

Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006^a

Zuly Andrea Rodríguez Corredor^b; Gloria Molina Marín^c

INTRODUCCIÓN

En Colombia, con el Sistema General de Seguridad Social en Salud S.G.S.S.S, creado mediante la Ley 100 de 1993, se han diversificado las relaciones interinstitucionales entre diferentes actores que hacen parte del sistema. Estas relaciones se hacen tangibles en los procesos contractuales, los cuales deben estar orientados a dar cumplimiento a los principios propuestos por esta Ley, en cuanto a garantizar el acceso a los servicios de salud de alta calidad. Por ello, el tema de la contratación, que ha sido poco estudiado en nuestro medio, se convierte en un asunto de esencial importancia para la prestación de servicios y el funcionamiento del Sistema de Salud.

A través de la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Estado asignó responsabilidades a los actores del mismo, quienes por medio de los contratos prestan servicios de salud por delegación del Estado (1). Los principales actores del sistema son los pacientes/usuarios; los proveedores de servicios o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y las Empresas Promotoras de Salud - EPS, públicas y privadas,

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las relaciones entre las instituciones prestadoras y las aseguradoras alrededor de los procesos de contratación. **Metodología:** se realizó un estudio cualitativo, en el cual se entrevistaron 29 funcionarios de diferentes instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Medellín. Para las entrevistas se utilizó una guía de entrevista semiestructurada. El análisis de la información se realizó siguiendo los criterios de codificación y categorización propuestos por Huberman y Miles, y de él surgieron dos categorías analíticas y una interpretativa. **Resultados:** los hallazgos muestran que las Instituciones Prestadoras de Servicios han realizado transformaciones administrativas para mejorar y mantenerse en el mercado; se visualiza una posición dominante de las aseguradoras, expresada en la imposición de tarifas y condiciones para la contratación de servicios de salud, así mismo hay factores políticos que condicionan los procesos contractuales. **Conclusiones:** hay un desequilibrio de poder entre los actores, que se expresa en la contratación, en la cual las aseguradoras dominan el proceso, en detrimento de los otros actores como las instituciones prestadoras de servicios y los usuarios.

Palabras clave: *relación interinstitucional, reforma de salud, contrato, prestador, asegurador, privatización.*

- a. Este artículo es producto de la investigación Características de las relaciones contractuales entre actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el municipio de Medellín, realizada entre los años 2006 y 2007 por Zuly Rodríguez, como trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública, asesorada por la profesora Gloria Molina. Proyecto financiado por la FNSP U de A 2005 -2006.
- b. Enfermera, Magíster en Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP)- Universidad de Antioquia. E-mail: zarc75@hotmail.com
- c. Docente Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. E-mail: molinag@guajiros.udea.edu.co

Cómo citar este artículo:

Rodríguez Corredor ZA, Molina Marín G. Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud del municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):78-85.

Recibido: Octubre 3 de 2007. Envío para correcciones: Octubre 15 de 2008. Aprobado: Febrero 23 de 2009

Contractual relationships between Health Insurance Companies and hospitals, Medellín, Colombia, 2005-2006

Zuly Andrea Rodríguez Corredor; Gloria Molina Marín

ABSTRACT

Objective: to characterize the relationships between Insurance Companies and hospitals within the contracting out process. **Methodology:** an exploratory study was conducted, involving twenty-nine officials from several health institutions located in Medellín city. The recollection of the information was made through semi-structural interviews based on a guide. The analysis of information was made following the coding criteria proposed by Huberman and Miles. It was developed in three steps, through which descriptive, analytic and interpretative categories emerged. **Results:** findings suggest that hospitals have carried out administrative transformations in order to improve and maintain within a market environment. The health insurance companies achieve a dominant position between the actors of the health system, which is expressed through out the contracting out process, with imposition of tariffs and conditions to the contracts. **Conclusions:** there is unbalance in power of actors, within which, the health insurers dominate the contracting out process, which generate conflicts between actors.

Key words: *dominant position, contracting out process, health insurance companies.*

que actúan como intermediarios entre los primeros y los segundos. Los entes gubernamentales de carácter nacional y territorial tienen la función de definición de políticas y financiación del sistema de salud (2). Además, al Estado también le corresponde, según la Constitución Política, la regulación, el control y la vigilancia de los servicios públicos (3). En este contexto, en la prestación de los servicios

de salud se establece una competencia entre las diferentes instituciones, tanto prestadoras como aseguradoras, en un ambiente de libre mercado con limitada regulación del Estado, con lo cual se han visto problemas de acceso, expresados, entre otras, en la múltiples acciones de tutela en salud interpuestas por miles de usuarios (4). Se desconoce si la implementación de las estrategias de mercado en los servicios de salud favorece o no el alcance de los objetivos y principios que la Ley 100 de 1993 promulga, dado que el sector privado tiende a privilegiar la población de más bajo riesgo y más altos ingresos (5).

La contratación entre aseguradoras y prestadoras públicas y privadas, es el medio para garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a la población; se rige por la ley 80 de 1993 y la ley 715 de 2001, entre otras.

El desarrollo de esta investigación, desde el enfoque cualitativo, buscó explorar el fenómeno de la contratación entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios salud, en el ambiente de mercado y competencia, dando respuesta a la siguiente pregunta: ¿cuáles son las características de la participación y la relación entre las instituciones prestadoras y aseguradoras del sector salud alrededor de los procesos de contratación?

El análisis de lo que sucede alrededor de los procesos contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras constituye una herramienta útil al S.G.S.S. para identificar el rol de los actores y poner en marcha mecanismos de vigilancia y control, buscando mayor equilibrio y beneficio para todos los actores del sistema.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio (6). Este tipo de estudios sirve para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos y obtener información

sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más amplia sobre un fenómeno particular. Para el desarrollo del estudio, el proceso de contratación implica la relación entre las instituciones públicas y privadas, aseguradoras y prestadoras, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993.

Fuentes de información: en el proceso investigativo se utilizó la entrevista semiestructurada, con base en una guía de preguntas, con la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener una mayor información sobre el tema. Fuentes de información secundarias: el listado de instituciones prestadoras y aseguradoras de salud permitió identificar las instituciones prestadoras y aseguradoras del sector salud con sede en el Municipio de Medellín; se obtuvo en la Oficina de Planeación Departamental y la Secretaría de Salud Departamental. De las fuentes de información secundaria se seleccionaron ocho instituciones prestadoras y cinco entidades aseguradoras del sector salud con sede en el Municipio de Medellín que cumplieran con los siguientes criterios de selección: entidades promotoras de salud en el municipio de Medellín, con un número mayor de 350.000 mil usuarios afiliados, instituciones prestadoras de servicios más relevantes de la ciudad que tuvieran contratos con más de tres entidades promotoras de salud seleccionadas.

El estudio se desarrolló en dos momentos, mediante el uso de la entrevista en profundidad (7); en el primer momento, se utilizó una guía de entrevista que permitió identificar factores relacionados con los procesos de contratación en las entidades del sector salud. Durante este momento se entrevistaron 24 participantes. En el segundo momento investigativo, se realizó una nueva guía de entrevista a través de la cual se logró mayor profundidad en algunos aspectos de la contratación.

Para la selección de los informantes clave en el primer momento investigativo se siguieron los siguientes criterios: cargo desempeñado como directivo, coordinador o del nivel operativo, acceso que cada uno de ellos tiene a la información relacionada con los procesos de contratación y la experiencia como partícipes en estos procesos.

En el segundo momento se eligieron con intencionalidad cinco informantes clave teniendo en cuenta: conocimiento en el área de la contratación y experiencia como partícipes de los procesos de contratación, capacidad de negociación y respuesta frente a estos procesos contractuales, reflejado en el posicionamiento de la institución en el medio. En este proceso se entrevistaron 5 participantes. Se diseñó una guía de entrevista como base para la recolección de datos, a la cual se le realizó prueba piloto.

Se entrevistaron en total 29 personas. A cada uno de los entrevistados se le solicitó consentimiento para participar en el estudio y autorización para grabar la entrevista.

Las entrevistas fueron transcritas y el análisis de la información se realizó siguiendo los criterios de codificación y categorización propuesto por Huberman y Miles (8) y Strauss y Corbin (9). Así, cada entrevista fue examinada, renglón por renglón, generando códigos, los cuales posteriormente fueron agrupados según sus características. De este proceso investigativo surgieron 18 categorías descriptivas, de cuyo análisis resultó un esquema organizativo, que se desarrolló comparando las categorías y los códigos. Luego, éstos se organizaron construyendo explicaciones e interpretaciones, lo que permitió el surgimiento de tres categorías analíticas, cuyo análisis permitió construir una categoría central, interpretativa. Las entrevistas fueron transcritas en Word y los códigos fueron digitados en Excel.

Para controlar los factores que amenazan la validez y confiabilidad de los resultados, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: se realizó la prueba piloto a la guía de entrevista con el fin de hacer ajustes y mejorar la técnica como entrevistador; en la realización de las entrevistas se vigiló la calidad de la grabación y la transcripción de las mismas, respetándose el anonimato de los entrevistados y asignándole un código específico a cada uno de ellos; el análisis de la información se desarrolló en un proceso sistemático de comparación de categorías que reflejaban las agrupaciones de códigos en las categorías analítica e interpretativa; los resultados de los análisis se discutieron con profesores que tienen experiencia en el tema investigado, para la validación. Los resultados preliminares de la primera parte de la investigación fueron compartidos con algunos de los informantes clave para la validación.

RESULTADOS

1. Transformaciones administrativas como necesidad institucional en los procesos contractuales

Las instituciones han puesto en marcha estrategias de desarrollo institucional con el fin de mantenerse en el mercado y ser competitivas al momento de la contratación.

Para las instituciones del sector público, el implementar la Ley 100 de 1993, les ha significado realizar reformas en su interior. Los hallazgos de esta investigación sugieren que las transformaciones administrativas requirieron de un trabajo arduo y continuo con énfasis en gestión, toma de decisiones, formulación de planes y conformación

de equipos de trabajo interinstitucionales, que permitieron a las aseguradoras y prestadoras competitividad, sostenibilidad, reconocimiento y posicionamiento.

Las transformaciones institucionales impactaron también el recurso humano de las instituciones prestadoras, especialmente en las públicas. Al personal le ha significado modificar su visión frente al trabajo en términos de identificación con los objetivos institucionales, reconocer la calidad de la atención como un aspecto clave, la productividad y el autosostenimiento económico. Este cambio de visión frente al trabajo del personal de salud también significó un cambio de rol, especialmente de los médicos. Hallazgos de este estudio sugieren que, además de desempeñar funciones asistenciales frente a la atención del usuario, también deben responder por funciones administrativas, como las remisiones.

“(...) una gran tensión en los médicos que ya no solamente tienen que responder por la responsabilidad científica sino que tienen que responder por la responsabilidad de la remisión... Uno encuentra en las historias clínicas páginas enteras de reportes de llamadas tratando de conseguir cama para un paciente, con la gravedad de que en algunos de esos casos, se llega a complicaciones severas e incluso hasta la muerte (...)” (E1)

La adaptación de tecnología a través de la adquisición de equipos le brinda a la institución una mejor opción al momento de competir y mostrar el mejoramiento en la capacidad de respuesta. Algunas instituciones públicas han buscado mejores oportunidades de competitividad, implementando el Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad, lo que ha llevado a cambios de la cultura organizacional. Adicionalmente han introducido otros procesos, como el sistema de costos y el mejoramiento del sistema de facturación, el cual resulta muy útil en los procesos de negociación de tarifas en los contratos. Hallazgos de esta investigación sugieren que el mejoramiento de estos sistemas les permite a las instituciones tomar decisiones con bases reales frente a los procesos de contratación.

“(...) pero todos los procesos de atención, todos los sistemas de calidad de la organización... todos estos procesos son necesarios para poder tomar buenas decisiones al momento de contratar (...)” (E4).

Las IPS reconocen la comunicación como una herramienta importante que facilita los procesos de negociación y el alcance de los objetivos pactados, favoreciendo el flujo de información. Hallazgos de esta investigación indican que uno de los beneficios de un sistema de comunicación es la retroalimentación, que permite mantener una continua revisión de los procesos y resultados como producto del contrato. Los problemas de comunicación entre las insti-

tuciones del sector salud tienen que ver con la poca información que proveen algunas entidades aseguradoras. Por otro lado, algunas instituciones prestadoras con limitado desarrollo gerencial, no tienen la suficiente capacidad para sentarse al mismo nivel con el asegurador, para discutir y solucionar las problemáticas que surgen alrededor del proceso contractual:

“(...) la relación ideal (en los procesos contractuales) es que existiera comunicación permanente entre los actores, que existiera coherencia en lo que estamos diciendo...para mirar cómo negociar bien y concertar, cierto? (...)” (Priv.G5).

2. Características de los procesos contractuales

Los hallazgos del estudio, permiten ver que hay competencia entre las instituciones, que emplean diferentes estrategias para mantenerse en el mercado. Así, la relación entre las instituciones se da mediante compra-venta de servicios de salud según las necesidades de las aseguradoras que son los compradores. Las instituciones prestadoras ofrecen aquellos servicios de salud que sean de interés para la entidad aseguradora:

“(...) qué estoy en condiciones (de contratar) de acuerdo a los aseguradores con los que tengo contrato...entonces el problema de la competencia va muy amarrado a cuál es mi capacidad instalada primero, y segundo, cuál es el interés de la red de ellos (los aseguradores) frente a la contratación” (E4).

Dentro de la compraventa de servicios de salud, las instituciones desarrollan diversas estrategias que les permitan alcanzar un mayor número de usuarios y contratos. Las instituciones prestadoras públicas vienen implementando el Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad, con el objetivo de ofrecer a los usuarios y ofertar a las aseguradoras servicios de salud enmarcados en los principios de calidad.

Algunas instituciones prestadoras se ven presionadas a vender los servicios de salud por debajo de las tarifas establecidas, aún poniendo en peligro su sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo. Esto las lleva a utilizar estrategias de control de costos, tales como condicionar el actuar del personal médico para restringir atenciones a los usuarios, con el fin de lograr que el capital pactado en el contrato les alcance.

“(...) (Las IPS) contienen el costo para que esa platica (del contrato) les alcance. Entonces, lo que hacen es frenar procedimientos, mandar medicamentos baratos, y de pronto no los óptimos, aplazar cirugías, aplazar procedimientos” (E2)

Estos hallazgos concuerdan con afirmaciones de Hernández (10) quien manifiesta que el médico, presionado por los gerentes y los administradores de las instituciones prestadoras, se comporta como un “agente racional de mercado” y condiciona su actuación ética y científica para obtener una mayor racionalidad de los costos, disminuyendo peligrosamente la calidad de la atención al usuario.

Algunas aseguradoras desarrollan estrategias de calidad en la prestación de los servicios de salud, tienen una red de servicios de salud operativa y funcional y realizan acompañamiento a las instituciones prestadoras, lo que fortalece los nexos contractuales. En otros casos, planean tácticas de competencia comercial enfocadas a mejorar la calidad de vida de la población afiliada y le brindan a su población afiliada al régimen subsidiado, beneficios adicionales que se encuentran por fuera de la normatividad, tales como acceso a créditos de vivienda y/o servicios sociales. Otras, dan a conocer los resultados de su buena gestión, representada en las altas calificaciones que han obtenido de la Asociación de Clínicas y Hospitales o de la Superintendencia de Salud.

“Encontramos ARS que también les dan incentivos a alcaldes o a secretarios de salud, y eso, de alguna manera, también influye para que esos alcaldes y esos secretarios de salud les faciliten todas las cosas a esas ARS y les pongan dificultades u obstáculos a las otras; entonces, no hay un mercado perfecto en el que los usuarios puedan hacer uso de su derecho de libre escogencia.” (E3)

3. Posición dominante del asegurador como consecuencia de un desequilibrio estructural

Esta posición se constituye en la categoría central de la investigación. Alrededor de ella se relacionan los factores internos y externos como condicionantes del proceso de contratación entre las instituciones del sector salud, y las características de los procesos de contratación, que dejan ver el poder del asegurador. Los hallazgos de esta investigación señalan que existen factores que favorecen que el asegurador ostente un comportamiento dominante frente a los procesos de contratación con las instituciones prestadoras de servicios. Este comportamiento está relacionado con la estructura y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentra inmerso en un mercado en donde priman las leyes de la oferta y la demanda, condición de la que el asegurador ha sacado ventaja teniendo en cuenta que es él quien maneja y dispone del capital financiero, lo que le ha dado poder para imponer sus condiciones e intereses sobre el prestador al momento de contratar.

Este argumento es confirmado por Giraldo (11) quien afirma que en nuestro medio el sector salud se desenvuelve en un mercado que tiene “enfermedades” y estas se llaman “abuso del poder dominante por parte de los compradores” es decir, de los aseguradores. La posición dominante del asegurador se evidencia cuando se contrata con la modalidad de capitación, a través de la cual se transfiere el riesgo financiero del usuario al prestador; así, las entidades aseguradoras se convierten en entidades que sólo administran el recurso financiero.

“(…) pero hay una gran desventaja (en la capitación): se le delega el riesgo al prestador; la aseguradora delega el riesgo y la responsabilidad al prestador; por lo que yo no estoy de acuerdo con ella. El prestador se debería dedicar a prestar y el asegurador a asegurar (…)” (E2).

El anterior argumento lo reafirma Tono Ramírez (12) quien manifiesta que las administradoras del régimen subsidiado se han comportado como administradoras de recursos, sin preocuparse por asumir el riesgo de enfermar de la población afiliada, lo que ha llevado a que se dediquen a aumentar su capital económico. Según Londoño, citado por Marulanda (13), las oportunidades que se les dieron a las aseguradoras sirvieron para que estas crecieran vertiginosamente y se posicionaran dentro del mercado como las empresas más grandes del país, convirtiéndose en un excelente negocio.

Dentro de los procesos de negociación que realizan las entidades aseguradoras y prestadoras alrededor de los procesos de contratación, se pudo identificar que el factor económico, más que la calidad en la prestación de los servicios de la salud es la génesis de la contraposición de objetivos entre estas instituciones.

“(…) La génesis de esas dificultades está en el factor económico. A las instituciones hospitalarias y prestadoras les dicen, “ustedes tienen que ser autónomos y tienen que sobrevivir con base en un esquema de contratación”, y al administrador se le entrega un monto determinado de los recursos para responder por la atención en salud y para promover la salud de una población que le es asignada, entonces, cuando la rentabilidad es un criterio importante para alguna de las instituciones, se pierde la calidad en la atención (…)” (E1).

Generalmente es el asegurador quien termina imponiendo sus condiciones con respecto a las tarifas, y el que de manera directa determina el ingreso económico del prestador. En este orden de ideas, el precario sistema de información que la aseguradora envía a la institución prestadora se convierte en un problema que limita la planeación, la priorización, la racionalidad económica para la

atención de estos usuarios, factores que no interfieren en la formalización del contrato; por el contrario, es la institución prestadora la que asume el riesgo total. Hallazgos de la investigación sugieren que la IPS necesita de la entidad aseguradora para poder sobrevivir, y en esta dinámica ofrece servicios de salud que sólo son de interés del asegurador. Esta condición ha generado en las instituciones prestadoras pérdida de la capacidad, limitada capacidad de negociación, limitando la implementación de procesos institucionales, dado que en múltiples oportunidades no disponen de recursos económicos suficientes más que para el pago de las nóminas y de los proveedores.

“(...) (en los procesos de contratación) ha habido una pérdida de la capacidad adquisitiva de los prestadores en relación con los administradores de los recursos, en detrimento del interés del prestador, que ha sido causada fundamentalmente por el ejercicio del poder monopólico del que tiene la plata. Dicho en otros términos el que tiene la plata, pone las condiciones (...)” (E1).

Todas estas condiciones muestran que el asegurador impone las condiciones del mercado utilizando la oferta de servicios de salud a su favor, buscando siempre su propio beneficio. Este argumento lo ratifica Giraldo (11) cuando afirma que las instituciones prestadoras están concentradas administrativamente en tratar de mantener un balance económico de la institución y sostenerse debido al incumplimiento de los pagos del asegurador, por lo cual están perdiendo su capacidad adquisitiva.

Otra de las estrategias de las aseguradoras para mejorar su rentabilidad y aumentar su capital económico es la integración vertical. Hallazgos del estudio señalan que la integración vertical ha servido para desequilibrar las relaciones contractuales, debido a que estas limitan la sana competencia, vulneran los derechos de los usuarios y desequilibran el Sistema de Salud.

“(...) La integración vertical le sirve al asegurador sólo para racionar costos. Yo pienso que si tengo todo el negocio, lo puedo manejar mejor, y ese puede ser un mejor negocio para el asegurador, es que así yo controlo todo (...)” (E4).

“Yo, particularmente, creo que la integración vertical daña el esquema, no creo que la integración vertical deba existir; la tendencia de los prestadores es o nos integramos a esa integración vertical o nos acabamos. Lo que pretendía la ley era que cada cual cumpliera una función, los aseguradores aparte, los prestadores aparte y que existiera ese libre mercado, un equilibrio, una competencia regulada, pero esa competencia regulada en la medida en que se genera la integración vertical no es tan regulada (...)” (E4)

DISCUSIÓN

Las transformaciones institucionales se constituyen en una necesidad para dar respuesta a las condiciones del medio en el que se desenvuelve el sector salud; es por ello que los procesos de mejoramiento continuo son percibidos como mecanismos que buscan el posicionamiento en el medio. A mayor capacidad de respuesta de una institución, mayores oportunidades tendrá de aumentar su número de usuarios y de contratos. Las estrategias de competencia que se desarrollan al interior de las instituciones muestran cómo algunas entidades del sector público han visto la necesidad de fortalecerse en áreas que no representaban ninguna ventaja para este sector.



Figura humana masculina. Etnia: Emberá. Procedencia: Itsmina, Tadó (Chocó). Fondo: San Pio X. Colección Museo Universitario

Las entidades del sector público se han dado a la tarea de diseñar estrategias que les permitan competir, con elementos claves como la calidad, pese a que muchos aseguradores, buscando una mayor rentabilidad económica, contratan con aquellas instituciones que ofrecen servicios de salud más baratos y no con aquellas que ofrecen servicios con calidad. Según Giraldo (11), la calidad es una característica que no se ha desarrollado en nuestro sistema de salud y, por lo tanto, no es premiada, lo que conduce a que la competencia entre las instituciones no se dé desde la calidad, sino desde el precio. La calidad, la oportunidad y la accesibilidad son principios que no priman al momento de formalizar un nexo contractual, o al conformar una red de servicios. Por el contrario, algunas aseguradoras, con mucha frecuencia escogen aquella institución prestadora que ofrezca servicios de salud más baratos, que les representen mayor ganancia económica.

Por otro lado, la misma posición del asegurador de comprar servicios de salud a más bajo precio ha llevado a que muchos prestadores de servicios no se preocupen por implementar medidas que mejoren las condiciones en la atención de los usuarios; la preocupación de estas instituciones es sobrevivir económicamente, adoptando una posición conformista adaptada a lo que el asegurador quiera comprar en las condiciones que lo necesite.

Las formas de competencia por la formalización de nexos contractuales que se han evidenciado entre las instituciones del sector salud, permiten ver que el desarrollo de los contratos se ha dejado en manos del mercado, en donde, según Ruiz (16), se está dando con un comportamiento de oligopsonio, es decir, en donde existen muchos vendedores y muy pocos compradores; por lo tanto, es una relación de constante desventaja que no asegura ni la calidad ni el beneficio de los actores.

La estrategia comercial que han implementado algunas entidades aseguradoras ha servido para aumentar su rentabilidad económica y contener el costo de los servicios de salud. En la práctica se está modificando el rol de los actores; en unos casos, según la forma de contratación, las instituciones prestadoras están asumiendo el riesgo financiero que le corresponde al asegurador en la prestación de los servicios.

En otros casos la aseguradora, para limitar costos y aumentar sus ganancias, controla la prescripción médica, como también lo afirma un estudio de la Defensoría del Pueblo (17), crea una red de servicios propia para prestar servicios de salud a sus afiliados generando integración vertical patrimonial. Frente a esto, las acciones de los organismos de vigilancia y el control han sido deficientes en hacer cumplir las funciones definidas por ley para los

actores dentro del sistema. En este sentido, Restrepo (18) afirma que la integración vertical va en contravía del desarrollo de las funciones que les fueron asignadas a los actores cuando se introdujo el S.G.S.S.S, limita la especialidad de las funciones, la competencia y la eficiencia en los procesos de contratación. Desde esta perspectiva, la utilización de la integración vertical por los aseguradores constituye un retroceso.

Estos hallazgos coinciden con la afirmación de Lopera (19), quien considera que en el mercado existen mecanismos por los cuales se sustituyen transacciones realizadas dentro del mismo por transacciones al interior de la firma, lo que reduce los costos.

Las funciones que le fueron asignadas al asegurador a través de las normas que regulan el S.G.S.S.S, le han dado un tipo de poder mayor que el del prestador, lo cual ha generado dificultades en las relaciones interinstitucionales entre aseguradores y prestadores. Este argumento es ratificado por Giraldo (11), quien manifiesta que una de las causas para que las instituciones aseguradoras muestren un poder superior, tiene que ver con que “ellos son los que manejan a su disposición las cohortes poblacionales, por lo tanto son los dueños de los usuarios, los dueños de las Unidades de Pago por Capitación, los que determinan cuál es la red de prestadores que van a escoger para enfrentar el perfil epidemiológico de esa población”. En otras palabras, ostentan el poder desde la función que les asignó el sistema, creando un desequilibrio entre los actores, lo que niega los supuestos del Pluralismo Estructurado que sirvieron de soporte teórico a la Ley 100 (21). Este argumento sugiere que no es una lucha de poderes entre los dos actores, sino que es una situación que surge desde la asignación de funciones y no de la iniciativa propia del asegurador; en este desequilibrio se da un mayor poder protagónico a aquel actor que muestra una capacidad económica mayor y una capacidad adquisitiva superiores a las de los demás actores del sistema.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Dadas las características de los procesos de contratación, el desarrollo de red de servicios de salud es limitado, porque los criterios económicos son dominantes y los aspectos de calidad, continuidad e integralidad de la atención tienen poco espacio.
- La competencia entre las instituciones del sector salud se ha convertido, para muchos actores, en una lucha por la supervivencia. El mercado de los servicios de salud se desenvuelve como una

compraventa de servicios, que muestra fallas de mercado y de gobierno, con desequilibrio de poder y de acceso a la información.

- El asegurador tiene una posición dominante en el sistema, expresada en los procesos de contratación, favorecida por la estructura propia del sistema. Se evidencia en la imposición de tarifas, las condiciones del contrato, el control de la información, entre otros, buscando un mayor beneficio económico en detrimento del prestador. Se hace necesario desarrollar mecanismos que aseguren un mayor equilibrio de fuerzas y de poder de los actores.
- A pesar de los esfuerzos en el mejoramiento de procesos administrativos y asistenciales de algunas IPS, en los procesos de contratación entre las instituciones prestadoras y aseguradoras, estas últimas tienden a privilegiar el precio y no la calidad de los mismos.
- El rol de los organismos de vigilancia y control dentro de la dinámica de la prestación de los servicios de salud es limitado y permisivo. Hay poco control en los procesos contractuales entre los actores del sistema de salud; por tanto, se requiere un fortalecimiento del sistema de vigilancia y control en todos los ámbitos del sistema.
- Este estudio permitió explorar las relaciones contractuales entre las instituciones del sector salud desde las experiencias y perspectiva de los participantes. Partiendo de este contexto real, es importante que el lector, desde su conocimiento, haga un análisis crítico, identificando la problemática existente en los procesos de contratación entre las instituciones prestadoras y aseguradoras, lo cual le permitirá formarse un concepto y tomar posición frente a dicha problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Expósito JC. La configuración del contrato de la administración pública en derecho Colombiano y Español: análisis de la selección de contratista. Bogotá: Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia; 2003. p. 96-100.
2. Fedesarrollo. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud: sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Santafé de Bogotá: Guadalupe Ltda; 1996. p. 15-16.
3. Congreso de la República. Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá: El Congreso; 2003. p. 146.
4. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la Salud. Causa de las tutelas en Salud, 1999- 2003. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2005. 42 p.
5. Molina G. An examination of decentralization of the health sector in Colombia [tesis doctoral]. England: University of Birmingham; 2003.
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3ª ed. México: Mc Graw Hill; 2003. p. 115-118.
7. Silverman D. Doing qualitative research. A practical handbook. 2ª ed. London: Sage; 2005. 395 p.
8. Huberman M, Miles M. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 55-82.
9. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage; 1990. 268 p.
10. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: Coloquio La política social y los derechos económicos, sociales y culturales en los noventa: balance y perspectivas; 1999 Oct. Santafé de Bogotá. p. 135- 164.
11. Giraldo JC. Visión de las instituciones prestadoras de servicios de salud a los 10 años del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. En: Seminario internacional reformas del sector salud en el camino de la integración- “Aprendizaje y Perspectivas”. 2003 Oct. Lima Perú. p. 125-139.
12. Tono MT. La reforma colombiana, logros y retos. En: Seminario internacional reformas del sector salud en el camino de la integración- “Aprendizaje y Perspectivas”. 2003 Oct. Lima Perú. p 73-84.
13. Marulanda S. Una mirada crítica a la reforma colombiana. En: Reformas del sector salud en el camino de la integración: aprendizaje y perspectivas. Lima: Organismo andino de salud. OAS - Convenio Hipólito Unánue. CONHU; 2004 p. 125-39. p 85-95.
14. Ruiz F. ¿Es sostenible el Sistema General de Seguridad Social en Salud?. Bogotá: Cendex Pontificia Universidad Javeriana; 2005: 54 p.
15. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Bogota: Defensoría del Pueblo; 2004. 85 p.
16. Restrepo JH. ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? Esp Abierto [internet]. 2004 [20 de septiembre de 2006];(6):[9-18]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-6/Espacio-Abierto-1.pdf>.
17. Lopera S, Fernando J. La integración vertical en mercados de la salud. En: Observatorio de la Seguridad Social. Grupo de economía de la salud GES, Facultad de ciencias económicas 2006;(13):10.
18. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative and innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997;41:1-36.