

**Análisis del gasto según el tipo de contratación actual entre un asegurador del Régimen
Subsidiado y prestadores de servicios de salud para la atención de pacientes con
enfermedad renal crónica**

Beatriz Eugenia Cortés Gaitán

Ángel David García Quiñónez

Pontificia Universidad Javeriana de Cali
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Maestría en Gerencia de Organizaciones en Salud
Trabajo de grado
2021

Análisis del gasto según el tipo de contratación actual entre un asegurador del Régimen Subsidiado y prestadores de servicios de salud para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica

Beatriz Eugenia Cortés Gaitán

Ángel David García Quiñónez

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de:

MAGÍSTER EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

Director del trabajo de grado: Sebastián Duque Aguirre

Pontificia Universidad Javeriana de Cali

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gerencia de Organizaciones en Salud

Trabajo de grado

2021

Santiago de Cali, 13 de diciembre de 2021

Doctor

SILVIO BORRERO CALDAS

Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Ciudad

Respetado Dr. Borrero, cordial saludo:

Nos permitimos hacerle entrega del Trabajo de Grado para optar por el título de Magister en Gerencia de Organizaciones de Salud y cuyo título es:

“ANÁLISIS DEL GASTO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATACIÓN ACTUAL ENTRE UN ASEGURADOR DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”

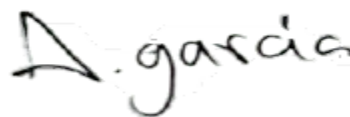
Esperamos que este Trabajo de Grado cumpla a cabalidad con los requisitos académicos que exige la Universidad y que agregue valor a los públicos de interés interesados en el tema objeto de éste.

Atentamente,



Beatriz Eugenia Cortes Gaitán

CC. 29.675.827 de Palmira



Ángel David García Quiñonez

CC. 1.144.073.659 de Cali

Santiago de Cali, 13 de diciembre de 2021

Doctor

SILVIO BORRERO CALDAS

Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

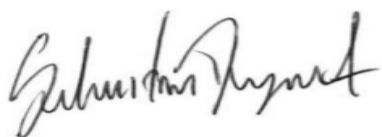
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Ciudad

Cordial saludo:

Respetuosamente me permito comunicarle, que en mi calidad de Director de Trabajo de Grado he leído detenidamente el informe final de la investigación aplicada denominada **“ANÁLISIS DEL GASTO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATACIÓN ACTUAL ENTRE UN ASEGURADOR DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA”**, realizada por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Beatriz Eugenia Cortés Gaitán CC No. 29.675.827 y Ángel David García Quiñonez CC No 1.144.073.659 y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



SEBASTIAN DUQUE

Director de Trabajo de Grado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI

ARTÍCULO 23 de la Resolución No. 13 de julio de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“Análisis del gasto según el tipo de contratación actual entre un asegurador del Régimen Subsidiado y prestadores de servicios de salud para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica.” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de la Salud.



SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Director
Maestría en Gerencia de Organizaciones
De la salud



Rolando Enrique Peñaloza Quintero
Jurado

SEBASTIAN DUQUE AGUIRRE

Sebastián Duque
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, enero 31 de 2022

Tabla de Contenido

	Pág.
INFORMACIÓN GENERAL	12
RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.1 SELECCIÓN ANÁLISIS Y EXPOSICIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	20
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
2. MARCO TEÓRICO	25
2.1 CARACTERÍSTICAS NUEVA GESTIÓN PÚBLICA	26
2.2 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA	28
2.3 ASEGURAMIENTO	29
2.4 TIPOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	29
2.4.1 <i>Régimen contributivo</i>	30
2.4.2 <i>Régimen subsidiado</i>	30
2.5 CONTRATACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA	31
2.5.1 <i>Mecanismos de pago en la compra de servicios</i>	33
2.5.2 <i>Pago por servicio prestado</i>	34
2.5.3 <i>Capitación</i>	35

	8
2.5.4 <i>Pago Global Prospectivo (PGP)</i>	36
2.6 DECRETO 4747 DE 2007	36
2.7 INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	38
2.7.1 <i>Enfermedad Renal Crónica y Cuenta de Alto Costo</i>	38
2.7.2 <i>Enfermedad Renal Crónica en la EAPB seleccionada</i>	40
3. OBJETIVO GENERAL	41
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4. METODOLOGÍA	42
4.1 DISEÑO	42
4.2 POBLACIÓN	42
4.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN	43
4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	43
4.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	44
4.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	44
4.7 VARIABLES UTILIZADAS	45
4.8 TIPO DE ANÁLISIS	47
5. RESULTADOS	48
5.1 TIPOS DE CONTRATACIÓN ENTRE EAPB E IPS	48
5.2 TIPO DE CONTRATACIÓN ENTRE PACIENTES Y EMPRESA PRESTADORES DE SERVICIO	56
5.3 ANÁLISIS COSTOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	58
5.4 RELACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CONTRATACIÓN Y SUS RESULTADOS EN SALUD Y FINANCIEROS	63

	9
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	68
7. RECOMENDACIONES	71
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	72
9. REFERENCIAS	73

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Lista de chequeo tipos de contrato	45
Tabla 2. Lista de variables análisis desenlace clínico y financiero	46
Tabla 3. Análisis de tipos de contratos de la EAPB e IPS en ERC	48
Tabla 4. Distribución de afiliados por departamento EAPB analizada	58
Tabla 5. Mortalidad años anteriores	67

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Prevalencia de la enfermedad renal crónica por 100 habitantes, Colombia 2013-2020	39
Figura 2. Tipo de contrato por departamento	57
Figura 3. Etiología de ERC y si se encuentra en un programa ERC	59
Figura 4. Etiología de ERC y si se encuentra en un programa ERC	60
Figura 5. Costo total por etiología y estadio de la ERC	61
Figura 6. Costo total por causa de muerte	62
Figura 7. Personas fallecidas por causa de muerte y año de muerte	62
Figura 8. Costo por persona fallecida según enfermedades	63
Figura 9. Costo por persona fallecida según enfermedades	65
Figura 10. Costo por departamento y tipo de contrato	66

Información general

Título

Análisis del gasto según el tipo de contratación actual entre un asegurador del Régimen Subsidiado y prestadores de servicios de salud para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica.

Estudiantes

Beatriz Eugenia Cortés Gaitán

Ángel David García Quiñónez

Grupo de investigación

Pendiente de asignación

Línea de investigación

Clasificación JEL I1

Fecha de preparación: 22 de febrero 2021

Resumen

Con el fin de realizar una evaluación del gasto en salud, según el tipo de contratación entre un administrador de planes de beneficios del Régimen Subsidiado y sus prestadores de servicios de salud de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5, se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo de los contratos en ERC con la red de servicios y el reporte de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) a la Cuenta de Alto Costo (CAC) del período enero a junio 30 de 2021. Para el estudio de los desenlaces en salud se realizó un análisis descriptivo donde se evaluaron los datos estadísticos numéricos y medias de cada variable, lo que permitió identificar la incidencia de los desenlaces clínicos. Sin embargo, no fue concluyente este análisis, por la calidad de los reportes de la EAPB a la cuenta de alto costo. Finalmente, se realizó una identificación correlacional entre las variables de salud y resultados financieros del asegurador. Encontrando que la EAPB solo tiene tres prestadores para una distribución de \$80.500.000.000.00 pesos colombianos; el 47% de este valor lo obtiene Fresenius, y el 35,4% la Fundación NefroUros, mientras que el 100% de la contratación está pactada por evento; no se evidenciaron contratos de otro tipo. De acuerdo con los resultados obtenidos, se concluyó que el estadio 5 representa un gasto excesivo para la entidad ya que equivale a más del 80% del costo total en comparación a los demás estadios, demostrando que no se cuenta con un control adecuado del gasto en salud que contenga y negocie, de mejor forma los paquetes de atención integrales para la EAPB y sus usuarios, bien sea a través de Pagos Globales Prospectivos (PGP) o de paquetes integrales de atención.

Palabras Clave: Enfermedad Renal Crónica, Costo en Salud, Tipos de Contratación, Terapia de Reemplazo Renal, Etiología de ERC, Costo Catastrófico.

Abstract

In order to carry out an evaluation of health spending, according to the type of contract between an administrator of benefit plans of the Subsidized Regime and its suppliers of health services of patients with Chronic Kidney Disease stage 5, a descriptive and quantitative study of the contracts in ERC with the service network and the report from the Benefit Plans Administrator Company (stands EAPB, for its name in Spanish) to the High Cost Account (stands CAC, for its name in Spanish) from January to June 30, 2021. For the study of outcomes on health, it was carried out a descriptive analysis where the numerical and mean statistics of each variable were evaluated, which allowed to identify the incidence of clinical outcomes. However, this analysis was not conclusive, due to the quality of the EAPB reports to the CAC. Finally, a correlational identification was made between the variables of health and financial results of the insurer. Finding that the EAPB only has three suppliers for a distribution of COP\$ 80,500,000,000.00, 47% of this value is obtained by Fresenius, 35,4% by the NefroUros Foundation and, 100% of the contracting is agreed by event; no other type of contracts were evidenced. According to the results obtained, it is possible to conclude that, stage 5 represents an excessive expense for the entity since it is equivalent to more than 80% of the total cost compared to the other stages, showing that there is no adequate financial management that better contain and negotiate comprehensive care packages for the EAPB and its users, either through PGP or comprehensive care packages.

Key Words: Chronic Kidney Disease, Health Cost, Types of Recruitment, Renal Replacement Therapy, Etiology of CKD, Catastrophic Cost.

Introducción

El Estado colombiano es el garante de la salud y todas las políticas de salud pública para su población. En ese contexto, las enfermedades de alto costo son una gran carga para la sociedad y para quienes las padecen. Para lograr el financiamiento correcto y garantizar unos servicios de salud óptimos y equitativos en este grupo de población, se crea la Cuenta de Alto Costo, de acuerdo al Decreto 2699 de 2007 (Ministerio de Protección Social, 2007), donde siguiendo sus responsabilidades legales, designaron una lista de patologías consideradas de alto costo: Enfermedad Renal Crónica, Cáncer de cérvix, Cáncer de mama, Cáncer de estómago, Cáncer de colon y recto, Cáncer de próstata, Leucemia linfocítica aguda, Leucemia mieloide aguda, Linfoma Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Epilepsia, Artritis reumatoide y VIH/SIDA (Palacios Torres, Paula Melisa , 2017). La enfermedad renal crónica ha sido una de las primeras enfermedades en entrar en control por la Cuenta de Alto Costo. Para el estadio 5 en el 2008, los casos confirmados fueron 21.572; esto es, una tasa aproximada de 53,2 por cada 100.000 habitantes, mientras en el 2011, la prevalencia fue de 57,1 por cada 100.000 habitantes, en 2012, se reportaron 27.637 casos confirmados, y en el 2013, el número y la prevalencia se estimó en 65,9 por cada 100.000 habitantes (28.880). En el 2015 fue de 66,8 por cada 100.000 habitantes (Lopera-Medina, 2016), demostrando su incremento constante y la preocupación correspondiente por intervenir, tanto por el padecimiento de los usuarios, como por el costo de esta.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha establecido mediante la Resolución 2565 del 2007, que la primera enfermedad de alto costo es la renal crónica en fase 5 con necesidad de sustitución o remplazo renal, con su definición como paciente que presenta daño renal por más de 3 meses consistente en la alteración funcional o estructural del riñón con o sin

disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) con sus respectivas tres modalidades de tratamiento: Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y trasplante renal. (Ministerio de Protección Social, 2007).

La Cuenta de Alto Costo (CAC), cuyo objetivo principal es promover la gestión de riesgos, la generación de resultados en salud y la gestión de conocimiento, ha resaltado la importancia de diseñar un mecanismo de redistribución que premie e incentive una gestión adecuada de la enfermedad renal crónica y que castigue o desincentive una gestión deficiente, siendo esta una de las herramientas implementadas para lograr disminuir la tendencia de los eventos de Alto Costo, estandarizar el manejo, asegurando la calidad técnico-científica y minimizar el impacto de la carga de enfermedad¹; por ello la CAC busca incentivar la gestión adecuada de la enfermedad renal crónica y la gestión de riesgos a través de los siguientes indicadores: 1) Captación de casos esperados de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. 2) Estudio o estadificación para buscar enfermedad renal crónica de los pacientes captados con enfermedades precursoras 3) Incidencia de enfermedad renal crónica estadio cinco (Villegas, 2013).

De esta forma, se seleccionó como problema de investigación el reto de identificar y gestionar correctamente los servicios para estos usuarios por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Se seleccionó a conveniencia una EAPB del régimen subsidiado y, teniendo en cuenta que las EAPB realizan los reportes a la CAC sobre esta enfermedad, se realizó un análisis que permitió intervenir la gestión del riesgo financiero de la enfermedad, enfocados en la contratación que lleva la EAPB con su red prestadora de servicios, donde el análisis de los contratos, así como sus resultados financieros, permitió determinar formas

¹ Para más detalle sobre las Cuentas de Alto Costo se revisó el portal Web: <https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/mision/>

para recomendar y sugerir a la EAPB puntos de optimización clave, que mejoren la integración de servicios y minimicen el gasto en salud para la ERC.

1. Planteamiento del problema de investigación

1.1 Selección análisis y exposición del problema

En el sistema de salud colombiano participan diferentes actores, donde la relación entre ellos se regula por una serie de normatividades y acciones dirigidas por el mismo sistema. Estas relaciones, en todo caso se ven mediadas por los diferentes modos de contratación existentes, los cuáles, adquieren una importancia significativa, pues determinan la efectividad del sistema, calidad de la prestación del servicio de salud, la adecuada eficiencia y ejecución de las labores encomendadas, la sostenibilidad y equilibrio financiero entre las partes, los mecanismos de auditoría, entre otros. Las enfermedades de alto costo son un punto de encuentro fundamental, pues como su nombre lo indica, es donde la carga de la enfermedad se convierte en un aumento de costos para el sistema, y es allí donde se puede tener los mayores impactos. Dentro de estas enfermedades de alto costo, **la enfermedad renal crónica (ERC)** ha sido ampliamente estudiada y fue de las primeras patologías en entrar a un control estatal por parte de la entidad Cuenta de Alto Costo, la cual cuenta con mecanismos de auditoría especializados y crecientes que han generado que se tengan unos datos disponibles en el desempeño de esta patología en las **Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)**. Es en esta problemática, donde surge el presente tema de investigación, buscando evaluar el gasto del modelo de contratación actual que presenta la EAPB del régimen subsidiado objeto de estudio, para la atención de su población afiliada con ERC en estadio 5, específicamente en el componente más alto de ésta enfermedad que es la Terapia de Reemplazo Renal (TRR), que permita entender las formas de contratación y sus impactos en costos en este grupo de enfermedad, para de esta forma plantear sugerencias, basados

en los análisis realizados, que permitan disminuir el gasto en salud en este grupo de enfermedades, con efectos sobre la sostenibilidad del SGSSS.

Para entender de donde nacen estos modelos es necesario primero analizar los diferentes procesos que ha tenido el sistema de salud en Colombia, el cual ha sufrido cambios significativos en su modelo de prestación de servicios, pasó de un sistema público que funcionaba principalmente con hospitales públicos, a un modelo que permitió ampliar la cobertura nominal y dio libertad de competencia a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas. En este modelo se prestan servicios de salud a un tercero que media la contratación y prestación de esos servicios como base fundamental del sistema, donde este ha sido interpretado con un rol de asegurador, sin embargo, ha migrado su nombre como tal, a promotor de salud, y ahora administrador de planes de beneficios, lo que pone a este tercero en un punto de discusión de roles. Estos roles han migrado con las distintas reformas que se han realizado al sistema de salud, sin embargo, siempre existe la responsabilidad de garantizar la prestación de unos servicios de salud a una población determinada. Esta responsabilidad es mediada entre la EAPB y las IPS por medio de contratos que permiten acordar tipo, frecuencia, uso y costo de los servicios contratados, conformando redes complejas de atención en salud.

Ante la oferta de servicios, las entidades encargadas de contratarlos con las clínicas y hospitales optan por otorgar los contratos a aquellas que ofrecen mejores tarifas (Duque, Gómez, & Osorio, 2009). Asignando así la contratación bajo criterios tarifarios y no bajo un modelo de contratación que establezca parámetros que le permitan gestionar el riesgo financiero del asegurador y el riesgo de sus asegurados, enfrentándose al reto de diseñar un modelo donde se establezca un equilibrio entre los incentivos económicos para el *sobreuso* y el *abuso* como lo

planteó la Comisión Económica para América Latina y el Caribe desde el año 2000 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-).

Adicionalmente, los aseguradores se enfrentan a otros riesgos derivados de establecer contratación con los prestadores bajo criterios diversos. El asegurador siendo el responsable de su población se ve abocado a riesgos legales relacionados con los desequilibrios de los costos por los servicios contratados, riesgos financieros asociados a la variabilidad de los mismos ante una misma patología y expone a sus asegurados a riesgos ligados a las condiciones y características de los servicios que recibe en su prestador contratado.

1.2 Justificación

La ERC es una enfermedad de alto costo, progresiva, no trasmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares (ECV), la hipertensión arterial (HTA), y la diabetes mellitus (DM). La incidencia, prevalencia y mortalidad de la ERC va en aumento en Colombia, a pesar de que existen políticas que orientan el proceso de prevención y manejo, y esto se ha justificado por falta de control por parte de las autoridades (Lopera-Medina, 2016).

Además del creciente número de pacientes con enfermedades precursoras de la ERC, está el aumento del gasto en salud generado por ésta, por ello está catalogada como una enfermedad de alto costo para el sistema general de seguridad social en salud de Colombia, ya que genera un progresivo consumo de recursos y servicios a medida que también progresa la enfermedad, siendo este otro punto crítico para el sistema de salud del país. En Colombia el gasto oscila entre los 8,7 y 14,4 billones de pesos según lo estimado entre los años 2015 y 2016 donde se realizó el estudio del impacto económico de cada estadio en la carga global de la enfermedad (Sarmiento, Ramírez, Carrasquilla, & Alvis, 2019).

Por ende, establecer recomendaciones para la contratación que le permita a la empresa administradora de planes de beneficios del régimen subsidiado, reducir el riesgo financiero en el momento de instaurar lazos contractuales con los prestadores de servicios de salud en este grupo de enfermedad, especialmente en determinadas zonas o regiones, teniendo en cuenta que en general las EAPB del régimen contributivo tienen programas de atención integrales, así como intervenciones robustas alrededor del alto costo, y claramente, en la EAPB seleccionada, se evidencian retos como: no está establecida una directriz, guía, lineamiento, o forma, que la permita a la EAPB saber cómo y en qué focalizar sus recursos en esta patología de alto costo; no hay una manera única de ser altamente eficiente en los sistemas y servicios de salud, pero también es cierto que se puede lograr en condiciones diferentes si se emplean los mecanismos adecuados para reducir al mínimo o eliminar todas aquellas acciones, procesos, definiciones, estilos y modos de decidir que generan consumo de recursos pero no aportan valor al paciente, a su familia, a los ciudadanos (Carnota, 2017).

Estos mecanismos no permiten generar unas valoraciones y reconocer el riesgo financiero en los aseguradores, que permitan establecer estrategias que mitiguen el impacto negativo asociado a la variabilidad de los costos versus ingresos, lo cual está claramente centrado en la contratación, donde se pueden plantear estrategias para minimizar el riesgo de indicadores financieros críticos de difícil retorno, pues el éxito de las pequeñas y medianas empresas está en función de los factores internos y de los factores externos o del entorno, que alineados en un modelo de contratación proporcionan mayor seguridad a nivel financiero (Franco & Urbano, 2010).

Entre los actores del Sistema, las EAPB, las IPS y el Estado, se deben articular modelos de contratación eficientes que garanticen un modelo de atención en salud que se enfoque en implementar programas de prevención primaria y complementaria, definir y aplicar protocolos de

nefroprotección, ajustarse a los criterios de inclusión y exclusión a diálisis peritoneal y hemodiálisis, fortalecer programas de trasplante renal, retardar la entrada a diálisis con el tratamiento adecuado de las condiciones mórbidas de los pacientes y cuando finalmente llegue a la fase de diálisis optimizar este tratamiento y disminuir, los costos de hospitalización tamización y complicaciones, la incapacidad y la mortalidad (Programa de apoyo a la Reforma de Salud PARS – Ministerio de Protección Social 2007). Por tanto, estos actores deben adoptar las Rutas de Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales están diseñadas para operar la forma en la que la población tiene acceso a las diferentes atenciones, dependiendo la ruta que se esté ejecutando, y según la población con riesgo o presencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial definida en la Resolución 3202 de 2016, enmarcando estas dos enfermedades como precursoras de la ERC, y que su oportuna intervención y tratamiento podría generar un alto impacto no solo en la disminución de eventos cardio cerebro vasculares, sino en la disminución del desarrollo de la ERC para estos pacientes.

Finalmente, el impacto de cualquier falla en la evaluación, acción y seguimiento en el proceso de contratación, estará ligado al modelo de atención que sirve de guía y carta de navegación en la prestación del servicio de salud y en definitiva será el usuario del servicio de salud contratado el que dé cuenta del éxito o fracaso del mismo a través de la calidad percibida en cada una de sus dimensiones, la relación costo beneficio de los servicios recibidos, el estado de salud de la población y el equilibrio financiero de la aseguradora; la mejor forma de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud depende en buena medida del diseño del sistema de seguridad social y, quizás más importante, su efectiva implementación. Este es un reto inmenso que, sin lugar a duda surge de un compromiso claro por garantizar la salud a todos los miembros de la sociedad

en unas condiciones plenas, estables, oportunas y de calidad (Castro, 2015) y en las que el modelo de contratación de las aseguradoras juega un rol determinante.

Es por esto que se estima pertinente evaluar el gasto en salud de la contratación actual entre una EPS del régimen subsidiado y las IPS contratadas para la atención de la población con ERC en estadio 5, entendiendo que es en este punto donde se consume más recurso financiero por proceso de diálisis (peritoneal y hemodiálisis) y no es posible que los pacientes retornen a un estadio inferior de la enfermedad, por lo cual la población que se encuentre en este estadio debió ser captada anteriormente y atendida para prevenir o retardar el progreso de la enfermedad.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el gasto en salud según el tipo de contratación vigente entre un asegurador del régimen subsidiado y sus prestadores de servicios de salud para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5?

2. Marco teórico

Es importante recalcar que para hablar de aseguramiento es necesario hacer una revisión detallada de todo lo relacionado con seguridad social para posteriormente profundizar en el tema.

Dentro del marco legal se encuentra la Política de Seguridad Social que consiste en la búsqueda de ese ideal de protección social bajo los principios básicos: universalidad subjetiva (protección a todos los ciudadanos), universalidad objetiva (protección global de riesgos sociales) e igualdad protectora (protección en igual cuantía sin distinciones según la causa). Desde el punto de vista jurídico, la Seguridad Social es lo que exista en el plano de la ordenación legal de cada país en un momento determinado (Fortich Lozano, 2012).

Si bien el concepto de la Seguridad Social puede asumirse como una red de protección para sobrellevar los efectos de un desarrollo no armónico, los exponentes de la teoría social de mercado consideran que ella es parte integral del ordenamiento global de un país y que sus realizaciones institucionales para procurar una forma de vida son la base del consenso social en una democracia.

Según la definición convencional de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Seguridad Social debería incluir los siguientes programas: Seguros Sociales que comprenden pensiones de jubilación, invalidez y sobrevivencia; atención médico hospitalaria y prestaciones monetarias por riesgos profesionales, enfermedad común y maternidad, prestaciones monetarias por desempleo y Asignaciones Familiares; programas de salud pública o sistemas nacionales de salud; Asistencia Social, en términos de transferencias directas a los grupos más vulnerables y no elegibles para las prestaciones del Seguro Social (Tarazona, 2010).

La seguridad social es responsabilidad del Estado, por lo que los grandes expertos en economía consideran el poder económico como el resultado de una compleja interrelación entre la

política y la economía. Para ellos, esta interacción se basa en el sistema de creencias sociales y el papel del gobierno en el mejoramiento del proceso de la vida es guiado por el proceso evolutivo a través del cual la sociedad construye internamente los valores (Guillermo et al., n.d.).

El Estado no es solo un tercero que media entre los agentes ni en una relación principal-agente (Parada, 2003). En ese sentido se entiende que el Estado juega un rol fundamental en el establecimiento de las condiciones de diferentes sectores de la economía de un territorio y una población, sin embargo, es claro no ejerce una mediación directa entre dos partes, sino indirecta por el establecimiento de estas reglas.

Respecto a esto, es necesario mencionar la Nueva Gestión Pública (NGP), la cual busca de una administración eficiente y eficaz, abordando las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, generando un sistema de competencia que busque los mejores servicios para los ciudadanos, regulados por el estado, atravesando sistemas de control, que garanticen la transparencia de los procesos, planes y resultados, lo cual finalmente tiene efectos sobre la elección y participación ciudadana (García Sánchez, 2007).

2.1 Características Nueva Gestión Pública

Vegas (2008) citando a Olías de Lima (2001) plantea que la NGP conlleva una serie de propuestas, características o pautas que es clave tener en cuenta (Ortiz Pulido, 2020) tal y como se citan a continuación:

- Reducción del tamaño del sector público.
- Descentralizar las organizaciones.
- Jerarquías planas.

- Desburocratización y competencias.
- Desmantelar la estructura estatutaria.
- Creación de agencias.
- Dejar al usuario y pasar al cliente.
- Evaluación.
- Cambiar de cultura.
- Un nuevo perfil de administrador ejecutivo o gerente público.
- Empoderamiento de los funcionarios, empleados públicos y de los clientes.

Para entender mejor la NGP es necesario conocer los conceptos económicos que la sustentan:

Los costos de transacción: consisten básicamente en los costos de usar el mecanismo de precios, es decir, el costo de descubrir a los socios comerciales, negociar contratos y supervisar el desempeño, el análisis de los costos de transacción contribuye a entender las instituciones económicas, políticas y sociales de una sociedad moderna (Parada, 2003).

Los costos identificados: según esta teoría corresponden a los costos de información, que se asocian a la interacción entre entidades públicas y proveedores en la estructuración de proyectos y procesos contractuales. También los costos de negociación, que hacen referencia a las cláusulas y condiciones que regirán entre las partes, lo que en la esfera pública se relaciona con los soportes económicos, jurídicos y técnicos que se requieren para los diferentes procesos de selección y, finalmente, están los costos de garantía que se relacionan con las pólizas que buscan garantizar el objetivo contractual (Ortiz Pulido, 2020).

Las instituciones: North definió las instituciones como:

un conjunto de reglas, procedimientos de aceptación y normas de comportamiento morales y éticas, diseñados para restringir el comportamiento de los individuos con el fin de maximizar la riqueza o la utilidad de los principales. Dados los precios de los insumos, la función de la producción define una función de costos. De aquí que la tecnología sea el factor principal en la determinación del tamaño de la firma (Parada, 2003, p. 105).

Así, se pasa a revisar la seguridad social en Colombia, teniendo en cuenta que nuevas formas de gestión pública deben ser comprendidas para poder analizar los elementos básicos de interrelación entre dos actores fundamentales del sistema, como se verá a continuación.

2.2 Seguridad social en salud en Colombia

El proceso de reforma de salud colombiano fue el resultado de un largo y complejo proceso de construcción de política sectorial. Este proceso se dio dentro de un contexto más amplio, el cual transformó radicalmente todo el modelo de desarrollo económico y social del país en general. Las políticas de equidad, particularmente, se orientaron a crear condiciones de igualdad de oportunidades, con un enfoque de estado regulador como se expuso en el capítulo anterior, y que interviene tanto en el acceso como en la utilización de los servicios de salud, independientes del nivel socioeconómico y de la capacidad de compra de las personas. La Constitución de 1991 – creada por la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), conformada en 1990 –, en la cual se consagraron los principios de eficiencia, calidad y equidad que enmarcaron el nuevo modelo de desarrollo económico y social, dentro del cual se encuentra el Sistema de Seguridad Social. Segundo, la Ley 100 de 1993 promulgada por el Congreso de la República, desarrolló estos principios constitucionales y definió formalmente la organización y el funcionamiento del nuevo

SGSSS. (Céspedes Londoño, Jaramillo Pérez, & Castaño Yepes, 2002) apostándole a un modelo de competencia regulada o pluralismo estructurado en el cual se organizan a los agentes en cuatro núcleos interdependientes según las funciones de regulación, financiamiento, articulación y la prestación de servicios (Rangel, 2004). En este nuevo modelo del SGSSS, se crea un fondo de seguridad y un plan obligatorio de servicios (actualmente Plan de Beneficios en Salud, PBS) y se busca garantizar el aseguramiento de toda la población mediante un sistema con dos regímenes: el contributivo y el subsidiado (Ugalde, A. Et. Al., 2005), el cual se describe a continuación.

2.3 Aseguramiento

La Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento 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.

El aseguramiento en el país se financia básicamente con la Unidad de Pago de Capitación (UPC) que reciben las EAPB, previo proceso de compensación de las cotizaciones ante el Administradora de los Recursos del SGSSS - ADRES, adicionados con los recursos públicos destinados a subsidios a la demanda. En otras palabras, el aseguramiento en Colombia se financia con la seguridad social, constituida a su vez con las contribuciones o aportes de los trabajadores, los empleadores (UPC-compensación) y los recursos de solidaridad (Roa Buitrago, 2009).

2.4 Tipos de aseguramiento en salud

2.4.1 Régimen contributivo

De conformidad con el artículo 202 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 30 de la Ley 1607 de 2012, el Régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso. La UPC es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud, actual PBS, en el Régimen Contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social. 2016).

2.4.2 Régimen subsidiado

El artículo 211 de la Ley 100 de 1993, definió el Régimen Subsidiado, como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Las fuentes y usos de los recursos de este régimen se utilizaban teniendo en cuenta el artículo 221 de la Ley 100 de 1993. Esta Subcuenta permite cofinanciar con los entes territoriales, los subsidios a los afiliados al Régimen Subsidiado, siendo estos los colombianos más pobres y vulnerables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Sin embargo, cabe anotar que la Ley 1122 de 2007, reformó el SGSSS, y uno de sus aspectos fue el de financiamiento, donde se establecieron mecanismos que permitieran buscar los aportes para mantener éste régimen.

Estos tipos de aseguramiento han llevado a que la interacción entre los dos principales actores sea mediada principalmente por minutas contractuales (contratos) y cuyo objeto principal es enmarcar la relación de la prestación de servicios de salud con las IPS, estas minutas tienen como finalidad establecer las obligaciones entre las partes, dígase EAPB e Instituciones prestadoras de servicio de salud. A continuación, se define el concepto de contratación en Salud, lo que abre el tema del siguiente capítulo donde se abordará la contratación en salud en Colombia

2.5 Contratación en salud en Colombia

De acuerdo con el código Civil Colombiano se define el contrato como un acuerdo jurídico de voluntades por el que se exige el cumplimiento de una cosa determinada. Se trata de un acto privado entre dos o más partes destinado a crear obligaciones y generar derechos. Se tratan de hechos voluntarios donde se adquieren responsabilidades que en caso de no cumplirlas suponen un daño para la contraparte, y, en consecuencia, es necesaria una indemnización (Código Civil Colombiano Artículo 1494 – 1495).

Según el Decreto 4747 define *Acuerdo de Voluntades* como 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. (Decreto 4747 de 2007 Artículo 4)

De igual forma el artículo 5 del Decreto 4747 de 2007 establece los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, los cuales se clase por cada actor del sistema de la siguiente manera:

Por parte de los prestadores de servicios de salud:

- Habilidad de los servicios por 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, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

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 la entidad responsable del pago.
- Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación 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.

De otro lado, el Decreto 4747 de 2007 define tres (3) 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:

2.5.1 Mecanismos de pago en la compra de servicios

Los *mecanismos de pago* son las diferentes alternativas que tiene un pagador para transferir sus recursos a los prestadores de servicios de salud, de modo que se obtenga el mayor beneficio posible por cada unidad monetaria utilizada (Maquilón Molina & González Bolívar, 2020). El sistema de contratación en salud representa, principalmente, la forma como se relaciona al proveedor del servicio con la tercera parte pagadora. En un sistema de salud como el colombiano, los principales actores son: los consumidores (pacientes-usuarios) o asegurados; los proveedores de servicios -IPS- (que corresponden a médicos, grupos de médicos, instituciones hospitalarias de primer segundo y tercer nivel, y los centros de diagnóstico técnico); y las administradoras de salud (EAPB), que actúan como intermediarios entre los primeros y los segundos (pueden ser aseguradoras, cajas de compensación, etc.). Por último, está el Estado, que, si bien no participa directamente en el sistema de prestación, tiene una influencia fundamental en la orientación,

funcionamiento y financiación de este (Fedesarrollo, 1994), aspecto visto desde la teoría de la NGP.

2.5.2 Pago por servicio prestado

La contratación por servicio prestado se define como un pago por la totalidad del servicio recibido. La remuneración incluye los honorarios médicos, los suministros, medicamentos y los gastos por arriendo o servicios quirúrgicos. El precio final es específico y diferente para cada paciente y por cada servicio.

En algunos casos la totalidad o una parte del precio pueden ser concertadas entre las partes contratantes. Dependiendo del poder de mercado de cada actor, el resultado final beneficia a uno o a otro (Fedesarrollo, 1994).

2.5.3 *Capitación*

Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, durante un período de tiempo definido y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable. La suma variable se reconocerá por persona de acuerdo con los indicadores de desempeño y resultados que se pacten. La unidad de pago es la persona con el valor convenido.

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente (Maquilón Molina & González Bolívar, 2020):

- Listado y caracterización de las personas incluidas y mecanismo de actualización de novedades.
- Especificación de las tecnologías en salud de baja complejidad incluidas.
- Suma a ser pagada por persona especificando la parte fija y la parte variable.
- Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique.
- Especificación de los indicadores de desempeño y resultados esperados, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas.
- Definición de las reglas para el reconocimiento de la suma variable.

2.5.4 Pago Global Prospectivo (PGP)

Modalidad de pago en el cual el prestador recibe una suma fija y con ella responde por la atención en salud de una población determinada, con todas las necesidades que requieran, durante un periodo de tiempo establecido. En este modelo es necesario definir la población objetivo, zona geográfica y tiempo ya que el prestador y el asegurador comparten el riesgo, puesto que, ante una nueva necesidad de la población atendida, el valor pactado por la atención no será incrementado ni supondrá nuevos pagos (Castaño et al., n.d.).

Dentro de esta modalidad de pago se encuentran: el pago global prospectivo por episodio, por grupo de riesgo, por especialidad, o por nivel de complejidad, por tipo de servicio y por escenario de atención (Castaño et al., n.d.).

2.6 Decreto 4747 de 2007

En materia de contratación la legislación colombiana emitió el Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictaron otras disposiciones.

Este decreto en su artículo 5° define los requisitos mínimos que se deben de tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios; para los prestadores de servicios de salud se debe tener en cuenta como mínimo las siguientes condiciones:

- 1) Habilitación de los servicios a prestar.

2) 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.

3) Modelo de prestación de servicios definidos por el prestador.

4) Indicadores de calidad en la prestación de servicios definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Del mismo modo, por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Así entonces, al situarnos en la transacción, no dada por la factura o la autorización de pago de esta, sino por la que media entre ellas dos, que es el contrato, siendo el que determina el precio vigente y a cobrarse en adelante durante periodos de tiempo determinados, y de uso, siendo el factor determinante del comportamiento de pagos en adelante de una organización aseguradora. Sin embargo, hay mecanismos que pueden influenciar el contrato, como lo son las autorizaciones y las auditorías, bien sean ejecutadas antes o después de la consumación de este. Estos mecanismos, al final solo buscan orientar la contratación, sin embargo, se ha visto que no sólo estos dos son reguladores u orientadores de la contratación, sino otros mecanismos como la caracterización población, la afiliación, entre otros, vienen siendo factores que lo determinan (Ruiz Gómez et al., 2008).

2.7 Información sobre la Enfermedad Renal Crónica

2.7.1 Enfermedad Renal Crónica y Cuenta de Alto Costo

La Cuenta de Alto Costo fue creada por el Decreto 2699 de 2007 (Ministerio de Protección Social, 2007), quien determinaba las enfermedades ruinosas y catastróficas. En ese orden se estableció la Resolución 3974 de 2009, la cual establece parámetros para la definición y selección de estas enfermedades, que incluye indicadores sobre la carga de enfermedad para el país, la cronicidad de la enfermedad, el desarrollo de guías de atención, y claro, el costo para el SGSSS. A través de la Resolución 2565 de 2007 se establece como primera enfermedad de alto costo en Colombia, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en fase 5 con necesidad de sustitución o remplazo renal definiéndola así:

Daño renal por más de tres meses, consistente en la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), manifestada por: marcadores de daño renal (anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de los exámenes con imágenes) o una TFG < 60 mL/min/1.73m² de superficie corporal, con o sin daño renal. (Ministerio de Protección Social, 2007, p. 1)

Y define el usuario con enfermedad renal crónica con terapia de sustitución o reemplazo renal a aquel que entra una de las siguientes modalidades de tratamiento: 1. Hemodiálisis, 2. Diálisis Peritoneal, 3. Trasplante renal.

Es de anotar que la ERC es una enfermedad que tiene 5 estadios, que en realidad reflejan un daño renal, evidenciado en la función renal, usualmente medida con la TFG, y según sus niveles se establece el estadio de la ERC. Esta patología termina teniendo impactos altos sobre el

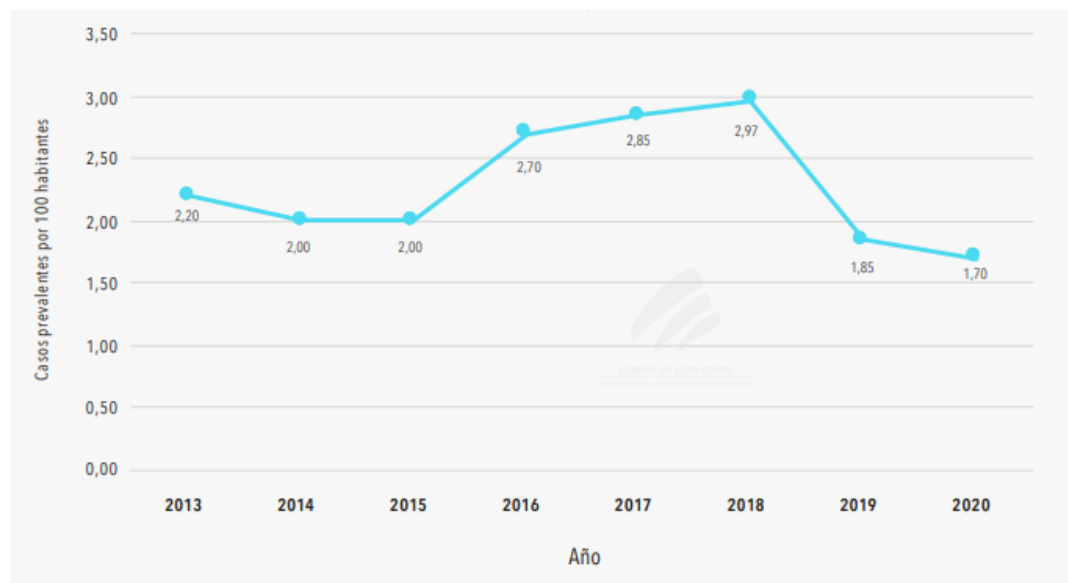
tratamiento, cambios en la dieta, afectación de funciones física y cognitiva, así como puede tener impactos en la vida familiar, social, económica, y por supuesto, mental de cada individuo que la padezca (Lopera-Medina, M, 2016).

La CAC da inicio al reporte de la ERC, HTA y DM, siguiendo la Resolución 4700 de 2008, con actualización en el 2014, a través de la Resolución 2463 de 2014 la cual actualiza variables en el reporte. Cabe aclarar que el reporte lo realizan las EAPB, quienes consolidan la información de su red prestadora de servicios de salud, y entrega un reporte de información oficial a la CAC teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la normatividad mencionada anteriormente.

La prevalencia de la ERC ha variado en el país levemente, pero claramente no hay una tendencia marcada a disminuir.

Figura 1.

Prevalencia de la enfermedad renal crónica por 100 habitantes, Colombia 2013-2020



Nota. Tomado de: Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia 2020 | Cuenta de Alto Costo

La CAC informa que el 74,1% de los casos se encuentran en el régimen contributivo, y el 25,8% al régimen subsidiado. También es importante ver que se reporta el 4,56% de los casos en estadio 5, y el 6,15% en estadio 4, y el 48,9% de las mortalidades ocurrió en el grupo de 80 años mayor, y el 14,5% al grupo de edad entre los 75 y 79 años. En otras palabras, el 63,5% de los casos de mortalidad se presentan en mayores de 75 años (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC)., 2021)

2.7.2 Enfermedad Renal Crónica en la EAPB seleccionada

La EAPB del Subsidiado objeto de análisis de este trabajo, presenta 231 pacientes con diagnóstico de ERC en estado 5, la distribución por grupo de edad se concentra en las edades de 29 a 59 años con un 46.32%; los pacientes en terapia de remplazo renal están distribuidos así: 184 pacientes en hemodiálisis y 47 pacientes en diálisis peritoneal (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2021).

Según la información reportada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), la tasa de incidencia de la EAPB se encuentra en 2,90 x 100.000 afiliados, según su distribución por departamento, Cundinamarca presenta la tasa más elevada con un 14,71 de casos nuevos por cada 100.000 afiliados con diagnóstico ERC en Terapia de reemplazo Renal (TRR). Por otra parte, la tasa de prevalencia para el periodo evaluado está en 17,75 x 100.000 afiliados, siendo igual Cundinamarca el departamento con mayor prevalencia de ERC llegando a 90,70 casos por cada 100.000 afiliados. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2021).

3. Objetivo general

Realizar una evaluación del gasto en salud según el tipo de contratación entre un administrador de planes de beneficios del Régimen Subsidiado y sus prestadores de servicios de salud de pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5.

3.1 Objetivos específicos

- Identificar los tipos de contratación entre el asegurador y los prestadores salud que tienen habilitado el servicio para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5.
- Analizar los resultados financieros del asegurador, con sus prestadores que ofrecen servicios para pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5.
- Correlacionar los diferentes contratos y sus resultados financieros.

4. Metodología

Los estudios de mercado poseen diferentes limitaciones, sobre todo al momento de definir la transacción a estudio que no permiten la homogeneidad de los datos, pues al no tratarse de unidades personales, como los estudios poblacionales, pueden tener variabilidades amplias por lo que su estudio hace que la definición del mercado y su impacto en los indicadores financieros y/o de salud se vuelva un reto (Ruiz Gómez et al., 2008).

De esta manera se presenta el diseño metodológico, que permitió responder a los objetivos de estudio.

4.1 Diseño

Se realizó un estudio descriptivo, de los contratos en ERC realizados durante el año 2021 período de enero a junio 30 del mismo año, utilizando las variables descritas en la tabla 1 y 2, de un asegurador del régimen subsidiado, y sus prestadores de servicios de salud, analizando los tipos de contratación, sus resultados financieros, incluyendo gasto en salud, y las variables en salud resultantes de los sitios donde se analizan los mismos contratos.

4.2 Población

Todos los tipos de contratación y pago entre el prestador y el asegurador en el período de enero a junio de 2021.

Reporte oficial realizado por la EAPB a la CAC sobre ERC en el período de enero a junio de 2021.

Criterios de exclusión:

Documentos contractuales que no permitieron verificar costos pactados.

Documentos de contratación en medios físicos o no digitalizados.

Documentos de contratación para servicios de mediano y bajo nivel de complejidad.

Mecanismos de contratación extraordinarios por eventos o sucesos específicos y que no hicieron parte de la red de prestadores de servicios de salud del asegurador.

Criterios de inclusión:

Reporte de la base de datos de la EAPB a la Cuenta de Alto Costo con corte a junio de 2021, que permitió ver el desenlace clínico final del usuario en los diferentes tipos de contratación.

Contratos con IPS que tuvieron los costos pactados, de servicios de mediano y bajo nivel de complejidad para ERC.

Reporte de costo de tratamiento por usuario reportado en base de datos de CAC.

4.3 Unidad de observación

Contratos entre prestador de servicios de alto nivel de complejidad y el asegurador.

Reporte a CAC por parte de la EAPB con desenlaces clínicos con relación a la contratación.

Reporte de costo de tratamiento por usuario reportado en base de datos de CAC

4.4 Unidad de análisis

Precios pactados por servicios contratados.

Características de la institucionalidad.

Resultados obtenidos en términos de indicadores financieros de salud.

Desenlaces clínicos en relación con el tipo de contratación.

4.5 Fuentes de información

Primarias: Asegurador y funcionarios del asegurador que brindaron la información de los contratos y bases de datos con desenlaces clínicos.

4.6 Instrumentos de recolección

A partir de una lista de chequeo (ver Tabla 1) que se aplicó a cada uno de los contratos analizados, se lograron presentar las variables de recolección y análisis desagregando cada información del asegurador y del prestador.

Tabla 1.*Lista de chequeo tipos de contrato*

Categoría	Subcategoría	Desagregación
Identificación de actores	Asegurador	Afiliados Por Departamento
	Prestador de servicios de salud	Tipo de prestador
		Nivel de complejidad
		Servicios contratados
Mecanismo De La Contratación	Modalidad Del Contrato	Tiempo De Contratación
		Tarifa del servicio
		Costo del contrato

Fuente: elaboración propia a partir de (Ruiz Gómez et al., 2008).

A partir de la lista de variables se realizó un análisis de los desenlaces clínicos y su relación con los tipos de contratación de enero a junio de 2021.

Procedimiento y técnica de recolección

Recolección de bases de datos de CAC, con inclusión de variables que permitieron identificar con cada usuario el tipo de contratación, así como el costo de estos, de modo que se analizó la relación entre el desenlace clínico, el costo y el tipo de contratación.

Recolección documental a partir de la evidencia construyendo un análisis variado sobre la contratación, resultados en salud y financieros en el período de tiempo seleccionado.

4.7 Variables utilizadas

Se describen las variables en lista de chequeo a continuación:

Tabla 2.*Lista de variables análisis desenlace clínico y financiero*

Categoría de análisis	Subcategoría de análisis	Nombre Variable	
Identificación demográfica usuarios con ERC	Demográficos	Departamento	
		Municipio	
		Sexo	
		Edad	
		Personales y sociales	
	Resultados del asegurador	Resultados en salud para el Asegurador	Régimen afiliación
			Pertenencia étnica
			Tipo de contrato en la EAPB
			Diagnóstico de HTA
			Diagnóstico de DM
Resultados Financieros		Peso	
		Talla	
		Terapia no dialítica para ERC estadio 5	
		Recepción trasplante renal	
		Tipo de trasplante	
		Complicación relacionada con el trasplante	
		Meses de prestación de servicios	
		Causa de muerte	
		Costo atención HTA	
		Costo atención DM	
		Costo de la terapia ERC estadio 5 con tratamiento médico	
		Costo del trasplante renal	
		Costo de la terapia postrasplante	
		Valor de costo total	
		Indicadores de equilibrio Financiero	
		Costo de hospitalización de ERC	
		Siniestralidad	
		Liquidez	

Fuente: elaboración propia a partir de (Ruiz Gómez et al., 2008).

4.8 Tipo de análisis

Para el análisis de los tipos de contrato, se realizó una descripción cuantitativa sobre cada uno de los aspectos de la lista de chequeo en la Tabla 1.

Para el análisis de los desenlaces en salud se realizó un análisis descriptivo, donde se evaluaron los estadísticos numéricos y medias de cada variable según correspondió, lo que permitió identificar la incidencia de los desenlaces clínicos descritos en la Tabla 2 en la EAPB.

Posteriormente se realizó una identificación correlacional entre las variables de salud, y resultados financieros del asegurador (Tabla 2).

Finalmente se utilizó como variable dependiente el mecanismo de contratación, donde los tipos de contratos se correlacionaron versus los resultados en salud y financieros.

Para lo anterior se tomó la base de datos reportada por parte de la EAPB a la CAC con fecha de cohorte a 30 de junio de 2021. En esta base se indagó con la EAPB y se agregaron las variables de costos, de la categoría de resultados financieros descritos en la Tabla 2. Adicionalmente se organizaron y depuraron más de 30 variables que venían originales con la base de datos, relacionados con exámenes paraclínicos que usa el reporte de la CAC, los cuales tienen como fin original permitir hacer seguimiento al proceso de atención. Como no es fin de esta tesis verificar el proceso de atención, sino los desenlaces, se filtró y depuró la base con las variables descritas en la categoría de resultados en salud de la Tabla 2. De allí se partió para todos los análisis descritos como resultados en salud y financieros, relacionados con los objetivos específicos 2 y 3 de esta tesis.

5. Resultados

5.1 Tipos de contratación entre EAPB e IPS

Se consolidaron los resultados de acuerdo con el tipo de información de la EAPB y la lista de chequeo establecida en la tabla 1.

Tabla 3.

Análisis de tipos de contratos de la EAPB e IPS en ERC

Identificación de actores						Mecanismo de la Contratación		
Prestador de servicios de salud						Modalidad del Contrato		
Prestador	Tipo de prestador	Nivel de complejidad	Regimen	Grupo de servicios	Servicios contratados	Tiempo De Contratación	Tarifa del servicio	Costo del contrato
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Hemodialis is con bicarbonato en paciente renal cronico o agudo	Por evento	\$ 2,622,880.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Hemodialis is con bicarbonato en paciente renal cronico	Por evento	\$ 201,760.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Hemodiálisis extramural para paciente agudo o cronico	Por evento	\$ 480,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal manual	Por evento	\$ 2,558,400.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal manual - dia	Por evento	\$ 85,280.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal automatizada	Por evento	\$ 2,756,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal	Por evento	\$ 91.89	\$ 200,000,000.00

					automatizada - día			
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Colocación de catéteres temporales yugular, subclavio	Por evento	\$ 260,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Inserción de catéter permanente para hemodiálisis	Por evento	\$ 520,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Formación de fístula av (periférica) para diálisis renal con prótesis [derivación av por cánula externa de scribner] [inserción de cánula vaso a vaso]	Por evento	\$ 624,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Colocación de catéter para diálisis peritoneal vía percutánea	Por evento	\$ 520,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Retiro de catéter peritoneal	Por evento	\$ 416,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Retiro de catéter permanente para hemodiálisis	Por evento	\$ 416,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Reparación de fístula av por ligadura, resección o sutura	Por evento	\$ 624,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Tromboembolectomía arterial de brazo o antebrazo	Por evento	\$ 676,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta de medicina especializada a primera vez nefrología adulto	Por evento	\$ 60,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta de medicina especializada a control nefrología adulto	Por evento	\$ 60,000.00	\$ 200,000,000.00

Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrologia	Consulta de medicina especializada a primera vez nefrologia pediátrica (solo para ciudades en las que se encuentre habilitado el servicio)	Por evento	\$ 120,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Contributivo	Nefrologia	Consulta de medicina especializada a control nefrologia pediátrica	Por evento	\$ 120,000.00	\$ 200,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Hemodialis con bicarbonato en paciente renal crónico o agudo	Por evento	\$ 2,622,880.00	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Hemodialis con bicarbonato en paciente renal crónico	Por evento	\$ 201,760.00	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Hemodialis extramural para paciente agudo o crónico	Por evento	\$ 480,000.00	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal manual	Por evento	2,558,400	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal manual - día	Por evento	\$ 85.28	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal automatizada	Por evento	\$ 2,756,000	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Alta	Subsidiado	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal automatizada - día	Por evento	\$ 91.89	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Colocación de catéteres temporales yugular, subclavio	Por evento	\$ 260,000.00	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Inserción de catéter permanente para hemodiálisis	Por evento	\$ 520,000.00	\$ 1,800,000,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Formación de fístula av (periférica) para diálisis renal con prótesis [derivación	Por evento	\$ 624,000.00	\$ 1,800,000,000.00

					av por cánula externa de scribner] [inserción de cánula vaso a vaso]			
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Colocación de catéter para diálisis	Por evento	\$ 520,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Retiro de cateter peritoneal	Por evento	\$ 416,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Retiro de catéter permanente para hemodiálisis	Por evento	\$ 416,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Reparación de fístula av por ligadura, resección o sutura	Por evento	\$ 624,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Trombo embolctomia arterial de brazo o antebrazo	Por evento	\$ 676,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de medicina especializada a primera vez nefrologia adulto	Por evento	\$ 60,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de medicina especializada a control nefrologia adulto	Por evento	\$ 60,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de medicina especializada a primera vez nefrologia pediátrica (solo para ciudades en las que se encuentre habilitado el servicio)	Por evento	\$ 120,000.00	\$ 1,800,000.00
Fresenius	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de medicina especializada a control nefrologia pediátrica	Por evento	\$ 120,000.00	\$ 1,800,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Paquete integral de atención hemodialisis	Por evento	\$ 2,420,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión hemodialisis en modalidad extramural	Por evento	\$ 186,923.00	\$ 200,000,000.00

Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión hemodialisis paciente agudo	Por evento	\$ 205,615.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Diálisis peritoneal	Paquete integral de atención diálisis peritoneal manual	Por evento	\$ 2,420,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Diálisis peritoneal	Paquete integral de atención diálisis peritoneal automatizada	Por evento	\$ 2,420,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Construcción de fístula arteriovenosa	Por evento	\$ 1,300,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Inserción de catéter venoso central yugular temporal	Por evento	\$ 480,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Inserción de catéter venoso central subclavio o femoral	Por evento	\$ 480,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Inserción de catéter venoso central bilumen permanente	Por evento	\$ 980,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Colocación de catéter para diálisis peritoneal	Por evento	\$ 980,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta de primera vez por especialista en nefrología adultos	Por evento	\$ 45,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta de control o de seguimiento por especialista en nefrología adultos	Por evento	\$ 45,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta de primera vez por especialista en nefrología pediátrica	Por evento	\$ 98,157.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta de control o de seguimiento por	Por evento	\$ 98,157.00	\$ 200,000,000.00

					especialista en nefrología pediátrica			
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Programa de atención integral "vidanefrouros"	Por evento	\$ 341,483.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de hemofiltración paquete integral	Por evento	\$ 4,100,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de hemodiafiltración paquete integral	Por evento	\$ 4,100,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de plasmaferesis paquete integral	Por evento	\$ 4,100,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Biopsia renal percutánea guiada por ecografía	Por evento	\$ 3,300,000.00	\$ 200,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Paquete integral de atención hemodialisis	Por evento	\$ 2,420,000.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Sesión hemodialisis en modalidad extramural	Por evento	\$ 186,923.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Sesión hemodialisis paciente agudo	Por evento	\$ 205,615.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Diálisis peritoneal	Paquete integral de atención diálisis peritoneal manual	Por evento	\$ 2,420,000.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Diálisis peritoneal	Paquete integral de atención diálisis peritoneal automatizada	Por evento	\$ 2,420,000.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrología	Construcción de fistula arteriovenosa	Por evento	\$ 1,300,000.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrología	Inserción de catéter venoso central yugular temporal	Por evento	\$ 480,000.00	\$ 1,300,000,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrología	Inserción de catéter venoso central	Por evento	\$ 480,000.00	\$ 1,300,000,000.00

					subclavio o femoral			
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Inserción de catéter venosos central bilumen permanente	Por evento	\$ 980,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Colocacion de cateter para dialiis peritoneal	Por evento	\$ 980,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de primera vez por especialista en nefrologia adultos	Por evento	\$ 45,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de control o de seguimiento por especialista en nefrología adultos	Por evento	\$ 45,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de primera vez por especialista en nefrologia pediatria	Por evento	\$ 98,157.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Consulta de control o de seguimiento por especialista en nefrología pediatria	Por evento	\$ 98,157.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrologia	Programa de atencion integral "vidanefrouros"	Por evento	\$ 341,483.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Sesion de hemofiltracion paquete integral	Por evento	\$ 4,100,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Sesion de hemodiafiltracion paquete integral	Por evento	\$ 4,100,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Alta	Subsidiado	Hemodiálisis	Sesion de plasmaferesis paquete integral	Por evento	\$ 4,100,000.00	\$ 1,300,000.00
Fundación nefrouros	IPS	Media	Subsidiado	Nefrología	Biopsia renal percutanea guiada por ecografia	Por evento	\$ 3,300,000.00	\$ 1,300,000.00
Davitas	IPS	Media	Contributivo	Hemodiálisis	Paquete hemodialisis	Por evento	\$ 2,546,775.00	\$ 300,000.00

					(9-14 sesiones)			
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de hemodíalisis	Por evento	\$ 195,906.00	\$ 300,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal automatizada	Por evento	\$ 2,546,775.00	\$ 300,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal manual	Por evento	\$ 2,546,775.00	\$ 300,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta externa por nefrología adultos	Por evento	\$ 63,000.00	\$ 300,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta externa por nefrología pediátrica	Por evento	\$ 84,000.00	\$ 300,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de hemodíalisis extramural - paciente hospitalizado en la red a la que davita tenga acceso	Por evento	\$ 472,500.00	\$ 300,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Hemodiálisis	Paquete hemodíalisis (9-14 sesiones)	Por evento	\$ 2,546,775.00	\$ 1,700,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de hemodíalisis	Por evento	\$ 195,906.00	\$ 1,700,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal automatizada	Por evento	\$ 2,546,775.00	\$ 1,700,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Diálisis peritoneal	Dialisis peritoneal manual	Por evento	\$ 2,546,775.00	\$ 1,700,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta externa por nefrología adultos	Por evento	\$ 63,000.00	\$ 1,700,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Nefrología	Consulta externa por nefrología pediátrica	Por evento	\$ 84,000.00	\$ 1,700,000,000.00
Davitasas	IPS	Media	Contributivo	Hemodiálisis	Sesión de hemodíalisis extramural - paciente hospitalizado en la red a la que davita tenga acceso	Por evento	\$ 472,500.00	\$ 1,700,000,000.00

Fuente: elaboración propia a partir de reporte de la EAPB, enero-junio 2021.

De la anterior tabla se obtienen resultados donde se evidencia que la EAPB solo tiene tres prestadores para una distribución de \$80.500.000.000.00 pesos colombianos, y el 47% de este

valor lo obtiene Fresenius, y el 35,4% la Fundación NefroUros, y el 100% de la contratación está pactada por evento, no se evidenciaron contratos de tipo Pago Global Prospectivo, u otro tipo.

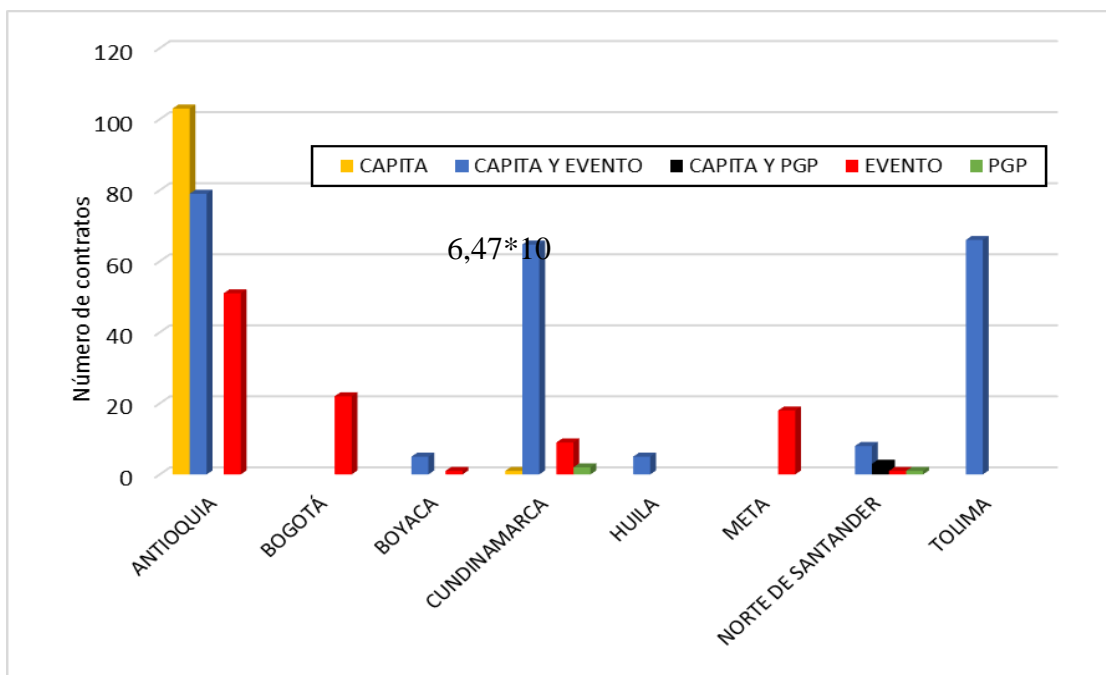
También se encuentra que el 55,2% del costo de la contratación se encuentra en el grupo de servicios de Nefrología, el 26,09% hemodiálisis y 18,63% diálisis peritoneal. Ahora bien, si se analiza el conjunto de diálisis, éstas constituyen el 44,72% de toda la contratación por evento en ERC de esta EAPB, demostrando claramente que hay un alto costo en el estadio 5.

También llama la atención que el 57,7% de la contratación se encuentra reportada en el régimen contributivo con un costo de \$21,600,000,000,00 pesos, y el 42,2% en el régimen subsidiado. Debido a que como se describe más adelante en detalle, la población de régimen contributivo es de tan solo 3,2% del total de la EAPB. Por consecuencia más de la mitad del costo en ERC se encuentra en un régimen que tiene menos del 5% de la población total de la EAPB.

Finalmente, se llama la atención sobre el hallazgo del tipo de servicios que se están contratando, donde tan solo el 33% corresponde a servicios complementarios de alto nivel de complejidad, y el 67% corresponde a servicios complementarios de mediano nivel de complejidad.

5.2 Tipo de contratación entre pacientes y empresa prestadores de servicio

En este punto se analizó el tipo de contrato por departamento, obteniendo la Figura 1, en donde muestra que Bogotá aplica más del 99% de los contratos per cápita. Un dato de alta relevancia es que Cundinamarca tiene en total 659 contratos, es decir, el 64,5% de participación con respecto a todos los departamentos y ciudades analizadas, seguido con 22,8% en Antioquia, luego Tolima con 6,4% y el restante de los departamentos tienen un 6,26%.

Figura 2.*Tipo de contrato por departamento*

Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de EAPB, enero-junio 2021.

La EAPB analizada tiene la distribución de usuarios por departamento como se muestra en la Tabla 4, Así se concluye que la EAPB tiene una población principalmente subsidiada (RS), ubicándose casi el 37% en Cundinamarca.

Tabla 4.*Distribución de afiliados por departamento EAPB analizada*

Nombre de la Entidad territorial	Número de personas afiliadas a la EAPB según municipio de residencia		Porcentaje de la población afiliada a la EAPB en el departamento por municipio		Población de la entidad territorial	Porcentaje de la población del Departamento / municipio afiliada por EAPB	
	RS	RC	RS	RC		RS	RC
Antioquia	48046	2212	15,32	20,89	6.550.206	0,73	0,03
Boyacá	14641	524	4,67	4,95	1.230.910	1,19	0,04
Córdoba	102	1	0,03	0,01	1.813.854	0,01	0,00
Cundinamarca	115310	4760	36,78	44,95	3.085.522	3,74	0,15
Huila	34599	745	11,04	7,03	1.111.844	3,11	0,07
Meta	1751	40	0,56	0,38	1.052.125	0,17	0,00
Norte de Santander	54683	1509	17,44	14,25	1.565.362	3,49	0,10
Tolima	44394	799	14,16	7,54	1.335.313	3,32	0,06
Nacional	313526	10590	96,73	3,26	49.395.678	0,63	0,02

Fuente: Caracterización EAPB, 2020.

5.3 Análisis costos para pacientes con enfermedad renal crónica

Para el análisis económico se analizó a nivel nacional con los siguientes datos: (1) etiología de ERC y si se encontraba en un programa ERC, (2) Costo total por etiología y sexo, (3) Costo total por etiología y estadio de la ERC, (4) Costo total por causa de muerte y (5) estadio de la ERC y costo total por causa de muerte y año de muerte. Para simplificar las gráficas se tiene presente la siguiente anotación:

- Enfermedad poliquística renal.
- Otras.
- Diabetes.
- Enfermedad vascular renal.
- Litiasis.

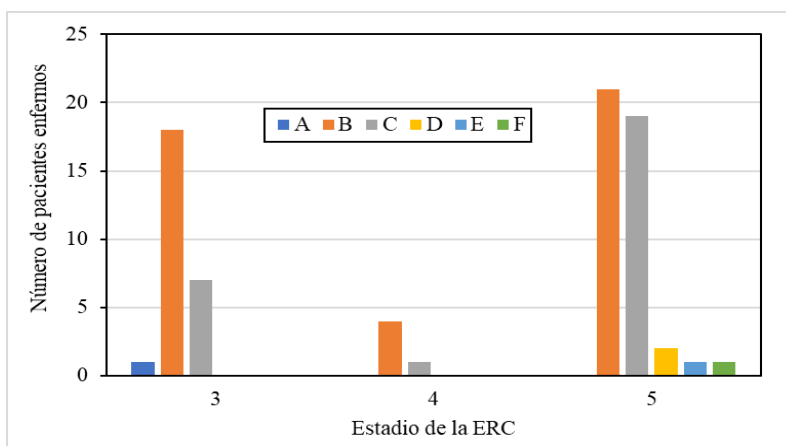
- Nefropatía obstructiva de causa diferente a obstrucción de cuello de la vejiga.
- No aplica, no tiene ERC.

Al visualizar etiología de ERC y si se encuentra en un programa ERC, se obtiene la Figura 2, para un total de 75 pacientes, sin embargo, son 947 pacientes que no aplica o no tiene ERC, es decir, el porcentaje de personas con ERC es del 7,33%, el cual es bastante bajo.

También es importante destacar que a pacientes con estadio 5 de la enfermedad, la diabetes se manifiesta más de 20 veces con respecto a estadio 4 y más de 3 veces en comparación a estadio 3, siguiendo la relación entre Diabetes y ERC.

Figura 3.

Etiología de ERC y si se encuentra en un programa ERC

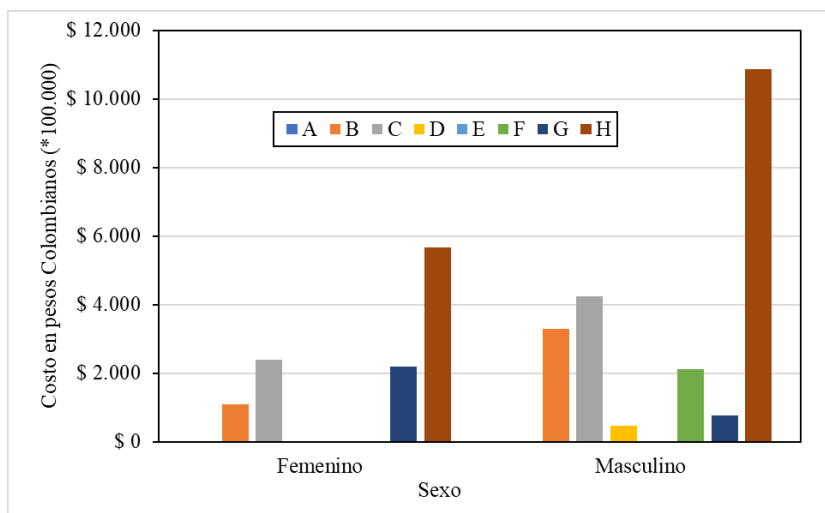


Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

Al analizar el costo total por etiología y sexo, se obtiene en general que los hombres representan el mayor gasto, como se puede concluir de la Figura 3.

Figura 4.

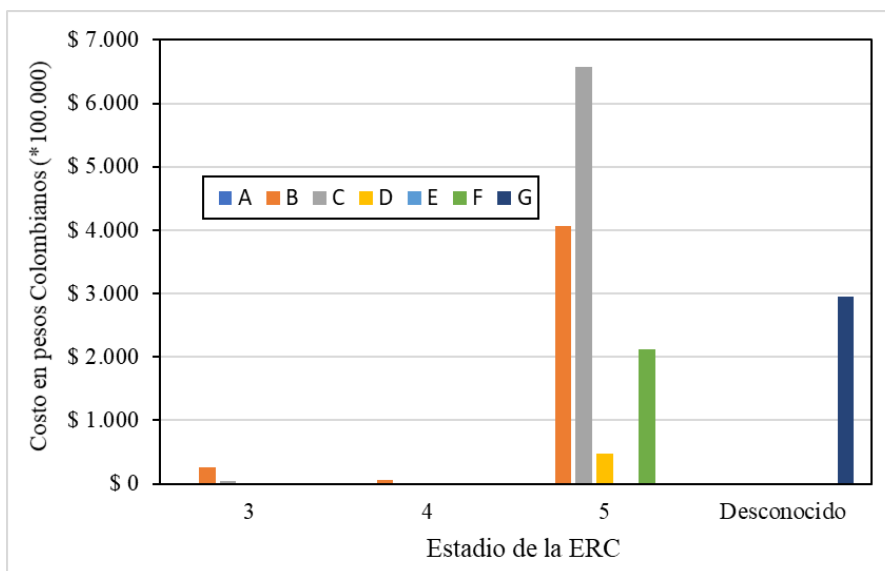
Etiología de ERC y si se encuentra en un programa ERC



Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

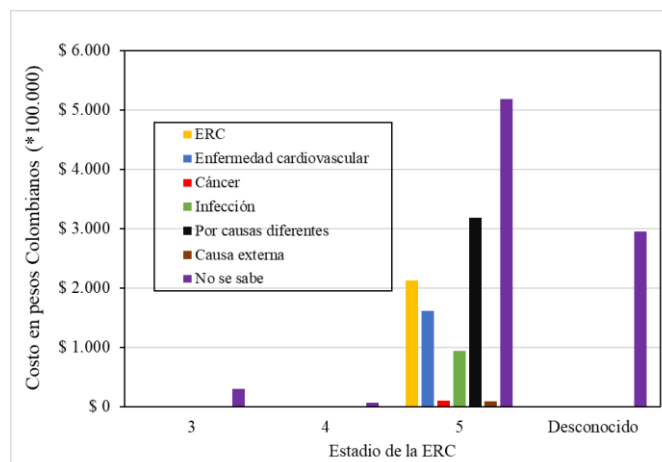
Así mismo, las mujeres no representan gasto alguno en enfermedad poliquística renal, - enfermedad vascular renal y Nefropatía obstructiva de causa diferente a obstrucción de cuello de la vejiga, hasta el punto de que representa el 34% del costo total, es decir, los hombres presentan 3 veces más costo a las entidades de salud que las mujeres. También es importante mencionar que el 17,81% de los gastos no presenta relación alguna con ERC.

Al analizar el costo total por etiología y estadio de la ERC, se obtiene la Figura 4, destacando que el estadio 5 es el más costoso, alcanzando el 97,35% con respecto a los otros dos estadios y el 80% en comparación a los demás, es decir, el mayor gasto se encuentra ineludiblemente en el estadio 5 con la etiología de Diabetes, como también se refuta en la Figura 2.

Figura 5.*Costo total por etiología y estadio de la ERC*

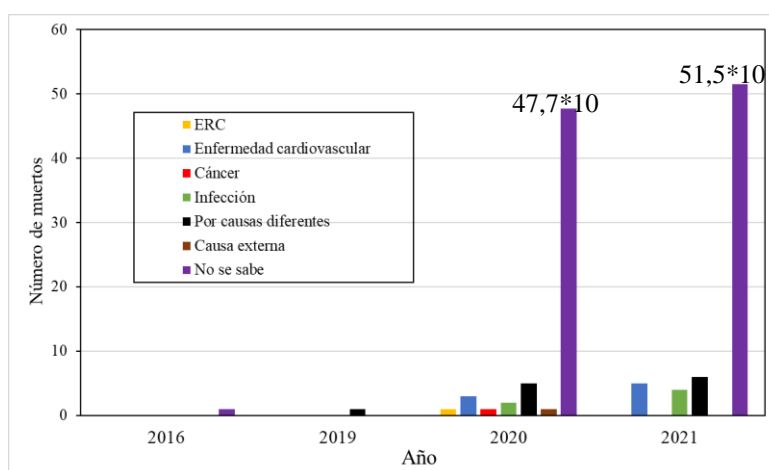
Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

Al analizar el costo total por causa de muerte se obtiene la Figura 5, obteniendo que la mayor cantidad de muertes se encuentra en el estadio 5, lo cual es concluyente a que el costo sea mayor en tal fase (ver Figura 4). Sin embargo, para determinar el impacto real es necesario analizarlo con respecto al número de personas, lo que detallará en la Figura 6.

Figura 6.*Costo total por causa de muerte*

Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

El número de muertes por año y causa se obtiene la Figura 6, mostrando un aumento considerable de muertes en los años 2020 y 2021.

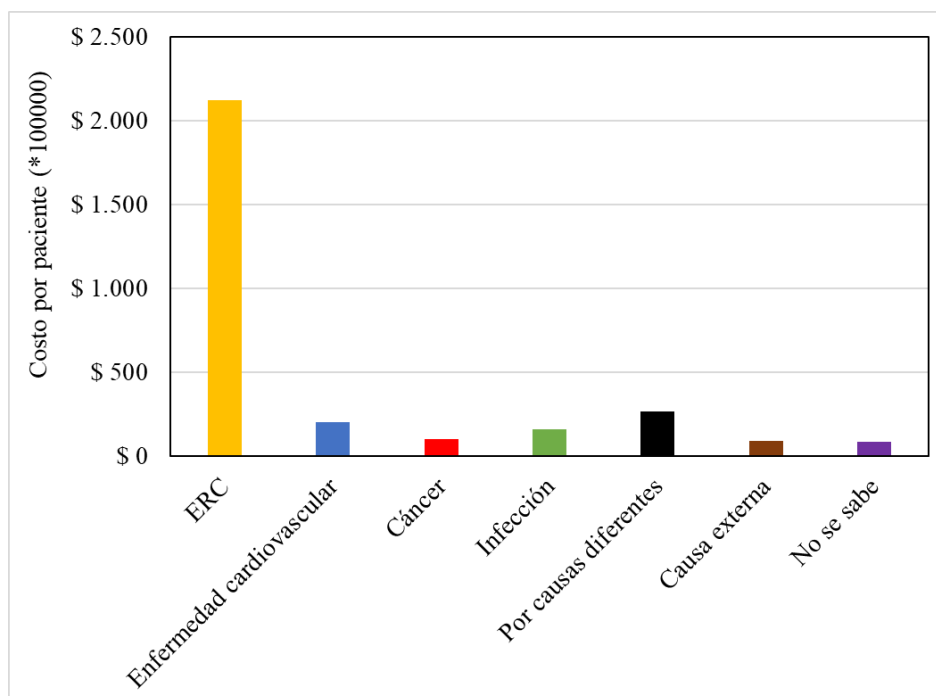
Figura 7.*Personas fallecidas por causa de muerte y año de muerte*

Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

ERC resalta en 2020, sin embargo, al analizar el costo por unidad de persona muerta según enfermedades, se obtiene que la más costosa es ERC, como se muestra en la Figura 7. Lo anterior indica que el costo total por la ERC es poco en comparación a las demás enfermedades analizadas, no obstante, el costo por paciente es desproporcional: más de 20 veces que el cáncer, lo que evidenciaría que la ERC en fase crítica, es de alto costo por ende el alto impacto en la gasto en salud para la EPS.

Figura 8.

Costo por persona fallecida según enfermedades



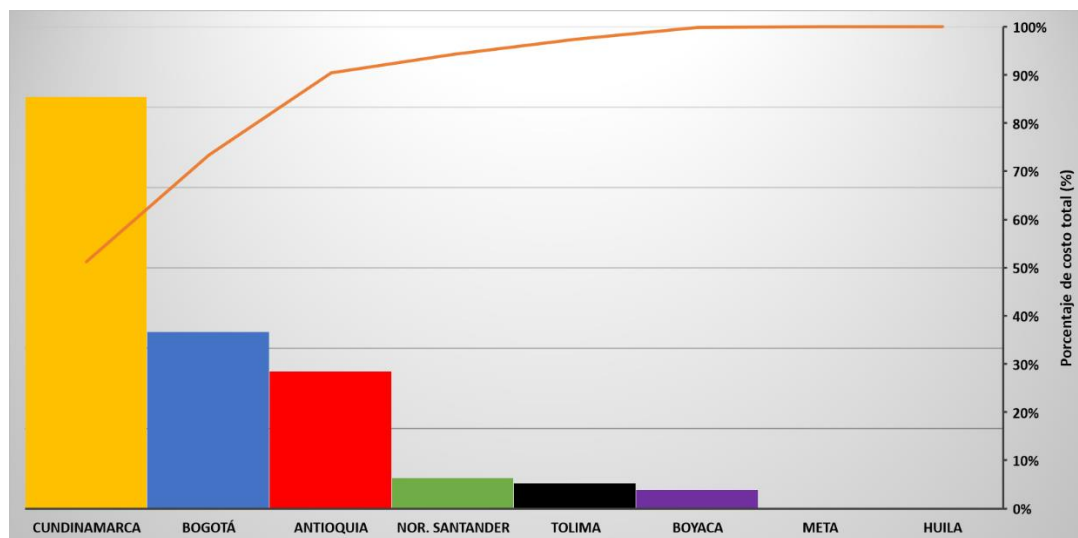
Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

5.4 Relación de los diferentes tipos de contratación y sus resultados en salud y financieros

Para analizar los resultados en salud se tendría en cuenta el remplazo renal, así como la mortalidad como desenlaces clínicos de la enfermedad y que son resultados en salud de la gestión y atención de la ERC. Sin embargo, los costos de diálisis no se encontraron correctamente relacionados en el reporte de CAC, y solo se cuenta con los descritos por la EAPB en el punto anterior, donde se observó que el 44,72% de la contratación total por evento es para servicios de diálisis con un costo que asciende a \$36,000,000,000.00 pesos colombianos.

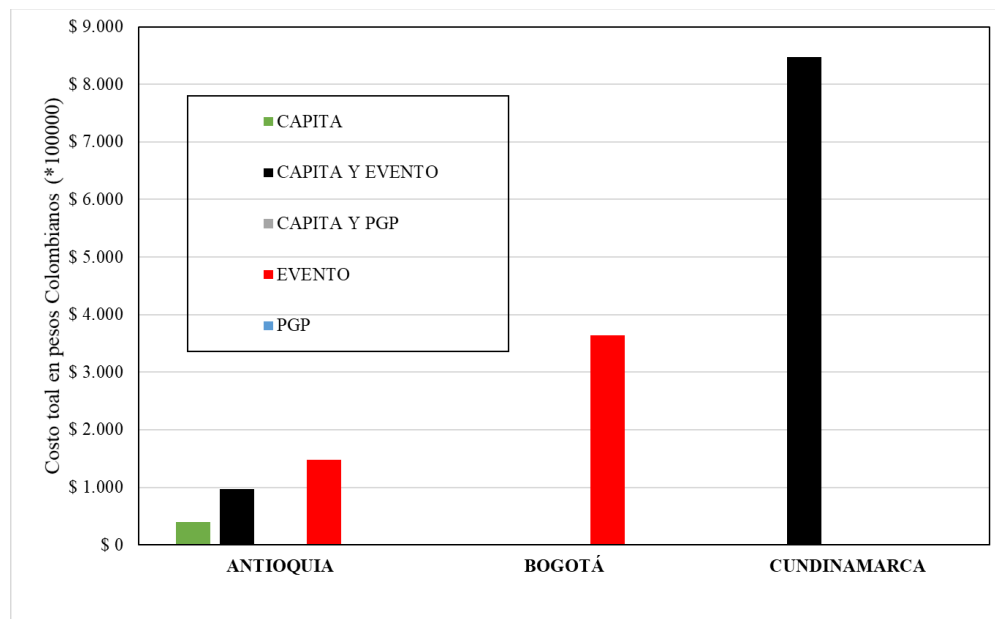
Para profundizar en este punto, se analizó el costo por departamento y a posteriori el costo departamental por tipo de contrato de las personas que fallecieron con ERC reportadas a la CAC.

El costo total en los 8 departamentos es de \$1.654.061.464 millones de pesos en los últimos cuatro años, mostrando una distribución de gasto según la Figura 8, en donde Cundinamarca, Bogotá y Antioquia equivalen al 90% del costo total. Por lo anterior, se tuvo presente estos 3 departamentos en el análisis, dado que representan la mayoría del costo.

Figura 9.*Costo por persona fallecida según enfermedades*

Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

Al analizar el departamento de Cundinamarca, Antioquia y la ciudad de Bogotá por tipo de contrato se obtiene la Figura 9, mostrando que Bogotá y Antioquia manejan mayormente Evento, mientras Cundinamarca maneja más del 98% en Cápita y Evento. Esto indica que el mayor gasto se encuentra en Cápita y Evento.

Figura 10.*Costo por departamento y tipo de contrato*

Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

Finalmente, un dato no menor al analizar el principal resultado en salud, que es la mortalidad, se encuentra que en este reporte de enero-junio de 2021 por parte de la EAPB, hay personas reportadas con costo y mortalidad de otros años.

Tabla 5.*Mortalidad años anteriores*

Causa De Muerte	RC	Enfermedad cardiovascular	Cáncer	Infección	Por causas diferentes	Causa externa	No hay información causa de muerte en la historia clínica	Total
2016							1	1
2019					1			1
2020		3		2	5	1	477	490
2021		5		4	6		515	530
Tot					1			10
al		8		6	2	1	993	22

Fuente: Elaboración propia a partir de reporte de CAC de la EAPB, enero-junio 2021.

Con este punto se cierran los resultados, solo para resaltar que aunque son las fuentes oficiales, la calidad y consistencia de la data aún es muy variable, y se encontró que el 97,16% de las muertes, no tienen información sobre la causa, y que por lo menos un 48,04% de las muertes reportadas y con costos asociados para el primer período de 2021, corresponden a años anteriores, principalmente 2020.

6. Discusión y conclusiones

Un dato relevante en la presente investigación es el alto costo que trae consigo la ERC en el estadio 5, que en comparación al estadio 3 y 4, equivale al 80% del costo, es decir, es la fase crítica en salud y con mayor impacto en el gasto. También, el costo por muerte de ERC es bastante elevado en comparación a otras enfermedades, solo precedido por enfermedades cardiovasculares en una fracción de 0,1, en otras palabras, la ERC es 10 veces más costosa que una enfermedad cardiovascular y 20 veces más que el cáncer por paciente fallecido.

A nivel nacional, el 96,7% de la población está afiliada al régimen subsidiado y el restante al régimen contributivo. Con respecto al tipo de contrato, muestra que Bogotá más del 99% se contrata por evento, Antioquia el 44,2% por cápita, 21,8% por evento y el restante por cápita-evento. Cundinamarca maneja 98,1% por cápita-evento, 1,3 por evento y el restante per cápita.

En la verificación contractual que se tiene actualmente en la EAPB, se encontraron dos tipos de contratos la cápita y el evento con los cuales se está garantizando la atención de los pacientes con ERC en estadio 5, evidenciando que se contrata la terapia de remplazo renal y diálisis en modalidad por evento y los demás servicios en salud que requiera esta población se encuentra capitado con otros prestadores. Esta división en el aspecto contractual para la misma población deja ver una brecha importante en la atención del paciente ya que no necesariamente son los mismos prestadores especializados lo que atenderán otros problemas en salud de esta población de pacientes y tener en cuenta su condición renal es de vital importancia para prevenir complicaciones o progresión temprana.

El costo por paciente fallecido de la ERC es hasta 20 veces más costoso en comparación a otras enfermedades mortales como diabetes y cáncer. Esto confirma que la ERC y la mortalidad por causa misma se convierte en un costo catastrófico para el sistema y la EAPB.

En cuanto a costo por sexo, en promedio por cada peso suministrado a una mujer, los hombres reciben 3 veces más, es decir, los pacientes hombres equivalen casi al 67% del costo total. En cuanto al estadio de la ERC, el estadio 5 equivale a más del 80% del costo total en comparación a los demás estadios, es decir, la fase 5 involucra un gasto excesivo por parte de la EAPB, si a esto se le suma la concentración de contratación por evento, se encuentra que no hay una gestión adecuada del gasto en salud que contenga, y negocie, de mejor forma los paquetes de atención integrales para la EAPB y sus usuarios, bien sea a través de PGP o de paquetes integrales de atención, acción urgente por parte de la EAPB, debido a que se identificó un único tipo de contratación existente en la actualidad para la atención de este grupo de pacientes, que si bien ha sido el más utilizado para la contratación de terapias de remplazo renal y diálisis, los resultados nos muestran que el costo es muy elevado y dista de brindar una atención integral al paciente ya que en los contratos por evento analizados en esta investigación solo se tuvieron en cuenta consultas, procedimientos y atención del paciente en diálisis, no se evidenció que se brindara a estos pacientes una cobertura integral de la atención con las IPS especializadas contratadas. Esto evidencia una gran brecha que pone en riesgo la continuidad y el cuidado del paciente con ERC en estadio 5, que requiere de especial atención al momento de ser atendido por sus condiciones especiales de cuidado y dosificación de medicamentos para evitar empeoramiento, progresión o lesiones severas que conlleven a requerir días de estancia hospitalaria por una mala práctica.

Es por esto que tras realizar el análisis y correlación de los resultados en salud y financieros se concluye que la contratación por evento, único modelo contractual que se tiene actualmente en

la EAPB Ecoopsos SAS, no permite gestionar efectivamente el riesgo en salud y el gasto de sus pacientes con ERC estadio 5, y es recomendable pensar en un modelo de contratación diferente que permita una mejor gestión del mismo, permitiendo brindar a sus pacientes una atención integral y gestionando el riesgo desde estadios tempranos de la enfermedad, para retardar su progreso y de esta forma contribuir a la disminución de costos en salud para el sistema que tienen este tipo de pacientes.

7. Recomendaciones

El costo en la ERC aumenta de la siguiente manera: estadio 3, estadio 4, estadio 5 y muerte del paciente, en donde estos dos últimos representan más del 90% del costo, por ende se recomienda a las entidades prestadoras de servicio evitar el avance de la enfermedad, e invertir en contrataciones por PGP o por paquetes integrales de atención desde los estadios tempranos, siendo recomendado un mecanismo de pago por incentivo por resultados teniendo como indicador que permitiría evaluar un adecuado resultado en salud la no progresión de la enfermedad hacia estadios superiores, el no uso de diálisis o TRR, y la reducción de la mortalidad, esto se sustenta en que sale más costoso la forma de abordaje actual por evento y concentrado por régimen y prestadores, y dado el 96,7% es del régimen subsidiado, esto aliviaría un poco el costo de la salud.

De acuerdo a la discusión y conclusiones generadas se recomienda que la EAPB, migre hacia un modelo de contratación basados en grupos de atención integral que le permita llevar un control de la ejecución de los mismos antes y durante las ejecuciones de las atenciones en salud; esto se logra con contratos por pago global prospectivo o por paquetes integrales de atención.

La forma en que se realizó el estudio puede replicarse con una ventana de observación más amplia a futuro, con más tipos de contratación que permitan la comparación correspondiente, adicionalmente, se puede replicar para otras enfermedades de alto costo, lo que generaría un mejor gasto en el sistema de salud en la EAPB y en el SGSSS en Colombia.

8. Consideraciones éticas

Siguiendo la Resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se considera que la presente investigación es sin riesgo, esto debido a que la misma no genera cambios ni intervenciones sobre ningún sujeto, puesto que la investigación se desarrolla sobre base documental e institucional, acorde con lo mencionado en el artículo 11 de la misma resolución.

9. Referencias

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2021). *Base de Datos Única de Afiliados – BDUA*. Retrieved from <https://www.adres.gov.co/eps/bdua/reportes>
- Antonanzas, F., Juárez-Castelló, C., Lorente, R., & Rodríguez-Ibeas, R. (2019). The Use of Risk-Sharing Contracts in Health
- Carnota, O. (2017). El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia. *Rev Cubana Salud Pública*, 584-605.
- Castro, C. (2015). La administración cuantitativa del riesgo financiero en la provisión de un plan de salud. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 51-62.
- CéspedesLondoño, J. E., Jaramillo perez, I., & Castaño Yepes, R. A. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo C.*
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-. (2000). Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en Salud. *Sección de Obras de Economía Contemporánea*, 727-758.
- Duque, M., Gómez, L., & Osorio, J. (2009). ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE COSTOS UTILIZADOS EN LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA Y SU UTILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES. *Revista del Instituto Internacional de Costos*, 1646-6896.
- Fedesarrollo. (1994, Septiembre). Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Bogotá, Colombia.

- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). (2021). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020*. Bogotá.
- Fortich Lozano, I. M. (2012). HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Revista Cultural Unilibre*.
- Franco, M., & Urbano, D. (2010). El Éxito de las PYMES en Colombia: Un estudio de caso en el sector salud. *Estudios gerenciales*, 77-97.
- La nueva gestión pública: evolución y tendencias. (2007). In I. M. García Sánchez, *Presupuesto y Gasto Público* (pp. 37-64).
- Lopera-Medina, M. M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: Necesidades en salud y respuesta del sistema general de seguridad social en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Maquilón Molina, D. C., & González Bolívar, L. S. (2020). Analisis de las distintas formar de contratación en una IPS de alta complejidad. Medellin, Colombia.
- Ministerio de Proteccion Social. (2007). *Decreto 2699 2007*. Bogota Colombia.
- Ministerio de Proteccion Social. (2007). *Resolucion 2565*. Bogotá.
- Ministerio de Proteccion Social. (2009). *Decreto 3511*. Bogotá.
- Ministerio de Proteccion Social. (2009). *Resolucion 3974*. Bogota.
- Ministerio de salud y proteccion social. (2016, Junio). *Fuéntes de financiación y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

- Ortiz Pulido, Y. A. (2020). Aplicación del modelo Nueva Gestión Pública en la Superintendencia de Industria y comercio en el periodo 2014-2018. *Trabajo de grado Especialización en Gestión Pública*. Colombia.
- Palacios Torres, Paula Melisa . (2017). *Criterios para identificar patologías de alto costo en Colombia*. Bogota.
- Parada, J. J. (2003). Economía institucional original y nueva economía institucional: semejanzas y diferencias. *Revista de Economía Institucional*, 92-116.
- Roa Buitrago, R. I. (2009). Gestión del Aseguramiento en Salud. *Revista EAN*, 21-36.
- Sarmiento, H., Ramírez, C., Carrasquilla, M., & Alvis, N. J. (2019). Carga económica de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2015-2016. *SaludUninorte*, 84-100.
- Tarazona, Á. A. (2010). La seguridad socialHistoria, marco normativo, principios y vislumbres de un estado de derecho en Colombia. *Anuario Historia Regional y de las Fronteras*.
- Villegas, Á. J. (2013). Mecanismos de compensación complementarios al ajuste de riesgo prospectivo en el SGSSS en Colombia y la Cuenta de Alto Costo. *Revista desarrollo y sociedad*, 165-190.