

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y
FINANCIEROS DE LOS CONTRATOS P.G.P EN LA IPS CIAEPE LTDA COMO
ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO EN EL FLUJO FINANCIERO DE LA
ORGANIZACIÓN



JUAN FELIPE MOSQUERA PAZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES Y ECONÓMICAS

FINANZAS Y NEGOCIOS INTERNACIONALES

GESTIÓN FINANCIERA

2019

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y
FINANCIEROS DE LOS CONTRATOS P.G.P EN LA IPS CIAEPE LTDA COMO
ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO EN EL FLUJO FINANCIERO DE LA
ORGANIZACIÓN



JUAN FELIPE MOSQUERA PAZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL EN
FINANZAS Y NEGOCIOS INTERNACIONALES

Director:

Mg. NORMAN OSWALDO CALDON QUIRA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES Y ECONÓMICAS
FINANZAS Y NEGOCIOS INTERNACIONALES
GESTION FINANCIERA

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

Una vez revisado el documento final del trabajo de grado titulado “Análisis y seguimientos a los procedimientos administrativos y financieros a los contratos P.G.P en la I.P.S CIAEPE LTDA como estrategia de mejoramiento en el flujo financiero de la organización”; realizado por el estudiante **Juan Felipe Mosquera Paz**, se autoriza la sustentación de este para optar al título Profesional en Finanzas y Negocios Internacionales de la Corporación Universitaria Autónoma del Cauca.

Norman Oswaldo Caldon Quira, Mg.
Director (Asesor externo)

Elizabeth Toro Chalá, Mg.
Jurado
Corporación Universitaria Autónoma del Cauca

Marlyn Adriana Ordoñez Garcés, Mg.
Jurado
Programa de Finanzas y Negocios Internacionales
Corporación Universitaria Autónoma del Cauca

Popayán, Cauca, Noviembre de 2019

DEDICATORIA

Este trabajo de grado está dedicado a:

A mis padres Jesús Darío Mosquera y Patricia Paz Guerrero quienes, con su apoyo incondicional, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir una meta más y a la memoria de mi gran amigo Sebastián Escobar Echeverri que durante el tiempo compartido me dio una nueva apreciación del significado y la importancia de la amistad. Vivió su vida, actuando de una manera íntegra, fue una persona muy querida entre sus amigos y familiares por su bondad y su gran don de siempre querer ayudar a las personas que lo necesitaban. Que en paz descanses “hermano”.

AGRADECIMIENTOS

Al culminar con este trabajo quiero utilizar este espacio para agradecerle Principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación académica y profesional, A mis Padres que han sabido darme su ejemplo de trabajo y honradez, al Dr. Leonel Reyes Romero Gerente General de la I.P.S CIAEPE LTDA por tener la confianza de brindarme la información necesaria y poner a disposición los recursos humanos para el desarrollo de este trabajo, a la Dr. Zenaida Ramírez por su gran afecto, empatía y disposición de las necesidades que presentó este trabajo.

Agradezco a todo el personal de trabajo de la I.P.S, en especial a la Jefe de Talento Humano Lina María Gutiérrez Tenorio que desde el primer día estuvo siempre dispuesta a prestar su ayuda incondicionalmente y por la estima que presento desde el primero momento.

A mis amigos, con todos los que compartí dentro y fuera del aula de clases, en especial a Daniela Murillo, Juan José Mancilla, Ángela Gutiérrez y Juan Esteban Arcos quienes hicieron de la universidad un ambiente especial, relaciones que trascendieron intereses académicos y se entablaron lasos de afecto que perdurarán toda la vida.

Agradezco a los profesores de la carrera de Finanzas y Negocios internacionales de la universidad Autónoma del Cauca, en especial a Javier Solarte, Rodrigo Balcázar, Jorge Orozco quienes proporcionaron grandes conocimientos tanto académicos y personales, excelentes profesores de vida. Agradecerle a mi director de trabajo de grado Mg Norman Oswaldo Caldon por guiarme y prestar toda la atención necesaria de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	14
CAPITULO I: PROBLEMA.....	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2. Justificación.....	19
1.3. Objetivos	21
1.3.1. Objetivo general.....	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	21
CAPITULO II: MARCO TEORICO O REFERENTES CONCEPTUALES	22
2.1. Antecedentes	22
2.2. Bases teóricas.....	24
2.3. Bases legales.....	24
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	27
3.1. Tipo de investigación.....	27
3.2. enfoque de la investigación.....	27
3.3. instrumentos o técnicas de la investigación	27
4. Analisis jurídico y administrativo a los contratos P.G.P.....	30
4.1. contextualización contractual en salud.....	30
4.2. Proceso administrativo del sistema de salud.....	32
4.2.1. Proceso general administrativo externo de financiación y contratación.	
32	
4.3. PROCESO GENERAL ADMINISTRATIVO-OPERATIVO INTERNO DE CONTRATACIÓN	37

4.4.	DESCRIPCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CONTRATOS P.G.P ...	38
4.4.1.	Proceso de contratación P.G.P.....	38
4.5.	Estructura jurídica de los contratos P.G.P.....	44
4.5.1	Normograma.....	44
4.5.2	Puesta en marcha, seguimiento y control de los contratos P.G.P	47
5.	INDICADORES SOBRE LA ATENCIÓN DEL USUARIO (P.G.P).....	49
5.1.	Entrevista no estructurada	49
5.2.	Proceso de facturación.....	50
5.3.	Flujograma	52
5.4.	Indicadores.....	59
5.4.1	Indicador para evaluar los resultados clínicos en pacientes con DX de enfermedad renal crónica estadiada en 1 y 2. (Programa de Nefroprotección incidentes).....	59
6.	Variables de frecuencia de uso	61
	CAPITULO VII: Resultados	65
7.1.	Presentación de los resultados obtenidos en la investigación	65
7.1.1.	Estrategia de monitoreo al PYP.....	65
7.1.2.	Costos médicos de atención.....	67
7.1.3.	Costos médicos de atención P.G.P	68
7.2.	Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.....	69
7.2.1	Punto de equilibrio.....	69
7.2.2	Costos estándar.....	70
	capitulo viii: conclusiones y recomendaciones	72
8.1	Conclusiones.....	72
8.2	Recomendaciones.....	73

Bibliografía	74
ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Elaboración propia fuente Ministerio de Salud y Protección Social</i>	36
<i>Tabla 2 Elaboración propia (El estadio se define como la evolución o crecimiento de una enfermedad, esto sirve como medida para identificar el estado del paciente y la gravedad del mismo).</i>	39
<i>Tabla 3 Elaboración propia (Fuente constitución política 1991)</i>	44
<i>Tabla 4 Elaboración propia (Fuente Resoluciones)</i>	45
<i>Tabla 5 Elaboración propia (Fuente leyes)</i>	46
<i>Tabla 6 Elaboración propia (Fuente Decretos)</i>	47
<i>Tabla 7 Elaboración propia</i>	51
<i>Tabla 8 Procesos del Usuario Subsidiado, Elaboración propia</i>	52
<i>Tabla 9 Proceso del Usuario Contributivo, Elaboración propia</i>	54
<i>Tabla 10 Proceso de la I.P.S a Usuarios Subsidiados, Elaboración propia</i>	55
<i>Tabla 11 Proceso de la I.P.S a Usuarios Contributivo, Elaboración propia</i>	57
<i>Tabla 12 Indicador de resultados clínicos, Elaboración propia</i>	59
<i>Tabla 13 Estadificación, Elaboración propia</i>	62
<i>Tabla 14 Frecuencia de uso, Elaboración propia</i>	64
<i>Tabla 15 Costo de la frecuencia de uso, Elaboración propia.</i>	64

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 Proceso del Usuario Subsidiado, Elaboración propia</i>	52
<i>Figura 2 Proceso del Usuario Contributivo, Elaboración propia</i>	54
<i>Figura 3 Proceso de la I.P.S a Usuarios Subsidiados, Elaboración propia</i>	56
<i>Figura 4 Proceso de la I.P.S a Usuarios Contributivo, Elaboración propia</i>	58
<i>Figura 5 Estrategia del monitoreo al PYP, Elaboración propia.</i>	65

LISTA DE CUADROS

<i>Cuadro 1 Costos de la I.P.S, Elaboración propia.</i>	67
<i>Cuadro 2 Costos de los contratos P.G.P, Elaboración propia</i>	68
<i>Cuadro 3 Punto de equilibrio, Elaboración propia.</i>	69
<i>Cuadro 4 Variables del punto de equilibrio, Elaboración propia.</i>	70
<i>Cuadro 5 Costos estándar, Elaboración propia</i>	70

RESUMEN

Este estudio está encaminado en formular acciones correctivas que mitiguen el impacto en la estructura financiera de la IPS, por las problemáticas que presenta el modelo de contratación en salud de Colombia. Este modelo para garantizar la atención de los servicios sociales plantea el Plan de Salud Obligatorio (POS) a sus afiliados, por medio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se presta directamente o contratan los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales, pero este modelo presenta una falla, la cual se sustenta en la lucha de intereses de los intermediarios para obtener mayor beneficio y descuidando el objetivo principal del sistema que es la atención oportuna y digna a los beneficiarios del servicio. Las IPS se ven afectadas por el bajo pago a los servicios prestados y en caso extremo a no percibir la cancelación de los servicios, esta situación sustenta la realización de un análisis y seguimiento a los procedimientos administrativos y financieros de los contratos P.G.P en la IPS CIAEPE como estrategia de mejoramiento en el apalancamiento financiero de la organización.

Palabras claves: contratos P.G.P, Plan financiero, estructura financiera, EPS, IPS, Glosas, Costos Estándar, Facturación, Usuarios, Costos del servicio.

ABSTRACT

This study is aimed at formulating corrective actions that mitigate the impact on the financial structure of the IPS, due to the problems presented by the Colombian health contracting model. This model to guarantee the attention of social services poses the Mandatory Health Plan (POS) to its affiliates, through the Health Promoting Entities (EPS), health services are directly provided or contracted with the Lending Institutions and professionals, but this model presents a flaw, which is based on the fight of interests of intermediaries to obtain greater benefit and neglecting the main objective of the system that is the timely and dignified attention to the beneficiaries of the service. The IPS are affected by the low payment for the services provided and in the extreme case of not receiving the cancellation of the services, this situation supports the analysis and follow-up of the administrative and financial procedures of the PGP contracts in the IPS CIAEPE as an improvement strategy in the financial leverage of the organization.

Keywords: contracts P.G.P, Financial plan, financial structure, EPS, IPS, Gloss, Standard Costs, Billing, Users, Service costs.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al análisis y seguimiento a los procedimientos administrativos y financieros de los contratos P.G.P en la IPS CIAEPE LTDA como estrategia de mejoramiento en el flujo financiero de la organización, El modelo de contratación PGP es una suma global que se paga anticipadamente por las EPS a las IPS con el fin de solventar el costo corriente de los servicios médicos de una población determinada.

La característica principal de los contratos es que presenta falencias en el pago que hacen las EPS, dichas entidades no realizan el pago anticipado si no que liquidan una parte y el saldo restante lo pagan a los 3 meses siguientes.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar su causa. Las famosas glosas, factores que retrasan el pago por parte de las EPS para que los proveedores de salud brinden la atención a los afiliados, este fenómeno desfavorece la estructura financiera y contable de la entidad, colocando en peligro la atención de los usuarios por el incumplimiento contractual. Las glosas son falacias y trabas burocráticas en las que se escudan las aseguradoras y EPS para dilatar el proceso de pago.

Se realizó entrevistas no estructuradas para identificar el desarrollo de los procesos de facturación vinculados a los procedimientos administrativos de la IPS con el fin de conocer la estructura operativa de este tipo de contratación y los procesos burocráticos de la administración para el cumplimiento de la atención del usuario. Y entrevistas estructuradas para encontrar falencias en las diferentes áreas de la Institución. (Contabilidad, facturación y talento humano).

El objetivo del estudio es el diseño de un plan financiero que integre una estrategia de apalancamiento para la solvencia económica de la compañía, debido a las falencias identificadas en los contratos P.G.P, y de esta manera asegurar la

prestación eficiente y continua del servicio a los usuarios cubiertos con este tipo de contratación.

CAPITULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Centro Internacional de Asistencia Educación Profesional y Cultura Física Especializada CIAEPE IPS LTDA (NIT 830046541-2), es una IPS con presencia en la ciudad de Popayán, bajo la gerencia de Leonel Reyes Romero. Actualmente la IPS tiene convenio con Saludvida y Emssanar en tres modalidades de contratos (por eventos, capitación y Pago global prospectivo o P.G.P).

Los contratos por P.G.P se aplican a situaciones específicas como los controles y la medicación de los pacientes con diabetes, hipertensión y otras enfermedades que necesiten control continuo, estos pacientes tienen una concurrencia más alta en las citas médicas que otros usuarios, es decir, tienen una mayor frecuencia de citas que otros y por tanto son más costosos para la IPS, otra modalidad de contratación son los contratos por evento que son procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos suministrados a pacientes durante un período determinado para el tratamiento de su enfermedad, la unidad de pago de este contrato se encuentra detallada en un tarifario previamente pactado, donde se encuentra el costo de cada procedimiento. A diferencia los contratos por capitación reconocen un valor anual por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 1) Lo define:

con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), sin importar segmentación alguna por los niveles de complejidad, tecnologías específicas, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que podrían existir.

El modelo de contratación P.G.P es una suma global que paga por anticipado las EPS a las IPS para cubrir el costo corriente de los servicios médicos brindados a una población, la cual tiene pacientes con todo tipo de enfermedad.

Estos contratos presentan una falencia en el pago que hacen las EPS, dichas entidades no realizan el pago anticipado como es la naturaleza de los P.G.P, si no que liquidan una parte y el saldo lo pagan a los 3 meses siguientes, se quiere buscar una estrategia para el apalancamiento financiero, con el fin de cubrir y solventar las necesidades financieras de la IPS para la prestación de un servicio eficiente.

Los contratos P.G.P manejan pacientes diabéticos e hipertensos y en su mayoría enfermedades que requiere un control continuo, de esta forma se incrementa el número de citas médicas y el costo de atención. La pasantía hará un seguimiento administrativo y financiero del costo médico de atención en dichos pacientes y se espera con este trabajo ofrecer una estrategia administrativa y operativa en la prestación del servicio, en tal forma que disminuya el control y la frecuencia de los usuarios, dando como resultado la reducción de los costos del servicio, como estrategia de apalancamiento financiero de la IPS.

Antes de la aparición de la ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia estaba integrado por pocas entidades prestadoras del servicio y su principal deficiencia era la insuficiente cobertura del servicio a nivel nacional. Con la implementación de esta ley se permitió que entraran empresas del sector privado a competir, obteniendo así las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que cuentan con dos regímenes contributivo y subsidiado. (CACERES, 2008, pág. 7) Afirma que:

Por medio de la ley 100 de 1993, pasamos de un sistema nacional de salud a un sistema general de seguridad social en salud, el modelo ha resultado atrayente porque incorpora elementos centrales de la lógica del mercado de servicios en todo el sistema, como la competencia y la libre elección del usuario, al tiempo que desarrolla mecanismos de regulación, de solidaridad financiera entre ricos y pobres, y nuevas funciones de la función pública estatal.

Otra entidad de salud que se creó con esta ley fueron las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), los cuales son entes dedicados a prestar servicios médicos a los

usuarios previamente afiliados en las EPS. (CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1993, pág. 327) Estipula que:

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos.

Pero este modelo presenta una falla, la cual se sustenta en la lucha de intereses de los intermediarios para obtener mayor beneficio y descuidando el objetivo principal del sistema que es la atención oportuna y digna a los beneficiarios del servicio. Las IPS se ven afectadas por el bajo pago a los servicios prestados y en caso extremo a no percibir la cancelación de los servicios, esta situación la plantea” (Vélez, 2016, pág. 27) exponiendo que:

La explicación del modelo es sencilla: el sistema tiene como principio la competencia entre intermediarios de la salud para afiliar el mayor número de colombianos y ofrecerles la más exigua salud, pagando las tarifas más bajas a los prestadores de los servicios (o mejor, sin pagarles) y generando la más onerosa facturación que garantice una mayor ganancia.

Lo anterior es el punto de origen de muchas falencias que se presenta en la contratación, las cuales inciden en la estructura administrativa y financiera de la IPS, denotadas de forma específica en la gestión contractual. Las EPS son las causantes de las glosas en los procesos burocráticos de los contratos, dichas glosas se presentan por pertinencia, forma y estructura de los mismos.

Las inconsistencias en los procesos de facturación, generan divergencias con las entidades encargadas de realizar los pagos por los servicios prestados. La gestión

de contratación por medio de los P.G.P con las EPS pertinentes presentan glosas de diferentes índoles como se expuso en el párrafo anterior, las cuales son causante de saldos en la liquidación de los mismos, dado que no se ejecuta el contrato en su totalidad y menos en el tiempo estimado, es decir, que las EPS no desembolsan el valor total de los contratos, si no que liquidan una parte y la otra se paga en los meses siguientes, esta situación es generante de cartera, por lo que se incurre en una salida de capital para solventar los fondos faltantes para la prestación del servicio.

De acuerdo con lo anterior se plantea el siguiente interrogante:

¿Cómo un plan financiero puede garantizar la solvencia económica para la prestación de los servicios que cubren los contratos P.G.P.?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio hará un seguimiento administrativo y financiero de los costos médicos de atención y se dará una sugerencia para la mejora del control en la frecuencia de uso por parte de los usuarios para reducir los costos del servicio, (Martínez, 2016, pág. 16) ratifica la importancia de: facturar las actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la IPS, tomando en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios. Informar los ingresos con los cuales se financiará la institución y enviar la información necesaria para las diferentes áreas de la misma: Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Compañías Aseguradoras, Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), etc., colaborando de esta forma a la supervivencia, crecimiento y rentabilidad de la IPS.

Lo anterior sustenta la pertinencia de realizar un análisis y seguimiento a los procesos administrativos y financieros competentes que permitan garantizar los

recursos para la prestación de los servicios a los pacientes que están cubiertos con los contratos P.G.P. (QUINTERO, 2011, pág. 12) Menciona que:

No solamente gestionarlas, si no también identificar en donde se encuentran las fallas para establecer correctivos que se reinviertan en el mejoramiento de los procesos de facturación, respuesta a glosas y recuperación de cartera, incrementar la liquidez, los excedentes y garantizar la razonabilidad de los estados financieros de la institución.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Realizar un análisis y seguimiento a los procedimientos administrativos y financieros de los contratos P.G.P en la IPS CIAEPE como estrategia de mejoramiento en el apalancamiento financiero de la organización.

1.3.2. Objetivos específicos

- Realizar un análisis jurídico y administrativo de la forma contractual que actualmente se adelanta la IPS CIAEPE con EMSANAR Y SALUDVIDA sobre los contratos PGP
- Realizar un seguimiento administrativo operativo y financiero de los servicios prestados a los pacientes cubiertos por los contratos P.G.P
- Identificar los elementos que permitan el diseño de una estrategia pertinente para el manejo administrativo y financiero de los contratos P.G.P
- Diseñar un plan financiero que garantice la solvencia económica para la prestación de los servicios que cubren los contratos P.G.P.

CAPITULO II: MARCO TEORICO O REFERENTES CONCEPTUALES

2.1. ANTECEDENTES

En este estudio el punto central va a estar enfocado en los contratos P.G.P y los costos médicos de atención en relación directa con la frecuencia uso, dónde por medio de ellos se va a desarrollar la investigación.

El plan financiero que se piensan realizar al final de esta investigación debe estar orientado al control de la frecuencia de uso de los pacientes cubiertos con los contratos P.G.P, para reducir los costos médicos de la atención de los usuarios hipertensos y diabéticos, porque son los que necesitan mayor control sobre sus enfermedades, (Badillo, 2012, pág. 91) dice que también se: *“debe apuntar a los aspectos críticos del negocio identificados en las desviaciones analizadas en los ingresos, cuentas por cobrar, costos y gastos”*. Dichos aspectos mencionados anteriormente deben orientarse a la gestión contractual de la IPS con respecto a los P.G.P, Tal como lo plantea con el fin de que estas acciones correctivas le permitan *“maximizar los ingresos, controlar y contener el costo de prestación del servicio y controlar el gasto”*. Lo dicho anteriormente es concordante con el planteamiento de (Coronel, 2014) ambas posturas tienen presente la prestación del servicio como variable importante en el control de los costos y la frecuencia de uso o atención, pero (Coronel, 2014) tiene una visión más amplia de esta situación y lo vincula con la generación de cartera que se produce en los P.G.P, esto dado que las EPS no cancelan el valor total de los contratos y obliga a las IPS a destinar recursos para la atención de los usuarios mientras recibe el pago pendiente del contrato. Así *“la disminución de los niveles de cartera, con el fin de mejorar la situación financiera del ente y así poder prestar un mejor servicio, estos lineamientos están basados y guardan concordancia con los planes estratégicos de cartera y cobranza del ente”*. Los siguientes autores plantean de forma similar la problemática que presenta muchas IPS con respecto a la gestión contractual, y en ello se evidencia la tardanza

en la liquidación de los contratos. (Alvarado, 2015) Dice que *“En muchas ocasiones el desarrollo del objeto social en las instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS) se ve limitada por la tardanza en los pagos por parte de las EPS(s), lo cual resulta un problema para las organizaciones afectando de este modo a todos los actores implicados en el desarrollo de la actividad como: los proveedores, contratistas, empleados etc.”*. Otro postulado con respecto a este mismo tema, lo habla (RENDON, 2017) argumentando que *“los pagos por parte de las EPS contratadas son demorados y las EPS están incumpliendo lo acordado en la contratación inicial lo que influye en que se vean demoras en los pagos a proveedores y al recurso humano y demás obligaciones financieras que genera una IPS”*. A raíz de esta problemática tuvo que intervenir la Superintendencia de salud y el Ministerio de Protección Social para hacerle frente a esta situación. Por lo cual *“establecen la plataforma Pisis creada para vigilar los pagos realizados por parte de las E.P.S., a las I.P.S. con el fin de mitigar el incumplimiento en dichos pagos y hacer saneamiento de cartera en el sector salud”* (Ministerio de salud y Superintendencia Nacional de Salud, 2013). Esta plataforma está acompañada de un reporte trimestral que deben hacer las IPS en caso de que no se les haga el pago respectivo, sin embargo, esta situación sigue ocurriendo, esto demuestra que es necesario la implementación de un plan financiero generado previamente de un análisis y seguimiento de los procesos administrativos y financieros de la entidad con el fin de que se puedan permitir la gestión de los pagos y la reducción de falencias contractuales.

La apreciación de la ley es importante para el desarrollo de estudio, a continuación, el marco legal con la normatividad pertinente al tema de investigación y la opinión de algunos autores respecto al tema.

2.2. BASES TEÓRICAS

El análisis jurídico y administrativo a los contratos del presente estudio fue basado en la constitución política de Colombia 1991 máxima norma de la legislación colombiana y la principal interesada en el aseguramiento de los servicios sociales en especial la salud, cabe resaltar que esta constitución prioriza al hombre, definiendo a Colombia como estado social de derecho, por ende las implicaciones de este tema garantizan los derechos fundamentales del ser humano, de ella se establecieron varias normas que dictan disposiciones generales y específicas sobre el sistema general de seguridad social en salud, tal como lo es la ley 100 de 1993, norma central del actual modelo del sector salud y complementada por otras leyes que convergen con sus postulados (LEY nor DEL 2015, 1430 DEL 2011, 1122 DEL 2007, 1816 DEL 2016, DECRETO ÚNICO 780 2016, DECRETO LEY 4107 2011). Es importante la buena identificación de la contabilidad de costos, gastos y presupuestos en la actividad comercial de una empresa manufacturera y en las empresas comercializadoras de servicios, (CIFUENTES, 2010) dice que:

El campo en el que la contabilidad de costos se ha desarrollado más es en el manufacturero. Pero esto no indica que las empresas comercializadoras o en las de servicios no sea indispensable administrar con una gran racionalidad los costos en los que allí se incurre.

2.3. BASES LEGALES

En Colombia hay un marco amplio de normas jurídicas que rigen la cotidianidad del individuo, un factor relevante en el hacer diario del hombre es la prestación de los servicios sociales ya sea por concepto laboral o por la cobertura que brinda el Estado, para tal efecto se expidió la **ley 100 de 1993**, *la cual tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener*

la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. (CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1993), por otra parte (Mejía, 2018) dice que la ley 100/93 fue una ley ordinaria a la que se le realiza múltiples ajustes o cambios en la implementación, qué si bien podría decirse que no son estructurales, están dando lugar a una nueva configuración del sistema y en últimas a un cambio completo en su organización. Algunos ajustes de los que habla Mejía los podemos evidenciar con la apreciación que establece (Fuentes, 2017) La cual dice que Actualmente el ministerio de salud, en pro de la eficiencia de sistema de salud, reglamenta algunas modalidades de contratación, mediante la ley 1438 del 2011, restringiendo los servicios contratados bajo la modalidad de cápita.

La prohibición de los contratos cápita se dio de forma parcial, estos se reestructuraron con respecto al nivel de complejidad como lo expresa el mismo autor aclarando que *la cápita, es una de las modalidades de contratación más utilizadas en Colombia, en el año 2011 la Ley 1438, estableció que los niveles de complejidad 2 y 3 ambulatorios y hospitalarios no deberían ser contratados bajo este Sistema de Pago. Por lo que la cápita tiene principal protagonismo en la baja complejidad de atención.* En definitiva, las muchas reformas y leyes complementarias a la ley 100 que ha tenido a lo largo de su funcionamiento, generó una serie de problemáticas tal y como lo plantea (Martínez, 2016) *Como se puede observar, el cambio de sistema de salud obliga al cambio de las instituciones para su subsistencia financiera. Empezamos a trabajar en la creación e implementación de un proceso*

mediante el cual cada Instituto Prestador de Salud –IPS pudiera vender los servicios que presta. A partir de ahí se empieza con la problemática de este proceso, en el cual se involucran tarifas, contratos, auditorías, glosas, objeciones, cuentas, pagos, deudas, lo que hoy está tan de moda y se conoce con el nombre de cartera en salud, etc.

Después de la anterior contextualización sobre el sistema de salud en Colombia y el papel de las IPS en este sistema, la contratación juega un rol importante tanto en la problemática como en el funcionamiento de estas entidades, *Se puede concluir para esta aseguradora, en Colombia, la modalidad de contratación que puede ayudar con la contención del costo es el pago global prospectivo, en esta complejidad de atención. Se evidencia que la efectividad de esta modalidad está directamente relacionada con la frecuencia de uso, entre mayor sea la frecuencia de uso es más óptima la contención del costo. Si se evaluaran las frecuencias de uso más bajas, se evidencia que el evento tiene una participación importante en la contención del costo. Este estudio evidencia que la efectividad de las modalidades de contratación se encuentra en las relaciones costo y frecuencia de uso, sin embargo, los costos adicionales administrativos y los derivados de la atención en salud, no se evalúan, pero se deben tener en cuenta para la evaluación de los sistemas de pago. (Fuentes, 2017).*

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptiva y aplicada, descriptiva ya que pretende describir y examinar la información acerca de las falencias presentadas en las diferentes áreas, con respecto a la gestión de los contratos P.G.P y aplicada porque se sustenta en un hecho real con el fin de solucionarlo, en el caso de este estudio por medio de un análisis a los procedimientos administrativos y jurídicos del proceso de contratación y el seguimiento de la prestación del servicio a los pacientes cubiertos con los contratos P.G.P. para la creación de un plan financiero.

3.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología que se aplicará para el desarrollo de esta investigación será de carácter mixta es decir tendrá un enfoque cualitativo y cuantitativo. En el enfoque cuantitativo se utiliza las técnicas de recolección de información relacionadas al acopio de relación numérica, datos, estadísticas, medición y demás variables cuantificables, en caso contrario del enfoque cualitativo este busca caracterizar y conceptualizar el tema de estudio, soportando su información en postulados teóricos, y los instrumentos que utiliza para recoger información generan resultados netamente descriptivos.

3.3. INSTRUMENTOS O TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio presenta carácter cualitativo porque se hará un análisis jurídico y administrativo a los contratos P.G.P que actualmente se adelanta en la IPS CIAEPE con EMSANAR Y SALUDVIDA, también se tendrá en cuenta el análisis subjetivo como instrumento del enfoque cualitativo, el cual se aplicará a las

variables de frecuencia de uso, costos médicos de atención y procesos de facturación para la construcción de indicadores sobre la prestación del servicio.

“De acuerdo con Bonilla y Rodríguez (2000), se orienta a profundizar casos específicos y no a generalizar. Su preocupación no es prioritariamente medir, si no cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes, según sean percibidos por los elementos mismos que están dentro de la situación estudiada” (BERNAL C. A., 2010) Teniendo en cuenta lo anterior se procederá hacer una entrevista no estructurada a cada área administrativa de la IPS CIAEPE donde se indagará el trabajo que se realiza diariamente al momento de facturar, con el fin de descubrir las falencias e identificar la principal falla de los procesos administrativos y financieros de los servicios prestados a los pacientes cubiertos con los contratos P.G.P. Los resultados estarán contenidos en matrices y formatos previamente diseñados.

En el enfoque cuantitativo se analizarán los contratos P.G.P y las variables que tienen incidencia en ellos, tales como los costos médicos de atención, el tamaño de la población a atender, la frecuencia de uso del servicio, el nivel de atención, el cuerpo de especialista médicos y la infraestructura y equipos idóneos para la prestación del servicio, dichas variables estudiadas desde el punto financiero y su impacto en la estructura contractual de la IPS. La recolección de estos datos se va realizar por medio de una entrevista estructurada a las dependencias de contabilidad, gestión de cartera, facturación y talento humano. La tabulación de estos datos permitirá la construcción de indicadores pertinentes para el análisis de las variables relevantes en los contratos P.G.P. y la gestión contractual de la IPS. Y por último con los datos obtenidos a lo largo de la investigación se podrá identificar los elementos adecuados conducentes a una estrategia para el manejo administrativo y financiero de los contratos P.G.P y el diseño de un plan financiero garante de solvencia económica en la prestación de los servicios de salud cubiertos por los mismos.

Una vez *“Definido el problema y los objetivos de esta investigación, se procede con el estudio exploratorio para dar solución a la problemática planteada mediante la identificación y selección de alternativas que mejoren la calidad y eficiencia de los procesos contractuales”* (SIERRA, 2015)

4. ANALISIS JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO A LOS CONTRATOS P.G.P

4.1. CONTEXTUALIZACIÓN CONTRACTUAL EN SALUD

En el Sistema Nacional de Salud las entidades encargadas de vincular y afiliar al usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son la Entidades Promotoras de Salud (EPS), estas instituciones garantizan la prestación de los servicios a sus afiliados por medio del Plan Obligatorio de Salud (POS), para asegurar el cubrimiento del servicio prestan directamente la atención médica al usuario o contratan con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Por lo estipulado en el Artículo 15 de la ley 1122 de 2007 Las EPS tiene la autonomía de poder distribuir el gasto en la proporción que ellos consideren pertinente sin embargo tienen una restricción y es que estas no deben contratar, directamente o a través de terceros con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Así mismo las EPS deberán ofrecer a los afiliados varias opciones de IPS, siempre y cuando no exista restricción que impida la oferta. Estas instituciones pueden acoger distintas modalidades de contratación, en la actualidad se contrata con 3 tipos de modalidades de acuerdos: Por Evento, Capitación y Pago Global Prospectivo (P.G.P).

La contratación por Evento se utiliza en eventos de salud, definiendo dicho suceso como una situación específica, ya sean procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos suministrados a pacientes durante un período determinado para el tratamiento de su enfermedad. La unidad de pago de este contrato se encuentra detallada en un tarifario previamente pactado, donde se encuentra el costo de cada procedimiento, la forma en que se liquida este tipo de contratación se hace con un pago mínimo anticipado del 50% del valor de la factura, en el momento de no

presentar glosa o impedimento para la liquidación del contrato, el saldo se cancelará dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la factura.

La contratación por Capitación reconoce un valor anual por cada uno de los afiliados al SGSSS con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud contenidos en el POS, es decir, cada colombiano tendrá una bolsa de dinero que soporte sus servicios, a esto se le llama una cápita y de ahí proviene el nombre de este modelo de contratación, el pago se realiza mes anticipado en un 100%, por medio de éste se brinda la atención necesaria sin importar segmentación alguna por los niveles de complejidad, tecnologías específicas, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que podrían existir. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

La contratación P.G.P funciona a través de un pago que realiza la EPS a la IPS, con el fin de solventar el costo corriente de los servicios médicos de una población determinada, el tiempo que se pacta para el aseguramiento de los servicios generalmente es de un año, la forma en que se liquida este tipo de contratación es la misma que se detalló en la contratación por evento.

4.2. PROCESO ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA DE SALUD

4.2.1. Proceso general administrativo externo de financiación y contratación.

La financiación del Sistema de Salud en Colombia con respecto a los mecanismos y actores involucrados en la financiación del mismo, se encuentran estipulados en la ley 1122 de 2007, la cual tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de **dirección**, universalización, **financiación**, (...) y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Es imperativo para el Estado la garantización de los servicios sociales en especial la salud, por lo establecido en la constitución política de 1991 en su artículo 48, dicho inciso estipula: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”. Para asegurar la prestación de los servicios el Estado incurre en acciones pertinentes para el financiamiento del SGSSS, las principales fuentes de financiación del sistema de salud son los recursos del Sistema General de Participaciones (S.G.P), las cotizaciones del régimen contributivo, y el monopolio rentístico de licores destilados y el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.

La primera fuente de financiación es el S.G.P, el cual está conformado por dos participaciones con destinación específica y una participación de propósito general, esto de acuerdo con el artículo 3 de la ley 715 de 2001, dónde la participación con destinación específica va para el sector salud y educativo, y el propósito general está compuesto por recursos para agua potable y saneamiento básico. El artículo 4 de la misma ley, determina los recursos que se destinarán para cada sector en

valores relativos o porcentajes, para educación corresponderá el 58.5%, el sector salud el 24.5% y el propósito general el 17%, dichas participaciones se caracterizan por ser recursos de transferencia, estos tienen la particularidad de ser recursos de destinación específica, es decir, que solo se pueden gastar o invertir en lo que han sido destinados.

El artículo 10 de la ley 1122 de 2007 modifica el artículo 204 de la ley 100 de 1993 con respecto a la participación del sector privado en el financiamiento de la salud por medio de la cotización del régimen contributivo, dicho régimen está compuesto por los aportes que se deducen en el salario de los trabajadores y las contribuciones que realizan los empleadores. La cotización de la salud en el salario base es del 12.5%, de los cuales el 8.5% corresponde a la cotización de los empleadores y el 4% a los aportes de los empleados. Por otra parte, el monopolio rentístico de licores destilados según la ley 1816 de 2016 del artículo 16, esta industria destina el 37% del total del recaudo de las rentas y del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares para financiar la salud. En el artículo 336 de la Constitución, se habla de la destinación preferente del recurso, por lo menos el 51% del total del recaudo de las rentas del monopolio de licores destilados deberá destinarse a salud y educación. Y del total de las rentas derivadas del monopolio del alcohol potable se asignará por lo menos el 51% a salud y educación, y el 10% a deporte. A diferencia de las demás entidades territoriales el Distrito Capital destinará el 88% de esos recursos a salud y el 12% a deporte, pero en el caso del departamento de Cundinamarca, los valores señalados en el primer porcentaje (37%) del artículo 16 se determinarán una vez descontado el 10,5% del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares que recibe el Distrito Capital.

El monopolio rentístico de juegos de suerte y azar es uno de los principales recaudadores de fondos para la Salud, la ley 643 del 2001 le da al estado autonomía para administrar, controlar, regular y vigilar todos los juegos de suerte y azar en Colombia con la “facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe

respetar el interés público y social y con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación.” Todos los recursos obtenidos por este medio serán destinados para contratar con las empresas sociales del estado o con entidades públicas o privadas que presten los servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado, estos recaudos obtenidos diferentes del lotto, la lotería suprema y la instantánea, se repartirán de la siguiente forma: El 80% para atender la oferta y la demanda en la prestación de servicios de salud, en cada entidad territorial; El 7% con destinación al fondo de investigación en salud; El 5% para la vinculación al régimen subsidiado contributivo para la tercera edad; El 4% para la vinculación al régimen subsidiado a los discapacitados, limitados visuales y la salud mental y el 4% para la vinculación al régimen subsidiado en salud a la población menor de 18 años no beneficiarios de los regímenes contributivos.

Los procedimientos administrativos de contratación que realizan las EPS para garantizar la prestación de los servicios de salud a la comunidad, lo aseguran generalmente con la contratación de terceros (Proveedores de servicios de salud o IPS), éstas entidades también pueden brindarlos directamente como se detalló al inicio del escrito. Para la formulación y ejecución de los contratos las EPS deben caracterizar las necesidades médicas de sus afiliados, con la finalidad de conocer los servicios y procedimientos que necesita la población a atender, y determinar el portafolio de servicios con el que debe contar los prestadores de servicios de salud, una vez determinado esto, las EPS deberán identificar los proveedores de salud que cumplan con los servicios demandados y además con unos requisitos mínimos adicionales para que puedan contratar con las EPS, dichos requerimientos son:

Habilitación de prestadores de servicios de salud: La aprobación que deben tener los prestadores de servicios de salud se hace a través del Sistema Único de Habilitación el cual “Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las

condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)". (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014), para el cumplimiento de lo anterior se expidió la resolución 2003 de 2014, dónde se define los términos y condiciones básicas que deben cumplir los prestadores de servicios, con el objetivo de garantizar la prestación del servicio de forma adecuada para la disminución de los riesgos de seguridad de salud del paciente. Las principales condiciones de habilitaciones que deben cumplir los proveedores de salud lo establece el artículo 3 de la misma resolución, este inciso expresa que el prestador del servicio debe tener Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, y Capacidad Tecnológica y Científica.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es otro de los requisitos con lo que debe contar los prestadores de salud, el decreto 1011 de 2006 en el artículo 2 lo define como "el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país". Este sistema es compuesto por: El Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. (*Ver tabla 1*)

Una vez validado los sistemas mencionados anteriormente, los prestadores de servicios pueden ofertar sus servicios a las EPS y consolidar convenios a través de las 3 formas de contratación más conocidas tratadas en la contextualización contractual de este escrito.

COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS)	
El Sistema Único de Habilitación (SUH).	Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)
Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).	Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
Sistema Único de Acreditación (SUA).	Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del Decreto 903 de 2014, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.
el Sistema de Información para la Calidad en Salud.	Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Tabla 1 Elaboración propia fuente Ministerio de Salud y Protección Social

4.3. PROCESO GENERAL ADMINISTRATIVO-OPERATIVO INTERNO DE CONTRATACIÓN

El desarrollo de las actividades administrativas de la empresa se inicia con la participación de la gerencia general, la cual hace presencia en las diferentes convocatorias realizadas por las EPS para la exposición del portafolio de los servicios demandados, una vez obtenida la información sobre los servicios demandados, la IPS CIAEPE LTDA presenta el tarifario correspondiente para cada uno de los servicios necesitados por la EPS. La EPS verifica que la IPS esté inscrita en el registro especial de prestadores de servicios de salud de acuerdo a lo estipulado en el art: 2.5.1.3.2.20 del decreto único 780 del 2016. La EPS interesada en contratar con los servicios de la IPS se comunica con el gerente general donde se llevan actos de negociación que tendrán requisitos mínimos para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, expresado en el artículo 2.5.3.4.5 del presente decreto, donde se define el tipo de contrato que se va a contratar (Cápita, Pago Global Prospectivo o Evento), una vez llegado a un acuerdo entre ambas entidades se procederá a la materialización de los acuerdos resultantes en la negociación expresado en un documento físico.

Debido a los nuevos contratos y a las condiciones mínimas e indispensables para la prestación de los servicios de salud consagrado en el artículo 2.3.1 de la Resolución 2003 del 2014, la IPS CIAEPE LTDA se vio en la necesidad de aumentar su capacidad instalada para el cumplimiento de los estándares de habilitación, por lo cual se adquirió nuevos equipos y personal capacitado para la prestación de un servicio eficaz y eficiente, para el aseguramiento de un servicio de calidad, se necesita la información pertinente de cada uno de los usuarios cubiertos por el contrato, La IPS está a cargo de la depuración de datos entregada por el contratante, con el fin de registrar los usuarios a la plataforma R-FAST en el cual se les asignará un código a cada uno de los usuarios respectivamente al programa que pertenezcan.

4.4. DESCRIPCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CONTRATOS P.G.P

4.4.1. Proceso de contratación P.G.P

La manifestación de voluntad de las partes para definir la contratación de los servicios de salud, se hace una vez se cumpla con las exigencias bilaterales de los interesados (EPS e IPS), después de haber concertado los intereses de los involucrados en el acto administrativo se estructura el contrato con las disposiciones tratadas en la negociación, todo esto sustentado en las normas pertinentes al tema. Los principales puntos que se estudian en este tipo de contrato son el objeto o motivo por el cual se está realizando el convenio, la población a prestarle servicio, el valor estimado que se reconoce al contratista (IPS), Niveles de atención del contrato, vigencia del mismo y la frecuencia de uso de los usuarios, es decir, las veces que los pacientes van a la IPS.

El contrato P.G.P de la IPS CIAEPE LTDA se caracterizó de acuerdo con la pertinencia al tema de estudio, dado que la política de confidencialidad de la empresa impide el anexo del documento, de igual manera se estipuló la información clave para la comprensión total del mismo y la visualización de los objetivos que posee este tipo de contratación interinstitucional en el Sistema de Salud. El primer ítem a tratar sobre el P.G.P es el objeto, el cual estipula que el contratista (IPS) se obliga a la prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad en el componente primario y/o complementario de atención definidos, contenidos y no contenidos en el Plan Básico de Salud, en las rutas de atención integral en salud (RIAS)¹ y en los contenidos de las fichas de programas de Gestión de Riesgo a los

¹ Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS—definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2019)

afiliados al SGSSS y que se encuentran activos en la base de datos del contratante (EPS) que será entregada el diez de cada mes.

La población a garantizar los servicios de salud se caracteriza en grupos etáreos y la frecuencia de uso, el primero trata de la segmentación de la población por edad y el segundo contempla el número de veces que van los usuarios a la IPS, con la base de datos facilitada por la EPS se capta oportunamente el riesgo individual de los pacientes, con el fin de estadificarlos (*Ver tabla 2*) y controlar su patología de base haciendo prevención secundaria y terciaria, propendiendo por la regresión de estadios avanzados a estadios menores y evitando las complicaciones de la patología. De esta manera el contratante se compromete a manejar el programa con el fin de evitar sus complicaciones, para ello realiza actividades de prevención y educación en salud, los resultados del programa se evaluarán con indicadores de proceso, guías de práctica clínica, cuenta de alto costo o los concertados entre las partes. La relevancia los indicadores de resultados refleja el mejoramiento de las patologías que hacen parte del programa; evitando con esto las hospitalizaciones innecesarias.

ESTADIO	RIESGO
I	Riesgo vascular
II	
III	Nefroprotección
IV	
V	

Tabla 2 Elaboración propia (El estadio se define como la evolución o crecimiento de una enfermedad, esto sirve como medida para identificar el estado del paciente y la gravedad del mismo).

La Estadificación es básicamente clasificar a los usuarios en 5 niveles, con el fin de agruparlos según el estado de cada paciente, reflejando los enfermos más avanzados para priorizar su atención y el control oportuno del padecimiento, por otra parte, la naturaleza del modelo de contratación PGP es integral, por lo cual el contratista asume las atenciones de las comorbilidades, complicaciones y eventos

adversos relacionadas con el proceso de atención. Así mismo debe garantizar la accesibilidad de la población total determinada sin ningún tipo de restricción; en los casos de no aceptación de paciente por diferentes circunstancias se hará el descuento respectivo una vez se confirme entre las partes estos casos.

Si en el objeto contractual se contempla la atención de pacientes en programas de Cáncer o Hipertensión arterial o Diabetes o Enfermedad Renal Crónica o VIH/SIDA o Hepatitis o Artritis Reumatoide, o EPOC, o Enfermedades Huérfanas o Hemofilia etc. Estos se tratarán de forma integral con las actividades y frecuencias descritas en cada programa ejecutado por el contratista. Para el caso del Cáncer, su diagnóstico se continuará con la ruta determinada y deberá garantizar en la historia clínica el reporte de biopsia cuando aplique, considerando la fecha de toma y la fecha del resultado válido. El control administrativo que se hacen con estos pacientes obliga al contratista a entregar la información relacionada correspondientes a registros clínicos que validen el reporte adelantado por el prestador para las patologías sujetas de auditoría por la cuenta de alto costo y la información necesaria que la empresa requiera para evaluar los indicadores de cumplimiento de gestión clínica de estas patologías, los cuales hacen parte integral del contrato.

En el contrato también se estipulan los derechos de los afiliados del contratante por lo cual el proceso de verificación de los derechos de los mismos se hace a través del documento de identidad, en la base de datos de la organización disponible en línea en la página WEB del contratante o la base de datos entregada por la entidad contratadora, cuando se encuentren errores en la base de datos confrontada con los documentos de identificación, el contratista dará a conocer dicha novedad al contratante para la debida actualización. Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el carné de afiliación de sus padres y con el registro

de nacido vivo hasta los treinta primeros días de edad y en adelante con documento de identidad.

La cancelación de las sumas adeudadas por la prestación de servicios en el plazo y forma acordados lo establece el contrato de la siguiente manera: el contratante pagará al contratista un valor para la previa legalización de este contrato, presentación y tramitación de las respectivas cuentas de cobro; las cuales deberán cumplir los requisitos legales, administrativos y fiscales vigentes. La forma de pago se efectuará de acuerdo a lo acordado entre las partes así: un pago del 50% del valor mensual dentro del mes de prestación de servicios contratados por PGP, 5 días posteriores a la radicación de la correspondiente factura. Y el 50% restante de ese valor a los sesenta días Calendario, siguiente a la radicación de la factura y cuentas de cobro. Si no existe objeción o descuento alguno. Los ajustes de valores de PGP si hubiere lugar se determinarán en las auditorias respectivas realizadas trimestralmente y de manera acumulativa.

El proceso de la cuenta de cobro se hará efectiva dos días posteriores a la legalización del contrato y anexos, cumpliendo los aspectos relacionados a continuación: el contratante recibirá las cuentas de cobro generadas por el contratista desde el primero hasta el diez del mes inmediatamente siguiente al periodo de pago global prospectivo. Las facturas presentadas deben corresponder a las atenciones generadas en el mes anterior. Dichos documentos serán recibidos en las instalaciones del contratante de la ciudad definida según el "Domicilio Contractual"; en los días y horas hábiles, teniendo en cuenta la jornada habitual de trabajo de las oficinas administrativas. En caso específico dicho domicilio será en la ciudad de Cali por el acuerdo de las partes.

La inspección, vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud y sobre la ejecución de este contrato, lo ejercerán las organizaciones del ramo. En caso de que el Contratante verifique que en dos o más mediciones seguidas se

incumple con los resultados de los indicadores pactados, lo notificará al Ministerio de la Protección Social o la entidad que este delegue y podrá contratar con otra IPS.

El presente contrato tiene una duración de 12 meses (1 Año), comprendidos entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019. El contrato se podrá renovar previo envío de la carta de intención por parte del contratante.

En el manejo de las tarifas el contratante reconocerá al contratista por la modalidad de pago global prospectivo un valor por persona afiliada de la población asignada a este contrato, teniendo como base para el cálculo la Frecuencia de Uso de Actividades Agrupadas, el costo Medio de la Actividad Agrupada, dándonos como resultado el PGP Agrupado por Actividad del periodo anual inmediatamente anterior de los usuarios del contratante. Si bien la modalidad del presente contrato es pago global prospectivo, el contratista, deberá llevar un registro de los servicios facturados y prestados a los afiliados del contratante que permita demostrar la ejecución de frecuencias, metas y resultados; esta información debe ser conservada y archivada adecuadamente según lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la norma general de archivo vigente; ya que esta será el soporte para las evaluaciones trimestrales de Frecuencia de uso; así como los registros clínicos necesarios que deberán estar soportados en la historia clínica de manera especial lo requerido para el cumplimiento de los requerimientos de los organismo de vigilancia y control y la cuenta de alto costo.

Dentro del contrato se expresa el control y regulación de estas actividades por el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Salud Departamental, o quienes estos deleguen; ejercerá la función de control, vigilancia, supervisión e interventoría sobre la ejecución de las actividades propias del objeto contractual; adicionalmente existirá lugar al control entre las partes, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el contrato.

La documentación que soporta el acuerdo de voluntades de las partes materializado en un escrito físico son los siguientes documentos: la circular de requisitos precontractuales remitida por el contratante, licencia de funcionamiento de la contratante entregada por la Superintendencia Nacional de Salud, plan de salud, modelo de gestión de riesgo en salud, indicadores de calidad, perfil epidemiológico y perfil demográfico; los cuales se encuentran actualizados en la página Web del contratante. El contrato se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo y la documentación completa estipulada anteriormente, además las partes únicamente darán valor a los acuerdos contenidos en el contrato y a los expresamente manifestados por escrito como modificaciones del mismo; de tal manera se infiere que los acuerdos verbales no tendrán ninguna validez.

El contrato se liquida una vez se cumpla con el plazo pactado, este deberá ser terminado de forma bilateral dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de terminación del mismo. La liquidación del contrato tendrá como objetivo, determinar la situación final y el cumplimiento de las obligaciones de las partes y deberá constar siempre por escrito.

4.5. ESTRUCTURA JURÍDICA DE LOS CONTRATOS P.G.P

4.5.1 Normograma

NORMOGRAMA						
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991						
Artículos relevantes	Fecha de emisión			Descripción	Estado	Dirección electrónica o URL
	Día	Mes	Año			
48; 209; 356; 357; 336	4	Julio	1991	en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana decreta, sanciona y promulga la siguiente	Vigente	CLICA AQUI

Tabla 3 Elaboración propia (Fuente constitución política 1991)

LEYES							
Número de la norma	Fecha de emisión			Epígrafe del Documento	Estado	Dirección electrónica o URL	Artículos relevantes
	Día	Mes	Año				
1122	9	Enero	2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 15
1608	2	Enero	2013	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 7 y 9
1438	19	Enero	2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 3 y 50
100	23	Diciembre	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 204
1751	16	Febrero	2015	La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 3
1753	9	Junio	2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 66
715	21	Diciembre	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 4
1816	19	Diciembre	2016	por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 1 y 16
643	16	Enero	2001	Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.	Vigente	CLICAOÚ	Artículo 1 y 42 Parágrafo 1

Tabla 4 Elaboración propia (Fuente leyes)

RESOLUCIÓN							
Norma	Fecha de emisión			Epígrafe del Documento	Estado	Dirección electrónica o URL	Artículos relevantes
	Día	Mes	Año				
Resolución 2003	28	Mayo	2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud	Vigente	CLIC AQUÍ	Artículo 3
Resolución 3047	14	Agosto	2008	El objeto de la presente resolución es definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios.	Vigente	CLIC AQUÍ	Anexo 1
Resolución 4725	12	Octubre	2011	Por la cual se define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar a la Cuenta de Alto Costo, relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).	Vigente	CLIC AQUÍ	Pertinente.
Resolución 3202	25	Julio	2016	Que con la expedición de la Resolución 429 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, esta política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud —MIAS.	Vigente	CLIC AQUÍ	Pertinente.

Tabla 5 Elaboración propia (Fuente resoluciones)

DECRETOS							
Norma	Fecha de emisión			Epígrafe del Documento	Estado	Dirección electrónica o URL	Artículos relevantes
	Día	Mes	Año				
Decreto Único 780	6	Mayo	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.	Vigente	CLIC AQUÍ	
Decreto Ley 4107	2	Noviembre	2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.	Vigente	CLIC AQUÍ	Artículo 41
Decreto 1011	3	Abril	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Vigente	CLIC AQUÍ	Artículo 2 y 4
Decreto 903	13	Mayo	2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.	Vigente	CLIC AQUÍ	Artículo 2

Tabla 6 Elaboración propia (Fuente Decretos)

4.5.2 Puesta en marcha, seguimiento y control de los contratos P.G.P

Para la puesta en marcha del contrato y materialización del mismo el contratista es el encargado de depurar los datos entregados por el contratante, esto ayuda a que la institución tenga una información más clara de cada uno de los usuarios como: estado de vida (Difunto o Activo), cambio de domicilio, número telefónico, régimen actual, entre otros. La relevancia de los datos anteriores en el proceso de funcionamiento de los contratos se debe a la detección de incongruencias en el empalme de los mismos, por ende, la actualización de dicha información debe generar dinamismo y optimización con el objetivo de efectivizar el proceso de facturación y que el usuario perciba una experiencia grata con respecto al servicio brindado.

Las entidades rectoras y moduladoras del ramo, mencionadas en la descripción del contrato, son las encargadas de la vigilancia, inspección y control del sistema, estas instituciones deben velar por la ejecución de las obligaciones establecidas en el acuerdo, interviniendo una vez que el contratante haya comprobado el

incumplimiento del contratista con respecto a las obligación contraídas en el contrato, por tal motivo para garantizar los servicios prestados por el proveedor de salud, las EPS realizan seguimiento y control de las actividades pertinentes al tema de facturación y atención médica, con el objeto de asegurar la calidad del servicio, estipulado en la ley 100 de 1993 en el artículo 227; adicional cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta en los procedimientos en los cuales participa, esto con la intención de mejorar la calidad a la hora de prestar los servicios de salud, también se cuenta con una auditoría interna donde el objetivo principal es contribuir a que la institución este en un continuo mejoramiento con los servicios que presta y estén bajo los estándares de calidad determinados por la normatividad vigente del decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.4.1 y el Artículo 2.5.1.4.2,

5. INDICADORES SOBRE LA ATENCIÓN DEL USUARIO (P.G.P)

5.1. ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Con la entrevista no estructurada se identificó el desarrollo de los procesos de facturación vinculados a los procedimientos administrativos de la IPS, se segmenta la población de estudio, contemplando los usuarios pertenecientes a los programas de los contratos P.G.P. De acuerdo a las orientaciones del cuerpo laboral de la empresa, se conoce la estructura operativa de este tipo contratación y los procesos burocráticos de la administración para el cumplimiento de la atención al usuario.

La facturación empieza por la verificación del usuario en la base de datos de la IPS con la EPS contratante, por medio del carnet de salud o su documento de identidad. Una vez verificado se precede al registro del usuario en el software R-FAST, el cual contiene los servicios que ofrece la IPS, los programas a los que pertenece el beneficiario (Nefroprotección, Hipertensos, Diabetes, Riesgos basculares, materno) para poder agendarlo con el médico especialista de su conveniencia, El R-FAST también muestra en que régimen se encuentra el usuario (Subsidiado, Contributivo) con el código del respectivo contrato (PGP, Cápita, Evento), El R-FAST lleva un registro de cada uno de los procesos que realizó el usuario y genera una copia de cada factura realizada. Si el sistema registra que el usuario es de régimen contributivo este hará un aporte de \$1.200 o \$12.000 pesos dependiendo del nivel en el que se encuentre, el sistema lleva y controla los informes de la contabilización de la caja menor de los copagos realizados.

5.2. PROCESO DE FACTURACIÓN

La facturación es el eje central de la actividad de la IPS, el desempeño de los procesos administrativos y operativos de la entidad se centralizan en la atención al usuario. La importancia de esta dinámica radica en el control y depuración de la información de los afiliados, estos datos enmarcan la secuencia y monitoreo del quebranto de los pacientes por medio de las características específicas de control del software R-FAST (Registro y Facturación de Actividades en Salud), la compañía desarrolladora del programa comienza con un pequeño proyecto de desarrollar una aplicación para la captura de registros estadísticos y la posterior generación de informes. En el camino se ven en la necesidad de complementarla con un módulo de facturación de actividades de salud, para dar cumplimiento a la ley 100 de 1993. Desde entonces se han especializado en el desarrollo de software para empresas del sector salud pública y privada. El software contratado por la IPS CIAPE es el “Software ERP” especializado en la gestión y administración de la información de las empresas de orden público o privadas, este programa cuenta con las siguientes terminales: Historia clínica, Facturación, Promoción y Prevención, Laboratorio Clínico, Farmacia, CRM, Biometría, Atención Primaria en Salud, Contabilidad, NIFF, Cartera Hospitalaria, Presupuesto, Inventarios, Activos Fijos, Jurídico, Costos, Nomina, a continuación, una matriz que especifica el proceso de facturación:

MATRIZ DE CONTROL Y PROCESO DE FACTURACION				
PROCESOS	DESCRIPCION	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3
VERIFICACION	Para la prestación del servicio el usuario debe presentar el carnet de la EPS a la que esté afiliado o su documento de identidad (cedula de ciudadanía o tarjeta identidad).	Registro de los usuarios cubiertos con los contratos P.G.P. o determinado contrato.	auditoria interna: actualización y depuración de las bases de datos, las cuales contienen el registro de los usuarios y las características detalladas de los procesos y padecimientos de cada paciente. (Base de datos P.G.P.)	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.
TIPOS DE SERVICIOS	Una vez encontrado el usuario en el sistema, se ofrecerá: Programación de citas: Se mira la disponibilidad del usuario y del médico para poder agendar una cita médica. Cancelación de citas: El usuario podrá cancelar su cita médica telefónicamente o en la I.P.S. Reprogramación de citas: Se podrá re agendar la cita médica pendiente del servicio.	REGISTRIO DE ACTIVIDAD: La sistematización del software R-FAST contiene el registro de los servicios que brinda facturación y genera un copia de cada factura diligenciada e impresa.	auditoria interna: Entrega de informes detallados con las facturaciones realizadas cada mes.	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.
FACTURACION	Se maneja un software llamado R-FAST para la facturación en la I.P.S. El cual muestra el programa (Nefroprotección, hipertensos, diabetes, riesgos vasculares, materno...) donde se encuentra el usuario afiliado, y el código del contrato (CAPITA, EVENTO, PGP) acordado con el EPS o el I.P.S.	REGISTRIO DE ACTIVIDAD: La sistematización del software R-FAST contiene el registro de los servicios que brinda facturación y genera un copia de cada factura diligenciada e impresa.	auditoria interna: Entrega de informes detallados con las facturaciones realizadas cada mes.	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.
PROCESOS A USUARIO	El tipo de proceso se lleva a cabo dependiendo si el usuario es subsidiado o contributivo, el usuario contributivo paga según el nivel. El nivel 1 abarca a todos los beneficiarios que devengan un salario mínimo y pagan \$1200 por el servicio y para el nivel 2 son los usuarios con ingresos superiores a un salario mínimo por lo que cancelan \$12.000 el nivel 3 define según los ingresos.	Queda registrado en el software cada uno de los procedimientos que se realiza al usuario, el soporte de esta información también se lleva en físico por medio de unas carpetas rotuladas con el nombre de facturación	auditoria interna: Entrega de informes detallados con las facturaciones realizadas cada mes.	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.
CITA MEDICA	El medico se asignará según al programa que se encuentre el paciente, el médico especialista se encargará de evaluar correctamente.	Queda registrado en el software cada uno de los procedimientos que se realiza al usuario, el soporte de esta información también se lleva en físico por medio de unas carpetas rotuladas con el nombre de facturación	auditoria interna: Entrega de informes detallados con las facturaciones realizadas cada mes.	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.
FORMULA MEDICA	En esta se especificará las recomendaciones del médico para el paciente.	Queda registrado en el software cada uno de los procedimientos que se realiza al usuario, el soporte de esta información también se lleva en físico por medio de unas carpetas rotuladas con el nombre de facturación	auditoria interna: Entrega de informes detallados con las facturaciones realizadas cada mes.	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.
MEDICACION	La I.P.S se encarga de entregar la medicación correspondiente que le suministro el medico	Queda registrado en el software cada uno de los procedimientos que se realiza al usuario, el soporte de esta información también se lleva en físico por medio de unas carpetas rotuladas con el nombre de facturación	auditoria interna: Entrega de informes detallados con las facturaciones realizadas cada mes.	Auditoria externa: EMSSANAR EPS vigila y realiza seguimiento a los procesos operativos en la prestación del servicio de acuerdo a la contratación que hayan realizado.

Tabla 7 Elaboración propia

5.3. FLUJOGRAMA

La IPS CIAEPE LTDA para brindar los servicios médicos cuenta con 4 sedes en la ciudad de Popayán y se identifican en orden numérico, la particularidad de cada sede la determina la sede 1 que es la única que cuenta con la dispensación de medicamentos, esta contextualización es relevante para entender los dos últimos incisos del flujograma.

PROCESOS DEL USUARIO SUBSIDIADO	Tiempo (Minutos)	Predecesor
1. Entrada a las instalaciones de la I.P.S CIAEPE. (A)	1	No aplica
2. Esperar el turno correspondiente en la fila. (B)	10	(A)
3. Entrega del documento de identidad o carnet de salud. (C)	1	(B)
4. Facturación de la cita médica. (D)	2	(C)
5. Esperar el llamado del médico especialista. (E)	15	(D)
6. Chequeo del médico especialista. (F)	20	(E)
7. Entrega de evaluación médica. (G)	3	(F)
8. Espera a la historia clínica. (H)	2	(G)
9. Programación del próximo control si lo determino el médico especialista. (Disp	2	(H)
10. Entrega de la orden de medicamentos. (J)	1	(I y H)
11. Entrega de los medicamentos si se encuentra el usuario en la cede 1 . (K)	10	(G,H ,J)
12. Desplazamiento a la sede 1 para la entrega de los medicamentos. (L)	15	(K)

Tabla 8 Procesos del Usuario Subsidiado, Elaboración propia

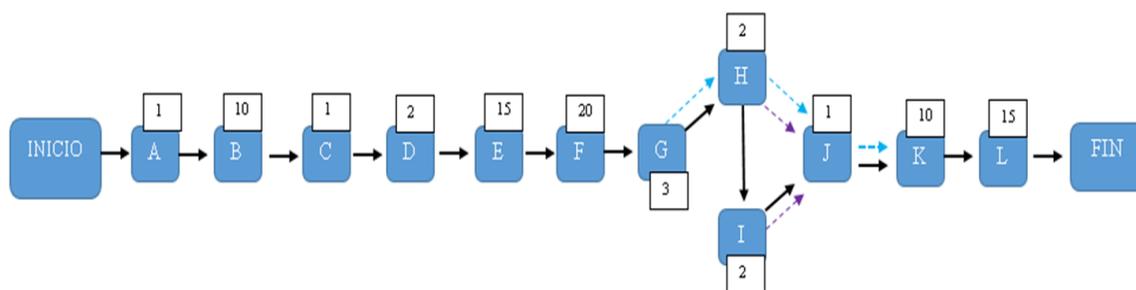


Figura 1 Proceso del Usuario Subsidiado, Elaboración propia

El anterior flujograma representa los procesos que deben realizar los usuarios subsidiados.

El primer paso que debe hacer el usuario es entrar a una de las 4 sedes de la I.P.S CIAEPE (A), Donde se les dará un turno por orden de llegada y esperará su respectivo llamado (B), Una vez en la recepción se le pedirá al usuario su carnet de salud o su documento de identidad (C) para poder realizar la facturación de la cita médica programada (D),Luego El usuario pasara al consultorio donde esperará el llamado del médico especialista (E) que será el encargado de realizarle los chequeos pertinentes (F) con esto el médico especialista emitirá una evaluación médica (G), el usuario pasara nuevamente a recepción para esperar la historia clínica (H) y para la programación del próximo control si así lo determino el médico (I), para la entrega de la orden de medicamentos (J) el usuario debe tener su historia clínica y haber programado su siguiente control si así lo determino el médico (I,H), para poder entregarle los medicamentos (K) el usuario debe presentar: La evaluación médica, la historia clínica y la orden de medicamentos (G,H,J) si no se encuentra en la sede 1 deberá desplazarse hasta la sede ya mencionada (L) que es la única que cuenta con dispensación de medicamentos.

PROCESO DEL USUARIO CONTIBUTIVO	Tiempo(Minutos)	Predecesor
1.Entrada a las instalaciones de la I.P.S CIAEPE. (A)	1	No aplica
2.Esperar el turno correspondiente en la fila. (B)	10	(A)
3.Entrega del documento de identidad o carnet de salud. (C)	1	(B)
4.Facturación de la cita médica. (D)	2	(C)
5.Pago de la cita médica (Copagos). (E)	1	(D)
6.Esperar el llamado del médico especialista. (F)	15	(E)
7.Chequeo del médico especialista. (G)	20	(F)
8.Entrega de evaluación médica. (H)	3	(G)
9.Espera a la historia clínica. (I)	2	(H)
10.Programación del próximo control si lo determino el médico especialista. (Dis	2	(I)
11.Entrega de la orden de medicamentos. (K)	1	(J, I)
12.Entrega de los medicamentos si se encuentra el usuario en la cede 1. (L)	10	(H, I, K)
13.Desplazamiento a la cede 1 para la entrega de los medicamentos. (M)	15	(L)

Tabla 9 Proceso del Usuario Contributivo, Elaboración propia

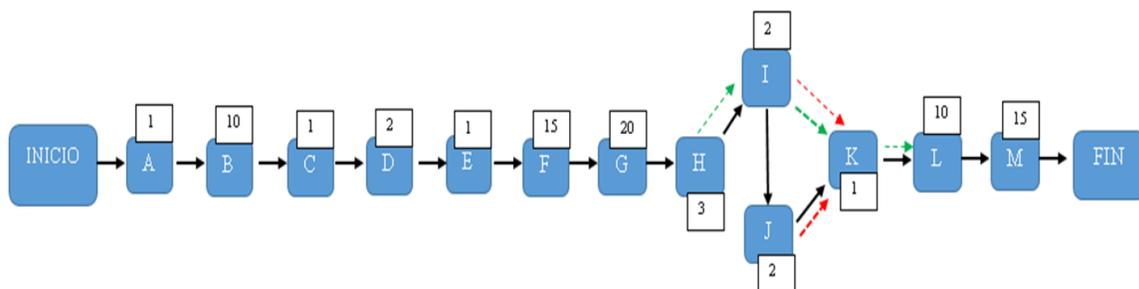


Figura 2 Proceso del Usuario Contributivo, Elaboración propia

El anterior flujograma representa los procesos que deben realizar los usuarios contributivos.

El primer paso que debe hacer el usuario es entrar a una de las 4 sedes de la I.P.S CIAEPE (A), Donde se les dará un turno por orden de llegada y esperará su respectivo llamado (B), Una vez en la recepción se le pedirá al usuario su carnet de salud o su documento de identidad (C) para poder realizar la facturación de la cita

médica programada (D), dado que el usuario es contributivo este deberá hacer un pago de la cita médica (E), Una vez terminado el pago, El usuario pasara al consultorio donde esperará el llamado del médico especialista (F) que será el encargado de realizarle los chequeos pertinentes (G) con esto el médico especialista emitirá una evaluación médica (H), el usuario pasara nuevamente a recepción para esperar la historia clínica (I) y para la programación del próximo control si así lo determino el médico (J), para la entrega de la orden de medicamentos (K) el usuario debe tener su historia clínica y haber programado su siguiente control si así lo determino el médico (J,I), para poder entregarle los medicamentos (L) el usuario debe presentar: La evaluación médica, la historia clínica y la orden de medicamentos (H,I,K) si no se encuentra en la sede 1 deberá desplazarse hasta la sede ya mencionada (M) que es la única que cuenta con dispensación de medicamentos.

PROCESO DE LA I.P.S CIAEPE A USUARIOS SUBSIDIADOS	Tiempo(Minutos)	Predecesor
1.Atencion del usuario.(A)	1	No aplica
2.Recepción de documentos (Documento de identidad o carnet de salud). (B)	1	(A)
3.Verificacion del usuario en el sistema. (C)	1	(B)
4.Facturacion de la cita médica. (D)	2	(B,C)
5.Valoracion medica. (E)	20	(D)
6.Soporte de la evaluación médica. (F)	2	(E)
7.Entrega de la historia clínica y orden de medicamentos. (G)	2	(E, F)
8.Agendar el próximo control (si lo determino el médico especialista). (H)	2	(E, G)
9. Archivar la orden medica del usuario. (I)	1	(G, H)

Tabla 10 Proceso de la I.P.S a Usuarios Subsidiados, Elaboración propia

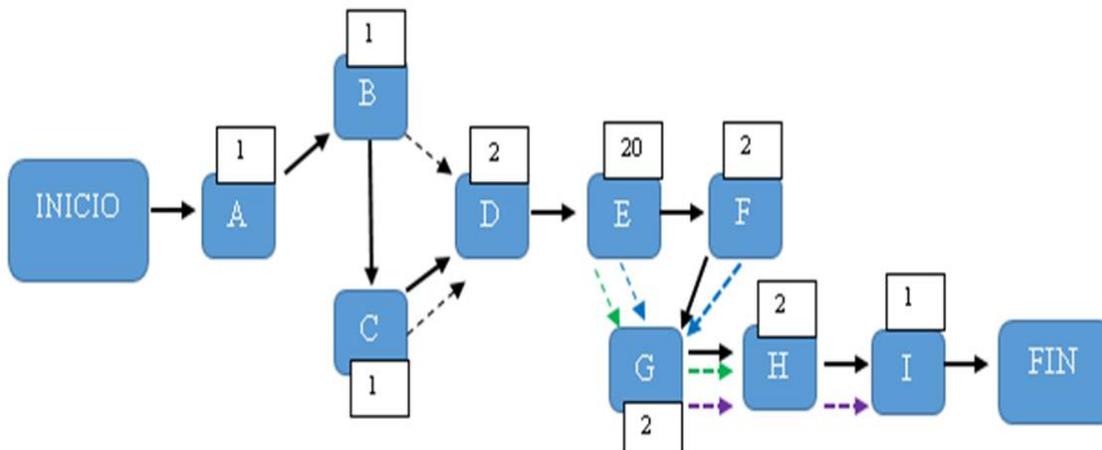


Figura 3 Proceso de la I.P.S a Usuarios Subsidiados, Elaboración propia

El anterior flujograma representa el proceso que debe realizar la I.P.S CIAEPE para la atención de los usuarios subsidiados.

El primer paso es la atención del usuario (A) donde estará una persona encargada de resolverle las dudas al usuario e indicarle donde debe tomar su turno, una vez sea turno del usuario se procederá a la recepción de su carnet de salud o su documento de identidad (B) para verificación del programa que hace parte el usuario (C), Luego se hará la facturación de la cita médica del usuario (D) teniendo en cuenta de que el documento de identidad del usuario este verificado en el sistema (B, C) para así pasar al usuario a su valoración médica (E), luego el médico especialista enviará un soporte de la evaluación médica realizada al usuario (F), para poder entregarle la historia clínica y la orden de medicamentos al usuario (G) este debió pasar por la valoración médica y el médico especialista entregará el soporte médico de la valoración (E,F), Luego se le agendará el próximo control si así lo determinó el médico (H) para esto se tendrá en cuenta la evaluación médica y la entrega de la historia clínica (E,G), Una vez terminado este proceso se archivará la orden médica del usuario (I) para poder dar soporte de la atención que recibió el usuario.

PROCESO DEL USUARIO CONTIBUTIVO	Tiempo(Minutos)	Predecesor
1. Entrada a las instalaciones de la I.P.S CIAEPE. (A)	1	No aplica
2. Esperar el turno correspondiente en la fila. (B)	10	(A)
3. Entrega del documento de identidad o carnet de salud. (C)	1	(B)
4. Facturación de la cita médica. (D)	2	(C)
5. Pago de la cita médica (Copagos). (E)	1	(D)
6. Esperar el llamado del médico especialista. (F)	15	(E)
7. Chequeo del médico especialista. (G)	20	(F)
8. Entrega de evaluación médica. (H)	3	(G)
9. Espera a la historia clínica. (I)	2	(H)
10. Programación del próximo control si lo determino el médico especialista. (Dis	2	(I)
11. Entrega de la orden de medicamentos. (K)	1	(J, I)
12. Entrega de los medicamentos si se encuentra el usuario en la cede 1. (L)	10	(H, I, K)
13. Desplazamiento a la cede 1 para la entrega de los medicamentos. (M)	15	(L)

Tabla 11 Proceso de la I.P.S a Usuarios Contributivo, Elaboración propia

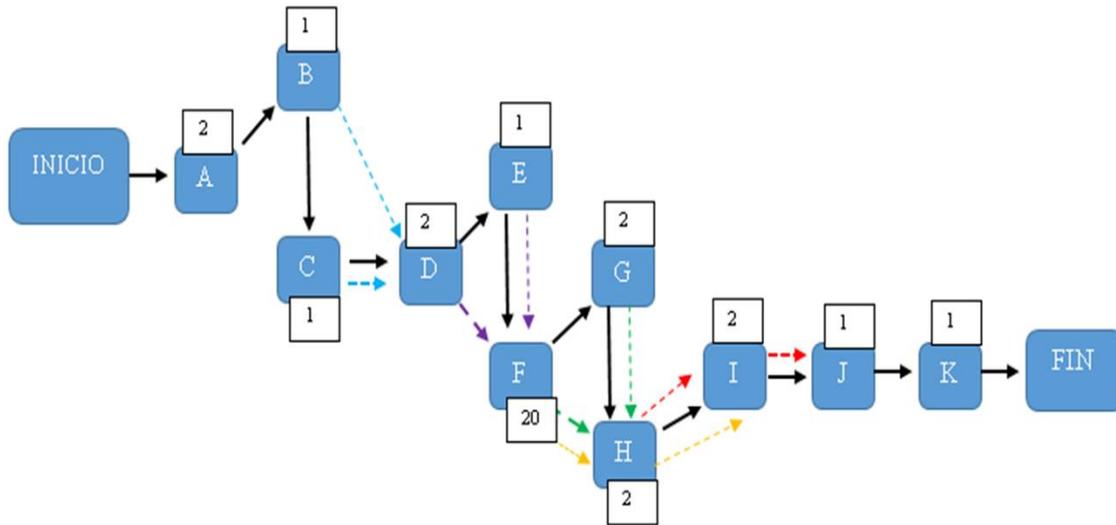


Figura 4 Proceso de la I.P.S a Usuarios Contributivo, Elaboración propia

El anterior flujograma representa el proceso que debe realizar la I.P.S CIAEPE para la atención de los usuarios contributivos.

El primer paso es la atención del usuario (A) donde estará una persona encargada de resolverle las dudas al usuario e indicarle donde debe tomar su turno, una vez sea turno del usuario se procederá a la recepción de su carnet de salud o su documento de identidad (B) para verificación del programa que hace parte el usuario (C), Luego se hará la facturación de la cita médica del usuario (D) para esto se necesita el documento de identidad o el carnet de salud para la verificación del usuario en el sistema contributivo (B, C), dado que el usuario es contributivo este deberá hacer un copago de la cita médica (E), Una vez terminado el pago la cita médica quedara facturada (D, E) y el usuario pasara al consultorio donde esperará el llamado del médico especialista para la evaluación médica (F), luego el médico especialista enviará un soporte de la evaluación médica realizada al usuario (G), para poder entregarle la historia clínica y la orden de medicamentos al usuario (H) este debió pasar por la valoración médica y el médico especialista entregará el soporte médico de la valoración (G,F), Luego se le agendará el próximo control si

así lo determinó el médico (I) para esto se tendrá en cuenta la evaluación médica y la entrega de la historia clínica (F,H), Una vez terminado este proceso se archivará la orden médica del usuario (J) con la historia clínica, orden de medicamentos y el próximo control si así lo determino el médico (H,I), y para finalizar el proceso de contributivos se entrega un informe de la contabilización de la caja menor (K) de los copagos realizados.

5.4. INDICADOR

5.4.1 Indicador para evaluar los resultados clínicos en pacientes con DX de enfermedad renal crónica estadiificada en 1 y 2. (Programa de Nefroprotección incidentes).

ORDEN	NOMBRE DEL INDICADOR		FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	SUPERIOR	MEDIO	BAJO	PORCENTAJE OBTENIDO POR LA IPS
2	CONTROL DE LA HbA1c	MEDICIÓN DE LA HbA1c EN PACIENTES CON DM Y ERC ESTADIOS 1 y 2	Número de pacientes con ERC 1 y 2 y DM a quienes se les ha realizado HbA1c en los últimos 6 meses/Número total de pacientes con DM y con ERC 1 y 2	Porcentaje	>60	40 -60	<40	
4	CONTROL DE LDL	MEDICIÓN DE LDL EN PACIENTES CON ERC ESTADIO 1 y 2	Número de pacientes con ERC 1 y 2 con medición de LDL en el último año/Número total de pacientes con ERC 1 y 2	Porcentaje	>60	40 -60	<40	100
6	TOMA DE CREATININA	PACIENTES CON TOMA DE CREATININA CON DX DE ERC ESTADIO 1 y 2	Número de pacientes con ERC 1 con medición 1 y 2 de creatinina en el último año/Número total de pacientes con ERC 1 y 2	Porcentaje	>70	50 -70	<50	100
7	TOMA DE ALBUMINURIA /CREATINURIA	PACIENTES CON MEDICIÓN DE ALBUMINURIA/CREATINURIA	Número de pacientes con ERC 1 y 2 con medición de albuminuria/creatinuria en el último año/Número total de pacientes con ERC 1 y 2	Porcentaje	>60	40 -60	<40	67
36	INASISTENCIA	Porcentaje de inasistentes	Número de usuarios que no asisten a consulta en el periodo/ el número total de usuarios con ERC 1y2	Porcentaje	10			0
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO								89.0

Tabla 12 Indicador de resultados clínicos, Elaboración propia

El programa de nefroprotección perteneciente a los contratos P.G.P está compuesto por los padecimientos de diabetes, riesgo cardiovascular y Enfermedades Renales Crónicas (ERC), la relación de estas enfermedades se encuentra en la propensión de desarrollar cualquiera de las otras dos enfermedades padeciendo una, por esta situación este programa es uno de los de mayor control y monitoreo en los estadios

primarios, ya que el quebranto está en su etapa inicial facilita el tratamiento y detención del progreso del mismo. Para saber si se está cumpliendo con las metas establecidas, se crea un indicador que evalúa los resultados clínicos de los pacientes y con ello definir el porcentaje de cumplimiento de los tratamientos y servicios brindados a los mismo.

La implementación del sistema de monitoreo y seguimiento especializado dentro de los PYP (Promoción y Prevención), complementa y aumenta el alcance de manera significativa la gestión de este programa. En el desarrollo de la estrategia que se planteará más adelante con respecto a la frecuencia de uso, se expresa de forma detallada la integración de los PYP y el monitoreo especializado a los usuarios de este programa.

6. VARIABLES DE FRECUENCIA DE USO

El modelo de contratación Pago Global Prospectivo (P.G.P) denota una particularidad en su naturaleza jurídica, esta incidencia obliga a la creación y aplicación de estrategias enfocadas a optimizar los costos del servicio de la IPS y beneficiar al usuario por medio de la atención oportuna. El fenómeno es determinado por la figura de la frecuencia de uso, vista como un costo de atención con respecto al tratamiento continuo de las enfermedades de control padecidas por la población a atender, de aquí se identifica la necesidad de mitigar este hecho perjudicial para la estructura económica y financiera de la empresa, más allá de los factores contables la prestación y tratamiento de las enfermedades de continuo control son un factor de gran importancia a tener en cuenta, puesto que se debe velar por el aseguramiento del servicio social de los afiliados objeto y obligación contraídos en la naturaleza del presente modelo de contratación. Antes de desarrollar las implicaciones de la figura mencionada anteriormente se detallará la clasificación y priorización de las enfermedades según su nivel de complejidad y gravedad.

Estadificación:

La estadificación es la segmentación de los estados y avances de las enfermedades, esta clasificación se realiza para identificar los pacientes de mayor deterioro, los cuales necesitan un cuidado pertinente según la gravedad del padecimiento, de igual forma se debe reconocer los pacientes que se encuentran en las etapas tempranas de estas enfermedades, para el tratamiento y detención del padecimiento. La planificación y organización de las atenciones según los estadios de cada usuario, permite la reducción de costos para la empresa y la eficiencia en el trato de las enfermedades.

Estadio	Enfermedades Renal Crónicas -ERC (Nefroprotección)	Riesgo cardiovascular	Diabetes
1	ERC	RC0	
2	ERC+	RC1	
3	ERC1	RC1/D2	D2
4	ERC2	RC2/D1, RC3/D2	D2+, D1
5	ERC3	RC3/D1	D1+

Tabla 13 Estadificación, Elaboración propia

La ampliación de la información plasmada en el cuadro anterior se profundizó en la siguiente tabla, dónde se explica cada uno de los acrónimos utilizados para determinar el grado de estadio y el control que se realiza para cada estado del padecimiento, de esta forma se determina la frecuencia de los usuarios, de acuerdo a su gravedad, a mayor quebranto de salud más serán las veces que le paciente deba acudir a la IPS. Este esquema permitió calcular lo que le cuesta a la empresa cada vez que el usuario programa un cita o control.

PROGRAMA DE NEFROPROTECCIÓN	DESCRIPCIÓN	CONTROL	ASISTENCIA ESTIMADA EN LA IPS (FRECUENCIA)
ERC	Es el estado temprano de la ERC dónde se puede tratar y controlar el avance del mismo, esto debido a la detección temprana del quebranto. (Estadio 1)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 30 días
ERC+	Es la presencia de la ERC dónde se puede tratar y controlar el avance del mismo, esto debido a la detección temprana del quebranto, pero con presencia de otras enfermedades con diabetes en estado inicial y problemas cardiovasculares tratables. (Estadio 2)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 30 días
RC0	Es el riesgo cardiovascular que se detecta en el inicio o en la edad temprana del padecimiento, es la fase dónde se monitorea de forma regular al paciente bajo las prescripciones médicas, suponiendo el cumplimiento a cabalidad de lo anterior para reducir el crecimiento de la enfermedad. (Estadio 1)	Control de la TA	Cada 30 días
RC1	Es el crecimiento mínimo del riesgo cardiovascular que sobre pasa los parámetros ideales que determinan el padecimiento de la enfermedad. (Estadio 2)	Control de la TA Control de lípidos	Cada 30 días
RC1/D2	Es el padecimiento de dos quebrantos de salud, el riesgo cardiovascular etapa 1 y la diabetes tipo 2. (Estadio 3)	Control de la TA Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control de IMC	Cada 20 días
RC2/D1, RC3/D2	Es el padecimiento de dos quebrantos de salud en dos combinaciones diferentes, la primera combinación es el riesgo cardiovascular etapa 2 y la diabetes tipo 1. El primero es un estado mediano del avance de la tensión arterial del paciente y el segundo se detallará más adelante. La segunda combinación está dada por el riesgo cardiovascular etapa 3 y la diabetes tipo 2. El primero es un estado avanzado de la enfermedad, aquí se puede llamar hipertensos a los usuarios que padecen este quebranto y el segundo se detallará más adelante. (Estadio 4)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 15 días
RC3/D1	Es el padecimiento de dos quebrantos de salud, el riesgo cardiovascular etapa 3 y la diabetes tipo 1. (Estadio 5)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 8 días
D2	La diabetes tipo 2 es el estado del cuerpo dónde no se produce la insulina suficiente para el funcionamiento adecuado del mismo o en el caso que la produzca el cuerpo no asimila estas células betas productoras de insulina. (Estadio 3)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 20 días
D2+, D1	La diabetes tipo 2+ es la misma de la diabetes tipo 2, su diferencia radica en el estado avanzado de la primera, en este mismo rango se clasifica la diabetes tipo 1 la cual es la insuficiencia de insulina en el torrente sanguíneo y en el organismo en general, lo que provoca una serie de efectos y padecimientos perjudiciales para la salud, de ella se deriva Enfermedades Renal Crónica y problemas cardiovasculares, también afecta a órganos como los riñones y ojos. (Estadio 4)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 15 días
D1+	Es la diabetes tipo 1 pero en un estado más avanzado con complicaciones endógenas al padecimiento, también puede estar acompañada de otros quebrantos provocados por el estado avanzado de la D1. (Estadio 5)	Control de TA Control de HbA1c Control de lípidos Control de albuminuria Toma de Creatinina Control IMC Pérdida de función renal	Cada 8 días
ERC1	Es un estado aceptable de la enfermedad donde se puede controlar y tratar al paciente. (Estadio 3)	Control de TA Control de HbA1c Control de LDL Control de albuminuria Control de IMC Toma de Creatinina Control de PTH Control de Hemoglobina Control de Fósforo Control de albúmina Pérdida de función renal	Cada 20 días
ERC2	Es un estado avanzado de la enfermedad donde se puede controlar y tratar al paciente, sin embargo no se está exento de crisis o el acompañamiento de otro padecimiento como los problemas cardiovasculares y diabetes. (Estadio 4)	Control de TA Control de HbA1c Control de LDL Control de albuminuria Control de IMC Toma de Creatinina Control de PTH Control de Hemoglobina Control de Fósforo Control de albúmina Pérdida de función renal	Cada 15 días
ERC3	Es un estado más avanzado de la enfermedad donde el control y tratamiento es de difícil aplicación, esta situación puede generar crisis o el acompañamiento de otros padecimientos como los problemas cardiovasculares y diabetes, provocando un efecto deteriorativo en la salud del paciente de forma progresiva. (Estadio 5)	Control de TA Control de HbA1c Control de LDL Control de albuminuria Control de IMC Toma de Creatinina Control de PTH Control de Hemoglobina Control de Fósforo Control de albúmina Pérdida de función renal	Cada 8 días

Tabla 14 Frecuencia de uso, Elaboración propia

Estadio	Numero de usuarios	Frecuencia de asistencia a la IPS	Costo de atención por paciente	Costo de la frecuencia de uso	Veces de asistencia a la IPS al año	Costo anual de atención
1	59	30	106.037	6.256.169	12	75.074.028
2						
3	630	20	70.691	44.535.440	18	801.637.927
4	503	15	53.018	26.668.246	24	640.037.900
5	25	8	28.276	706.912	45	31.811.029
TOTALES	1217					1.548.560.884

Tabla 15 Costo de la frecuencia de uso, Elaboración propia.

Para determinar el costo de la frecuencia de uso se estadificó una base de datos de 1217 pacientes pertenecientes al programa de nefroprotección, de esta manera se identificó el número de pacientes de cada estadio. La frecuencia en la que acuden a la IPS se trajo de la tabla anterior, para el cálculo del costo de atención por paciente se multiplicó la frecuencia por el costo variable unitario, valor encontrado en el punto de equilibrio. Con la información anterior se calcula el costo de la frecuencia de uso, eje central de esta investigación, para determinar este enfoque se multiplicó el costo de atención por paciente contra el número de usuarios, con los resultados obtenidos se anualizó el costo de atención con respecto a la frecuencia de uso de los pacientes cubiertos con los contratos P.G.P rubro de gran cuantía y de significancia en los costos de la IPS.

CAPITULO VII: RESULTADOS

7.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

7.1.1. Estrategia de monitoreo al PYP

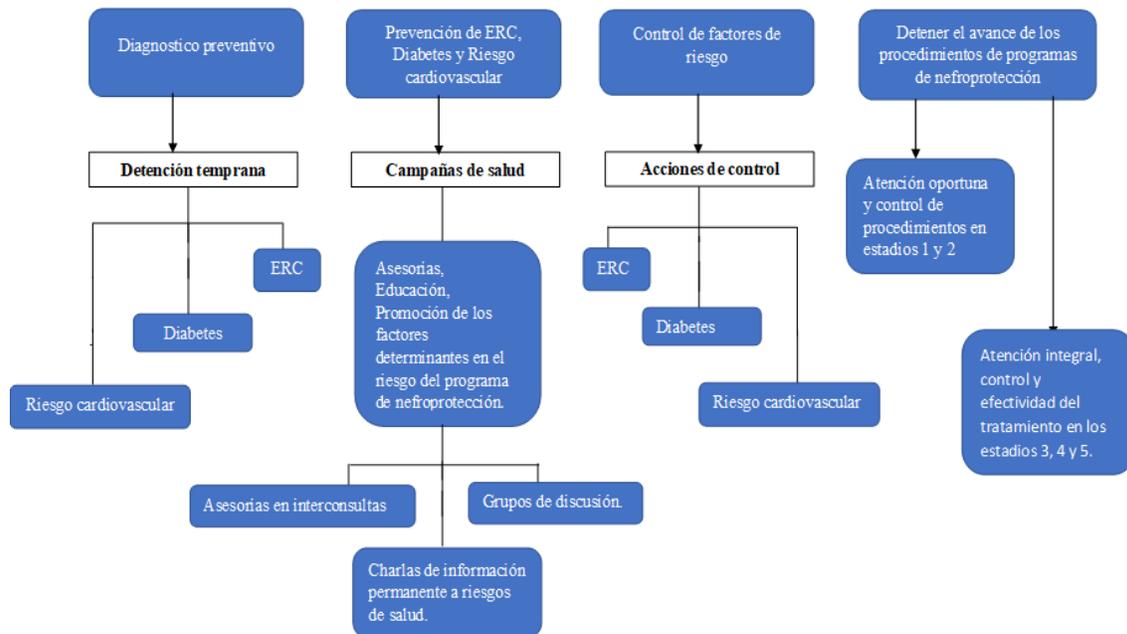


Figura 5 Estrategia del monitoreo al PYP, Elaboración propia.

La estrategia de monitoreo es una herramienta que complementa la función del PYP de la IPS, enfocándose en los pacientes que hacen parte de los contratos P.G.P, ya que estos son lo que generan mayores costos a la empresa por la alta frecuencia de uso de los estadios 3 y 4. La idea principal del monitoreo es detener o retrasar los pacientes de estadio 1 y 2 para que no avancen a otros estadios y mejorar los pacientes ubicados en estadios 3,4 y 5, esto se logra con un plan de detención temprana y control del padecimiento en una fase tratable, además se integrará un estudio de diagnóstico a los usuarios por medio del PYP para definir las características medicas de los pacientes y enfocarse en las enfermedades que los

a quejen. La estructura de esta estrategia está plasmada en el mapa conceptual, tomando el diagnóstico preventivo en cualquier enfermedad, a través de campañas, asesorías, educación, promoción, determinantes de riesgo y demás. Para los que ya padecen el quebranto se les ofrecerá acciones de control, con las que puedan llevar una mejor calidad de vida.

7.1.2. Costos médicos de atención

CUADRO DE COSTOS	
COSTOS DIRECTOS DE ATENCIÓN	
Instalacion del software	9.500.000
Productos farmacéuticos (Medicamentos)	587.672.653
Insumos de oficina	2.144.000
Artículos de dotación	9.750.000
Equipos de oficina	67.260.000
Insumos médicos	30.578.579
Equipos médicos	113.792.728
Mano de obra directa	1.110.174.936
TOTAL	1.930.872.896
COSTOS INDIRECTOS DE ATENCION	
Mano de obra indirecta	468.000.000
Productos de aseo	4.544.000
Insumos de oficina	1.239.500
TOTAL	473.783.500
COSTOS VARIABLES	
Energía	39.859.746
Agua	13.844.505
Gas	417.076
TOTAL	54.121.327
COSTOS FIJOS	
Internet y Telefonía	6.642.072
Arrendamiento	393.476.040
TOTAL	400.118.112
TOTAL COSTO DEL SERVICIO	2.858.895.835

Cuadro 1 Costos de la I.P.S, Elaboración propia.

7.1.3. Costos médicos de atención P.G.P

Estadio	Numero de usuarios	Frecuencia de asistencia a la IPS	Costo de atencion por paciente	Costo de la frecuencia de uso	Veces de asistencia a la IPS al año	Costo anual de atención
1	59	30	106.037	6.256.169	12	75.074.028
2						
3	630	20	70.691	44.535.440	18	801.637.927
4	503	15	53.018	26.668.246	24	640.037.900
5	25	8	28.276	706.912	45	31.811.029
TOTALES	1217					1.548.560.884

COSTOS P.G.P	
Otras erogaciones	423.709.810
Contingencias	325.097.865
TOTAL	2.297.368.559

Cuadro 2 Costos de los contratos P.G.P, Elaboración propia

7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

7.2.1 Punto de equilibrio

PUNTO DE EQUILIBRIO	
Utilidad = Ingresos - Costos totales	
Utilidad = Pv(x) - (Cv(x)+Cf)	
Dónde:	
Pv= Precio unitario	23,454
Cv= Costo variable unitario	3,535
Cf= Costos fijos	1,510,293,048
Diferencia de X	19,919
U = Ingresos - Costos totales	
$U = Pv (x) - (Cv (x) + Cf)$	
$0 = 23.454 (x) - (3.535 (x) + 1.510.293.048)$	
$0 = 34.076 (x) - 468 (x) - 1.510.293.048$	
$0 = 33.608 (x) - 1.510.293.048$	
$0 + 1.510.293.048 = 19.919 (x)$	
$X = 1.510.293.048 / 33.608 = 75.822$ Usuarios	
Comprobación	
$0 = 23.454 (75.822) - (3.535 (75.822) + 1.510.293.048)$	
$0 = 1.778.289.931 - 267.996.883 - 1.510.293.048$	
$0 = 0$	
Punto de equilibrio (Usuarios)	75,822
Punto de equilibrio (Ingresos)	1,778,289,931

Cuadro 3 Punto de equilibrio, Elaboración propia.

Servicios de salud (Ventas)	Población (Usuarios)	Valor unitario por usuario	Ingresos por Servicios Sociales de Salud
4,514,122,441	192,471	23,454	4,514,122,441

%Participación de los contratos en los ingresos		
Contratos	Participación	Ingresos
Capitación	37%	1,670,722,806
Pago Global Prospectivo - P.G.P	61%	2,737,093,271
Por Evento	2%	106,306,364
Total	100%	4,514,122,441

Costos variables		Costos fijos	
Energía	39,859,746	Mano de obra directa	1,110,174,936
Agua	13,844,505	Internet y telefonía	6,642,072
Insumos médicos	30,578,579	Arrendamiento	393,476,040
Medicamentos	587,672,653		
Gas	417,076		
Insumos de oficina	3,383,500		
Insumos de aseo	4,544,000		

Valores	
Cv= Costos variables	2,228,860,943
Cf= Costos fijos	1,510,293,048
Ingresos	4,514,122,441
Usuarios	192,471

Gráfica del punto de equilibrio

No se realizó la gráfica del punto de equilibrio que denota la intersección de las variables involucradas en el cálculo del mismo, debido al flujo interrumpido de los ingresos y los altos valores en periodos determinados y valores nulos en otros meses, esta situación se debe a la forma en que se perciben los ingresos, por medio de contratos que se pagan a lo largo del año fiscal. La dinámica de los ingresos distorsiona la percepción de la gráfica y la hace poco entendible para visionar el cruce de las curvas.

Cuadro 4 Variables del punto de equilibrio, Elaboración propia.

7.2.2 Costos estándar

COSTOS DEL SERVICIO	COSTOS REALES	COSTOS ESTÁNDAR	
			Eficiente
			Ineficiente
Materia prima del servicio			
Software	9,500,000	12,000,000 - 2,500,000	Eficiente
Equipos médicos	113,792,728	140,000,000 - 26,207,272	Eficiente
Productos farmacéuticos (medicamentos)	587,672,653	600,000,000 - 12,327,347	Eficiente
Insumos médicos	30,578,579	40,000,000 - 9,421,421	Eficiente
Costos fijos del servicio			
Internet y telefonía	6,642,072	6,000,000 - 642,072	Ineficiente
Mano de obra directa	1,110,174,936	1,200,000,000 - 89,825,064	Eficiente
Arrendamiento	393,476,040	408,000,000 - 14,523,960	Eficiente
Costos variables del servicio			
Energía	39,859,746	50,000,000 - 10,140,254	Eficiente
Servicio de agua	13,844,505	15,000,000 - 1,155,495	Eficiente
Servicio de gas	417,076	800,000 - 382,924	Eficiente
Insumos de oficina	3,383,500	5,000,000 - 1,616,500	Eficiente
Productos de aseo	4,544,000	8,000,000 - 3,456,000	Eficiente
Gastos del servicio			
Mano de obra indirecta	468,000,000	500,000,000 - 32,000,000	Eficiente
Equipos de oficina	67,260,000	75,000,000 - 7,740,000	Eficiente
Artículos para dotación del personal	9,750,000	10,000,000 - 250,000	Eficiente

Cuadro 5 Costos estándar, Elaboración propia

Los costos estándar permiten la planificación de costos deseados o que se esperan llegar a cumplir para beneficio de la compañía, estos se determinaron teniendo en cuenta la frecuencia de uso de los pacientes y determinar si es eficiente comparándolos con los costos reales, este ejercicio se realizó sobre la marcha y el resultado es aceptable, ya que muchos de estas variables a pesar de estar en estado de eficiencia están cerca a pasar a ineficientes, sin embargo el modelo que se planteó para determinar la frecuencia y la estrategia de monitoreo han funcionado. Las alteraciones que generó el resultado aceptable de los costos estándares fue la acreencia de un nuevo contrato que aumentó la población de los usuarios y elevó los costos que se ya habían determinado.

CAPITULO VIII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

La contratación de P.G.P en su estructura jurídica se fundamenta en varias normativas que verifican el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el convenio, la mayor responsabilidad que se adquiere es reducir los estadios de los pacientes y la asistencia oportuna y efectiva a los usuarios. Estos contratos son los más representativos en los ingresos de la empresa, pero la efectividad del pago se retrasa por las trabas puestas por algunas EPS.

El sistema de costos estándar planteado para el control de los costes de los P.G.P, se obtuvo un resultado favorable, teniendo en cuenta que en estos contratos están establecidos los pacientes del programa de Nefroprotección, los cuales son más propensos a acudir a la IPS en alta frecuencia.

El empalme de la estrategia de monitoreo con el programa de PYP de la IPS, han tenido gran aceptación por parte de los usuarios, de muestran el interés de conocer más sobre la enfermedad que enfrentan, la educación y la asistencia en salud permiten tener el conocimiento de hábitos beneficiosos para la salud y el tratamiento del padecimiento.

El plan financiero que se propuso se centra en el engranaje de la estrategia de monitoreo, los costos estándar y el seguimiento de los procesos administrativos vistos desde la facturación, todos estos son factores esenciales para integrar a un plan que solvante la situación económica de la IPS.

8.2 RECOMENDACIONES

El proceso de facturación es el centro de la actividad de la compañía, de él depende la información que se tiene de los pacientes y la caracterización de la población atender, justificada la importancia de este proceso se debe estructurar un plan que agilice los procesos de operación para aumentar la eficiencia en la atención al cliente y los logros operativos.

Para la gestión de cartera se debe crear un cargo que articule los procesos de facturación, administración y financieros en el campo contractual, con el fin de responder las demandas y formalidades que exigen las EPS para cancelar la totalidad de la contratación.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado, K. A. (2015). *ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SECTOR SALUD: UN ENFOQUE DESDE LA OPERACIÓN FINANCIERA*. BOGOTÁ: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA.

Badillo, L. A. (2012). *DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN FINANCIERA DE LA EMPRESA COOMEVA E.P.S. DEL AÑO 2008 AL 2010*. Cartagena : Universidad de Cartagena .

BERNAL, C. A. (2010). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION* . PEARSON EDUCACION .

CACERES, M. M. (2008). *MODELOS DE CONTRATACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD EN EL MARCO DE LAS RELACIONES ENTRE PRESTADORES Y ASEGURADORES*. Medellin: UNIVERSIDAD CES.

CIFUENTES, J. C. (2010). *Costos para gerenciar servicios de salud (3a.ed.)* . Barranquilla atlantico: Universidad del Norte.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (23 de Diciembre de 1993).
Obtenido de
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. (23 de Diciembre de 1993).
Obtenido de
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

Coronel, J. A. (2014). *INCIDENCIA DE LA MOROSIDAD DE CARTERA EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LA E.S.E HOSPITAL EMIRO*

QUINTERO CAÑIZAREZ, DURANTE EL PERIODO 2010-2012. Ocaña:
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA.

Fuentes, A. G. (2017). *Comparacion del sistema de pago convenido en los costos de la prestacion servicios ambulatorios y hospitalarios* . bogotá : universidad del rosario .

Martínez, M. L. (2016). *Facturación & auditoría de cuentas en salud (5a. ed.)*. Ecoe Ediciones.

Mejía, J. M. (2018). *LECCIONES APRENDIDAS DE LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA*. Envigado : Fondo editorial EIA.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2014). *Minsalud*. Obtenido de Minsalud.

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (23 de Enero de 2015). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co:https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Unidad-de-Pago-por-Capitacion-aumenta.aspx>

Ministerio de salud y Superintendencia Nacional de Salud. (2013). *Circular Conjunta 030*.

QUINTERO, M. C. (2011). *MODELO DE ADMINISTRACION DE GLOSAS EN LA IPS UNIVERSITARIA DE LA CIUDAD DE MEDELLIN 2011*. MEDELLIN: UNIVERSIDAD DEL ROSARIO.

RENDON, L. F. (2017). *ANÁLISIS FINANCIERO DE LA IPS REMY DE LA CIUDAD DE CALI DEL PERIODO 2016-2017 CON EL FIN DE DETERMINAR*

ESTRATEGIAS QUE MEJOREN SUS PROCESOS. CALI: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES.

SIERRA, M. A. (2015). *ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE CONTRATACION EN ENTIDADES PRESTADORAS DEL SERVICIOS DE LA SALUD EN MONTERIA-CORDOBA AÑO 2015.* MONTERIA: UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD.

Vélez, C. M. (2016). *La salud en Colombia pasado, presente y futuro de un sistema en crisis .* Penguin Random House Grupo Editorial Colombia.

ANEXOS

Entrevista estructurada.

PREGUNTAS PARA EL ÁREA DE FACTURACIÓN

1. ¿Cómo es el proceso de facturación para una cita médica?
2. ¿Qué programa manejan para la facturación?
3. ¿Cuáles son los diferentes tipos de servicios que presta la IPS CIAEPE?
4. ¿Cuál es el proceso por el cual el usuario debe pasar para una cita médica?

PREGUNTAS PARA EL ÁREA DE CONTABILIDAD

1. ¿Cuáles son los costos fijos y variables de la IPS CIAEPE?
2. ¿Cuál es el valor de los insumos y equipos de oficina (Gastos de administración)?
3. ¿Cómo es la estructura del inventario de los medicamentos y que formato utilizan para las órdenes de compra?

PREGUNTAS PARA EL ÁREA DE TALENTO HUMANO

1. ¿Cómo es el formato que utilizan en la construcción de la nómina, incluyendo los trabajadores del área administrativa, cuerpo médico especializado y servicios generales?