

CONSTRUCCION Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA
AUDITORIA DE CONTRATOS DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO

CLAUDIA PATRICIA OSORIO PUCHE, MD

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAGISTER EN
GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS

CALI, JUNIO, 2020

CONSTRUCCION Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA
AUDITORIA DE CONTRATOS DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO

CLAUDIA PATRICIA OSORIO PUCHE, MD

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAGISTER EN
GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

DIRECTORAS

MARTA CECILIA JARAMILLO, MD, PhD

DANNY MOREANO, MD, MBA

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS

CALI, JUNIO, 2020

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. INTRODUCCION.....	6
2. PROBLEMA.....	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	10
5. OBJETIVOS.....	11
5.1 General.....	11
5.2 Específicos.....	11
6. MARCO TEÓRICO.....	12
7. METODOLOGIA.....	19
8. RESULTADOS.....	22
9. DISCUSION.....	40
CONCLUSION.....	43
10. LIMITACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45

RESUMEN

Recientemente, en el sistema de salud colombiano se ha evidenciado una acelerada transición. desde el tradicional modelo de contratación entre IPS y EPS, basado en el pago por servicio a un modelo novedoso basado en pagos prospectivos. Los auditores acostumbrados al modelo tradicional carecen de herramientas para este nuevo modelo. Este trabajo propone una herramienta de ayuda para auditar contratos PGP, que puede servir a las IPS a ser más eficientes en la prestación de servicios, en la gestión del recurso y en su adecuada facturación. El modelo se aplicó, a un contrato de PGP que incluía Urgencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía ambulatoria y hospitalaria, en una IPS privada de tercer nivel en el Valle del Cauca. La herramienta mostró que, los principales problemas fueron el desconocimiento de la dinámica del contrato por parte de los funcionarios, la ausencia de planeación en la ejecución de eventos diferibles, cuyo costo es predecible. Se concluye que es posible avanzar en modelos de auditoria que permitan evaluar contratos bajo la modalidad de pagos globales prospectivos, que superen la lógica imperante de los modelos de auditoria, basados en contratos fee-for-service.

PALABRAS CLAVES: Pagos globales prospectivos, auditoria, Colombia,

ABSTRACT

Recently, the Colombian health system has seen an accelerated transition from the traditional contracting model between IPS and EPS based on fee-for-service to a new model based on prospective payments. Auditors accustomed to the traditional model lack tools for this new model. This work proposes a tool to audit PGP contracts that can help IPS to be more efficient in the provision of services, in the management of the resource and in its adequate billing. The model was applied to a PGP contract that included emergency, inpatient care, intensive care unit and surgery, in a third level private IPS in Valle del Cauca. The tool showed that the main problems were the ignorance of the dynamics of the contract by the officials, the absence of planning in the execution of deferrable events whose cost is predictable. We conclude that it is possible to advance in audit models that allow the assessment and monitoring under the bundled payments modality that exceed the prevailing logic of audit models based on fee-for-service contracts.

KEYWORDS: Bundled-payment contracts, audit, Colombia.

CONSTRUCCION Y APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA AUDITORIA DE CONTRATOS DE PAGO GLOBAL PROSPECTIVO

1. INTRODUCCION

El valor de la auditoría contable se fundamenta, en contribuir a acercar “lo real a lo ideal” (Montilla & Herrera, 2006). En la práctica, los auditores de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) diariamente afrontan desafíos complejos, en la administración de un sistema, que subsiste en una constante búsqueda de equilibrio financiero.

Desde la expedición de la Ley 100 de 1993 las EPS e IPS han experimentado múltiples modalidades de contratación (Tafur & Prada, 2019). Recientemente, en el sistema de salud colombiano, se ha evidenciado una acelerada transición desde el tradicional modelo de contratación entre IPS y EPS, basado en el pago por servicio (*fee-for-service*), a un modelo novedoso basado en pagos prospectivos (Castaño et al 2018). En Colombia se ha popularizado el nombre pagos globales prospectivos (PGP) para la modalidad conocida en la literatura internacional como pagos agrupados (*bundled payment*) y rápidamente se convirtieron en una práctica ampliamente diseminada, por ser un modelo de contratación con un potencial de planificar y ahorrar costos para los terceros pagadores (Cutler & Ghosh, 2012).

Este trabajo de investigación propone una herramienta de ayuda para auditar contratos PGP, que puede ayudar a las IPS a ser más eficientes en la prestación de servicios, en la gestión del recurso y en su adecuada facturación.

El modelo se aplicó, a un contrato de PGP que incluía Urgencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía ambulatorias y hospitalarias, en una IPS privada de tercer nivel en el Valle del Cauca.

2. PROBLEMA

Los PGP se convirtieron en una realidad antes de que la auditoría de las IPS estuviera lista para afrontarlos, y ahora es responsable de verificar un modelo de contratación sin antecedentes. El problema radica en que los auditores de las IPS tienen amplia experiencia en auditar modelos de contrato tipo pago por evento, sin embargo, su experiencia podría resultar en este contexto poco útil, pues aplicar este mismo marco de análisis a los modelos PGP no es acertado.

3. JUSTIFICACIÓN

Puesto en marcha, el modelo de contratación por PGP requiere para su apropiado funcionamiento, una gestión adecuada de autoadministración y mecanismos robustos de auditoría desde la IPS.

Es por esta razón que se justifica avanzar en la construcción de herramientas de trabajo para auditores de IPS. Con mejores herramientas los equipos de auditoría podrán enfrentar mejor la tarea cada vez más frecuente de auditar PGPs.

En el interés de encontrar herramientas de auditoría aplicada al sector salud y en específico a la contratación bajo la modalidad de PGP, que guiaron este trabajo, se realizó una búsqueda de los siguientes términos “auditoría” y “pagos globales prospectivos” en las siguientes bases de datos: PUBMED, MEDLINE, GOOGLE SCHOLAR, WEB OF SCIENCE y EBSCO. Aun cuando existen algunas publicaciones relacionadas con PGP en ninguna de ellas se presentan herramientas concretas para el auditor.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Es posible encontrar los problemas de ejecución de un PGP de una IPS a través de un conjunto sistemático de indicadores que midan diferentes aspectos del proceso de auditoria?

5. OBJETIVOS

5.1 General

Construir una herramienta de evaluación de un PGP en una IPS del tercer nivel, que ayude a identificar donde están los problemas de ejecución y, por ende, plantear planes de acción para subsanar dichos problemas. Aplicar la herramienta y concluir.

5.2 Específicos

- Proponer un modelo de auditoria para evaluar la ejecución de un PGP
- Identificar factores de éxito para la adecuada ejecución del PGP de acuerdo con el modelo de auditoria planteado.
- Proponer un conjunto de indicadores que midan el estado de los factores críticos de éxito.
- Aplicar el modelo completo a un PGP en una IPS de tercer nivel.

6. MARCO TEÓRICO

Los PGP son modelos de contratación en donde la EPS le establece a la IPS metas en tres dimensiones del servicio: cantidad, calidad y satisfacción del paciente.

El primer conjunto de metas corresponde a volúmenes de servicios pactados y con su monto en dinero estipulado. En un PGP por servicios, la nota técnica está constituida por categorías; que se subdividen en unidades de consumo; estas, a su vez, agrupan conjuntos de servicios de naturaleza similar. Para cada servicio, se estipula una frecuencia esperada en la unidad de tiempo (mes o año), que al multiplicarse por el costo promedio pactado, genera un costo parcial por unidad. La suma de los costos parciales, de las diferentes unidades convenidas, es igual al 100% del valor total del contrato.

El pago de cada evento contemplado tiene asociada una prima fija, que engloba todos los costos derivados. Independientemente, del gasto en que la IPS haya incurrido para realizar la prestación. Solo, se excluyen las desviaciones extremas y su rango debe ser contractualmente pactado.

La meta de ejecución es el 100% de los servicios convenidos, que habitualmente se mide en una suma de dinero y no por frecuencia de servicios prestados. La EPS paga a la IPS el monto global pactado siempre que la ejecución monetaria del mismo este dentro de un margen denominado “Franja de riesgo”. Esta franja se pacta entre las partes, dando lugar a un “piso” y un “techo” respectivamente (valores máximos y mínimos).

Cuando la ejecución se realiza por encima del “techo”, la EPS asume un porcentaje de la desviación, y cuando se realiza por debajo del “piso”, la IPS

retorna un porcentaje del monto, que se pacta previamente en el contrato. Los servicios, se prestan a demanda, y la atención a los afiliados no podrá limitarse al ser excedidos en frecuencia, y/o montos, los eventos convenidos. Para estos casos, se contemplan los ajustes de riesgos individuales y colectivos.

Cuando los servicios convenidos en el PGP no puedan ser prestados por la IPS de referencia, es decir, quien celebra el contrato, su prestación puede ser asumida por un tercero. En estos casos estos servicios son “Recobrados” por la EPS a la IPS. Habitualmente cada mes, un porcentaje de la prima total, es retenida como provisión para el cubrimiento de este concepto.

En relación con la prestación el PGP se mide con base en los indicadores establecidos por la Resolución 0256 de 2016, derogatoria de la Resolución 1446 de 2006.

En cuanto a oportunidad de entrega de estos y de otros registros de obligatorio cumplimiento, de forma adicional se establecen indicadores complementarios, en el acuerdo de servicios del PGP, como atributos de calidad, necesarios para cumplir con los indicadores de la resolución. Su incumplimiento, genera sanciones pecuniarias.

Para la satisfacción del cliente, los indicadores pactados hacen parte de los indicadores de calidad. No obstante, se consideran por separado, pues frecuentemente, agregan penalidades a los contratos independientemente, de los otros resultados obtenidos en calidad.

Así, la compensación mensual, se ve afectada por 3 tipos de descuentos: (i) por glosas y recobros aplicables a los montos de prestación; (ii) por penalidades derivadas de incumplimiento de requisitos de calidad; y, (iii) por reservas.

El total de dinero percibido mensualmente por la IPS, será el producto de restar a la prima pactada mes, los 3 tipos de descuentos enunciados.

El trabajo de la auditoría médica en la IPS consiste en identificar las fuentes de estos descuentos para garantizar. La auditoría médica, se define como un proceso de evaluación crítica, periódica y dinámica de la calidad de la prestación en salud. Es una actividad independiente y objetiva, de monitoreo, que debe agregar valor (Instituto de Auditores Internos de Colombia, 2015). Concebida, para evaluar el desarrollo de la prestación como un “sistema”; debe garantizar el cumplimiento de los acuerdos estipulados previamente en un contrato, celebrado, con la finalidad, de prestar un servicio, en este caso: atención en salud.

La auditoría médica, tiene varios componentes, que no deben ser vistos de forma individual. Deben ser considerados como diferentes fases de una práctica transversal, con el fin de lograr un enfoque sistémico, capaz de generar, una verdadera herramienta de gestión de calidad.

La auditoría debe hacerse desde un “enfoque sistémico”. Definido según lo expresado en la Teoría general de los Sistemas como “una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad, que pretende desarrollar un conjunto de leyes aplicables a un sistema, con el fin de promover, una formalización (matemática) de estas leyes, orientada a la consecución de un resultado” (Bertalanffy, 1968).

En la auditoría de un contrato en salud, la función del auditor debe ser dinámica, e intervencionista. El auditor debe producir un análisis previo, simultáneo y posterior, de cada uno de los procesos, que conforman un sistema de prestación,

con su consecuente intervención, para encausar las acciones a hacia los estándares deseados (González. O, 2010).

La auditoría médica puede ser clasificada en 2 grandes grupos dependiendo desde donde se aplique. La auditoría externa, es la que se da del pagador (generalmente la EPS) a la IPS. La auditoría interna es la que se encarga de la veeduría e intervención de todos los procesos que se desarrollen en el interior de la IPS.

Existen diversas modalidades de pago por servicios de salud entre un tercer pagador y un prestador de servicios. Por ejemplo, Quinn (2015) propone 8 tipos dependiendo de la unidad de pago: periodo de tiempo, beneficiario, receptor, episodio, día, servicio, reembolso de costos, valor facturado. De acuerdo con el autor cada uno marca una diferencia con el anterior en la división y transferencia del riesgo entre el pagador y el prestador. Los riesgos son de dos tipos el riesgo primario o epidemiológico, que es el inherente a la salud de la población que se atiende y el riesgo técnico o de tratamiento que es aquel que radica en la experticia del prestador para proveer servicios de manera segura, eficiente y costo efectivo (Quinn, 2015).

El pago por beneficiario, conocido en el ámbito colombiano como “capitación” y el pago por servicio conocido en el ámbito colombiano como “por evento”, son las dos modalidades de pago más tradicionalmente usadas en el país. El pago por cápita, se produce cuando un pagador ofrece a un prestador un pago por beneficiario adscrito a dicha IPS por una serie de servicios pactados en unas frecuencias en el tiempo. Comprende eventos de morbilidad y promoción y prevención. El 50% del dinero se transfiere del pagador al prestador al comienzo del mes. En este tipo de modelos el trabajo de la auditoria es velar porque los

eventos, medicamentos, consultas y demás servicios pactado hayan sido efectivamente prestados. Y dependiendo del resultado de la auditoria se liquida el restante 50%. En la literatura está ampliamente citado este modelo como uno en donde tanto el riesgo primario como el técnico es asumido por el prestador (Castaño, 2014). Por esta razón en Colombia (Ley 1438 de 2011) la capitación tradicional solo se permite en servicios de baja complejidad, para minimizar el riesgo financiero. También se ha identificado que este tipo de contratos inducen a la subutilización de recursos en salud (Miller, 2009).

El modelo de pago por servicio corrige los incentivos perversos del modelo capitado, en el sentido de pagar solo por aquel evento prestado. No obstante, genera en el sentido contrario un incentivo a la sobre utilización (Castaño, 2014). En este modelo el riesgo primario es asumido por el pagador y el riesgo técnico debería ser asumido por el prestador (Castaño, 2014). El pago se hace a posteriori contra una factura. Es aquí donde entra el trabajo de la auditoria para verificar que lo facturado efectivamente corresponda con lo prestado y esto sea pertinente. De esta forma los auditores en Colombia se han entrenado en verificar ítem por ítem, siguiendo la estructura del Manual de Glosas y Devoluciones. Este Manual se encuentra regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la Resolución 3047 de 2008, modificada por la resolución 416 de 2009.

Un trabajo seminal de Porter y Teisberg (2006) propuso superar la dualidad entre los pagos capitados y los pagos por servicio, ambos basados en el volumen de servicios, a modalidades que paguen por valor. De allí se derivaron los pagos agrupados prospectivos (*prospective bundled payments*) o los pagos basados en poblaciones (Miller, 2009).

En Colombia, como lo afirman Castaño et al (2018), a partir de los modelos internacionales de pagos agrupados se dio una *“acelerada transición hacia modalidades prospectivas diferentes a la capitación tradicional que buscan, desde el punto de vista del asegurador, reducir la mayor exposición al riesgo que se deriva de no tener claramente definidos los amparos y no poder gestionar las decisiones médicas, y a la vez convertir un costo variable como consecuencia de la modalidad de pago por servicio, en un costo fijo bajo modalidades prospectivas de pago. Por su parte, muchos prestadores también han migrado hacia estas modalidades, pues les permiten hacer más predecible su flujo de caja en comparación con la incertidumbre que experimentan frente al recaudo efectivo de la facturación bajo la modalidad de pago por servicio”* (Castaño et al 2018).

Castaño et al (2018) presentan una propuesta de taxonomía de las modalidades prospectivas de pagos en salud imperantes en Colombia y muestran que hay por lo menos tres tipos, dependiendo de la unidad de cobertura: episodio, grupo de riesgo o de condición médica y otras. En todas ellas existe una transferencia de riesgo primario. Por ejemplo, en el PGP por episodio *“se establece una suma fija para la atención de episodios que ocurran en una población de referencia, en una zona geográfica y durante un período de tiempo”* (Castaño et al 2018). O en el PGP por grupo de riesgo *“se establece una suma fija para la atención de pacientes con un tipo específico de riesgo, típicamente una condición médica crónica, que ocurran en una población de referencia, en una zona geográfica y durante un período de tiempo”* (Castaño et al 2018).

Aún no existe en Colombia un manual de glosas para PGP o una modificación, que incluya las reglas de auditoría para esta nueva modalidad en el manual

existente. Por esta razón en este trabajo se propone un modelo básico o prototipo para realizar esta gestión dentro de una IPS. Sin pérdida de generalidad, el modelo aquí propuesto se ajusta a un PGP que incluye servicios de Urgencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía en una IPS privada.

7. METODOLOGIA

Para la realización de este trabajo el primer paso fue estudiar los listados de ejecución del PGP e identificar en ellos el nivel de pérdida representado en glosas y recobros, de estos se establecen los más comunes y los de mayor cuantía. Una vez identificadas las glosas se identificaron los momentos de atención a los que corresponden, dividiendo el proceso de atención médica en cuatro (4) fases: planeación, admisiones, hospitalización y facturación de cuentas médicas. Luego se debe buscar identificar a cuál de ellas es imputable el error y cuanto peso tendría su magnitud en el resultado final.

Posteriormente, se indagó en la literatura sobre una metodología para calificar la calidad observada en el proceso en atención médica. Esta búsqueda llevó al manual del sistema de gestión de calidad expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se describe una metodología que implica la evaluación del proceso de prestación a través del establecimiento de atributos considerados como indispensables para que un proceso sea llevado a cabo obteniendo el logro de sus objetivos denominados factores críticos de éxito. En el mismo se recomienda realizar mesas de trabajo, con los encargados del proceso, para discernir cuales son los pasos necesarios para llevar a cabo su subproceso.

Una vez identificados los pasos necesarios, se debe cuestionar a los mismos acerca de cuáles de esos pasos son considerados por ellos como claves para un buen desarrollo de su respectivo subproceso. Adicionalmente en ese mismo momento se debe indagar acerca de cuáles de estos factores presentan a su juicio dificultades dentro de la empresa. Por cada una de las fases se realizaron mesas de trabajo con los exponentes del proceso, reuniendo de 3 a 5 personas por grupo.

Para medir cada factor crítico de éxito se definió un indicador creado en acuerdo con los grupos de trabajo, este se aplicó a la medición del subproceso estableciendo el nivel de responsabilidad de este sobre las pérdidas por glosas o recobros encontrados.

Los factores identificados deben ser aplicados y seguidos por al menos 2 meses, al término de los cuales se observa si existe o no disminución de pérdidas por concepto de glosas y recobros. Si esto en efecto ocurre los FCE se aceptan y los indicadores se aprueban. La disminución de glosas puede suceder a la vez que el PGP no alcanza la ejecución esperada para cumplirse y recibir el monto de dinero pactado. En este caso, deberá repetirse el proceso hasta encontrar fuentes de nuevos eventos (urgencias, hospitalizaciones, cirugías, etc.) para inducir la ejecución hasta forzar el alcance del piso del contrato o monto de ejecución menor, en el cual se cancela la totalidad de este. La fuente es el listado de peticiones, quejas y reclamos (PQR), donde se encuentran los pacientes con eventos pendientes.

Para satisfacer la necesidad de los usuarios y los faltantes para alcanzar el piso de ejecución del PGP, se realizó una gestión con el primer nivel remitido, a fin de identificar las solicitudes de cirugía ambulatoria emitidas y así realizar su respectiva programación, antes de que se convirtiesen en PQR. Cabe recordar que el PGP define una ejecución en dinero (número de eventos pactados por un precio pactado mes) que debe situarse entre un límite monetario inferior y uno superior. Si la ejecución monetaria del mes se ubica en la franja la IPS recibe el monto pactado. Es decir, la IPS maximiza sus ganancias cuanto más se acerque al piso y las pierde cuanto más se acerque al techo. Se encontró que se podría

programar la ejecución de las cirugías ambulatorias de una forma estratégica en caso de faltar eventos para llegar al piso y así lograr una ejecución predecible.

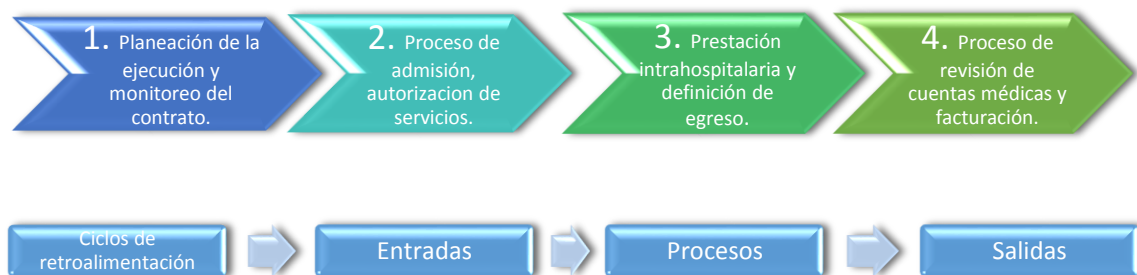
8. RESULTADOS

La propuesta parte de un supuesto y es que la auditoría interna para poder ejercer su labor de forma adecuada requiere de 4 grupos de trabajo:

- Grupo de auditoría de calidad: Se encarga de la garantía de calidad en la prestación del servicio, define y evalúa procesos, verifica la efectividad clínica.
- Grupo de auditoría de concurrencia: Acompaña el proceso de la prestación, identificando y corrigiendo a lo largo del mismo las posibles ineficiencias presentadas. Debe funcionar como un “gestor de la utilización”. (Decreto 1011 Sistema obligatorio de garantía de calidad., 2006).
- Grupo de auditoría de cuentas médicas: A este, se delega el monitoreo monetario, la liquidación de las cuentas y la respuesta de glosas.
- Grupo de auditoría de proceso: Evaluador de la gestión de los procesos de auditoría y complementarios.

Esta estructura debe estar comandada por un administrador de contrato, cuyas funciones serán: coordinación del grupo de auditoría, identificación de factores críticos dentro de la prestación; definición de estrategias para la efectiva ejecución del contrato y análisis de frecuencias de uso y renegociación de prima, por variaciones en el riesgo o por desviaciones extremas del costo. Con asignaciones distintas, los grupos de auditoría deben trabajar de forma interdependiente, sobre la totalidad del sistema de prestación.

Para evaluar el proceso de auditoría interna, se propone considerarlo como un ciclo de producción que se puede dividir en 4 momentos (Ilustración 1):



Fuente: propuesta del autor

Ilustración 1. Proceso de Prestación.

Como lo muestra la ilustración 2, la primera fase es el momento pre-prestación. Se propone como un primer paso de la herramienta la difusión de las condiciones del contrato, las metas e indicadores planteadas por el pagador. Este conocimiento debe darse en todas las áreas de la organización, haciendo énfasis en los incentivos que se aplican en el contrato. Este trabajo corresponde a la alta dirección de la IPS, pero con el acompañamiento y co-liderazgo de los auditores.

Siguiendo con el proceso de pre-prestación, la IPS, idealmente, debe tener información suficiente para predecir el volumen de casos que van a llegar mes a mes, mediante una adecuada coordinación con el nivel básico. Idealmente la IPS debe tener procesos internos que le permitan decidir cómo distribuir en el tiempo, las prestaciones electivas, de tal manera que la ejecución no sobrepase el techo de lo pactado.

En el momento de la prestación, la IPS debe alinear la modalidad de remuneración del personal asistencial con la modalidad de pago del PGP, es decir, no puede pagar por evento al personal asistencial mientras recibe un pago prospectivo. De igual forma, la IPS debe tener un proceso muy riguroso de identificación de los recursos usados en el proceso de atención y de las

desviaciones observadas sobre los protocolos estandarizados, de tal forma que se pueda establecer “desperdicios” de recursos.



Fuente: propuesta del autor

Ilustración 2. Modelo de planeación de ejecución “ideal” del contrato PGP de una IPS del tercer nivel.

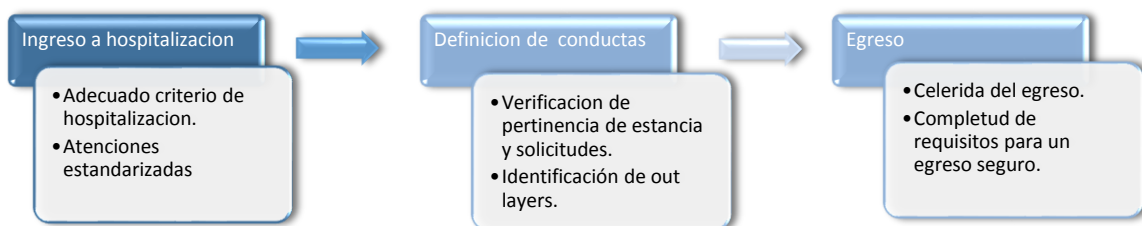
El proceso de verificación de derechos y autorizaciones es realizado por plataformas internas automatizadas en las instalaciones del prestador. El detalle del proceso de Admisiones y autorización de servicios se propone en la ilustración 3. Este esquema es el propuesto por el pagador a la IPS, como parte del modelo de atención que promueve en su red. Consiste en que no importando la puerta de entrada, el primer paso es la verificación de derechos y de servicios del PGP. Este paso es crítico, porque la prestación de servicios a personas no pertenecientes a la población cubierta por el PGP o de personas que no tienen derechos, es un motivo común de glosas. Sigue la asignación de autorización, como factor de validez del servicio frente a la Entidad Responsable del Pago (ERP). El proceso continúa, con la ejecución de la prestación que en este caso implicaba la hospitalización y termina con el egreso. Todos estos pasos de no darse según el modelo se convierten en fuentes de glosa.



Fuente: propuesta del autor.

Ilustración 3. Esquema de condiciones ideales Admisión y autorización de servicios.

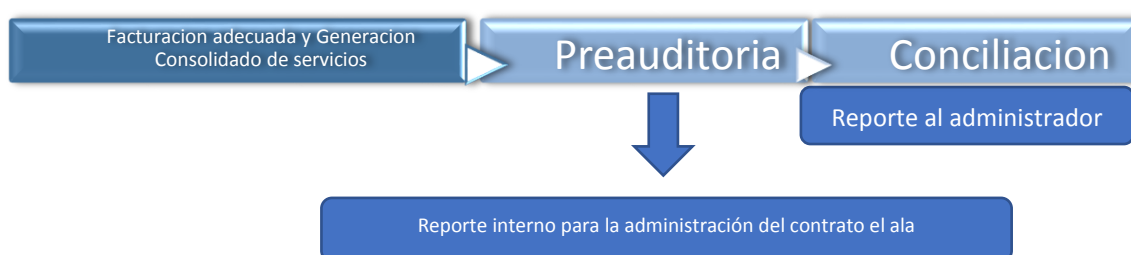
El proceso ideal de Hospitalización y definición de egreso se presenta en la ilustración 4. Esta fase considera la hospitalización en cualquier ámbito, como un proceso sometido a la verificación de las auditorías clínicas, que propende por una alta eficiencia en cuanto a la administración del recurso, planteando atenciones estandarizadas, con costos homogéneos y rotaciones efectivas.



Fuente: propuesta del autor

Ilustración 4. Esquema de condiciones ideales Proceso de hospitalización y definición de egreso.

La ilustración 5, esquematiza la auditora de cuentas, basada en una pre-auditoría interna, que genera datos de ejecución como herramienta de planeación, la cuenta total de servicios sale de este proceso, conciliada, acortando los tiempos de pago y facilitando la facturación, se encontrará consecuentemente libre de glosa, en la mayor medida posible.



Fuente: propuesta del autor

Ilustración 5. Esquema de condiciones ideales Proceso de Facturación y revisión de cuentas médicas.

Por último, en la etapa Pos-prestación, la IPS debe tener cuatro subprocesos muy bien establecidos: adecuada facturación, autoliquidación periódica de cuentas para llevar control de uso, un adecuado proceso de reclamación de desviaciones del evento contemplado, y un adecuado proceso de retroalimentación a las unidades de servicio de las inclusiones contempladas en el PGP.

En las tablas 1 a 6 se resumen los factores críticos de éxito (FCE) que surgieron a partir de la elaboración del modelo de evaluación presentado. Los FCE son siguiendo la definición de Bullen & Rockart (1981) “un número limitado de áreas en las cuales resultados satisfactorios aseguraran un desempeño competitivo

exitoso. Los factores críticos de éxito son áreas claves en las cuales las ‘cosas deben salir bien’ para que el negocio y las metas de los gerentes sean logradas”. Cada tabla representa un proceso, dentro del cual se listan los FCE y se asignan indicadores que permitan medir el desempeño del FCE.

Tabla 1. Metodología de medición factores críticos de éxito en el proceso de Planeación de la Ejecución y Monitoreo del Contrato

Factor Crítico de Éxito	Indicador
Comprensión general de la dinámica del modelo	<u>% Comprensión general de la dinámica del modelo:</u> (Número de aciertos en el cuestionario de evaluación /Número de preguntas formuladas en el cuestionario) *100
Estrategia definida para la ejecución en porcentajes deseados.	<u>Tasa promedio de cumplimiento de la meta de ejecución mensual:</u> $\sum_{k=0}^n (X/0.9)/n$ (donde X es la razón de ejecución y n el número de meses)
Garantía de suficiencia de eventos diferibles para una adecuada ejecución del contrato	<u>% Cumplimiento de la capacidad instalada:</u> # Meses en los cuales se cumple la capacidad instalada en consulta capaz de generar la frecuencia de eventos de todas las especialidades quirúrgicas convenidos/ # meses evaluados * 100
Definición de adecuados flujos de información con nivel primario	<u>% Eventos informados nivel primario:</u> # eventos generados por el nivel primario a ser ejecutados en el nivel complementario/ # eventos generados por el nivel primario informados * 100
Seguimiento integral de la ejecución del contrato que garantice logros en metas de calidad de la prestación y volúmenes de servicios contratados	<u>% Cumplimiento Reuniones Revisión Interna:</u> # de reunión de revisión interna semanal de las tablas de ejecución del PGP / #de reuniones calculadas a celebrar con frecuencia semanal durante 6 meses*100
Retroalimentación a las unidades de servicios sobre desempeño individual por metas dentro del contrato	<u>% Cumplimiento ciclo retroalimentación:</u> # registros de retroalimentaciones realizadas a las unidades de servicios sobre desempeño individual/# Total de reuniones de seguimiento, calculadas a celebrar con frecuencia mensual durante 6 meses *100
Estrategia para la Garantía de flujos efectivos de comunicación con la ERP	<u>Evaluación de percepción de garantía de flujos efectivos de comunicación con la Entidad Responsable de Pago (ERP):</u> Encuesta Calificación de 1 a 10 en tres atributos: fluidez, rapidez y disponibilidad. (Indicador final es promedio simple de las tres respuestas)
Definición de estrategia para evitar las pérdidas por glosas y recobros	<u>% Cumplimiento meta de Glosas:</u> (1-% glosas observadas en 6 meses) / (1-% glosas máximas esperadas en 6 meses) *100 (donde Glosa máxima esperada 9.9%)

Factor Crítico de Éxito	Indicador
	<u>% Cumplimiento meta de recobros:</u> (1-((recobro efectivo-recobro máximo esperado) / (recobro demandado -recobro máximo esperado)) en 6 meses) * 100 (Donde % recobro máximo esperado 20%)
	<u>% Cumplimiento meta de PGP:</u> (Valor PGP mes – Valor Recobros efectivo) / (Valor PGP Mes – Valor máximo recobro esperado) * 100 (Donde Valor máximo recobro esperado es 20% del PGP)
Identificación de outliers y solicitud de renegociación de los mismos.	<u>% de outliers:</u> # de pacientes con consumos de hospitalización (días o costo medio) 2 veces por encima de los estándares pactados/# de pacientes demandados como "outliers"x100

Fuente: propuesta del autor

Tabla 2. Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Autorizaciones

Factor Crítico de Éxito	Indicador
Claridad en el proceso de autorizaciones y direccionamiento de los pacientes que serán ingresados al modelo hospitalario	<u>Comprensión general del proceso de autorizaciones:</u> Evaluación de conocimientos cuestionario de selección múltiple con respuesta única. (Número de aciertos en al cuestionario de evaluación /Número de preguntas formuladas en el cuestionario) * 10
Agilidad en la plataforma autorizadora	<u>Evaluación de la percepción de la calidad:</u> Cuestionario, que indaga por la experiencia de los auxiliares de la frecuencia y duración de fallas en la plataforma de verificación de derechos durante un turno de 8 horas
Claridad en cuanto al proceso de solicitud de servicios de los pacientes ingresados al modelo hospitalario	<u>Glosas No concordancia (%):</u> (Monto de glosas efectivas identificadas por concepto de Solicitud de autorizaciones que no concuerdan con el servicio prestado/ Monto Total las glosas efectivas)
	<u>Glosas duplicadas (%):</u> (Monto de glosas duplicadas/ Monto Total de glosas efectiva)
	<u>Glosas por omisión de facturables (%):</u> (Monto de glosas efectivas identificadas por concepto de Omisión de facturables/ Monto Total las glosas efectivas)
	<u>Glosas por omisión de solicitudes (%):</u> (Monto de glosas efectivas identificadas por concepto de. Omisión de solicitud de solicitudes de autorización, frente a traslados entre diferentes unidades de servicio/ Monto Total las glosas efectivas)

Nota: (%) significa que el indicador es multiplicado por 100

Fuente: propuesta del autor

Tabla 3. Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de prestación hospitalaria

Factor Crítico de Éxito	Indicador
Creación de guías de manejo, protocolos y rutas de las 10 primeras causas de consulta.	<u>Creación de guías de manejo, protocolos y rutas de las 20 primeras causas de consulta:</u> # De protocolos establecidos para las 20 principales causas de consulta. /# De protocolos disponibles para consulta de los asistenciales.
Evaluación de la Adherencia a guías y protocolos de manejo que aseguren la eficacia y eficiencia de las prestaciones	<u>Disponibilidad de protocolos:</u> # Protocolos disponibles/ # de protocolos evaluados
Reporte de indicadores de obligatorio cumplimiento	<u>Oportunidad reporte indicadores obligatorios:</u> # Indicadores de obligatorio reporte reportados a tiempo/ Numero de indicadores de obligatorio reporte totales
Gestión de movimiento de pacientes y Gestión de alta temprana.	<u>Pertinencia evaluación estancia:</u> #Número de meses en los cuales fue evaluada la pertinencia de estancia/# Numero de meses de duración de la investigación.
	<u>Estancias no adecuadas:</u> (1- # Total de estancias no adecuadas en días) / # Total de estancias expresadas en días. x100
	<u>Egresos efectivos:</u> # Total de pacientes efectivamente egresados por cuidado en casa/ # Total de pacientes potencialmente elegibles para ser egresados por cuidado en casa.
	<u>Priorización pacientes con fracturas no expuestas:</u> # Total de pacientes con fracturas no expuestas de manejo quirúrgico efectivamente programados por priorización diferida/# Total de pacientes con fracturas no expuestas de manejo quirúrgico considerados potencialmente por priorización diferida.
Identificación de prestaciones que se desvían sustancialmente del costo	<u>Identificación de outliers:</u> # Total de pacientes identificados como posibles outliers /# Total de pacientes notificados como outliers para ser potencialmente demandados.
Garantía celeridad del egreso a manejo extramural	<u>Egreso efectivo:</u> # Total de paciente pacientes con egreso efectivo por cuidado en casa/# Total de pacientes con egreso por cuidado en casa ejecutado antes de 72 horas

Nota: (%) significa que el indicador es multiplicado por 100

Fuente: propuesta del autor

Tabla 4. Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de facturación

Factor Crítico de Éxito	Indicador
Adecuado Proceso de Facturación	<u>Glosas por códigos no parametrizados (%)</u> : Monto de glosas efectivas identificadas por concepto de facturación de códigos no parametrizados en la nota técnica/ Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas eventos facturación inadecuada (%)</u> : Monto Total de glosas efectivas identificadas por concepto de facturación inadecuada de eventos existentes en la nota técnica/ Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por procedimientos quirúrgicos (%)</u> : Monto Total de glosas efectivas identificadas por concepto de liquidación adecuada de procedimientos quirúrgicos/ Monto total de la facturación Total del periodo.

Nota: (%) significa que el indicador es multiplicado por 100

Fuente: propuesta del autor

Tabla 5 Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Auditoria de Cuentas Medica: liquidación de glosas

Factor Crítico de Éxito	Indicador
Liquidación de glosas	<u>Glosa por inconsistencias no reportadas (%)</u> : Monto de pérdida estimada por inconsistencias no reportadas/Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosa por autorizaciones no parametrizadas (%)</u> : Monto de glosas efectivas ocasionadas por autorizaciones con códigos no parametrizados en la nota técnica / Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por soportes atemporales (%)</u> : Monto de Glosas efectivas por soportes que no llegaron a tiempo antes del cierre de la negociación / Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosa por autorizaciones excluyentes (%)</u> : Monto de glosas efectivas generadas por Autorizaciones excluyentes / Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosa por autorizaciones (%)</u> : Monto de pérdida estimada por posible ausencia de autorizaciones/Monto total de la facturación Total del periodo
	<u>Glosas por frecuencia de realización (%)</u> : Monto de glosas efectivas generadas servicios con frecuencia única de realización/Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por eventos penalizados (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por eventos penalizados con descuentos considerados fallas de la calidad en la prestación / Monto total de la facturación Total del periodo.

Factor Crítico de Éxito	Indicador
	<u>Glosas por cirugía (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por concepto de porcentajes de cirugías glosados / Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por códigos CUPS (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por concepto de Códigos CUPS que no corresponden al servicio realizado/Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por concepto de no Detección de Servicios facturados (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por concepto de no Detección de Servicios facturados en un ámbito erróneo/Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por servicios de exclusión (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por concepto de Potenciales servicios de exclusión inmersos en eventos incluidos / Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por servicios no realizados (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por concepto servicios no realizados /Monto total de la facturación Total del periodo.
	<u>Glosas por solicitudes duplicadas (%)</u> : Monto de Glosas efectivas generadas por concepto de Solicitudes duplicadas para un mismo servicio / Monto total de la facturación Total del periodo.

Nota: (%) significa que el indicador es multiplicado por 100

Fuente: propuesta del autor

Tabla 6 Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Auditoría de Cuentas Medica: liquidación de Recobros

Factor Crítico de Éxito	Indicador
Liquidación de recobros	<u>Recobros no notificación (%)</u> : Monto de los recobros que no fueron aceptados no existir evidencia de notificación a la IPS/Monto total de recobros
	<u>Recobros no contractuales (%)</u> : Monto de los recobros que no fueron aceptados por estar expresamente excluidos en el contrato/Monto total de recobros
	<u>Recobros pacientes no activos (%)</u> : Monto de los recobros que no fueron aceptados por tratarse de pacientes no activos para el PGP al momento de la prestación/ Monto total de recobros
	<u>Recobros urgencias (%)</u> : (Diferencia en el valor del monto de eventos clasificados como urgencias vitales y el valor de la atención de urgencia estipulado en el PGP)/Monto total de los recobros

Factor Crítico de Éxito	Indicador
	<u>Recobros Tope no cumplido (%)</u> : Monto de los recobros que no fueron aceptados pues se demostró su pago correspondía a la póliza inicial cuyo tope no se había cumplido / Monto total de recobros
	<u>Recobros Traslados secundarios (%)</u> : Monto de los recobros que no fueron aceptados por tratarse de Traslados secundarios/ Monto total de recobros

Nota: (%) significa que el indicador es multiplicado por 100

Fuente: propuesta del autor

La tabla 7 muestra los resultados de aplicar el módulo de medición de FCE en el proceso de Planeación de la Ejecución y Monitoreo del Contrato. Se encontró que esta IPS no había cumplido la meta de ejecución mensual, en ninguno de los 6 meses observados, no había información de eventos generados por el primer nivel, no habían registros verificables de actas de reunión de revisión interna semanal de las tablas de ejecución del PGP, no había registros de retroalimentación realizadas a las unidades de servicios sobre desempeño individual, no había registros de pacientes con consumos de hospitalización superior al 100% del estándar de calidad contractualmente definido. Los resultados de las dos encuestas dieron un puntaje de 60% en “Comprensión general de la dinámica del modelo” y 80% en “Percepción de garantía de flujos efectivos de comunicación con la Entidad Responsable de Pago”. Se encontró además, que solo en un mes se cumplió la capacidad instalada en consulta, capaz de generar la frecuencia de eventos de todas las especialidades quirúrgicas convenidas.

En términos de generación de glosas del PGP, la IPS obtiene un puntaje de logro de 88. El PGP logro en estos 6 meses un porcentaje de 20% de glosa observada, versus una meta de glosa máxima no superior al 10%. Dado que

matemáticamente la glosa podría ser el 100%, lograr un 20% representa alcanzar el 88% de la meta.

Frente a la capacidad de cumplimiento de la IPS, sobre el valor de los eventos pactados, se midió la pérdida de recursos monetarios por servicios pactados no prestados observada, sobre la pérdida de recursos monetarios por servicios pactados no prestados demandada. La IPS obtiene un puntaje de 63%, es decir de cada 100 pesos que le demandan logra justificar 63.

En términos de la capacidad del auditor de justificar las prestaciones para evitar el recobro, el puntaje es de 50, es decir de cada 100 pesos que le recobran, logra justificar 50.

Tabla 7. Resultados medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Planeación de la Ejecución y Monitoreo del Contrato

Indicador	Calificación
Comprensión general de la dinámica del modelo	60
Tasa promedio de cumplimiento de la meta de ejecución mensual	0
Cumplimiento de la capacidad instalada	16
Eventos informados nivel primario	0
Cumplimiento Reuniones Revisión Interna	0
Cumplimiento ciclo retroalimentación	0
Evaluación de percepción de garantía de flujos efectivos de comunicación con la Entidad Responsable de Pago (ERP)	80
Cumplimiento meta de Glosas	88
Cumplimiento meta de recobros	50
Cumplimiento meta de PGP	63
Porcentaje de outliers	0
Puntaje total ponderado	33

Fuente: cálculos del autor.

En resumen, el puntaje total de la IPS para su adecuada ejecución del PGP es de 33 puntos sobre un total e 100 puntos posibles, lo cual denota un bajo desempeño.

La tabla 8 muestra los resultados de aplicar el módulo de medición de FCE asociados al proceso de admisiones. El nivel de conocimiento de la dinámica del PGP por parte de los 4 auxiliares de admisiones de la IPS es de 60% en promedio. Ante las dos preguntas que indagaban por fallas presentadas en la plataforma de autorizaciones de la EPS, el 75% respondió que nunca le había fallado en un turno de 8 horas. Para el 25% que respondió que si le había fallado, fue de máximo 3 veces en un turno de 8 horas, de tal manera que, el número total de fallas ponderado es de 0.75 por turno (tres personas con 0 fallas y una con 3 fallas). El porcentaje de glosa asociado (imputable) al proceso de admisiones es del 16% sobre el total de toda la glosa. De estas, se encontró que la mayor cantidad de dinero glosado estaba asociado a solicitud de autorizaciones duplicadas (55%), seguido de Solicitud de autorizaciones que no concuerdan con el servicio prestado (28%).

Tabla 8. Resultados medición Factores Críticos de Éxito asociados al proceso de admisiones

Indicador	Medición
Comprensión general del proceso de autorizaciones	60%
Evaluación de la percepción de la calidad de la plataforma: % de auxiliares de admisiones que manifiestan que la plataforma de admisiones no presenta fallas durante un turno habitual de 8 horas	75%
Evaluación de la percepción de la calidad de la plataforma: Número de veces que falla la plataforma en un turno de 8 horas	0.75
Glosa asociada al proceso de admisiones y autorizaciones	16%

Indicador	Medición
<u>Distribución por causas de la glosa asociada al proceso de admisiones y autorizaciones</u>	
Glosas duplicadas	55%
Glosas no concordancia	28%
Glosas por omisión de facturables	10%
Glosas por omisión de autorización	7%

Fuente: cálculos del autor

La tabla 9, muestra los resultados de aplicar el módulo de medición de FCE asociados al proceso de prestación hospitalaria. Los resultados muestran que la IPS tenía protocolos establecidos para las 10 primeras causas de consulta y que estaban disponibles. Sin embargo, ninguno de los protocolos había sido evaluado (actualización, nivel de evidencia, etc). La IPS cumple en promedio con el 92% de los estándares de calidad definidos en la resolución 1446 del 2006, esto es un promedio ponderado simple de la tasa de cumplimiento por indicador. En ninguno de los 6 meses evaluados alguien dentro de la IPS había llenado formatos de pertinencia de estancias hospitalarias. En una revisión a los días de estancia hospitalaria hecha por el autor, este consideró que el 90% de los días hospitalarios eran pertinentes. Solo el 39% de los pacientes considerados como elegibles para egreso por cuidado en casa fueron efectivamente egresados por esta vía. De cada 100 pacientes con fracturas no expuestas, que podían ser programados por priorización diferida, solo el 39% fueron evacuados por esta vía. La IPS no marcó, un solo paciente como outlier hospitalario en los 6 meses. Finalmente, del total de pacientes con egreso para cuidado en casa el 94% se fueron antes de 72 horas.

Tabla 9. Resultados de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Prestación hospitalaria

Indicador	Medición
Creación de guías de manejo, protocolos y rutas de las 10 primeras causas de consulta	100
Disponibilidad de protocolos	0
Oportunidad reporte indicadores obligatorios	92%
Pertinencia evaluación estancia	0
Estancias no adecuadas	90%
Egresos efectivos	39%
Priorizaciones pacientes con fracturas no expuestas	39%
Identificación de outliers	0
Egreso efectivo	94

Fuente: cálculos del autor

La tabla 10 muestra los resultados de aplicar el módulo de medición de FCE asociados al proceso de facturación. Los resultados muestran que el porcentaje de glosa asociado a facturación fue el 58% de todas las glosas de la IPS en el periodo de análisis. Esto convierte al proceso de facturación como aquel que presente más problemas. Al revisar los motivos de glosa se encontró que el error más significativo, fue la facturación inadecuada de eventos existentes en la nota técnica (85%), seguido de liquidación inadecuada de procedimientos quirúrgicos (13%) y con un menor efecto, se evidenció, facturación de códigos no parametrizados en la nota técnica (2%). Por ejemplo, en un mismo evento se realizaron tres cirugías: (salpingectomía bilateral total por laparoscopia, hysterectomía total por laparoscopia y resección de tumor de ovario por laparoscopia) por la cual se facturaron antes de auditoría \$4,027,791. No obstante, los tres procedimientos fueron realizados por el mismo cirujano, y por igual vía, por tanto, la liquidación real según tarifario ISS 2001 es: el pago de la primera cirugía se realiza al 100%, la segunda al 60% y la tercera no es

facturable. En total la liquidación real de la cirugía debió ser \$2,470,505. En este caso en una sola cirugía se glosó el 38% de la factura.

Tabla 10 Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de facturación

Indicador	Medición
Glosas por proceso de facturación	58%
<u>Distribución por causas de la glosa asociada al proceso de facturación</u>	
Glosas por eventos facturación inadecuada	85%
Glosas por procedimientos quirúrgicos	13%
Glosas por códigos no parametrizados	2%

Fuente: propuesta del autor

La tabla 11 muestra los resultados de aplicar el módulo de medición de FCE asociados al proceso de Auditoria de Cuentas Medica: liquidación de glosas, donde el porcentaje de glosa asociado a errores en la revisión de las tablas de ejecución por parte de auditoria médica fue del 26%. El motivo que más pesa en dinero es “No Detección de Servicios facturados en un ámbito erróneo”, es decir, locativamente el paciente de UCI o de UCIN pueden encontrarse en la misma cama, pero los servicios varían en complejidad según el criterio médico. Habitualmente el concepto de la pertinencia de lo que es UCI o es UCIN solo es diferenciable ante la evaluación de la historia clínica. Entonces si la IPS factura UCI que debieron ser UCIN, y estas son luego establecidas como UCIN, la ejecución baja y pierde el PGP. El segundo concepto mas importante encontrado fue “por soportes que no llegaron a tiempo antes del cierre de la negociación”. En esta IPS ocurría que algunos servicios estaban sub-contratados con otros prestadores (v.gr. imágenes) y estos prestadores no reportaban a tiempo la lectura de los mismos. Finalmente, la tercera causa fue “solicitudes duplicadas

para un mismo servicio”, con un 13%. Esto denota errores de los facturadores que el medico auditor no ve.

Tabla 11 Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Auditoria de Cuentas Medica: liquidación de glosas

Indicador	Medición
Otras Glosas	26%
<u>Distribución por causas de la glosa asociada al proceso auditoría de cuentas médicas</u>	
Glosas por no Detección de Servicios facturados en un ámbito erróneo	39%
Glosas por soportes atemporales	25%
Glosas por Solicitudes duplicadas	13%
Glosas porcentajes de cirugías	7%
Glosas Autorizaciones excluyentes	5%
Glosas por servicios no realizados	3%
Glosas por potenciales servicios de exclusión inmersos	2%
Glosa por inconsistencias no reportadas	1%
Glosa por autorizaciones no parametrizadas	1%
Glosa por ausencia de autorizaciones	1%
Glosas por servicios con frecuencia única de realización	1%
Glosas por eventos penalizados	1%
Glosas por Códigos Cups no correspondientes	1%

Fuente: propuesta del autor

Los resultados de aplicar el módulo de medición de FCE asociados al proceso de Auditoria de Cuentas Medicas, se observa en la Tabla 12: liquidación de cobros, donde en este PGP el cobro ascendió al 29% de la facturación, es decir, casi la tercera parte de la facturación en pesos del PGP, fue prestada por terceros cuando debió ser prestada por la propia IPS. La mayor causa fue por cobro de atención de urgencias vitales (33%), seguida de cobros que no fueron aceptados por estar expresamente excluidos en el contrato (18%), cobros que fueron notificados y que la IPS nunca respondió, asumiendo así

que se daba por notificada (16%) y recobros de pacientes no activos para el PGP al momento de la prestación.

Tabla 12 Metodología de medición Factores Críticos de Éxito en el proceso de Auditoría de Cuentas Medica: Recobros

Indicador	Medición
Recobros (5)	29%
<u>Distribución de recobros</u>	
Recobros urgencias	33%
Monto de los recobros que no fueron aceptados por estar expresamente excluidos en el contrato/monto total de recobros	18%
Recobros no notificación	16%
Recobros pacientes no activos	16%
Recobros topes no cumplido	8%
Recobros traslados secundarios	9%

Fuente: cálculos del autor

9. DISCUSION

Este trabajo planteó un modelo de auditoria para evaluación de contratos PGP. Desafortunadamente no existen otros modelos de auditoria para PGP publicados en la literatura que permitan hacer comparaciones con el modelo, factores críticos de éxito, indicadores y aplicación hecha en este trabajo. El aporte de este trabajo a la literatura de sistemas de auditoria es generar una propuesta para la evaluación e identificación de problemas en la gestión de un pago global prospectivo, modalidad de contratación que se separa de las tradicionales “Capitas” y “Pagos por evento” dominantes en el sistema de salud colombiano. Para ambos modelos de contratación existen manuales de auditoria que son públicos, mientras que para la modalidad PGP no.

La primera parte de la herramienta aplicada al proceso de planeación de la ejecución y monitoreo del contrato encontró, un muy pobre desempeño de la IPS, alcanzando solo 33 de 100 puntos posibles. La herramienta fue útil para detectar como puntos más críticos: El desconocimiento de la dinámica del contrato por parte de los funcionarios, la ausencia de planeación en la ejecución de eventos diferibles cuyo costo es predecible.

La segunda parte de la herramienta aplicada al proceso de admisiones, concluye que para esta IPS la duplicidad de autorizaciones fue el hallazgo más representativo en este fase del ciclo de producción, dicho hallazgo está relacionado con un proceso carente de organización donde el Sistema de facturación, no permite reconocer la generación de la misma orden para un paciente durante un único evento de atención, adicionalmente este hallazgos se interpreta como una ausencia en la comunicación efectiva entre los operadores

de autorizaciones, quienes durante turnos distintos , solicitan nuevamente las autorizaciones del turno anterior.

La tercera parte de la herramienta evalúa el proceso de prestación, aunque la pertinencia de la estancia fue buena de acuerdo con la medición del autor, no hay una cultura de medida de este indicador. La prestación, no está efectivamente engranada con el proceso de facturación, cuando se presentan variaciones individuales que se desvían significativamente de la media esperada para un evento de prestación (outliers), no se solicita reconocimiento al asegurador de esta diferencia de costo.

La cuarta parte de la herramienta engloba tres componentes: Facturación, liquidación de glosas y liquidación de recobros.

La herramienta, permitió identificar que la perdida monetaria más grande dentro de PGP, correspondía a un error conceptual de los facturadores. Por ejemplo, el evento de hospitalización de un PGP incluye una serie de servicios que no pueden ser facturados de manera individual como ocurriría en una modalidad de pagos por servicios. El error del facturador radica, en creer que puede factura dichos servicios de manera adicional por encontrarse contemplados en la nota técnica. Esta falla, repercute en glosas que afectan la ejecución del PGP. Un segundo hallazgo de la herramienta fue evidenciar la ausencia del sistema de información de facturación capaces de generar una adecuada liquidación de los eventos quirúrgicos.

Además, la herramienta mostró que el error más costoso dentro del proceso de liquidación de glosas estaba asociado con la “no detección de servicios facturados en un ámbito erróneo”. Los auditores internos no notaron que la

estancia de UCI y UCIN fue facturada como un mismo concepto por la coincidencia de encontrarse locativamente en el mismo sitio. La revisión de pertinencia de la estancia realizada por el auditor externo identificó esta incongruencia castigándola con glosa, afectando de nuevo la ejecución del PGP.

Finalmente, la herramienta identificó que los recobros se constituyeron para esta IPS en un problema que afectó de manera importante el PGP. El más grande de todos, fue la discordancia entre el pago contemplado para un evento de urgencia vital y el monto del recobro del tercero a tarifa plena y en modalidad *fee-for-service*. Esto denota una falla en la negociación inicial del PGP por parte de la IPS, puesto que no dejó contemplado de forma previa en el contrato como, se realizaría la liquidación de dichos eventos.

La herramienta esta basada en una cuantificación del error derivado de la información de glosa generada, pero no es capaz de medir condiciones de calidad de la atención o satisfacción del usuario.

CONCLUSION

Se concluye que es posible avanzar en modelos de auditoria que permitan evaluar contratos bajo la modalidad de pagos globales prospectivos que superen la lógica imperante de los modelos de auditoria basados en contratos *fee-for-service*. Para esto se podrían seguir los pasos descritos en este trabajo. En primer lugar, a través de la revisión de informes y métodos de investigación cualitativa, describir procesos e identificar factores críticos de éxito. Luego con los mismos equipos definir métricas de medición, seguirlas por un periodo de tiempo, y evaluar los resultados. La revisión de los indicadores puede llevar a la necesidad de explorar fuentes adicionales para mejorar la gestión, incluso a identificar procesos no evidentes en la primera etapa del trabajo.

De igual forma al no existir un modelo estándar los modelos de auditoria a utilizar para evaluar a los prestadores y los contratos por mecanismos prospectivos deben estar acordados, consensuados e informados con la IPS. De esta forma podrá existir una planeación por parte de la IPS que sea coherente con el cumplimiento de los objetivos del asegurador y del contrato. De esta manera se crea una cultura propicia de evaluación y seguimiento, acorde con la idea de construir en conjunto mejores maneras de relacionamiento entre los actores del sistema.

10.LIMITACIONES

La herramienta tiene limitaciones, entre ellas las más importantes son: no permite medir con efectividad los montos de pérdidas imputables a la ausencia de planeación en la ejecución, ni el desperdicio generado por la heterogeneidad de la prestación en cuanto a gestión clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bertalanffy L. von. (1968). General System Theory as Integrating Factor in Contemporary Science and in Philosophy // Akten des XIV. Internationalen Kongresses fur Philosophie. Bd. Wien,. P. 335–340

Bullen, C. V. & Rockart, J. F. (1981). A primer on critical success factors. Cambridge, MA: Center for Information Systems Research, MIT

Castaño R. (2014). Mecanismos de pago en salud: Anatomía, fisiología y fisiopatología. ECOE Ediciones.

Castaño, R., Moreano, D., Prada, S. & Marín, R. (2018). Modalidades Prospectivas de Pagos en Salud: Una Propuesta de Taxonomía. Documentos PROESA No. 18.

Cutler, D. M., & Ghosh, K. (2012). The potential for cost savings through bundled episode payments. *The New England journal of medicine*, 366(12), 1075–1077. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1113361>

Miller HD (2009). From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Affairs*. 28(5):1418-28

Montilla, O, & Herrera, L. (2006). El Deber Ser de la Auditoría. *Estudios Gerenciales* 22 (98): 83-110.

Porter ME (2010). What is value in health care? *N Engl J Med*. 363:2477-81

Porter M, Teisberg E (2006). *Redefining health care*. Harvard Business Press.

Quinn, K. (2015). The 8 Basic Payment Methods in Health Care. *Annals of Internal Medicine* 163(4): 300-306

Tafur, L & Prada, S. (2019). El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Documentos PROESA No. 19.