario, socializar e información, sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas, Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública, Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

***Resolución 1445 de 2006 (Acreditación). Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras De Planes De Beneficios***

Dentro de los estándares.

Los sistemas de *evaluación de desempeño de los prestadores*, entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes. La EPS debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:

- Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al usuario.
- Cuál es la filosofía de la EPS frente al usuario.
- Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la EPS que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios.
- Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios.

Por otro lado dentro del estándar III 10, menciona que os resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados, a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.

Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.

***Resolución 1445 De 2006 (Acreditación). Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras De Planes De Beneficios***

Dentro de los estándares.

Los sistemas de *evaluación de desempeño de los prestadores,* entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.

***Aspectos Conceptuales del Modelo de atención integral y actualizado***

*Atención primaria en salud (APS).*

La Declaración de Alma Ata definió la APS como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familias, y de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. De acuerdo con estos postulados, la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias.

*La renovación de la APS*

A partir de la evaluación de la estrategia de APS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia. La reorientación de los servicios de salud, dice la OPS, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben garantizar servicios de atención primaria como "puerta de entrada" (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación; complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social; introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

*La clave está en la reorientación de los servicios de Salud*

Las estrategias se separan en dos niveles: 1) para el desarrollo de sistemas de salud; 2) para la prestación de servicios de salud. Estas apuntan tanto al diseño del sistema como a su implementación, mediante cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades. En esta orientación son destacables: el rol coordinador de los servicios de salud y el trabajo intersectorial.

Las principales características de las APS son: el primer contacto, que implica mejor accesibilidad y utilización de servicios de salud y sociales por parte de los pacientes y los ciudadanos en general, según necesidad; la longitudinalidad, o la existencia de una fuente identificable y continua de atención en el tiempo, que facilita el conocimiento de la persona como un todo y de su contexto; la integralidad, que implica la organización de la respuesta según las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, mediante una mejor y más equitativa organización y asignación de los recursos e intervenciones de la APS, del sistema de salud, y de otros sectores; y la coordinación, que se refiere a la integración y continuidad de la atención mediante la disponibilidad de información acerca de los problemas del paciente y los servicios utilizados para hacer que esa información sirva mejor a las necesidades actuales

de atención integrada del paciente y de la comunidad, independiente de la fuente y tiempo de atención, y de la conducción de la referencia y contra-referencia a través de los distintos niveles de atención.

Después de haber descrito conceptualmente algunos conceptos y lineamientos básicos normativos del modelo de atención, es necesario puntualizar cuales son esos resultados de salud esperados, con el fin establecer canales de seguimiento y evaluación de desempeño dentro del contrato de ejecución

*Resultados de salud esperados*

Jiménez (2004) realiza un ejercicio conceptual sobre la calidad y eficiencia, estipulando como dos conceptos estrechamente relacionados, al punto que algunos consideran la eficiencia como parte de la calidad. Es obvio que un servicio cualquiera puede brindarse dentro de límites aceptables de calidad, con más o menos eficiencia, pero también es posible que una búsqueda desmedida de eficiencia vaya en perjuicio de la calidad.

Sin lugar a duda, es importante tener claro, cuáles son esos resultados de la salud, que se pretende lograr cuando se realice el acuerdo de voluntades con los diferentes prestadores de servicios de salud. Para el trabajo de grado, se tendrán dos variables importantes (el Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad en salud); ya que el tema central, es la contratación del primer nivel de atención, (los resultados de la salud que se alcancen de los programas de promoción y prevención), será el otro elemento de análisis.

*La calidad esperada desde el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de servicio*

El Sistema de Salud Colombiano, tiene unos indicadores de calidad en la atención en salud. Según el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (2011), el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), es el que tiene como función establecer indicadores que permitan obtener resultados en la mejora de la atención en salud centrada en el usuario, y estas mejoras deben poder ser cuantificadas, esto es lo que se denomina gestión basada en hechos y datos.

El Sistema de Información para la Calidad, busca a partir de la información de calidad generada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud ofrecer a los actores la información y los recursos necesarios para que esta gestión sea posible. Según lo establecido por la Resolución 1446 de 2006, los propósitos del Sistema son:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Sin lugar a duda, la calidad es uno de los requisitos que se tiene como referente en el proceso de contratación, y/o establecimiento del acuerdo de voluntades, sea en la etapa de la negociación y/o control de obligaciones del contrato.

Conceptualmente, el Sistema de calidad tiene unos dominios los cuales se implementan desde la promoción y prevención, hasta la rehabilitación y desde la prestación hasta el aseguramiento, los indicadores del nivel de monitorea el sistema, estos se han agrupado en cuatro dominios, los cuales pueden dividirse, en subdominios al interior de estos los indicadores pueden ser agrupados por temas:

Dominio Accesibilidad/Oportunidad: Los indicadores incluidos en este dominio, evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario. Sus subdominios son Acceso y Oportunidad.

Dominio Calidad Técnica: Indicadores que determinan en qué medida los procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente. Sus subdominios son efectividad de la atención y eficiencia de la atención. Dominio Seguridad del Paciente*:* estos

tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente. En este dominio se incluyen los que pertenecen al dominio Gerencia del Riesgo contemplados en la Resolución 1446 de 2006.

Dominio Experiencia de la Atención: estos evalúan la medida en la cual la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste. Debe tomarse en consideración durante el análisis la medida en la cual las percepciones son afectadas por las expectativas del usuario. Sus subdominios son percepción y lealtad.

*Resultados esperados en los programas de prevención y promoción –*

Teniendo en cuenta que el tema principal de la propuesta académica es la contratación del primer nivel de atención, es importante reconocer que este nivel de baja complejidad, incluye tanto la prestación de servicios asistenciales, de urgencias, como también las actividades de promoción y prevención. Por lo tanto, es importante documentar de manera general que programas, actividades y forma de medir incluye.

Para esto, el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, ordena el desarrollo de un sistema de evaluación y calificación de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, como resultado de la aplicación de indicadores relacionados con: la gestión de riesgo, los programas de prevención y control de enfermedades implementados y prevalencia de enfermedades de interés en salud pública. De la misma manera en el acuerdo 117 de 1998 establece que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana, no son demandados por los usuarios en forma espontánea y, por lo tanto, las Empresas Promotoras de Salud y Entidades, adaptadas y transformadas, deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.

Por otro lado, la Resolución número 4505 de 2012, establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Las actividades que deben ser registras corresponden a programas como:

programas der protección específica de enfermedades inmunoprevensibles definidas en el programa de ampliado de inmunizaciones (PAI), programas de protección específica de caries y enfermedad gingival, atención institucional del parto, atención institucional del recién nacido, atención en planificación familiar mujeres y hombres, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, detección temprana de las alteraciones del desarrollo joven de 10 a 29 años, detección temprana de las alteraciones del embarazo, prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, programa de prevención el cáncer cervicouterino, programa de prevención del cáncer del seno, programas de prevención temprana de alternaciones visuales y patologías oculares.

Para finalizar, dentro de la medición de resultados en salud, se deben tener en cuenta los indicadores de calidad para el mejoramiento continuo, que permitan medir el impacto en los programas y acciones como: crecimiento y desarrollo, programa de control prenatal, tasa de mortalidad en menores de cinco años, número de afiliados activos con diagnostico confirmado de VIH-sida, número de afiliados activos con diagnostico confirmados de cáncer, proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de 1 año, oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino, tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo menores de 5 años, tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo mayores de 65 años, proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada, tasa de mortalidad infantil, y proporción de bajo peso al nacer.

Una vez revisado los sistemas, normatividad, y los indicadores básicos para medir los principales resultados de salud en el primer nivel de atención (baja complejidad), queda claro, que los aspectos como calidad, y el registro y medición de las actividades de promoción y prevención; son requisitos básicos para garantizar como empresas promotoras de planes de beneficios, los resultados de salud esperados. Estas variables identificadas, deben hacer parte esencial y requisitos inaplazables en todas las etapas de la contratación, desde su negociación, hasta la ejecución y evaluación, todo con un fin último, el de garantizar la satisfacción de los usuarios y mejorar las condiciones de la población asegurada.

De esta manera, se alcanzará los estándares de eficiencia requeridos y se obtendrá una relación óptima entre los recursos disponibles, y los resultados de salud esperados, con el uso mínimo de recursos, claro está sin disminuir la calidad del servicio.

**Análisis hallazgos categorías documentales vs. Diagnostico Caprecom EPSS**

| **FICHA TECNICA** | |
|---|---|
| | |
| **Fuentes de Consulta (primaria y secundarias )Caparecom EPS** | - Modelo de Atencion en salud Caprecom 2011.<br>- Matriz de programacion y reguimiento P Y P 2013<br>- Matriz de seguimiento indicadores de calidad 2013<br>- Manual de procesos contratacion de red de servicios 2007. (Vigente)<br>- Manual de supervision y liquidación de contratos Caprecom Resolución 1738 de 2011. |

*Manual De Procesos y Procedimientos 2006 contración de red de servicios*

Los procesos que contiene el manual de contratación, con respecto a la articulación de acciones conjunta del modelo de prestación de servicios y el seguimiento a resultados por parte de las instituciones prestadoras de servicios son : *concertación de indicadores*, dentro de estos, se entrega generando aceptación de los indicadores a controlar , también se estima el reporte tanto a Caprecom como en la Super Salud, en la minuta se menciona, que se debe hacer una entrega del manual de indicadores y el formato, recepción y su posterior identificación. Dentro del manual de procesos y procedimientos, no se identifica un proceso para la inducción y espacio de encuentro con las instituciones prestadoras de servicios, que permitan la articulación e implementación del modelo de atención.

Frente al seguimiento a resultados, se encuentra en el proceso denominado ejecución de contratos de red de capitados dentro de estos se mencionan procedimientos como : hacer entrega a la IPS de copia del contrato, base de datos, matriz de ejecución de P y P, red de

servicios para referencia, instructivo para la formación de documentos, instructivo para reporte de cuentas, la generación de un certificado del supervisor de contratos, la recepción de los RIPS, realización del pago según manual de gestión y control de pago de cuentas. Este es el único procedimiento que se identifica un proceso de seguimiento a la matriz de vigilancia y control, frente a los porcentajes de indicadores de cumplimiento, y evaluación final del indicador de cumplimiento, y un informe sobre cumplimiento de actividades recibidas. Aunque se identifica el requerimiento de esta información como reporte de actividades, no se evidencia un mecanismo y/o un modelo de evaluación de desempeño, que este apoyado de un sistema de información trasversal que facilite el seguimiento que facilite la medición de resultados.

***Aspectos que requieren de una articulación eficiente en el momento de la contración***

*Proceso de referencia y contrareferencia*

Si bien es cierto, en el momento precontractual, y contractual se hace entrega de varios requisitos, obligaciones, anexos que dan cuenta de actividades, y obligaciones que debe cumplir tanto el contratista (IPS) como el contratante (EPS), no existe un mecanismos de articulación, y/o puesta en común de los procedimiento como un mecanismo de seguimiento frente al cumplimiento de este, por ejemplo, dentro de la minuta del contrato, se establece que la IPS debe efectuar las solicitudes de autorizaciones de servicios de salud requeridos por los afiliados, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 4747 de 2007, sin embargo actualmente esto no se lleva a cabo, el usuario actualmente adelanta el trámite de las autorizaciones del servicio.

*Atención de los eventos no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado – NO POS-S.*

Dentro de la minuta, se estipula que el si el servicio no está contenido en el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES, el contratista deberá comunicarse con el respectivo Ente Territorial y generar la autorización. Debido a que no hay proceso de inducción a los prestadores contratados, muchos de estos procesos, no se hacen o no se encuentran estandarizados.

*Modelo de atención de servicios y obligaciones estipuladas en la contratación*

Aunque en la minuta de contratación requiere al contratista que informe y registre todo lo relacionado con el cumplimiento del Decreto 1683 de 2013 para garantizar la portabilidad. No se evidencio un lineamiento y/o acto administrativo que permita la articulación, su implementación y mecanismo de seguimiento.

Frente al seguimiento a resultados, se evidencia que en la minuta de contratación se establece como obligaciones el suministro de informes y registros asistenciales y estadísticos sobre promoción y prevención y gestión del riesgo, sin embargo no se evidencia dentro del procesos de supervisión del contrato un mecanismo de control que permita con el insumo de los diferentes procesos misionales, ejercer una buena labor de cumplimiento, y medición de los mismos. Por otro lado, dentro de la auditoria que realiza el grupo de calidad a cada una de las instituciones prestadoras, no se realiza una auditoria a las actividades de promoción y prevención.

Por otro lado, dentro del forma de pago a las actividades de primer nivel, esta supedita únicamente como lo muestra la minuta de contratación a la auditoria al proceso de cuentas médicas.

**Estrategias gerenciales**

ESTRATEGIA 3

Estrategia gerencial, con Políticas y líneas de acción básicas, que permiten la articulación de modelo de atención en salud basado en atención primaria en salud entre EPS- IPS.

## Líneas de acción

1.Caprecom incluirá dentro de la cadena de valor del proceso de contratación , un espacio para la articulación e inducción periódica al proveedor, que permita la articulación y establecimiento de método de seguimiento con respecto a: la concertación de indicadores, el modelo de atención, forma de pago.

2. Caprecom cuenta con un modelo de seguimiento y desempeño de resultados de salud, con el fin de evaluar sus resultados alcanzados por parte de los prestadores.

3. La articulación con el prestador, es un indicador básico para el desarrollo de su modelo de servicios, en cuando al proceso de referencia y contrareferencia, autorizaciones no POS, portabilidad, de esta manera no solamente se registra como una obligación del prestador, sino que establece un proceso de inducción del procedimiento, y alineamiento de los equipos institucionales de (aseguramiento, referencia y contrareferencia y Comité técnico científico)

4. El modelo de atención de servicios, es actualizado e incluye acciones clara para promocionar los servicios del primer nivel de atención, utilizado la estrategia de atención primaria renovada, el cual se enfoca a individuos y a familias de la comunidad, mediante su plena participación , la longitudinalidad, la continua atención en el tiempo, la integralidad que implica la organización de la respuesta según las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, y la coordinación, que se refiere a la integración y continuidad de la atención mediante la disponibilidad de información acerca de los problemas del paciente, su familia y comunidad

5. El pago de servicios de primer nivel de atención, no solamente está supeditada a la auditoría de cuentas, sino a la certificación de cumplimiento de todas las obligaciones del contrato, entrega de informes, avances de resultados, incremento de indicadores, matrices de cumplimiento.

Líneas de acción

6. Se cuenta con un sistema de información integrado con el prestador, que permite la administración del riesgo en salud; de esta manera desde la verificación de la condición del afiliado se identifica y caracteriza el riesgo, como insumo para la acción de inducción a la demanda

7. Se cuenta con espacio de capacitación e investigación, donde se generan espacios entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicio, en el cual se comparten las experiencias exitosas, y se generan recomendaciones para incentivar una mayor conciencia de economía y control de costos y efectivo servicio para alcanzar los resultados en salud.

8. Para la medición de resultados, se incluye como informe la satisfacción del usuario, con el fin de evaluar el grado que el servicio cumple con los requisitos y especificaciones.

**Categoría 4: Administración de riesgo financiero**

Para la construcción y análisis teórico, se retomaron apartados de los siguientes referentes bibliográficos, con el fin de construir conceptos generales básicos, de la administración del riesgo financiero en salud.

| **FICHA TECNICA** | |
|---|---|
| | |
| **Referentes Normativos y conceptuales** | Méndez, J. N., Zapata, J. G., Castaneda, C., & Fonseca, S. M. (2012). Zuliban Pajaro Rafael & Naranjo, A, (2010).Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas – Facultad de medicina Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación En Salud (CRES) (2011). Ruiz Gómez Fernando, Centro de Proyectos para el desarrollo CENDEX. (2005).<br>Normativo: Resolución 581 de 2004 MPS |

***Resolución 581 de 2004 MPS***

*Criterio 37. Tiene implementada la red de prestadores de acuerdo con el diseño presentado para la autorización o las novedades reportadas a la superintendencia nacional de salud***.**

- Proceso y procedimientos de contratación que promuevan el equilibrio contractual.
- En los modelos de contratación, tienen calculado el riesgo financiero que se trasfiere al prestador y los mecanismos para comunicárselo antes de la contratación

*Criterio 39. Tiene implementada la nota técnica del POSS, como un instrumento que relaciona los indicadores de frecuencia de uso y su costo unitario, así como los márgenes per cápita del conjunto de servicios ofrecido por el plan, con el propósito de: a) evaluar permanentemente el comportamiento de los diversos indicadores frente al estado de salud de los afilados y el resultado financiero de ingresos y egresos, b) evaluar su comportamiento frente a indicadores considerados estándar para una población y para dicho plan, y c) servir de base para la interpretación del comportamiento de una población frente a los riesgos cubiertos por la entidad que lo ofrece, realiza un seguimiento periódico a la nota técnica y realiza los ajustes en la operación de la entidad de acuerdo con los hallazgos***.***

La nota técnica básica del POSS, incluye: La información de los servicios que se incluyen el plan de salud.

- a) Servicios prestados. Relaciona la cobertura de los servicios incluidos en el plan de salud.
- b) Número de casos por servicio de salud. Corresponde a la cantidad de servicios efectivamente prestados por la empresa durante un periodo de tiempo.
- c) Unidad de medida de los servicios de salud. Hace referencia a la identificación del número de casos ocurridos en la prestación de los servicios de salud.
- d) Costo de los casos atendidos. Involucra los costos ocasionados por el número de eventos atendidos en cada servicio. Periodo. La información consignada para la elaboración de la Nota Técnica Actuarial para un plan nuevo, como para la

modificación de tarifas de planes existentes corresponde por lo menos a un periodo anual.

Para el cálculo de la nota técnica básica, se toman en cuenta los siguientes procedimientos

- Determinación de la frecuencia de la utilización de los servicios de salud por sexo y grupo etario. La frecuencia para cada uno de los servicios ofrecidos por el plan, presenta el número de casos por usuario que resulta de dividir el número de casos que fueron atendidos durante un periodo (año) entre el promedio de expuestos del pan del mismo periodo.
- Frecuencia = Número de casos atendidos por servicio.
- Promedio de población expuesta al riego.
- Cálculo del costo unitario promedio de los servicios de salud por sexo y por grupo etario. El costo unitario promedio corresponde al cociente que resulta de dividir el costo total de los casos atendidos por el servicio dividido entre el número de casos por servicio.
- Costo unitario Promedio = Costo total de los casos atendidos por servicio
- N° de casos atendidos por servicio
- Estimación del margen de riesgo de los servicios de salud. Con el margen de riesgo se refleja el costo bruto de los servicios del plan por cada usuario. El margen de riesgo corresponde al producto entre frecuencia y costo unitario promedio para cada servicio. Por lo tanto su sumatoria representa el costo bruto esperado del plan por usuario.
- Margen de riesgo = frecuencia X costo unitario promedio.
- Cálculo de la tarifa total o de la correspondencia con la UPC. La tarifa total o la correspondencia con la UPC, incluye además de la tasa de riesgo del plan, el cubrimiento de los costos propios de la operación tales como los gastos administrativos y de ventas y la posible utilidad. Se incorpora en la tarifa el pago de bonos o vales o cualquier otra forma de pago moderador o pago compartido.
- Aplica procedimientos para realizar el seguimiento de la nota técnica y mecanismos al ajuste de la operación en casos de desviaciones en la expectativa del comportamiento de las frecuencias de uso de servicios.

***Precios del aseguramiento y gestión del riesgo***

La reforma realizada al sistema de salud en Colombia con la expedición de la Ley 1122 de 2007 introduce un nuevo elemento: la teoría del riesgo. A través de esta Ley se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Claramente, queda expuesta la perspectiva de riesgo que debe tener el sistema de aseguramiento en salud. En el artículo 14 el aseguramiento se define como la administración del riesgo financiero.

De esta manera, el riesgo trata de medir la probabilidad de ocurrencia de un determinado hecho, así como la probabilidad de que este evento genere un efecto no deseado en una población, su medición se hace través de la estimación del impacto o, mejor aún, de establecer las condiciones en las cuales una relación de eventos asociados se pueda repetir en múltiples experiencias.

Para el caso específico del estudio, se enmarco el riesgo desde una perspectiva financiera. Para esto, el riesgo se concibe como una pérdida potencial, debido a la realización de un suceso adverso, o la pérdida que puede producirse debida a la diferencia entre el resultado esperado y el resultado realizado, medida con una determinada probabilidad en un horizonte temporal determinado. La Resolución 1740 de 2008 define incertidumbre, como una situación sobre la cual no se conoce con seguridad si ocurrirá y, de ocurrir, cómo se comportará en el futuro, y también define riesgo como aquella incertidumbre que afecta negativamente el bienestar de los agentes económicos y el logro de los objetivos de la organización, en particular, se considera como riesgo la posibilidad de generarse una pérdida económica por la ocurrencia de un evento adverso.

A partir de esta definición, el objetivo de la administración de riesgos consiste en: prevenir pérdidas no esperadas y optimizar el desempeño financiero de los agentes, tomando en cuenta el rendimiento ajustado por riesgo, o como también se refiere la mencionada Resolución respecto al sistema de administración de riesgos, como los procesos, procedimientos y tareas sistemáticas de planear, hacer, verificar y actuar frente al riesgo. Este sistema puede ser parte integral de los sistemas de gestión de la entidad.

A partir de esta perspectiva de riesgo, se busca una mejor asignación de los recursos de modo que queden contemplados resultados en términos de administración del plan de beneficios, este campo juega un papel fundamental los precios del aseguramiento, es decir, el ingreso recibo por UPC específicamente en el régimen Subsidiado. Se espera que el total de las cotizaciones provea los recursos suficientes para pagar las atenciones en salud, los costos de la administración del sistema.

Ya que la perspectiva de la asignación del riesgo, pretende ser eficiente en la asignación de recursos de acuerdo a la administración y distribución de precios que se maneje, sin lugar a duda es un tema importante que se debe manejar como etapa previa a la contratación, pues el objetivo de esta es el gestionar el riesgo en salud y alcanzar los resultados en salud, los cuales deben apreciarse tanto en largo como en el corto plazo.

Respecto a esto, las acciones de las aseguradoras deben orientarse a disminuir la frecuencia y costo de las atenciones en salud, a través de programas de prevención acordes a los perfiles epidemiológicos de su población afiliada. En el segundo caso, los recursos percibidos por las aseguradoras se distribuyen de acuerdo a los costos diferenciales por poblaciones según edad, perfil epidemiológico u otras características; esto es posible porque los afiliados corresponden a diversos tipos de riesgo, algunos no demandarán servicios (cero riesgo), otros demandarán servicios de bajo costos y otros recibirán servicios costosos.

De acuerdo a lo anterior, la misión de la contratación de servicios debe ser realizar acciones de provisión de costos de acuerdo a nivel servicios, es y por ello que en el estudio

de la oferta se debe lograr un grupo de oferentes que ofrezcan la mejor relación calidad-precio, que logren un cubrimiento adecuado frente a los riesgos de salud de sus afiliados.

*Variables para hacer una aproximación al gasto*

- Base liquidación real del LMA. Régimen Subsidiado en el caso del objeto de estudio.
- Los registros individuales. RIPS Consistencia interna definida como la correspondencia entre las causas de atención y las variables de edad, sexo, así como la pertinencia de las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos entregados, con la edad, el sexo y las causas de atención.
- Cobertura del gasto reportado por parte de la información soportada en registros individuales de atención, tanto en históricos de contración, en informes de auditoría de cuentas como e informes de control de la información productos de la supervisión de contratos.

*Modelo de análisis*

Como se comentó en las consideraciones iniciales, dentro del Sistema la UPC es equiparada a una prima de seguro que reconoce el valor suficiente para asumir los costos derivados de la atención en salud de sus afiliados y tener un margen para los gastos de administración y las utilidades. De esta manera es importante valor el gasto en salud, teniendo en cuenta las siguientes variables:

- *Condigo CUPS:* descripción del servicio, actividad, procedimiento e incentivo, según CUPS, se incluye adicionalmente el código de medicamentos e insumos
- *Frecuencia de uso*: El número de fracciones de veces que se prestó o brindó un servicio, actividad, procedimiento e intervención, por un persona de la población afiliada.
- *Mínimo*: el menor valor que se toma de la distribución del valor del gasto en cada uno de los servicios, actividad, procedimiento e intervención.

- *Máximo*: es el mayor valor que toma la distribución del valor del gasto en cada uno de los servicios, actividad, procedimiento e intervención.
- *Promedio*: es el valor promedio de la distribución del valor del servicio, actividad, procedimiento e intervención (suma de todos los valores de la distribución del gasto / el número de valores de gato sumados)
- *Desviación*: es el valor promedio de las desviaciones de cada uno de los valores del gasto con el respecto al valor promedio.
- *Peso*: el peso relativo de la desviación estándar con relación al promedio del valor del gasto (desvest*100/Promedio
- *El valor del gasto*: el valor del gasto en servicios de salud por una de las personas afiliadas (suma de todos los valores de la distribución del gasto de cada uno de los servicios, actividades, procedimiento e intervenciones / total de las población de afiliados activos.

Todos los indicadores o ítems de medición establecidos anteriormente, son necesarios de observar y registrar a lo largo del tiempo, y registrar de esta manera se hace necesario desarrollar postulados científico en que se establece que los fenómenos eventuales, que circunstancialmente se producen o manifiestan al examinar continuadamente un mismo acontecimiento, decrecen en su irregularidad hasta adquirir una constante, a medida que aumenta el número de veces en que la observación es realizada o se extiende la masa de hechos a que se aplica dicha observación.

*Medición de precios en salud*

La medición de precios en salud deben contener los siguientes elementos:

• Estadísticas: La relación entre precios y producción, es difícil cuando una posible salida es la muerte. Esto introduce factores de ponderación de calidad particularmente complejos.
• Económicas: La existencia de condiciones de abuso moral, en el consumo de servicios hace que los costos marginales privados y sociales, sean diferentes.
• Regulativas: Existencia de precios impuestos por razones administrativas.

• Tecnológicas: El progresivo avance de la tecnología médica, lo cual impacta los precios en el mediano y largo plazo, reduciendo la comparabilidad.
• Arreglos organizacionales tales como los esquemas de administración gerencial relaciones contractuales complejas, combinaciones de producto y servicios.

**Análisis hallazgos categorías documentales vs. Diagnostico Caprecom EPSS**

*Medición de la frecuencia de uso :* Por su parte la evaluación de suficiencia de la red, se realiza mediante una hoja de Excel, la cual contiene la medición de variables por municipio, esta se compone de varios apartados; el primero de ellos contiene los datos generales de la población como número de afiliados, desagregación de algunos grupos poblacionales, y total asegurados por municipio; en una segunda parte, se describen los servicios que se tienen habilitados, para el estudio se tomaran los del primer nivel de atención según lo incluido en el POS, en un tercer apartado se registra el número de camas por servicio , número de salas, número de horas semana por servicio, número de recurso humano disponible, finalmente el instrumento contiene la descripción de los indicadores, para esto, se evalúa la suficiencia de los indicadores desde la oferta (relación número de recurso disponible y camas por servicios, relacionado con el número de usuarios), en otro apartado, se evalúa los indicadores de suficiencia de la demanda de los usuarios por servicio habilitado, teniendo en cuenta la frecuencia de uso histórico del servicio, demanda potencial del servicio, número de horas requerido según demanda. Finalmente cada uno de los indicadores, tiene una medición, se obtiene una calificación, denominada relación oferta vs demanda, la cual puede tener una calificación de estándar, crítico y/o alerta, por cada servicio.

*Herramientas para estimar el cálculo y administración del riesgo financiero*

Dentro de la revisión de los documentos secundarios de estas categorías, fueron pocos los hallazgos, pues no se evidencio ni políticas, modelos, actos administrativos, ni en el manual de procesos y procedimientos, alguna forma para identificar, medir, analizar, y trabajar el riesgo financiero, y el cálculo del gasto en salud. Por otro lado, los informes de auditoría de cuentas, únicamente dan cuenta de cantidades auditadas y glosadas a los prestadores, mas no

ofrecen información estadística, y juicioso análisis de la frecuencias de uso, esto en parte se debe a que la paremetrizacion del INTEGR@ sistema operativo que permite actualizar esta variables no se ha desarrollado de manera plena.

Por otro lado, tampoco se identificó dentro la Territorial, un análisis de las tarifas a partir de la nota técnica básica, no se identificó el registro sistemático de las siguientes variables que permitiera un análisis del costo: estimación de tarifas y de frecuencias de uso, promedio de la población expuesta al riesgo, cálculos de costos unitarios, costos promedios, número de casos atendidos por servicio, estimación del margen del riego.

De esta manera, no se puede realizar seguimiento a la herramienta de la nota técnica y mecanismos al ajuste de la operación en casos de desviaciones en la expectativa del comportamiento de las frecuencias de uso de servicios.

**Estrategias gerenciales**

ESTRATEGIA 4

Estrategia gerencial, con lineamientos generales que permitan realizar una gestión del riesgo financiero eficiente.

Líneas de acción

1. Mediante el establecimiento de modelo de contratación, se tiene identificado y caracterizado el riesgo financiero, que se trasfiere al prestador y los mecanismos para comunicar antes de la contratación.

2. Se implementa un nota técnica del POS a partir de registros estadísticos confiables esta contiene: Servicios prestados, cobertura de los servicios incluidos en el plan de salud, número de casos por servicio de salud, cantidad de servicios efectivamente prestados por la IPS durante un periodo de tiempo, unidad de medida de los servicios de salud (hace referencia a la identificación del número de casos ocurridos en la prestación de los servicios de salud), costo de los casos atendidos (involucra los costos ocasionados por el número de eventos atendidos en cada servicio). Todo con el propósito de tener sustento y validez, en la modificación de tarifas y de planes existentes correspondientes por lo menos a un periodo anual.

3. Se tiene establecido un proceso, que permite la evaluación del gasto, sus elementos de análisis son: base liquidación real del LMA, los registros individuales. RIPS y la cobertura del gasto reportado por parte de la información soportada en registros individuales de atención, tanto en históricos de contración, en informes de auditoría de cuentas como e informes de control de la información productos de la supervisión de contratos.

4. Existe un modelo para la medición de precios de salud, basado en estadísticas, reportes de condiciones económicas y principios regulativos, que permite el equilibrio financiero para las partes que confluyen en el proceso de negociación.

## Cronograma

El cronograma es realizado con base en la desagregación de las principales actividades de ciclo de vida del proyecto, como la identificación de tareas, semana, mes y año de realización, el cronograma se detalla en el anexo 4.

## Presupuesto

Según se describió en la factibilidad, el diseño de estrategias gerenciales, no requiere un plan de inversión detallado de ingresos, costos y gastos en la utilización de recursos físicos y tecnológicos, sin embargo, se realizó una proyección de los recursos básicos necesarios para el desarrollo del proyecto. Se adjunta anexo 5

## Conclusiones

Dentro análisis conceptual y la construcción de las cuatro estrategias, encaminadas a generar acciones de mejora, que pudieran modificar las causas del problema de cumplimiento parcialmente los estándares de eficiencia de la contratación del primer nivel de atención en salud, de la EPS Subsidiada del Estado.

De acuerdo a la elaboración de los siguientes resultados y productos: Resultado No. 1: Estrategia gerencial con criterios establecidos de planeación y redimensión de la contratación a partir del análisis del riesgo en salud, Resultado No. 2: Estrategia gerencial con mecanismos y formas de pago, en la contratación del primer nivel, que incentivan al aumento en los resultados de la salud de población asegurada. Resultado No. 3: Estrategia gerencial con Políticas y líneas de acción básicas, que permiten la articulación de modelo de atención en salud basado en atención primaria en salud entre EPS- IPS. Resultado No. 4: Estrategia gerencial, con lineamientos generales que permitan realizar una gestión del riesgo financiero eficiente. Se puede concluir lo siguiente:

-*Manuales de procesos y procedimientos desactualizados:* Para el estudio, se realizó la revisión de los manuales de contratación de red de servicios, en estos se evidencio, que no se caracteriza una a cadena de valor, que permita el establecimiento claro de procedimientos frente etapas secuenciales para la contratación técnica de los servicios de salud, están solo son de carácter de cumplimiento de requisitos legales, jurídicos y administrativos, dejando de lado etapas previas para calcular y caracterizar el riesgo financiero, y establecimiento de tarifas, procesos como la planeación de la red, y finalmente, procedimientos que contenga la descripción de la etapa de ejecución, donde se evalué el desempeño de cumplimiento de las obligaciones.

-Dentro del análisis y diseño de la estrategia tres, que consistía en dar lineamientos para la articulación del modelo de atención, se identificó que es necesario garantizar un modelo de seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero de prestación de servicio , epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de ña red prestadora de servicios contratada.

-Por otro lado en la revisión y análisis de las formas y mecanismo de pago , se evidencio la carencia de un sistema informativo claro, que estandarice desde la captura del dato, su registro e interpretación del mismo, por lo tanto, se hace necesario que adopte un proceso de estudios investigativos, que permitan a través de la sistematización de la información, aportar insumos con evidencias claros, para el estudio de administración de mecanismos de ajuste del riesgo tanto de salud como el financiero.

-El establecimiento de nuevas formas de pago, deben incluir el establecimiento de indicadores de desempeño e incentivos, es decir un sistema de pago por desempeño, prospectivo, para alcanzar el mayor logro de metas o resultados esperados.

-Es necesario que Caprecom EPSS, inicie un proceso de cambio y reestructuración en sus políticas, procedimiento y planes estratégicos, que le permita prepararse y dar respuesta a los retos contextuales de una posible reforma de la salud, y más aún, cuando esta reforma, está basada en la evaluación de desempeño por parte de las aseguradoras, para garantizar su continuidad, la operación debe estar basada en el porcentaje y cumplimiento de los indicadores, según estándares definidos. El no cumplimiento de estos afectará en un porcentaje los gastos de la administración, a los que se puede acceder como gestora.

-En la revisión del Manual de Contratación Integral, como del manual de procesos de contratación de red de servicios, solo se identificaron requerimientos y procedimientos jurídicos, técnicos, funcionales, financieros, operacionales, administrativos y económicos, no se evidencio un procedimiento o lineamiento técnico para la estimación de tarifas que permitan saber el costo real del servicio que se contrata, y principios en la negociación, que permitan una estandarización y administración del riesgo.

- Iniciar un proceso de participación intersectorial y territorial que le permita una mejor implementación en el desarrollo de su modelo de atención , fue una de los hallazgos en la generación del resultado No. 3, la articulación entre el modelo de atención entre prestadores y aseguradoras es necesario; de esta manera, el generar una inclusión en espacios de participación y planeación territoriales, permitirán implementar acciones encaminadas a la atención primaria en salud, aspecto que se identificó como acción de mejora dentro del modelo de atención de servicios.

-Ya que el proceso de contratación de red de servicios, debe contar con un proceso de planeación que le permita analizar varios aspectos de la caracterización de la población, en la elaboración de un perfil donde se identifique lo que realmente demanden los usuarios, así como el análisis del gasto para mejorar en la negociación de tarifas. Se hace necesario, que se inicien espacios de investigación, innovación y desarrollo tecnológico, con el fin de tomar decisiones a partir de evidencias científicas, validez y claras dentro de la contración de red de servicios.

-Dentro del diseño de la estrategia para logar una articulación entre las IPS y EPS, se evidencio, la necesidad de iniciar con un proceso de inducción periódica con los prestadores, que permita no solo la implementación de un modelo de seguimiento de resultados, sino la sincronización y alineamientos de procesos como referencia y contra referencia, implementación del portabilidad y procesos de autorizaciones de CTC, de esta manera se impactara en la disminución de barreras de acceso, y al incremento de la satisfacción del servicio recibido por el usuario.

-Para el establecimiento de un modelo de costos del servicio, es necesario realizar un análisis estadístico mediante observaciones y registros constantes, de la misma manera, el seguimiento a indicadores o ítems de medición establecidos medidos a lo largo del tiempo, pueden desarrollar postulados como insumos de análisis de costos. De esta manera el estudio, aunque cumple con su objetivo de generar algunos lineamientos generales según el alcance, es necesario iniciar un proceso más profundo, sobre todos los indicadores e informes que realiza el proceso de promoción y prevención, calidad, y auditoria, áreas que confluyen en la estimación y seguimiento tanto a resultados como de costos.

-La responsabilidad de identificar el riesgo y participar en todos sus etapas de administración (identificación, medición, evaluación y cuantificación), también lo deben asumir las IPS, de esta manera, se hace necesario implementar un procedimiento regulado por un sistema de información compartido, en el cual se logre el registro y análisis de la información de las anteriores etapas.

Para finalizar, es importante reflexionar que quizás este ejercicio académico y el alcance del objetivo, se quede corto para responder a los lineamientos, políticas, y líneas de acción necesarios para incidir en logro relación más eficiente, entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada, acciones programadas conseguir de la contratación de servicios de primer nivel, pues finalmente el plantear estrategias gerenciales solo esboza de manera general, algunos lineamientos de central interés desde un nivel estratégico, para realizar cambios y mejoras, como en los manuales de

procesos, construcción de políticas, realizar ajustes en modelos de medición, en modelos y formas de pago, y en la proyección para la estimación del gasto en salud.

De esta manera, sería interesante profundizar en una investigación que permita medir y tener guías, procedimentales más desagregados y detallados en el alcance de las estrategias generales planteadas.

## Referencias

Alzate, M. R., Espinosa, S. I. A., CARDONA, Á., SEGURA, M., & ZEA, A. T. (2010). Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia. CES Medicina, 24(1).

Amaya, J. A. (2005). Gerencia: Planeación & Estrategia. Universidad Santo Tomas de Aquino

Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia AESA, (2013). Contratación De Servicios De Salud: Normatividad y Aspectos Técnicos. Medellín

Allen, A. R. (2009). La doble cara de la reforma del sector salud en Costa Rica en la década del noventa. Realidad: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, (119), 131-167.

Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 8, 55-70.

Arredondo, M. V., Borrero, Y. E., Pérez, E. M., Franco, N. E. M., & Manrique, F. D. M. C. (2009). Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta. Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia, 27(3), 356-363.

Banoy Ríos, J. O., & Jaimes Jaimes, N. C. (2013). ¿Como medimos la percepción de calidad y satisfacción del cliente en el en el sector salud colombiano?

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Bol Sanit Panam, 10(4), l-7.

Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. Ciênc. saúde coletiva, 16(6), 2817-2828.

Castaño, R. A., Arbelaez, J. J., & Morales, L. G. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Naciones Unidas, CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Ejecutiva.

Castro, e. M. S. Justicia social y derecho a la salud en Colombia. (2011) ,32-47

Congreso de la República. (2007). Ley 1122 de 2007: por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso

Congreso de la República. (2011). Ley 1438 de 2011: por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso

Congreso de la República. (2013). Proyecto de Ley 210 de 2013: texto aprobado en sesión de plenaria del Senado de la Republica los días 15 y 16 de octubre 2013, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso

Congreso de la República. (1993). Ley 100 de 1993, diciembre 23: por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El congreso.

Chiavenat, Idalberto, (2004). Introducción a la Teoría general de la administración. Séptima edición, México.

Corredorb, Z. A. R., & Marínc, G. M. (2009). Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006a. Investigación y Educación en Enfermería,27(1), 78-85

García Fariñas, A., & Gerardo Álvarez Pérez, A. (2006). Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Revista Cubana de Salud Pública, 32(2), 0-0.

Gorbaneff, Y., Torres, S., & Contreras, N. (2005). En búsqueda de la eficiencia. Gerencia y Políticas de Salud, 4(8).

Echeverri, O. (2008). de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica, 24(3), 211.

Echeverri, P. G., Garcia, D. T., & Rodríguez, O. L. Z. ANALISIS Y EVALUACION ESTRUCTURAL FUNCIONAL E INTERACCIONAL DE LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA INVESTIGADORES.

Eslava, C., & Carlos, J. (2002). Promoción y prevención en el sistema de salud.Rev. salud pública, 4(1), 1-12.

Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. Ciencias Sociales, 11, 35-53.

Franco-Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud (APS).¿ De regreso al pasado?. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 30(1).

Jiménez, P., & Nereida, D. (2011). La gestión del riesgo en salud en Colombia(Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

Jiménez Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Revista cubana de salud pública,30 (1), 0-0

Jurado Burbano, L., & Velasquez Pantoja, Y. (2012). Analisis de suficiencia de red de servicios de baja complejidad en el Departamento de Nariño de la EPS-I Mallamas (Doctoral dissertation).

Huerta, E., Bourg, D., & Carlos, J. (2010). Pensamiento estratégico: el entramado epistémico en gerencia de salud pública. CICAG, 6(1), 117-130.

Ospina Naranjo, W., & Villegas Aristizábal, J. E. (2012). El plan de desarrollo departamental 2012-2015 "Antioquia la más educada" y su contribución al bienestar y desarrollo de la comunidad antioqueña: medición con indicadores claves de resultado.

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. (2011). Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud.

Pérez Cáceres, M. M., & Velásquez Arango, A. M. (2013). Modelos de contratación en el sistema de salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores (Doctoral dissertation).

Peiró, S., & García-Altés, A. (2008). Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria, 22, 143-155.

Piñeros, H. R. R. El sistema de salud necesita un cambio de fondo, no de forma. Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia.

Ramos, M. C. P. (2005). Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS.

Realpe, C., Escobar, G. M., Largo, B. C., & Duque, B. (2002). Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002.Colombia Médica, 33(3), 102-107.

República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [internet]. Disponible en: http://www. colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf. Consultado marzo 2014.

Restrepo Sepulveda, C. F., Flórez Hernández, J. A., Montoya Martínez, D. J., & Díaz Mercado, Y. E. (2012). Modelo de atención de salud familiar en la república de Colombia (Doctoral dissertation)

Ruiz-Rodríguez, M., Acosta-Ramírez, N., Rodríguez Villamizar, L. A., Uribe, L. M., & León Franco, M. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Revista Salud Pública, 13(6), 885-896.

Ruiz Gómez Fernando, Centro de Proyectos para el desarrollo CENDEX. (2005). Resultados estudio indicativo de precios en el sistema general de seguridad social en salud. Informe final documento Técnico.

Sura Empresa Promotora de Servicios de Salud (2011), Sistema de Administración de riesgos. En:http://www.minsalud.gov.co/_layouts/15/osssearchresults.aspx?u=http%3A%2F%2Fwww%2Eminsalud%2Egov%2Eco&k=SAR%20EPS. Marzo 31 de 2013

T hompson, A. y Strickland, A. (2004). Administración Estratégica (13ª ed.), México, McGraw Hill.

Tobar, F., Rosenfeld, N., & Reale, A. (1998). Modelos de pago en servicios de salud. Cuad Med Soc, 74, 39-52.

Méndez, J. N., Zapata, J. G., Castaneda, C., & Fonseca, S. M. (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano–dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro (No. 009899). FEDESARROLLO.

Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). Sistemas de salud Un marco para evaluar el desempen o de los sistemas de salud. Boletín de la OMS, recopilación de artículos, (3).

Ministerio de Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

Molina-Marín, G., Vargas-Jaramillo, J., Berrío-Castaño, A., & Muñoz-Marín, D. P. (2010). Características de la contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, Medellín, 2007-2008. Gerencia y Políticas de Salud, 9(18)

Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). Sistemas de salud Un marco para evaluar el desempen o de los sistemas de salud. Boletín de la OMS, recopilación de artículos, (3).

Núñez, J., & Zapata, J. G. (2012). Financiera.

Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, Arias, R. D. G., Villa, J. L., Velez, W. V., Ospina, F. L. R., Ruiz, A. O. M., ... & Peña, G. S. V. (2009). Manual de gestión de proyectos. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

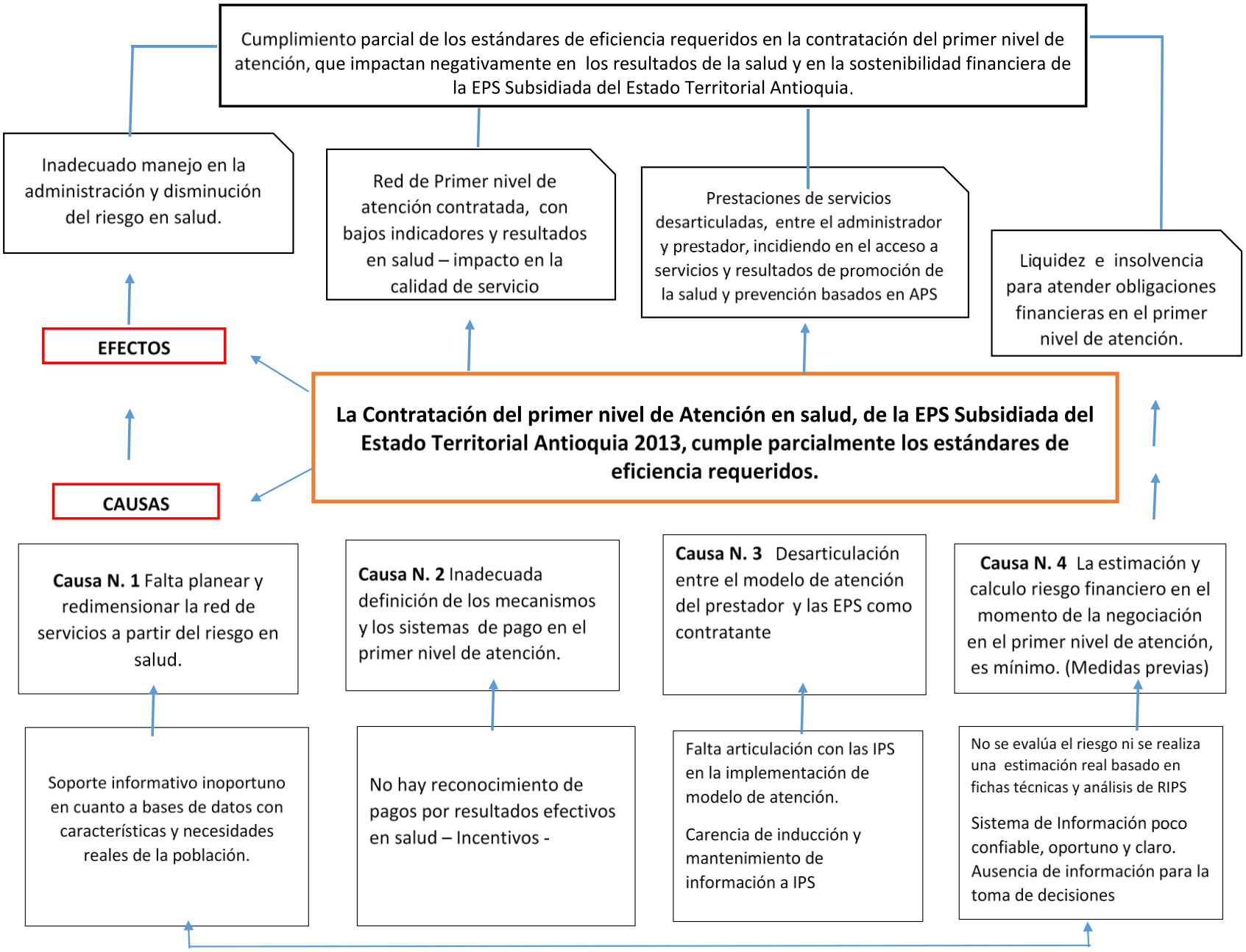
Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas – Facultad de medicina Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación En Salud (CRES) (2011). Informe del cálculo de la unidad de pago por capitación nota técnica

Vega Romero, R., & Carrillo Franco, J. (2006). APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a su Hogar'en Bogotá. Gerencia y Políticas de Salud, 5(11).

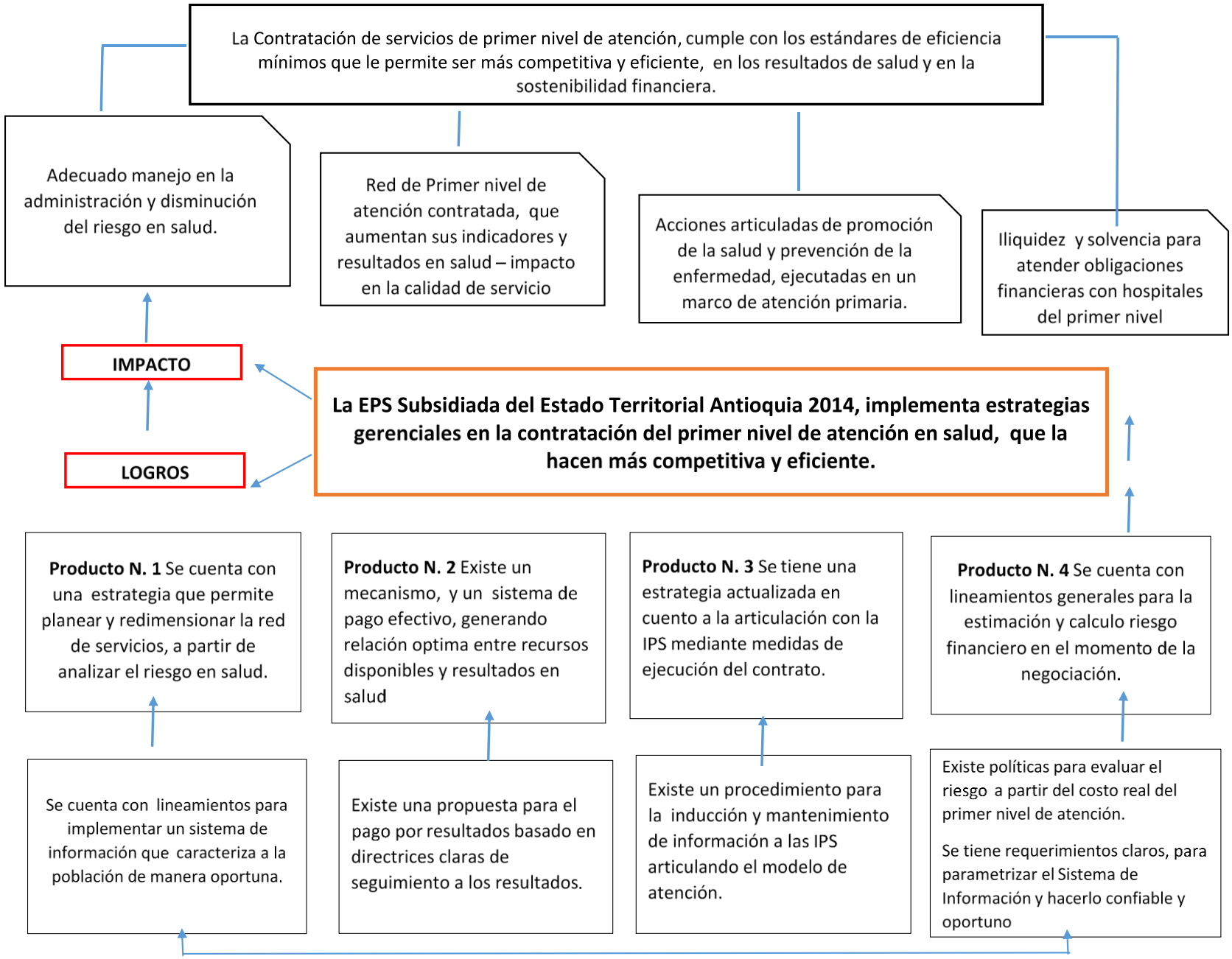
Zuñiga Paz & Gomez, E., Ospina B.L, (2011), Evaluación de suficiencia técnica y viabilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado del Municipio de Cali años 2008 y 2009.

Zuliban Pajaro Rafael & Naranjo, A, (2010), Principios para la Gestión Integral del Riesgo del Aseguramiento En Salud

## Anexo 1 Árbol del problema



## Anexo 2 Árbol de Soluciones



| ANEXO N. 3 MATRIZ DEL MARCO LOGICO - CONTRATACIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CAPRECOM EPSS | | | |
|---|---|---|---|
| **Problema Principal** | **Producto Final esperado** | **Objetivo del Proyecto** | **Objetivo Global** |
| La Contratación del primer nivel de Atención en salud, de la EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2013, cumple parcialmente los estándares de eficiencia requeridos. | La EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2014, implementa estrategias gerenciales en la contratación del primer nivel de atención en salud, que la hacen más competitiva y eficiente. | Diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud en la EPS Subsidiada CAPRECOM Antioquia 2013-2014, mediante un análisis conceptual y normativo de sus requisitos básicos, con el fin de alcanzar una relación más eficiente, entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada. | El proyecto pretender contribuir a cerrar la brecha que existe entre la ***oferta*** de servicios de atención primaria en salud por parte de las entidades prestadora de servicios, y la ***demanda*** la población a partir de la contratación de servicios que den respuesta al estudio del perfil epidemiológico y las características de la población real. |

| **Resultado No. 1: Estrategia gerencial con criterios establecidos de planeación y redimensión de la contratación a partir del análisis del riesgo en salud** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Problema Especifico (Causa)** | **Productos finales específicos** | **Productos intermedios** | **Objetivos específicos** | **Indicador de logro (verificable)** | **Medición de Verificación** | **Fecha de Entrega** | **Responsable** | **Supuesto** |
| **Falta planear y redimensionar la red de servicios a partir del riesgo en salud.** | Se cuenta con una estrategia que permite planear y redimensionar la red de servicios, a partir de analisis del riesgo en salud. | Análisis documental sobre criterios necesarios para la planeación y redimensión de la contratación a partir del riesgo en salud. | Analizar los criterios necesarios para la planeación y redimensionamiento de la contratación, mediante una tabla de categorías documentales. | # de documentos analizados sobre planeación de la contratación<br>----------<br>Total de criterios identificados para realizar una buena planeación de la red. X 100 | Tabla con categorías documentales sobre la planeación de la contratación | 02/04/2014 | Grupo Investigador | Actualmente cursa un proyecto de reforma de la salud pendiente de legislar. La expedición de nueva normatividad que reglamente otro tipo de funciones a las EPS, se configura en un factor de éxito para la implementación del objetivo propuesto. |
| | | Estrategia gerencial con criterios para la planeación de la contratación del primer nivel de atención en salud, a partir del analis del riesgo en salud | Diseñar una estrategia gerencial, que permita identificar criterios claros para planear y redimensionar la contratación de servicios del primer nivel de atención, de acuerdo al análisis del riesgo en salud. | # de estrategias formuladas sobre planeación de la contratación<br>----------<br>Total de posibles estrategias identificadas para realizar una buena planeación de la red. X 100 | Estrategia gerencial de planeación de la red a contratar. | 07/04/2014 | Grupo Investigador Asesor Temático | |

**ANEXO N. 3 MATRIZ DEL MARCO LOGICO - CONTRATACIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CAPRECOM EPSS**

| Problema Principal | Producto Final esperado | Objetivo del Proyecto | Objetivo Global |
|---|---|---|---|
| La Contratación del primer nivel de Atención en salud, de la EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2013, cumple parcialmente los estándares de eficiencia requeridos. | La EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2014, implementa estrategias gerenciales en la contratación del primer nivel de atención en salud, que la hacen más competitiva y eficiente. | Diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud en la EPS Subsidiada CAPRECOM Antioquia 2013-2014, mediante un análisis conceptual y normativo de sus requisitos básicos, con el fin de alcanzar una relación más eficiente, entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada. | El proyecto pretender contribuir a cerrar la brecha que existe entre la ***oferta*** de servicios de atención primaria en salud por parte de las entidades prestadora de servicios, y la ***demanda*** la población a partir de la contratación de servicios que den respuesta al estudio del perfil epidemiológico y las características de la población real. |

**Resultado No. 2: Estrategia gerencial con mecanismos y formas de pago, en la contratación del primer nivel, que incentivan al aumento en los resultados de la salud de población asegurada.**

| Problema Especifico (Causa) | Productos finales específicos | Productos intermedios | Objetivos específicos | Indicador de logro (verificable) | Medición de Verificación | Fecha de Entrega | Responsable | Supuesto |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Inadecuada definición de los mecanismos y los sistemas de pago en el primer nivel de atención.** | Existe un mecanismo, y un sistema de pago efectivo, generando relación optima entre recursos disponibles y resultados en salud | Análisis documental sobre mecanismos y formas de pago utilizados en la contratación que permite el incentivo de resultados en salud. | Analizar los mecanismos y formas de pago en la contratación, mediante una tabla de categorías documentales. | # de documentos analizados sobre mecanismos y formas de pago en la contración de servicios de salud.<br>----------<br>Total de mecanismos y formas de pago en la contración de servicios de salud identificados. X 100 | Tabla con categorías documentales sobre mecanismos y formas de pago en la contratación. | 09/04/2014 | Grupo Investigador | La generación de resultados de salud depende de varios determinantes sociales, bajo los cuales un modelo de contratación con que incentive la prestación de servicios por parte de las IPS de primer nivel no asegura por si solo el logro del mismo.<br>Por otro lado aunque la aseguradora tiene entre sus funciones el garantizar la contratación de una red de servicios en el primer nivel optima en cuanto a calidad, cobertura, capacidad instalada, no tiene total control sobre todos estos elementos gerenciales propios de una administración competitiva por partes de los gerentes de las IPS. |
| | | Estratia gerencial con mecanismos y formas de pago actuales de proceso de contratación, que permiten el incentivo para aumentar los resultados en salud. | Diseñar una estrategia gerencial, donde se establezca mecanismos y formas de pago, basadas en el incentivo, que permita el aumento de resultados en salud, por partes de las IPS de primer nivel contratadas. | # de estrategias formuladas para un pago por incentivos.<br>----------<br>Total de posibles estrategias identificadas en mecanismos y formas de pago en la contratación. X 100 | Estrategia gerencial sobre nuevos mecanismos y formas de pago, basados en el incentivo. | 14/04/2014 | Grupo Investigador<br>Asesor Temático | |

**ANEXO N. 3 MATRIZ DEL MARCO LOGICO - CONTRATACIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CAPRECOM EPSS**

| Problema Principal | Producto Final esperado | Objetivo del Proyecto | Objetivo Global |
|---|---|---|---|
| La Contratación del primer nivel de Atención en salud, de la EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2013, cumple parcialmente los estándares de eficiencia requeridos. | La EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2014, implementa estrategias gerenciales en la contratación del primer nivel de atención en salud, que la hacen más competitiva y eficiente. | Diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud en la EPS Subsidiada CAPRECOM Antioquia 2013-2014, mediante un análisis conceptual y normativo de sus requisitos básicos, con el fin de alcanzar una relación más eficiente, entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada. | El proyecto pretender contribuir a cerrar la brecha que existe entre la ***oferta*** de servicios de atención primaria en salud por parte de las entidades prestadora de servicios, y la ***demanda*** la población a partir de la contratación de servicios que den respuesta al estudio del perfil epidemiológico y las características de la población real. |

**Resultado No. 3: Estrategia gerencial con Políticas y lineas de acción básicas, que permiten la articulación de modelo de atención en salud basado en atención primaria en salud entre EPS- IPS.**

| Problema Especifico (Causa) | Productos finales específicos | Productos intermedios | Objetivos específicos | Indicador de logro (verificable) | Medición de Verificación | Fecha de Entrega | Responsable | Supuesto |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Desarticulación entre el modelo de atención del prestador y las EPS como contratante.** | Se tiene una estrategia actualizada en cuento a la articulación con la IPS, para ajustar el modelo de atención como requisito en la contratación. | Análisis documental sobre políticas básicas necesarias para lograr en la ejecucion del contratacion la articulacion entre el Modelo de de atencion de las IPS - EPS | Analizar políticas básicas necesarias en un modelo de atención que permita la articulación entre EPS - IPS , mediante una tabla de categorías documentales. | # de documentos analizados sobre articulación de agentes en los modelos de atención.<br>----------<br>Total de políticas identificadas para realizar una articulación en el modelo de atención entre EPS_IPS.X 100 | Tabla con categorías mecanismos de articulación en los modelos de atención | 02/04/2014 | Grupo Investigador | Un modelo de atención de salud basado en estrategias de atención primara , tiene además del componente de la articulación, otros lineamientos y políticas necesarias para lograr impactar a la salud de población, de esta manera, ya que este accionar depende de varios factores bajo los cuales no se tiene control, es un indicador de éxito del proyecto difícil de evaluar, ya que este depende de acciones integrales y transversales de todos los agentes del sistema y de una eficiente intersectorialidad en el mismo. |
| | | Estrategia gerencial con lineamientos para lograr en la ejecucion del contratacion en la articulacion entre el Modelo de de atencion de las IPS - EPS | Diseñar una estrategia gerencial con politicas y lineas de acción básicas, que permitan la articulacion de modelo de atención en saud bsado en atencion primaria. | # de estrategias formuladas para la actualización del modelo de atención.<br>----------<br>Total de posibles estrategias identificadas para realizar una articulación en modelo de atención .X 100 | Estratagia basada en recomendaciones para la actualización del modelo de atencion en salud. | 07/04/2014 | Grupo Investigador<br>Asesor Temático | |

**ANEXO N. 3 MATRIZ DEL MARCO LOGICO - CONTRATACIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CAPRECOM EPSS**

| Problema Principal | Producto Final esperado | Objetivo del Proyecto | Objetivo Global |
|---|---|---|---|
| La Contratación del primer nivel de Atención en salud, de la EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2013, cumple parcialmente los estándares de eficiencia requeridos. | La EPS Subsidiada del Estado Territorial Antioquia 2014, implementa estrategias gerenciales en la contratación del primer nivel de atención en salud, que la hacen más competitiva y eficiente. | Diseñar estrategias gerenciales en la contratación de servicios del primer nivel de atención en salud en la EPS Subsidiada CAPRECOM Antioquia 2013-2014, mediante un análisis conceptual y normativo de sus requisitos básicos, con el fin de alcanzar una relación más eficiente, entre los recursos disponibles, y el mejoramiento de los resultados de la salud de la población asegurada. | El proyecto pretender contribuir a cerrar la brecha que existe entre la ***oferta*** de servicios de atención primaria en salud por parte de las entidades prestadora de servicios, y la ***demanda*** la población a partir de la contratación de servicios que den respuesta al estudio del perfil epidemiológico y las características de la población real. |

**Resultado No. 4: Estrategia gerencial, con lineamientos generales que permitan realizar una gestión del riesgo financiero eficiente.**

| Problema Especifico (Causa) | Productos finales específicos | Productos intermedios | Objetivos específicos | Indicador de logro (verificable) | Medición de Verificación | Fecha de Entrega | Responsable | Supuesto |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **La estimación y calculo riesgo en el momento de la negociación del primer nivel, es mínimo.** | Se cuenta con lineamientos generales para la estimación y calculo riesgo en el momento de la negociación | Análisis documental sobre gestión de riesgo financiero en salud. | Analizar los lineamientos necesarios para la gestión del riesgo financiero en salud, mediante una tabla de categorías documentales. | # de documentos analizados sobre gestión del riesgo financiero en salud<br>----------<br>Total de lineamiento identificados para realizar gestión del riesgo financiero.<br>X 100 | Tabla con categorías documentales sobre gestión del riesgo financiero en salud. | 16/04/2014 | Grupo Investigador | El realizar una gestión del riesgo eficiente mediante la medición de los costos que implican prestar los servicios del primer nivel de atención, y la realización de actividades de atención primaria en salud; depende de varios factores externos tanto económicos como la administración de los buenos recursos de todos sus actores, no solo de las EPS; de esta manera, se hace necesario reconocer que no se tiene control sobre variables estructurales como: la planeación de la UPC, la gerencia competitiva de los gerentes de las ESES, el buen uso del sistema por parte del usuario, y los proveedores que venden los servicios, los cuales en algunos casos no tiene regulación por parte del Estado en la estandarización de precios. |
| | | Estrategia gerencial con lineamientos para la planeación de la contratación del primer nivel. | Diseñar una estrategia gerencial, con lineamientos generales que permitan realizar una gestión del riesgo financiero eficiente | # de lineamientos formulados para lograr una gestión eficiente del riesgo financiero<br>----------<br>Total de posibles estrategias identificadas para realizar una buena gestión del riesgo.<br>X 100 | Estrategia gerencial con lineamientos para la gestión del riesgo. | 21/04/2014 | Grupo Investigador<br>Asesor Temático<br>Asesor de Costos FUMLAM | |

**ANEXO No. 4 CRONOGRAMA**

| CRONOGRAMA TRABAJO DE GRADO | Año 2013 | | | | | | | | | | | | Año 2014 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mes 1 | | | | Mes 2 | | | | Mes 3 | | | | Mes 4 | | | | Mes 5 | | | | Mes 6 | | | |
| | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 |
| **Plataforma de gestión del proyecto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recopilación de información Fuente primarias y secundarias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consolidación y análisis de información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Análisis de factibilidad y viabilidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Planteamiento del problema** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recopilación de información estadística | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión documentación institucional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración árbol de problemas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Análisis de soluciones y matriz del marco lógico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recopilación de información estadística | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión documentación elaboración de productos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración árbol de soluciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del marco lógico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Construcción marco conceptual y normativo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identificación de metodología** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Análisis Categorial y estrategias gerenciales** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Producto 1: Planeación y redimensión de la contratación a partir del riesgo en salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Producto 2: Estrategias gerenciales - mecanismos y formas de pago | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Producto 3: Articulación modelo de atención EPS - IPS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Producto 4: Administración del riesgo financiero | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Asesoría Proyecto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Entrega de proyecto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ANEXO No. 5 PRESUPUESTO**

| **Tareas del Proyecto** | Nombre del recurso | Unidad de Medida | Costo Unitario | Cantidad requerida | Costo total |
|---|---|---|---|---|---|
| Diseño Plataforma de gestión del proyecto | * | | | | |
| Análisis de factibilidad y viabilidad | * | | | | |
| Planteamiento del problema | * | | | | |
| Análisis de soluciones y matriz del marco lógico | * | | | | |
| Construcción marco conceptual y normativo | * | | | | |
| Identificación de metodología | * | | | | |
| Análisis Categorial y diseño de estrategias gerenciales | * | | | | |
| Producto 1: Planeación y redimensión de la contratación a partir del riesgo en salud | * | | | | |
| Producto 2: Estrategias gerenciales - mecanismos y formas de pago | * | | | | |
| Producto 3: Articulación modelo de atención EPS - IPS | * | | | | |
| Producto 4: Administración del riesgo financiero | * | | | | |
| Otros gastos | Papeleria | resmas | $10.000 | 2 | 20.000 |
| | Tinta | cartucho | $150.000 | 1 | 150.000 |
| | Recurso humano | Horas/trabajadas mes | $41.667 | 180 | 7.500.000 |
| | | | | **Total** | **7.670.000** |

* Nota: Para la realizacion de las actividades del proyecto no se utilizo recurso especifico alguno