



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**ANÁLISIS DE LAS DISTINTAS FORMAS DE  
CONTRATACIÓN EN UNA IPS DE ALTA  
COMPLEJIDAD**

Autor(es)

Diana Carolina Maquilón Molina

Liny Stefany González Bolívar

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Medellín, Colombia

2020



ANÁLISIS DE LAS DISTINTAS FORMAS DE CONTRATACIÓN EN UNA IPS DE ALTA  
COMPLEJIDAD

ANALYSIS OF THE DIFFERENT FORMS OF CONTRACTING IN A HIGH-COMPLEX IPS

**Diana Carolina Maquilón Molina**

**Liny Stefany González Bolívar**

Tesis o trabajo de grado para optar al título de

**Especialista Auditoria en Salud**

Asesor

Alejandro Puerta Cruz

Contador, Especialista en Finanzas y Preparación y Evaluación de Proyectos

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2020

## Tabla de contenido

1. Definición del problema _____	8
2. Objetivos _____	10
2.1 Objetivo General _____	10
2.2 Objetivos específicos _____	10
3. Marco de referencia _____	11
3.1 Marco Conceptual _____	11
3.2 Marco legal: _____	15
4. Metodología _____	18
5. Caracterizar las formas de contratación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia _____	19
6. Descripción de los elementos del proceso de atención en salud _____	22
8. Determinación del papel de la auditoria en la gestión de los contratos _____	29
9. Conclusiones _____	30
10. Bibliografía _____	32

## Lista de figuras

Figura 1. Proporción de pacientes satisfechos con la IPS por el modelo	25
Figura 2. Proporción Rentabilidad del Activo Neto	26
Figura 3. Proporción de Reingreso a consulta de urgencias (antes de 72 horas)	27
Figura 4. Proporción de Reingreso de Paciente Hospitalizado <20 días por la misma causa	29

## Resumen

Los actuales mecanismos de pago que se manejan en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud son el pilar fundamental para generar estrategias en las atenciones de los usuarios. **Objetivo:** Analizar las distintas formas de contratación en una IPS de alta complejidad. De acuerdo con los objetivos se optó por realizar una Monografía, ya que esta es de tipo exposición explicativa, sobre un tema o asunto concreto. Luego de analizar y describir los diferentes tipos de contratación debemos tener en cuenta las características de cada institución de salud para analizar cuál sería el mejor tipo de contratación que realizarían.

**Palabras claves:** EPS, IPS, pago, auditoria, contratación.

## **Abstract**

The current payment mechanisms that are managed in different institutions providing health services are the fundamental pillar to generate strategies in the care of users. **Objective:** To analyze the different forms of contracting in a highly complex IPS. According to the objectives, it was decided to carry out a Monograph, since this is an explanatory exposition type, on a specific topic or issue.

After analyzing and describing the different types of contracting, we must take into account the characteristics of each health institution to analyze what the best type of contracting would be.

**Key words:** EPS, IPS, payment, audit, contracting.

## Introducción

Para definir la manera cómo se integra el sistema de prestación de servicios de salud en Colombia es susceptible de hacerlo desde distintas posiciones y desde cada una de las partes que lo componen. La contratación es uno de esos ámbitos de vital importancia para dicho sistema, porque a través de éste se define en gran medida su funcionamiento y la operatividad de las relaciones que se establecen entre los actores que intervienen en el mismo. Por tal razón en Colombia la legislación ha reglamentado las formas de contratación buscando optimizarlas. El primer paso en este sentido se dio con la creación del sistema de seguridad social integral (1) posterior al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental por parte de la Constitución Política de Colombia de 1991.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud también fue relevante el establecimiento de las funciones y responsabilidades a cumplir por parte de los actores que lo componen para asegurar un correcto funcionamiento; El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las instituciones prestadores de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) . También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud. (2)

Como son entidades y recursos públicos otro paso importante desde la legislación fue la promulgación de la ley 80 de 1993 la cual expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y que tiene por objeto disponer las reglas y principios que rigen los contratos de las entidades estatales. (3)

En este contexto existen unos mecanismos de pago, que son la forma en que se organiza la compensación económica, que recibe un prestador de servicios de salud por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes. (4) Es aquí donde el auditor tiene un papel fundamental en estos procesos para guiar y vigilar estos para que exista el equilibrio entre los diferentes actores del sistema.

La monografía se enfocará en analizar las distintas modalidades de contratación en una IPS de alta complejidad mediante la caracterización de estas modalidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, descripción de los elementos del proceso de atención en salud, relacionando las estrategias para optimizar la ejecución de los contratos,

comparar los indicadores de gestión asociados a la contratación en una IPS de alta complejidad y así determinar el papel de la auditoria en la gestión de los contratos.



## 1. Definición del problema

Desde el año 1993, en nuestro país se han dado varios cambios en el Sistema de Salud, esto a partir de la Ley 100 de 1993 en donde se hace un avance importante en la “inclusión” de toda la población al sistema de salud con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pasando por las diferentes barreras administrativas, solidaridad financiera, mecanismos de regulación, principios, entre otros; donde los actores (EPS-IPS) e intermediarios han hecho que el sistema tenga dificultades en la atención.

El SGSSS fue conformado por un conjunto de figuras, entidades tanto públicas como privadas al aseguramiento y prestación de servicios de salud. El Estado asume su rol de vigilar, controlar y delegar funciones en pro del aseguramiento y prestación del servicio, así mismo a los entes departamentales y municipales. (5)

Con este sistema se produjo un incremento inusitado en el gasto, originado en el reconocimiento de prestaciones no incluidas en el POS, por medio de tutelas –decisiones judiciales dirigidas a proteger derechos fundamentales–, o recobros autorizados por los Comités Técnico Científicos de las EPS. Los recobros en el régimen contributivo se pagan con recursos del Administrador Fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), mientras que los del régimen subsidiado los deben pagar las entidades territoriales.

Procesos relacionados con la afiliación:

– Incremento absoluto y relativo del régimen subsidiado frente al régimen contributivo. (6)

Relacionados con los recursos del sistema:

– Descenso de las transferencias a los municipios en el período 2002 a 2009, con las cuales se financia cerca del 50% del régimen subsidiado.

– Lentitud y mora en los flujos de los recursos financieros. (7)

El sistema de salud en nuestro país está financiado entre recursos públicos, de la nación y de la población; debido a esto lo que se ha buscado durante todo este tiempo es ver la forma de cuidar los intereses tanto de la población como de las instituciones, sin afectar la calidad y la humanización en la prestación del servicio, para esto se deben realizar una serie de convenios y

contratos en donde las partes estén de acuerdo y salvaguardar a los pacientes.

En la actualidad se ha evidenciado, que existen varios modelos de contratación tales como: Pago por Evento, Pago por Capitación, Pago por Paquete, Pago Global Prospectivo, en donde se ha podido constatar que en las instituciones hace falta tener un proceso de auditoría de los contratos para saber qué es lo que se contrata, bajo qué condiciones, estudio de la población, portafolio de servicios, entre otros; para realizar una buena gestión en la atención del paciente y evitar glosas.

Se ha reflejado en varias instituciones donde el afán de tener una solvencia y sostenimiento económico ha hecho que en varias oportunidades realicen contratos que dejan varios problemas y un desfase económico importante.

Por lo mismo, es importante tener el talento humano capacitado y un proceso bien documentado para que vigile y procure el cumplimiento de los procesos de la institución. Es aquí donde el rol del auditor hace el trabajo más ligero y eficiente, en donde podemos definir como Auditoría “es un proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas. El auditor es un asesor directo en la toma de decisiones que hace parte de la línea de staff de la institución (auditoría interna)” (8)

Gracias a las tareas del Auditor, se puede retroalimentar procesos, hacer planes de mejora y cuidar los intereses tanto de la IPS como de las EPS, no obstante, este rol también deja ver que por errores tanto contractuales como barreras administrativas hacen que los usuarios no tengan la mejor atención y esto se traduce en la cantidad de demandas, escándalos y muertes.

En este contexto se plantea la siguiente pregunta:

Pregunta: ¿Cuál es el rol de la auditoría en las distintas formas de contratación en una IPS de alta complejidad?

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar las distintas formas de contratación en una IPS de alta complejidad.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar las formas de contratación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia
- Describir los elementos del proceso de atención en salud.
- Comparar los indicadores de gestión asociados a la contratación.
- Determinar el papel de la auditoria en la gestión de los contratos.

### 3. Marco de referencia

#### 3.1 Marco Conceptual:

Es importante tener en cuenta términos indispensables para poder abordar el tema de contratación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia:

**Atención en salud.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):** Es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles.

**Aseguramiento:** Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

**Alta complejidad:** Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.** 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.

**Baja complejidad:** Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de

urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

**Contrato:** Es un acuerdo jurídico de voluntades por el que se exige el cumplimiento de una cosa determinada. Se trata de un acto privado entre dos o más partes destinado a crear obligaciones y generar derechos. (9)

**Contrato por Capitación:** pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecidos. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

**Contrato Pago por Evento:** Es el que el asegurador hace al prestador de servicios por los servicios que les presta a sus afiliados, e incluye honorarios médicos, suministros, medicamentos y servicios quirúrgicos.

**Contrato Pago Global Prospectivo:** En esta modalidad de pago se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un periodo determinado de tiempo, prestaciones en salud a una población definida dentro de un área geográfica.

**Contrato Pago por Paquete:** La prestadora de servicios tiene incentivos para realizar más tratamientos y, ante cada paciente para controlar los costos del procedimiento.

**Contrato de Prestación de Servicios de Salud:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades que las normas pertinentes determinen.

**Entidad Responsables del Pago de servicios de salud (ERP):** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales. (10)

**Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

**Empresa Prestadora de Servicios (EPS):** Actúa como intermediarias, a la vez que son responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el registro de sus cotizaciones, por delegación del Estado.

**Giro de Recursos del Aseguramiento en Salud:** Acto mediante el cual el Fosyga o quien haga sus veces, desembolsa el monto de la obligación del

aseguramiento en salud previamente reconocida, sin perjuicio de los descuentos a que haya lugar, con lo cual se extingue la respectiva obligación. (11)

**Institución Prestadora de Servicios (IPS):** Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

**Mecanismo de Pago:** Son las diferentes alternativas que tiene un pagador para transferir sus recursos a los prestadores de servicios de salud, de modo que se obtenga el mayor beneficio posible por cada unidad monetaria utilizada.

**Mediana complejidad:** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

**Plan de Beneficios:** Son los beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

**Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. En el decreto 4747 del 2007, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

**Primer Nivel de Atención:** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, entre otros. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (12)

**Reconocimiento de Recursos del Aseguramiento en Salud:** Proceso por medio del cual el Fosyga o quien haga sus veces, determina la existencia de una obligación de pago de los recursos del aseguramiento en salud a su cargo, mediante la verificación del cumplimiento de los supuestos o requisitos establecidos legal o reglamentariamente y su liquidación.

**Recursos del Aseguramiento en Salud:** Corresponden a aquellos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce y paga por concepto de Unidades de Pago por Capitación (UPC), para garantizar la financiación del plan de beneficios a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, así como el valor per cápita que se reconoce para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, el porcentaje del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes con derecho y el valor de las licencias de maternidad y paternidad, en el régimen contributivo.

**Régimen Contributivo:** Es el sistema que recoge a los trabajadores que aportan una porción de su salario para tener cobertura en salud para ellos y sus familias. (13)

**Régimen Subsidiado:** Acoge a aquellas personas que no pueden pagar su afiliación a la salud. Este sistema se mantiene con los aportes de los contribuyentes y solo pueden entrar en él quienes tengan SISBEN 1 y 2. (13)

**Segundo Nivel de Atención:** Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. (14)

**Selección de Riesgos:** En los sistemas de salud en los que hay aseguradores compitiendo por atraer personas y la prima esta reglada por el gobierno, los aseguradores tienen incentivos para seleccionar las personas de más bajo riesgo y rechazar las de más alto riesgo.

**Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):** El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en la normatividad.

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS):** Es 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.

**Tercer Nivel de Atención:** se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros. (15)

**Unidad de Pago:** Es la medida unitaria para el reconocimiento y pago de la prestación de servicios de salud por parte de una Entidad Responsable de Pago a un Prestador de Servicios de Salud acorde a la modalidad de contratación y de pago.

### 3.2 Marco legal:

- Ley 100 de 1993, art. 179: Para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 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 los 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. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1)
- Ley 80 de 1993, art. 1-81: Expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.(3)
- Decreto 1725 de 1999, art. 2: la acción de cobro por parte de la Institución Prestadora de Servicios, bien en el régimen contributivo o bien en el régimen subsidiado, es exclusivamente contra la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario. (16)
- Ley 1122 del 2007, art. 13: Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas: Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del



ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Art. 15: Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

Art. 16: Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESEs escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas. El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Art. 25: De la Regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá: Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. (17)

- Decreto 4747 del 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. (18)

- Resolución 3047 de 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.(19)
- Ley 1438 del 2011: art. 52: Contratación por capitación. Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud: 52.1 Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación. 52.2 La capitación no libera a las Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo. 52.3 La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud. Art. 56. Pagos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007. (20)
- Ley 1751 del 2015: la cual tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. (21)
- Decreto 780 de 2016: Por el cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. (6)

#### 4. Metodología

De acuerdo con el objetivo general y los objetivos específicos se optó por realizar una Monografía, ya que esta es de tipo exposición explicativa, sobre un tema o asunto concreto.

Monografía “Es el estudio o investigación que se realiza en forma exhaustiva sobre un tema en particular, desarrollándolo en una forma lógica, ordenada y sistemática con el fin primordial de transmitir a otros el resultado de todo ese cúmulo de información obtenida en la investigación.” (22)

Para realizar dicha monografía, se siguieron varios pasos:

- Elección del tema: se habló con varias personas en el medio de la salud para contemplar ideas y sugerencias, estas se discutieron entre los integrantes del equipo y docente y elegimos el tema
- Investigación del tema y revisión bibliográfica de la misma
- Despejar dudas.
- Elaboración de Monografía

## **5. Caracterización de las formas de contratación en el SGSSS en Colombia**

Existen una serie de Contratos como lo son:

### **Capitación o valor fijo por usuario contratado**

Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. (18)

Este mecanismo se encuentra asociado principalmente a servicios de baja complejidad y alta frecuencia.

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

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Listado y caracterización de las personas incluidas y mecanismo de actualización de novedades.
2. Especificación de las tecnologías en salud de baja complejidad incluidas.
3. Suma a ser pagada por persona especificando la parte fija y la parte variable.
4. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique.
5. Especificación de los indicadores de desempeño y resultados esperados, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas.
6. Definición de las reglas para el reconocimiento de la suma variable. (23)

### **Contrato por Evento**

Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en

salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente. (18)

### **Conjuntos integrales de atención o paquetes**

En este mecanismo se integra un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos. En los últimos años este mecanismo, se extendió a patologías o condiciones clínicas altamente estandarizables, como son los tratamientos ambulatorios de VIH SIDA, enfermedad renal crónica, implantación de prótesis de caderas, entre otros. (24)

### **Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico**

Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente. (18)

### **Contrato Pago Global Prospectivo (PGP)**

Modalidad de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. La unidad de pago es el episodio y/ o las tecnologías en salud con el valor convenido". (25)

### **Ventajas y Desventajas Contrato Pago Global Prospectivo (PGP)**

#### **Ventajas:**

- No se vinculan los gastos con rubros de gastos específicos, por lo que los gerentes de los Prestadores de Servicios de Salud pueden reasignar los recursos entre distintas líneas de gasto, fortaleciendo una gestión eficiente.
- Los prestadores obtienen una discreción considerable respecto al uso de recursos del presupuesto global, lo cual fortalece el proceso de descentralización en salud.
- Se entrega mayor flexibilidad a los gerentes y se hacen responsables del nivel de rendimiento.

- Dado que con este mecanismo de pago se dejan en manos de Prestadores de Servicios de Salud la determinación del proceso de entrega de la atención, se requiere la definición de mecanismos adicionales para canalizar actividades particulares, como por ejemplo la reducción de tiempos de espera para la atención de pacientes externos.

### **Desventajas**

- Como con este sistema de pago no se especifican los resultados del tratamiento o la efectividad de los servicios otorgados, no existe un control adecuado de la calidad, por lo que se deben dejar claros estándares de la misma (Maynard y Bloom, 2000).
- Una vez fijado el valor del Contrato Pago Global Prospectivo (PGP), resulta difícil de corregirlo durante el período correspondiente (Maynard y Bloom, 2000).

Según se ha expuesto, el Contrato Pago Global Prospectivo (PGP) está relacionado con efectos favorables y desfavorables que son previsibles. Esta situación debe ser analizada con el fin de introducir los mecanismos de control requeridos, garantizando el óptimo funcionamiento del sistema de pago.

Independientemente de la forma utilizada para calcular el valor del Contrato Pago Global Prospectivo (PGP), es deseable incluir un mecanismo para ajustar el presupuesto cuando se presenten variaciones importantes entre los volúmenes previstos y los reales de los servicios (Dredge, 2009 b), cuidando de no afectar los objetivos de PGP.

## 6. Descripción de los elementos del proceso de atención en salud

Lo primordial en el proceso de atención es el contrato entre la Entidad Responsable de Pago – Institución Prestadora de Salud.

Se debe tener en cuenta que para prestar el servicio de salud se debe contar con algunos elementos:

- Habilitación de los servicios a prestar.
- Tener un modelo de prestación definido.
- Proceso de Contratación o Gestión Comercial
- Indicadores de calidad en la prestación de servicios

Los elementos esenciales para dicho proceso son:

- Proceso de Contratación o Gestión Comercial: Es el proceso en donde se tienen definidos los lineamientos para la contratación en salud de la Institución Prestadora de Servicios de Salud con las EPS o ARL.
- Negociación: En esta parte, es donde se da el proceso de relacionamiento entre la Entidad Responsable de Pago-Institución Prestadora de Servicios, ajustando las necesidades de la atención y el valor de dicho contrato.
- Gestor del Contrato: Es la persona quien está detrás de la negociación, vela por la legalización del contrato y le realiza seguimiento, tanto para la atención del paciente como para evitar las glosas; verifica el estado del contrato y tiene contacto directo con los auditores o administrativos de la EPS.
- Auditor Concurrente: realiza un seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes internados en el mismo lugar de la hospitalización; su principal objetivo es vigilar y propender por el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad en el costo de la prestación del servicio. Toda la gestión se realiza mediante actividades que agilizan y optimizan la atención, con el fin de garantizar que el paciente reciba el tratamiento pertinente y oportuno de acuerdo a su patología, todo enfocado hacia la seguridad del mismo. Para casos de

pacientes con Patologías de Alto Costo, se busca garantizar la atención integral a través de la valoración adecuada y oportuna de la pertinencia médica y el uso racional de los servicios. (26)

- Portafolio de Servicios de Salud: Esta es la carta de presentación de la IPS en donde demuestra los servicios y procedimientos que vende.
- Contrato o Acuerdo de Voluntades: Es donde se define lo que se va a contratar, las garantías, fecha de inicio y terminación del contrato.
- Póliza: Es la garantía del contrato, en donde la IPS se cubre en salud en cuestión de la atención.
- Grupos y Servicios:
  - ✓ Grupo 1: Consulta Externa. En este grupo encontramos los servicios de consulta externa, vacunación, seguridad y salud en el trabajo, consulta externa especializada.
  - ✓ Grupo 2: Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica: En este grupo encontramos los servicios de Terapias, radiología, medicina nuclear, quimioterapia, toma de muestra, hemodinamia, diálisis, laboratorio clínico, patología, radioterapia.
  - ✓ Grupo 3: Internación: En este grupo encontramos los servicios de Hospitalización, UCI, UCE, pediatría, hospitalización parcial, hospitalización mental.
  - ✓ Grupo 4: Quirúrgico; En este grupo se encuentra el servicio de cirugía.
  - ✓ Grupo 5: Atención Inmediata: En este grupo encontramos los servicios de urgencias, atención del parto, atención prehospitalaria. (27)
- Central de Autorizaciones: servicio que está conformado por un médico auditor jefe del área y gestores de autorizaciones. Allí se tramitan todos los servicios que requieren los pacientes hospitalizados y se hace el empalme con las medicinas domiciliarias de las diferentes aseguradoras. Se brinda asesoría y suministra información al paciente y su familia durante todos los procesos de atención, tanto ambulatorios como hospitalarios, en lo referente a los trámites administrativos frente a la aseguradora a la que pertenece y al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (28)
- Centro Regulador: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios



de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

- ✓ La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.
- ✓ La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió, la cual puede ser: Contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora y resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.  
(29)

## 7. Comparar los indicadores de gestión asociados a la contratación

Se ha podido comparar un contrato PGP de una EPS en una IPS con la figura del Gestor de Convenio:

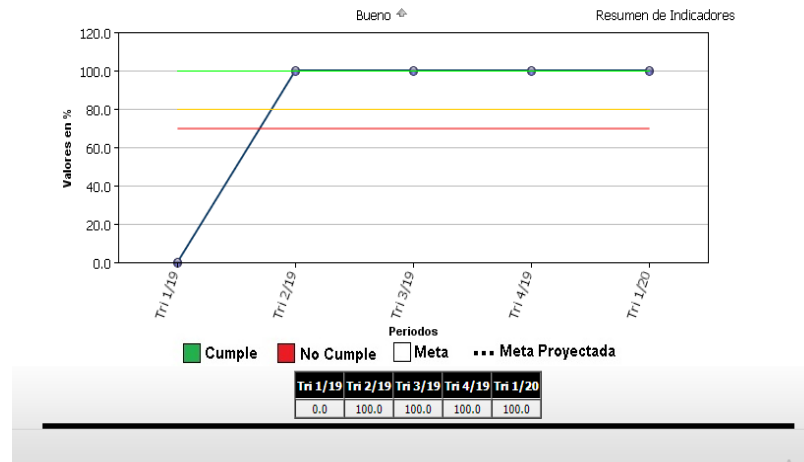


Figura 1. Proporción de clientes satisfechos con la IPS por el modelo.

Trimestre I-2020. Teniendo en cuenta las encuestas realizadas a funcionarios de la EPS bajo Modalidad PGP, se encuentra una satisfacción frente a la prestación de servicios de un 77.7% los cuales están direccionados a servicios de: Admisiones, Urgencias, Ambulatorios, Hospitalización, Central de citas, Respuesta a los afiliados, talento humano, tecnología y portafolio.

Trimestre IV-2019. Acorde a las respuestas obtenidas por las ERP frente a la evaluación de la atención, el 84% se encuentra satisfecho en relación a la atención en servicios ambulatorios, central de citas, equipo humano y portafolio de servicios; sin embargo existe una notificación en pro a mejorar la oportunidad de respuesta a los requerimientos a pesar del valor agregado sumado a la plataforma tecnológica GHIPS.

- El contrato PGP, a pesar de que era bueno, arrojaba pérdidas ya que en el año 2019-1 no hubo una supervisión de este.
- El nivel de satisfacción de los pacientes y sus familiares no era bueno.
- El relacionamiento era nulo entre el auditor de la EPS y la IPS.
- Hubo muchas glosas.

Con la figura del Gestor del Convenio:

- En la actualidad 2019-2/2020-1 se puede evidenciar que el relacionamiento es excelente entre el Auditor de la EPS y el Gestor del Convenio.
- Han bajado las quejas de los pacientes y sus familiares.
- La atención es personalizada, se busca satisfacer múltiples necesidades del cliente.
- Se reflejan utilidades, ya que se está cumpliendo con el objetivo del contrato.
- Las glosas han bajado considerablemente en un 10%.
- Se hace seguimiento continuo de la atención del paciente.

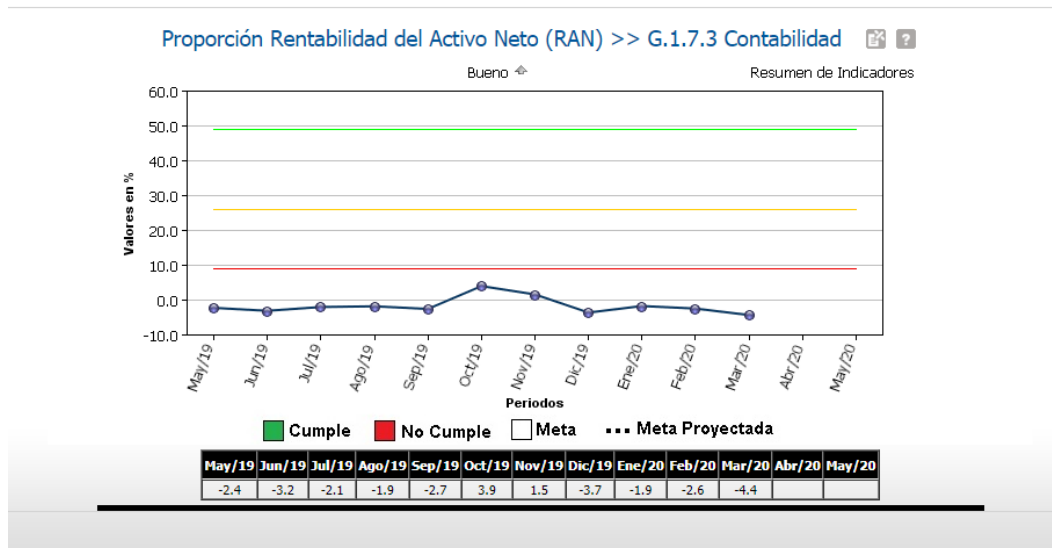


Figura 2. Proporción Rentabilidad del Activo Neto.

En la parte financiera, para el tercer trimestre de 2019 a nivel consolidado el RAN de la organización sigue siendo negativo, aunque presentó una muy leve mejora por efectos de la reducción del KTNO, los resultados operativos de la institución durante este trimestre acumularon pérdidas por valor de 1.125 millones, llegando a una pérdida operativa anual de -4.337 millones en comparativa con la pérdida acumulada anual a cierre de Junio de 2019 por -4.438, así las cosas, se puede argumentar que el mayor efecto ha sido el no incremento esperado en el nivel de ingresos y el aumento de los costos y

gastos fijos en la operación, en suma a nivel consolidado es indispensable poder configurar un aumento en el nivel de ingreso, a la vez que se gestione más eficientemente en el corto plazo el capital de trabajo neto operativo.

Aunque se logró tener un excedente operativo mejor para este tercer trimestre, el incremento del KTNO implicó una reducción considerable de la Rentabilidad del Activo Neto.

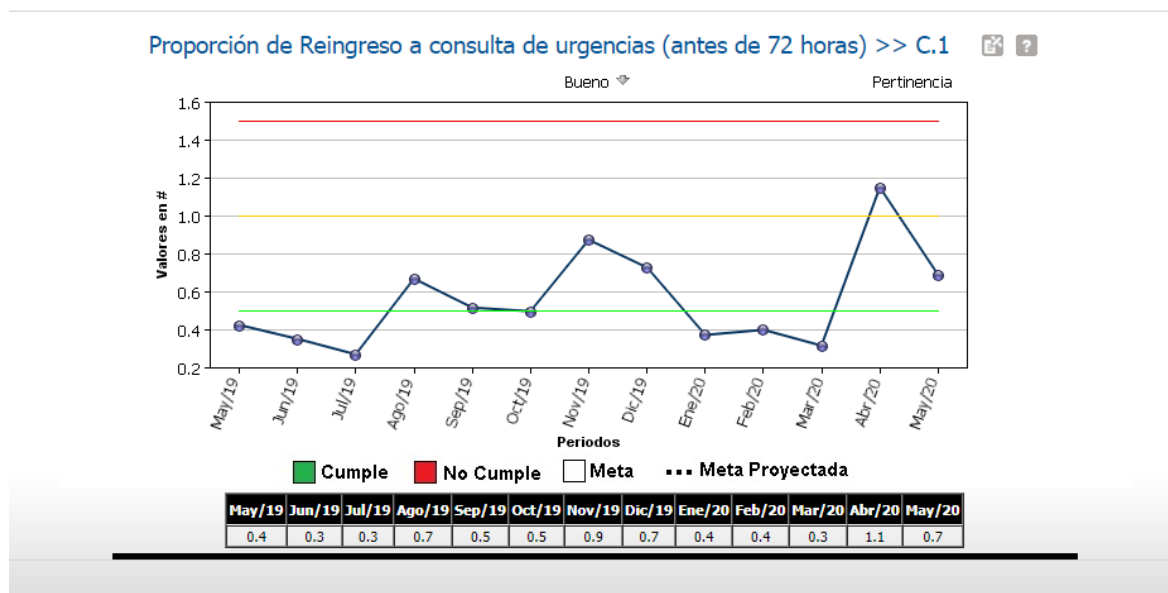


Figura 3. Proporción de Reingreso a consulta de urgencias (antes de 72 horas).

- El indicador de Reingreso menor a 72 horas muestra un leve aumento, sin embargo desde Auditoria no se ha vuelto a analizar este Indicador y los casos puntuales, ya que no se volvió a enviar las bases de datos para así determinar las causas de estas.
- El número de reingresos está estable en tercer trimestre con relación a trimestres anteriores, no hay un análisis de casos para identificar oportunidades de mejora.
- La tendencia de proporción de reingresos antes de 72 horas en el servicio viene mejorando en el segundo trimestre con unos valores sobresalientes con respecto a las metas propuestas.
- No se ha mandado indicador en el segundo trimestre, se requiere definir responsable de auditoria de los casos para con resultados intervenir en caso de encontrar brechas en la atención.
- El número de reingresos a urgencias es un valor sobresaliente de acuerdo a las metas. Se debe hacer un análisis de los casos para determinar cuáles son atribuibles a la prestación para intervenir las causas.

Proporción de Reingreso de Paciente Hospitalizado <20 días por la misma ca

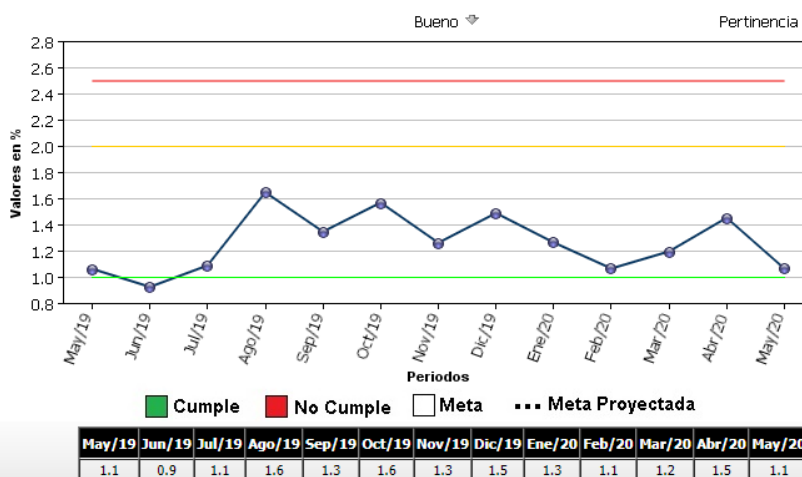


Figura 4. Proporción de Reingreso de Paciente Hospitalizado <20 días por la misma causa.

- Se cumple con la meta establecida, y en 89,5 es atribuible al paciente secundario a su condición clínica.
- Se observa que los pacientes reingresan por complicaciones de la patología o del procedimiento lo cual no permite el cumplimiento adecuado del indicador.
- Como podemos evidenciar en los indicadores en esta IPS de alta complejidad es fundamental el rol del auditor ya que independiente del tipo de contratación se deben analizar el comportamiento de estos y la forma en cómo se van a optimizar todos los recursos necesarios para la ejecución de estos.

Los indicadores se convierten en una herramienta para este análisis.

## **8. Determinación del papel de la auditoría en la gestión de los contratos**

Para llevar a buen término un contrato, lo determinante es llevar un buen relacionamiento con la ERP; esto con el fin de llevar un buen seguimiento de este y poder ayudarnos mutuamente (IPS-ERP).

El auditor se define como “Persona capacitada y experimentada que se designa por una autoridad competente, para revisar, examinar y evaluar los resultados de la gestión administrativa y financiera de una dependencia o entidad, con el propósito de informar o dictaminar acerca de ellas, realizando las observaciones y recomendaciones pertinentes para mejorar su eficacia y eficiencia en su desempeño. Originalmente la palabra que se define significa "oídor" u "oyente". El origen de su uso en la contaduría puede encontrarse en épocas remotas en Inglaterra, cuando pocas personas sabían leer y las cuentas de los grandes propietarios eran "oídas" en vez de ser examinadas como se hace en la actualidad.” (30)

La auditoría se define como “un proceso sistemático de obtener y evaluar los registros patrimoniales de un individuo o empresa a fin de verificar su estado financiero. Tiene como objeto determinar la razonabilidad, integridad y autenticidad de los estados financieros, expedientes y demás documentos administrativos contables presentados por la dirección, así como expresar las mejoras o sugerencias de la organización” (31)

El auditor y la auditoría son determinantes en la gestión del contrato ya que, gracias a estas dos figuras, se pueden hacer correcciones, saber que le pueden realizar al paciente y que no, llegar a negociar un paquete para realizarle al paciente, analizar los indicadores, ver cómo va el gasto, la estancia del paciente y ver qué pasa con el giro cama, de esto depende que el gasto sea el mínimo y el paciente tenga una buena atención y un buen egreso.

Para que este relacionamiento tenga éxito se debe contar con profesionales idóneos, cómo lo son los Gestores de Convenio, su labor consiste en conocer en detalle y velar por el cumplimiento del contrato que se tiene con la aseguradora y gestionar aspectos como solicitudes, quejas, tutelas, respuestas y el estado de la cartera. En los servicios, estos gestores tienen comunicación directa con los auditores o gestores concurrentes, los cuales desde su perfil clínico, velan por la oportunidad y el acceso a los servicios contratados; que tengan manejo de un vasto conocimiento de modelos de contratos, en el área de la salud, en el área administrativa y de financiamiento.

## 9. Conclusiones

Los actuales mecanismos de pago que se manejan en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud son el pilar fundamental para generar estrategias en las atenciones de los usuarios por lo cual es pertinente que todo el personal de la instituciones conozcan este tipo de contrato y puedan tenerlo en cuenta a la hora de realizar cada quien en su rol lo necesario, si se tiene en cuenta las características de este tipo de contrato con las entidades responsables del pago repercutirá en una mejor prestación de los servicios de salud y en el beneficio financiero de la institución, de ahí la importancia de incluir la auditoria en todos estos procesos de contratación.

La contratación en el ámbito de salud es de mucho interés y en nuestro ámbito laboral se ha indagado y la respuesta es que es una modalidad de contrato “nueva”, que tiene muchas implicaciones negativas en la institución si no se hace una negociación debida; así que el propósito de este trabajo consiste en analizar los tipos de contratación y el rol que la auditoria tiene en este para que así se eviten inconvenientes relacionados a la prestación de los servicios de salud, como también para que los diferentes actores en el sector salud lo utilicen como herramienta para revisar cómo están los procesos en sus ámbitos institucionales.

La contratación en Colombia ha pasado por varios cambios, y en este momento se está concentrando en la población, en mejorar los servicios ofertados, pensando en la seguridad del paciente y su familia, pero también pensando en la supervivencia de la empresa.

Debemos tener en cuenta las características de cada institución de salud para analizar cuál sería el mejor tipo de contratación que realizarían.

Al ver los tipos de contratos en salud podemos decir que el PGP es el que trae más beneficios a una institución que sea llevar una excelente negociación.

El contrato PGP a pesar de que es una modalidad riesgosa para la institución que no sepa manejar los recursos, es un tipo de salvación para la población, ya que si dicha población esta sesgada, podemos tener un control de esta y darle la atención y cuidados necesarios, la IPS contratante puede hacer un ahorro de esos recursos e invertirlos en infraestructura, talento humano, nomina, entre otros.

Es imperativo que se crean nuevos mecanismos de modelos de prestación de servicios, que puedan ir de la mano y dar un paso más allá para los pagos prospectivos.

Es importante que cada que se realice un contrato entre EPS-IPS, esa negociación sea lo más clara posible, teniendo un equilibrio económico entre las dos partes y transparencia.



## 10. Referencias Bibliográficas

1. Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf)
2. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet] [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
3. Ley 80 de 1993. [Internet]. [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0080\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0080_93.pdf)
4. Concepto 80242 de 2012 - Documentos Supersalud. [Internet]. [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO\\_SNS\\_0080242\\_2012.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0080242_2012.pdf)
5. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. [Gloria Molina Marín]. [Internet] [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a10.pdf>
6. Decreto 780 de 2016. [Internet]. [Consultado 28 abril 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
7. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. [Internet]. [Consultado 26 mayo 2020]. Disponible en: [https://scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf\(7\)](https://scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf(7))
8. Definición Auditor y Auditoria Interna. [Internet]. [Consultado 09 septiembre 2019]. Disponible en <http://www.angelfire.com/un/asesor/auditoria.html>
9. Definición de Contrato. [Internet]. [Consultado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/contrato/>
10. Decreto 4747 del 2007. [Internet]. [Consultado 09 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
11. Decreto 780 de 2016. [Internet]. [Consultado 28 abril 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
12. Definición Primer Nivel de Atención. [Internet]. [Consultado 24 mayo 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)
13. Definición Régimen Contributivo y Definición Régimen Subsidiado. [Internet] [Consultado 24 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.epssura.com/afiliacion-al-regimen-subsidiado>
14. Definición Segundo Nivel de Atención. [Internet]. [Consultado 24 mayo 2020]. Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

15. Definición Tercer Nivel de Atención. [Internet] [Consultado 24 mayo 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

16. Decreto 1725 de 1999. [Internet]. [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1337909>

17. Ley 1122 del 2007. [Internet] [Consultado 28 abril 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

18. Decreto 4747 del 2007. [Internet]. [Consultado 09 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

19. Resolución 3047 de 2008. [Internet] [Consultado 28 abril 2020]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R\\_MPS\\_3047\\_2008.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3047_2008.pdf)

20. Ley 1438 del 2011. [Internet]. [Consultado 28 de abril 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

21. Ley 1751 del 2015. [Internet]. [Consultado 28 abril 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

22. Definición Monografía. [Internet]. [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: [https://ponce.inter.edu/cai/manuales/Pasos\\_seguir\\_monografia.pdf](https://ponce.inter.edu/cai/manuales/Pasos_seguir_monografia.pdf)

23. Consultorsalud. Nuevas condiciones de contratación entre EPS e IPS - incluye ajuste del valor por riesgo. [Internet]. [Consultado 28 abril 2020]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo/>

24. Sistema de Salud en Colombia. [Internet]. [Consultado 11 septiembre 2019]. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-colombia/>

25. Definición Contrato Pago Global Prospectivo. [Internet]. [Consultado 09 septiembre 2019]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo>

26. Definición Auditoria Concurrente. [Internet] [Consultado 16 mayo 2020]. Disponible en: <https://aplisalud.com/servicios/auditoria-clinica-concurrente>

27. Resolución 3100 de 2019. Sistema Único de Habilitación. Grupos y Servicios.

28. Definición de Central de Autorizaciones. [Internet]. [Consultado 16 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.cardiovid.org.co/index.php/recorramos-la-central-de-autorizaciones/>

29. Definición de Centro Regulador. [Internet]. [Consultado 16 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/atencion-a-las-personas/item/912-centro-regulador-de-urgencias-emergencias-y-desastres-crue>

30. Definición Auditor. [Internet] [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://definicion.org/auditor>
31. Definición de Auditoria. [Internet]. [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2016/3/auditoria.html>