

MODALIDAD: INVESTIGACIÓN APLICADA

**EVALUACIÓN DEL MECANISMO DE PAGO EN LA RELACIÓN CONTRACTUAL
ENTRE UN LABORATORIO CLÍNICO Y UNA I.P.S**

NATALIA AZCÁRATE RADA

CARLOS ANDRES CALERO SAA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

SANTIAGO DE CALI

2023

MODALIDAD: INVESTIGACIÓN APLICADA
EVALUACIÓN DEL MECANISMO DE PAGO EN LA RELACIÓN CONTRACTUAL
ENTRE UN LABORATORIO CLÍNICO Y UNA I.P.S

NATALIA AZCÁRATE RADA
CARLOS ANDRES CALERO SAA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magíster en
Gerencia de Organizaciones de salud

Director del trabajo de grado: Enrique Peñaloza Quintero PhD.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI

2023

Santiago de Cali, 5 de mayo 2023.

Doctor:
SILVIO BORRERO CALDAS.
Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Santiago de Cali.

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es:
“Evaluación del mecanismo de pago en la relación contractual entre un Laboratorio clínico y una I.P.S.”

Esperamos que el Trabajo de Grado cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente,

Natalia Azcárate Rada.

Natalia Azcárate Rada
CC: 1113661202



Carlos Andrés Calero Saa
CC: 94064437

Santiago de Cali, 5 de mayo 2023

Doctor:

Silvio Borrero Caldas

Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Evaluación del mecanismo de pago en la relación contractual entre un Laboratorio clínico y una I.P.S”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana Natalia Azcárate Rada CC: 1113661202 y Carlos Andrés Calero Saa CC: 94064437, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Enrique Peñaloza Quintero', written over a faint circular stamp.

Enrique Peñaloza Quintero
Director de trabajo de grado.

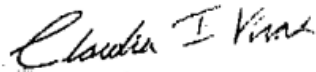
ARTÍCULO 23 de la Resolución No. 13 de julio de 1946

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

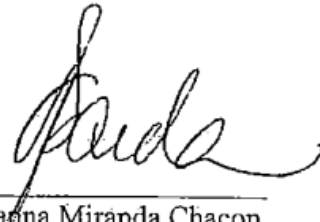
“EVALUACIÓN DEL MECANISMO DE PAGO EN LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE UN LABORATORIO CLÍNICO Y UNA I.P.S” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



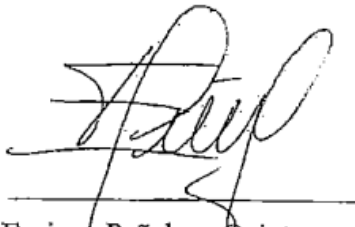
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud



Giovaana Miranda Chacon
Jurado



Enrique Peñaloza Quintero
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 13 junio 2023

Dedicatoria:

En familia, este logro tiene aún más valor para mí: A mi mamá, por motivarme a ser mejor cada día, por su constante apoyo y actos de servicio incondicional. A mi tía, líder innata y visionaria, ella me inspira, su ejemplo me motiva y su liderazgo basado en la empatía y respeto me guía. A Jorge, por su paciencia y las traspasadas compartidas.

Agradezco al laboratorio por brindarme la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en este proceso académico y profesional. Espero que la investigación realizada contribuya al mejoramiento continuo de nuestros procesos en beneficio de los pacientes a quienes servimos.

Les dedico nuestra tesis de Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud. Gracias por ser parte fundamental de este logro.

Natalia Azcárate Rada

A mi compañera Natalia porque sin su fe, compromiso y persistencia este trabajo no habría sido posible.

Calor Andrés Calero Saa

Tabla de contenido

Resumen y palabras claves	12
Abstrac and keywords	13
Introducción	14
1. Planteamiento del problema	16
2. Marco conceptual o teórico	22
2.1. Pago retrospectivo	25
2.1.1. Reembolso de costos	25
2.1.2. Pago por servicio o free for service	25
2.2. Pago prospectivo	26
2.2.1. Pago por episodio de atención	26
2.2.1.1. Pago por paquete	26
2.2.1.2. Pago por grupos relacionados por el diagnóstico o GRD	26
2.2.1.3. Capitación de contacto	27
2.2.2. Pago por capitación ajustada por condiciones médicas	27
2.2.3. Pago por capitación tradicional	28
3. Objetivos	31
3.1 Objetivo general	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. Metodología de la investigación	31
4.1. Tipo de estudio	31
4.2. Población y muestra	32
4.3. Consideraciones éticas (Confidencialidad de los datos)	32
4.4. Materiales e insumos	33
4.4. Limitaciones de la investigación	33
5. Resultados	35
5.1. Caracterización del mecanismo de pago entre un Laboratorio clínico y una I.P.S	35
5.1.1. ¿El mecanismo de pago prospectivo permite la generación de valor integrando el ciclo de atención?	36
5.1.2. ¿El mecanismo de pago prospectivo hace referencia a episodios o a condiciones crónicas?	37
5.1.3. ¿Se transfiere riesgo primario de incidencia del pagador al prestador?	37
5.2. Factores que explican los resultados financieros del mecanismo de pago utilizado	38
5.2.1. Resultados por cohortes de planes de atención y estadio de enfermedad: No pertinencia médica	38
5.2.2. Ineficiencia por cambio de población (Nuevos pacientes)	41
5.2.3. Toma, procesamiento y reporte de exámenes no convenidos en la nota técnica	

(Pérdida de recursos)	43
5.3. Estrategias para una mejor gestión del mecanismo de pago	44
5.3.1. Pre-Prestación (Planeación de la ejecución y monitoreo del contrato)	46
5.3.1.1. Difusión condiciones del contrato con canales eficientes de información a todo nivel	46
5.3.1.2. Sistemas de información para controlar la nota técnica del contrato	47
5.3.1.3. Automatización de herramientas para control de demanda	47
5.3.2. Admisión y prestación del servicio	50
5.3.3. Pos prestación (Revisión de cuentas médicas y facturación)	51
5.3.3.1. Soporte en auditoría, para el uso racional de las ayudas diagnósticas	51
5.3.3.2. Indicadores como mecanismos de seguimiento y control	52
6. Discusión	52
7. Conclusiones	58
8. Referencias bibliográficas	60
9. Anexos	65
Anexo No 1. Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (PAIEC)	65
Anexo No 2. Nota técnica	66
Anexo No 3. Plan de atención PAIEC (Cantidad y frecuencia de laboratorio de acuerdo a cada estadio de los programas)	68
Anexo No 4. Ineficiencia según PACOS (Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad, Seguridad)	70
Anexo No 5. Volumen y variación Exámenes no reconocidos Vs exámenes procesados	70
Anexo No 6. Costo exámenes no reconocidos Vs ingreso ventas	71
Anexo No 7. % de participación de la ineficiencia según el EBIT	71
Anexo No 8. Ineficiencia, Cantidad y % de participación acumulada	72
Anexo No 9. Ineficiencia, Costo y % de participación acumulada	73
Anexo No 10. Pagos Prospectivos: Criterios y sus definiciones	74
Anexo No 11. Ficha indicador: Costo promedio per cápita PGP	75
Anexo No 12. Ficha indicador: Resultado financiero contrato PGP	76
Anexo No 13. Ficha indicador: Rentabilidad contrato PGP	77
Anexo No 14. Ficha indicador: Frecuencia de uso PGP	78
Anexo No 15. Ficha indicador: Uso PGP	79
Anexo No 16. Ficha indicador: Coherencia de los laboratorios por frecuencia de uso PGP	80
Anexo No 17. Ficha indicador: % Consumo del costo por pacientes nuevos PGP	81
Anexo No 18. Ficha indicador: % Consumo del costo por exámenes no convenidos en nota técnica PGP	82

Lista de figuras

Figura 1: Ineficiencia - Diferencia Tarifa Vs ingreso contrato, Cifras expresadas en miles de pesos	19
Figura 2: Correlación entre la cantidad pacientes, cantidad de atenciones y costo atención.....	39
Figura 3: Modelo de gestión del mecanismo de pago.....	45
Figura 4: Buscador de atenciones por pacientes.....	48
Figura 5: Base de datos priorización exámenes de PAIEC.....	49

Lista de Tablas

Tabla 1 Análisis tarifa eventos Vs ingresos ventas contrato	18
Tabla 2 % Participación. Ineficiencia Vs ingreso de ventas.....	19
Tabla 3. % Variación de la población por plan de atención	38
Tabla 4. Pacientes periodo final, cantidad de atenciones y costo de atenciones por plan de atención.....	39
Tabla 5. Pacientes periodo final, cantidad de atenciones y costo de las atenciones del plan de atención ERC.....	40
Tabla 6. Cambio de estadio de enfermedad de pacientes del plan de atención ERC: Cantidad y costo.....	41
Tabla 7. Cambio de población y su consumo de atenciones mes.....	42
Tabla 8. Cambio de población y su consumo de atenciones por plan de atención	43
Tabla 9. Cantidad y costo de exámenes realizados no incluidos en la nota técnica.....	43

Resumen y palabras claves

El laboratorio clínico de Palmira, Valle del Cauca, tiene un contrato con una I.P.S que genera incertidumbre financiera y no brinda apoyo en la toma de decisiones efectivas para una mejor gestión del mecanismo de pago. Por esta razón, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo mixto para caracterizar el mecanismo de pago, identificando los factores que explican los resultados financieros deficitarios. Se encontraron ineficiencias que alcanzan los \$435.160.135 debido a fallos en la contratación y gestión del contrato, provocadas por la no pertinencia médica, ineficiencias por variación de la población y procesamiento de exámenes no convenidos.

Este trabajo de investigación demuestra la importancia de identificar el mecanismo de contratación que facilite la gestión administrativa y operativa para una gestión costo eficiente. En este sentido, el pago global prospectivo se presenta como una opción que ofrece estas posibilidades.

Palabras claves: Gestión de contratos, pago global prospectivo, pertinencia, frecuencia, eficiencia y enfermedades crónicas.

Abstrac and keywords

The clinical laboratory in Palmira, Valle del Cauca, has a contract with a healthcare provider that generates financial uncertainty and does not provide support for effective decision-making for better payment mechanism management. For this reason, a mixed descriptive study has been carried out to characterize the payment mechanism, identifying the factors that explain the deficit financial results. Inefficiencies were found that reach \$435,160,135 due to failures in the contract management and contracting caused by medical non-pertinence, inefficiencies due to population variation, and processing of non-agreed exams.

This research work demonstrates the importance of identifying a contracting mechanism that facilitates administrative and operational management for cost-efficient management. In this regard, prospective global payment is presented as an option that offers these possibilities.

Keywords: Contract management, prospective global payment, pertinence, frequency, efficiency, and chronic diseases.

Introducción

En el sistema de salud colombiano, se ha evidenciado una transición desde los modelos tradicionales de contratación por cápita para la baja complejidad y free for service para la alta complejidad hacia un modelo basado en pagos prospectivos (Castaño et al., 2021). Sin embargo, el laboratorio clínico, caso de estudio acostumbrado al modelo tradicional, desconoce cómo funciona este nuevo mecanismo de pago utilizado con una I.P.S.

Para mantener la competitividad, las organizaciones deben mejorar continuamente la calidad y eficiencia de sus procesos (Deming, 1986). En el caso del laboratorio clínico, esto implica controlar la pertinencia de los exámenes realizados para garantizar que sean necesarios y oportunos. A pesar de esto, la atención en salud es un proceso complejo en el que interactúan personas con características diferentes, en un entorno organizacional y cultural específico, lo que puede dar lugar a fallas que aumenten el costo de la atención sin aportar valor al paciente.

Por lo tanto, el trabajo de investigación propone identificar las fallas en la contratación y gestión del contrato del laboratorio clínico de Palmira, Valle del Cauca, que han llevado a una operación deficitaria. Se utilizará un enfoque descriptivo mixto para caracterizar el mecanismo de pago utilizado por la I.P.S y evaluar su desempeño. Se considera pertinente y generará beneficios para el laboratorio pues le permitirá obtener información para tomar decisiones efectivas y desarrollar estrategias en conjunto con el personal directivo del laboratorio para una gestión más eficiente del contrato, alineada con los objetivos en salud. Para ello, se analizará el mecanismo de contratación de pago por componente global por apoyo diagnóstico y se

propondrán ajustes para garantizar una operación costo-eficiente y pertinente que agregue valor al paciente. De esta manera, el laboratorio clínico podría convertirse en un aliado estratégico de la I.P.S y mejorar su posición en el mercado.

1. Planteamiento del problema

La falta de experiencia en la celebración, control, ejecución y auditoría de los mecanismos de pago entre el laboratorio caso de estudio y una I.P.S puede conllevar ineficiencias debido al uso inadecuado de los recursos para obtener resultados. Por lo tanto, se propone la implementación de sistemas de monitoreo en los procesos para identificar los puntos críticos que permitan la optimización del gasto en el marco del mejoramiento de los resultados financieros del laboratorio y la mejora en la calidad de los servicios de laboratorio clínico.

El contrato objeto de estudio es el Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (PAIEC), cuyo mecanismo de contratación inicialmente fue Pago por evento o free for service y a partir de 1 enero 2022 la I.P.S en pro de alinear los objetivos con el Laboratorio, realizando contención del costo y en concordancia a su PGP con la aseguradora, cambia el mecanismo de contratación denominado “Pago Fijo Global Prospectivo PJGP”. La I.P.S estableció una nota técnica¹ con 49 pruebas, sin embargo las frecuencias de exámenes según los estadios de enfermedad de cada plan de atención no son claras de interpretar (Ver Anexo 2), por lo tanto el laboratorio adopta unas frecuencias entregadas por las jefes de enfermería de la I.P.S (Ver Anexo 3).

Con base a los datos históricos que cuenta el laboratorio se generan estadísticas en conjunto con la I.P.S para definir un costo medio usuario laboratorio clínico \$1.136, en una

¹ Hoja de ruta para lograr los resultados de éxito en salud, contiene todas las características generales, supuestos y metodologías para el cálculo de las tarifas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento y prestación en salud. (Promedico, 2022)

población de 176.056, plazo de pago definido a 30 días después de radicada la factura que se presenta mes a mes con monto fijo mensual de \$200.000.000, a partir de noviembre 2022 aumenta el monto fijo mensual a un total de \$228.052.556 sin embargo, este no queda en ningún anexo técnico u otro si formalizado.

Como mecanismo de monitoreo en el periodo de enero 2022 a febrero 2023 en el contrato objeto de estudio se han identificado fallas evitables en el 100%, a través de la cultura del reporte, de las cuales el 91,2% son productos no conformes² (Donde el 99,99% se relaciona con fallas de accesibilidad, 0,1% por seguridad y 0,1% oportunidad), el 8,7% son incidentes³ y el 0,2% son eventos adversos⁴ (Ver Anexo 4). Estos últimos afectan directamente la seguridad del paciente, ya que los análisis clínicos que emiten los laboratorios clínicos permiten diagnosticar diferentes patologías y establecer el tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente (Jiménez R, 2012). Las fallas (exámenes no reconocidos o no pagados) respecto al total de exámenes procesados del contrato (385.489) representan ineficiencia.

En la ejecución de este contrato se evidencia un aumento en el procesamiento de exámenes afectado principalmente por la Cuenta de Alto Costo⁵ en los meses de junio, julio, agosto y septiembre, tal como se muestra en la siguiente Tabla, lo que impacta directamente en la

² Un producto no conforme, es el resultado de un proceso que no cumple con los requisitos especificados.

³ Un incidente, es aquel suceso inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales y que al no haberse corregido oportunamente o si se hubiese presentado en circunstancias distintas habría podido terminar en un accidente e implicar problemas al paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, p.34)

⁴ Un evento adverso, es todo accidente o incidente que causa daño al paciente, produciendo en él una lesión o complicación, que termina en invalidez o muerte y que está ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, p.34)

⁵ La Cuenta de Alto Costo (CAC), promueve la gestión de riesgos en E.P.S e I.P.S, sostenibilidad del sistema, disminución de la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados (Cuenta de Alto Costo, 2022)

tarifa (Ingresos esperados) sin embargo, al ser un pago prospectivo los ingresos reales de ventas del contrato son fijos:

Tabla 1

Análisis tarifa eventos Vs ingresos ventas contrato

Mes	Exámenes procesados	Tarifa evento (Ingresos esperados)	Ingreso ventas contrato	Diferencia Tarifa Vs ingreso ventas contrato
Ene	19496	\$188,938,932	\$200,000,000	94.47%
Feb	21900	\$212,177,589	\$200,000,000	106.09%
Mar	18866	\$188,164,136	\$200,000,000	94.08%
Abr	17729	\$162,899,437	\$200,000,000	81.45%
May	19706	\$189,619,858	\$200,000,000	94.81%
Jun	22993	\$260,838,590	\$200,000,000	130.42%
Jul	50132	\$450,631,718	\$200,000,000	225.32%
Ago	60542	\$537,976,535	\$200,000,000	268.99%
Sep	39883	\$365,861,937	\$200,000,000	182.93%
Oct	27406	\$262,254,253	\$508,052,556	51.62%
Nov	24052	\$226,282,042	\$228,052,556	99.22%
Dic	18902	\$183,290,574	\$228,052,556	80.37%
ene 2023	22032	\$211,771,698	\$228,052,556	92.86%
feb 2023	21850	\$214,715,616	\$228,052,556	94.15%
Total	385489	\$3,655,422,915	\$3,220,262,780	113.51%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

Por consiguiente, existen diferencias entre la tarifa (Ingresos esperados) Vs, el ingreso ventas del contrato, generando una subutilización del 113,51%, en la siguiente Figura los valores negativos representan la ineficiencia de la operación (Dinero no pagado), obteniendo una ineficiencia acumulada de \$435.160.135 resultante de la frecuencia multiplicada por la tarifa:

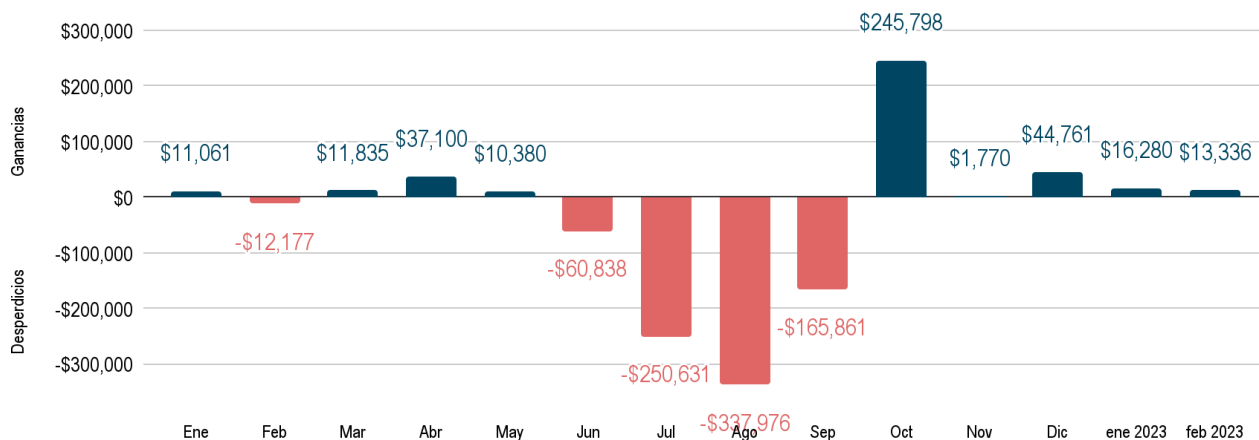


Figura 1: Ineficiencia - Diferencia Tarifa Vs ingreso contrato, Cifras expresadas en miles de pesos
Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

La ineficiencia representa un gasto equivalente a 13.51% del total de ventas o ingresos acumulados en el periodo (Ver Anexo 5 y Anexo 6), con un comportamiento bimestral de la siguiente manera:

Tabla 2

% Participación. Ineficiencia Vs ingreso de ventas.

	2022						2023
	1 Bimestre	2 Bimestre	3 Bimestre	4 Bimestre	5 Bimestre	6 Bimestre	1 Bimestre
Ingreso ventas	\$400,000,000	\$400,000,000	\$400,000,000	\$400,000,000	\$708,052,556	\$456,105,112	\$456,105,112
Ineficiencia Diferencia (Tarifa vs ingresos)	-\$1,116,521	\$48,936,427	-\$50,458,448	-\$588,608,253	\$79,936,366	\$46,532,496	\$29,617,798
% Participación	-0.3%	12.2%	-12.6%	-147.2%	11.3%	10.2%	6.5%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

Esta ineficiencia impacta directamente la utilidad percibida (Arango, Rodríguez & López, 2010, p.66), ya que al contabilizarlo se convierte en un gasto, el cual para el 2022 representó el 27,9% de los gastos totales, y el 43,48% respecto al EBIT percibido (Ver Anexo 7). El problema

radica en que una mala gestión del contrato podría generar efectos negativos que van desde la pertinencia de los exámenes hasta una pérdida financiera para el laboratorio. A partir de lo anterior, algunas de las causas que explican el problema respecto a servicios, población, frecuencias, costos y monitoreo son:

- El acuerdo de voluntades entre las partes se encuentra desactualizado el listado final contratado de servicios del programa, adicionalmente no se especifica el estadio por plan de atención donde se asocian las frecuencias de consumo por examen.
- Información demográfica deficiente y desactualizada de la población objeto total y susceptible de cada servicio.
- Estimación de las frecuencias de uso de los servicios por la población susceptible de cada servicio, donde se tiene en cuenta el riesgo primario de incidencia, riesgo primario de severidad y el riesgo técnico, donde la pertinencia clínica recobra valor al aplicar la evidencia disponible o autorización de la prestación de servicios por paciente de modo que no exista sobreutilización, subutilización o utilización incorrecta de los recursos disponibles, sin embargo, el 91,22% de las fallas se relacionan con la no adherencia del médico al realizar los ordenamientos que no son pertinentes según anexo técnico. (Ver Anexo 8 y 9).
- Fallas en la estimación y determinación del costeo de cada actividad ya que el sistema de costos es muy agregado y no permite conocer el margen de utilidad real por prueba.

- Falta de seguimiento frente a un comportamiento evaluado, es decir, no se logra identificar y analizar adecuadamente las desviaciones soportadas con una herramienta de gestión con una frecuencia establecida y por lo tanto no se corrigen las causas.

La gestión debe ser analizada desde la perspectiva costo-eficacia. Indudablemente, al ser más competitivos generan mayores niveles de calidad y productividad dada la disminución del costo de las fallas (Deming, W. E, 1986). Pero es necesario mantener el equilibrio entre las inversiones que se realicen para mejorar y los beneficios que se deriven de ello, cuidando de no exceder el presupuesto en busca de generar atributos de calidad que no serán reconocidos por los clientes.

Sin embargo, la determinación de los costos de las fallas de un mecanismo de contratación no puede por sí mismo resolver los problemas. Es tan sólo una herramienta que ayuda a que la dirección comprenda la magnitud del problema, determina con precisión las oportunidades para mejorar y mide los progresos que se están realizando con las actividades de mejora. Por lo tanto, esto debe ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que reduzca los errores que están cometiendo.

La medición es el primer paso hacia el control y el mejoramiento; gracias a esto, a partir de la cuantificación de los costos de las fallas, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el desempeño del mecanismo de pago utilizado entre un Laboratorio clínico y una I.P.S?

2. Marco conceptual o teórico

Colombia adoptó mediante la ley 100 de 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), el cual reglamenta el manejo del sistema de salud, siendo éste la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud y eficiencia del sistema.

Kerguelén en su artículo “*Calidad en salud en Colombia*” (2008) define la calidad de la atención como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. De acuerdo al decreto 1011 de 2006 para lograr una prestación costo eficiente se debe tener en cuenta el atributo de calidad de pertinencia como el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

La celebración de contratos en el sector salud es una práctica comercial para establecer un acuerdo entre dos partes en armonía con la legislación vigente, un objetivo claro y obligación de cumplir con las condiciones a una tarifa definida; todo esto a fin de minimizar los riesgos en la atención en relación al acceso, la oportunidad, la integralidad, la resolutivez de la atención y el uso eficiente de los recursos para la obtención de resultados en salud (Vivas, 2021).

En la ejecución de contratos es importante la gestión financiera la cual implica el manejo adecuado de los recursos financieros de la organización con el objetivo de garantizar su sostenibilidad financiera y la viabilidad a largo plazo, con la búsqueda del equilibrio financiero entre los ingresos y los egresos de la institución. Esto incluye la planificación, control, evaluación del desempeño financiero, identificación y gestión de riesgos financieros, entre otros aspectos. Para este efecto, Acevedo et al. (2015) en su trabajo *“Propuesta de un modelo financiero para aplicar al sector salud en Costa Rica”* respalda la importancia de la gestión financiera en el sector salud para lograr una operación costo eficiente.

Por otro lado, Álvarez B, Bellisé L y Lobo F (2000), en su tesis *“Sistema de Pago a Prestadores de Servicios de Servicios de Salud en Países de América Latina y de la OCDE”* sugieren que los modelos de contratación y sus formas de pago deben analizarse en función de los objetivos que se pretendan alcanzar; el tipo de contratación ideal es aquel en que al final ganan todos: los pacientes, el sistema de salud, los aseguradores, los prestadores y proveedores. Lo que debe buscarse son condiciones justas, beneficios para todas las partes, mecanismos ágiles, claros y sencillos de ejecución y de interpretación, estos retoman importancia en la unidad de pago y la distribución de riesgos financieros entre las partes que lo celebran, buscando un equilibrio que permita alcanzar el beneficio económico y cumplir con los indicadores de calidad en la prestación, es decir, generando eficiencia y calidad en los sistemas de salud.

De acuerdo al Decreto 441 de 2022 en el cual se establecen los elementos mínimos que deben de contener las notas técnicas y acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de

pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud se definen dos sistemas de pago:

- **Sistemas de Pago Retrospectivos:** Mecanismo de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud, por consiguiente estimula el mayor output⁶ sin que necesariamente se generen mejores resultados en salud, no genera incentivos para coordinar la atención entre dos o más prestadores, no genera incentivos para realizar acciones de promoción de la salud o prevención de la enfermedad. Incluye Pago por evento (Free for service).

- **Sistemas de Pago Prospectivo:** Mecanismo de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado del listado de servicios y tecnologías, la población objeto total y susceptible de cada servicio o tecnología en salud, las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud, costos acordados para cada servicio o tecnología en salud y la periodicidad con que será monitoreada y evaluada la nota técnica. Incluye Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta y pago por capitación. En este caso sí hay transferencia de riesgo del pagador al prestador, pues este recibe una suma fija preestablecida, independientemente de que consuma más o menos recursos en la ejecución de las actividades previstas.

Castaño et al. (2017) en su libro “*Mecanismos de pago en salud*” busca identificar los elementos básicos para clasificar cualquier mecanismo de pago haciendo énfasis en la generación de mayor valor en cada peso utilizado comparando las implicaciones positivas y

⁶ La disposición del paciente, pudiendo ser derivado a su domicilio, a hospitalización o trasladado a otro centro

negativas, planteando cuatro categorías de mecanismo de pago según los componentes del costo médico⁷ que involucran:

2.1. Pago retrospectivo

2.1.1. Reembolso de costos

Pago por el costo por proceso, insumo o factor de producción de la prestación de servicios de salud. Además de propiciar la inducción de demanda innecesaria, se propicia el incremento en los costos de producción, el cual genera un exceso de capacidad que no es necesario optimizar, pues los costos fijos y las inversiones de capital son reembolsadas por el pagador.

2.1.2. Pago por servicio o free for service

Pago fijo por cada servicio prestado de acuerdo a un esquema de tarifas previamente acordadas. Utilizado para el caso de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que la inducción de la demanda es positiva para la salud de las personas y para disminuir el costo de las condiciones médicas objeto de estas actividades.

⁷ El costo de una persona para el sistema de salud al año, es el producto de 5 factores multiplicativos:

- **Número de condiciones médicas por persona:** Las enfermedades del paciente en el año.
- **Número de contactos / episodios dentro de una condición médica:** Dentro de cada condición médica, cada persona puede tener diferentes contactos con el sistema de salud (Frecuencia).
- **Número y tipo de servicios utilizados durante el episodio:** Dentro de cada contacto o episodio puede haber 1 o varios servicios que se requiera para dar satisfacción al origen del mismo.
- **Número de procesos, insumos o factores de producción por servicio:** Dentro de cada servicio se conoce el detalle de los procedimientos que se requieren para cada programa (Exámenes - CUPS)
- **Costo por proceso, insumos o factor de producción:** Cada CUPS tiene su respectivo costo / tarifa.

2.2. Pago prospectivo

Se presenta el problema de agencia en los servicios de salud ya que existe asimetría de información entre el agente y el principal (el pagador). Los pagos prospectivos se diferencian en dos grupos: Los que solamente transfieren riesgo técnico, y los que transfieren riesgo técnico y riesgo primario.

2.2.1. Pago por episodio de atención

Se reconoce un pago fijo por cada episodio que incluye uno o varios servicios, procesos, insumos o factores de producción. El prestador no está expuesto al riesgo de que ocurra un mayor o menor número de episodios (riesgo primario) dado que no son muy frecuentes ya que son enfermedades episódicas, pero si está expuesto a la variabilidad en la utilización de recursos para resolver el episodio (riesgo técnico). Dentro de esta modalidad de pago se incluyen tres mecanismos de pago:

2.2.1.1. Pago por paquete

Utilizados en procedimientos quirúrgicos que muestran poca variabilidad en las conductas médicas y en el consumo de recursos.

2.2.1.2. Pago por grupos relacionados por el diagnóstico o GRD

Utilizados en servicios hospitalarios con internación, los cuales muestran una gran heterogeneidad en su severidad y mezcla de comorbilidades.

2.2.1.3. Capitación de contacto

Utilizado para pagos de servicios ambulatorios en episodios que tienen una utilización predecible de recursos o para episodios que muestran mucha discrecionalidad en las conductas médicas, no soportadas en evidencia

2.2.2. Pago por capitación ajustada por condiciones médicas

Pago por persona por un periodo de tiempo fijo, usualmente de un año, que refleja las condiciones médicas de cada individuo, especialmente las enfermedades crónicas, esto incluye los episodios, los tipos de servicio consumidos los cuales a su vez implican uno o varios procesos, insumos o factores de producción que tienen su respectivo costo. En esta modalidad de pago la unidad de análisis es el individuo, no las condiciones médicas, lo que incentiva una mejor organización de los componentes de la prestación para evitar episodios agudos que lleven a una hospitalización, morbilidad y complicaciones crónicas.

El pago por programas, se limita a establecer un listado de servicios, procesos, insumos y factores de producción que se ejecutan con igual intensidad para todos sus pacientes; todos los demás que se preste se facturan por aparte. Este tipo de programas no implican transferencia de riesgo del pagador al prestador, y más bien se podrían considerar como un pago por servicios con unas frecuencias de uso establecidas. En este orden de ideas, los pagos por programas no son pagos prospectivos sino retrospectivos, pues no hay transferencia de riesgo al prestador.

2.2.3. Pago por capitación tradicional

Pago fijo por persona al mes (o al año) para cubrir las necesidades de atención en salud que se requiera, puede ser capitación global, donde el prestador es responsable de todas las atenciones que se requiera o capitación parcial, donde sólo es responsable por un conjunto de atenciones que se pueden definir en función de un nivel de complejidad. Se transfiere riesgo primario y técnico.

Por otra parte, González (2017), en su tesis “*Comparación de sistemas de pago convenido en los costos de la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios*” calcula los costos para 1298 tecnologías en un período de un año, por los siguientes mecanismos de pago: Cápita, Pago Global Prospectivo (PGP) y Evento. Finalizado el estudio se evidencia, que los mecanismos de pago prospectivos son menos costosos que las retrospectivas, sin embargo, sugiere que se debe tener en cuenta la frecuencia de uso y el costo medio de la tecnología individual, para evaluar qué conjunto de sistemas de pago, pueden contener el costo.

Lo anterior determina que los prestadores de salud, son actores claves en la operativización del sistema de salud, González en su tesis anteriormente nombrada, identifica que adicional a las determinantes en los aumentos de los costos, los mecanismos de pago tienen una alta influencia, por lo que se debe tener en cuenta para establecer estrategias de contención del costo encaminadas en la estandarización de procesos para no afectar la calidad de la atención. En la práctica por cuestiones económicas, legales, o por las coyunturas del sistema de salud, la ejecución de un contrato puede originar morosidad en el desembolso, recobros, errores en

facturación, entre otros que pueden conllevar a que las partes inmersas en el contrato incumplan sus responsabilidades.

De igual manera, Maquilón y González (2020), en su tesis “*Análisis de las distintas formas de contratación en una I.P.S de alta complejidad*” plantean que desde la auditoría es posible evitar que esta clase de situaciones se presente; por un lado, puede ser posible identificar las inconsistencias en la celebración, la falta de cumplimiento de las partes, la ilegalidad de mismo contrato. Por otro lado, la evaluación de los tipos de contratos celebrados y la efectividad de los mismos, puede llevar a generar recomendaciones para modificar la política de contratación o para que se definan mecanismos de evaluación y seguimiento a la ejecución del mismo.

Mieres y Zollazzo (1996) se refiere a costos de los servicios de salud como el valor del conjunto de bienes consumidos por el proveedor de servicios para brindar un servicio o una prestación en particular. Otros autores proponen en la metodología de análisis la cuantificación de los costos de las fallas, mediante el análisis de las fallas internas de los diferentes procesos y el costo de las acciones correctivas que se ejecutaron en su momento. En cuanto a los resultados, expone que las organizaciones de salud deberían ser pioneras en la adopción de cuantificar los costos de las fallas y aprovechar de primera mano los beneficios que trae a mediano y largo plazo para el estado financiero y desde luego para el posicionamiento dentro del mercado como abanderados del trabajo bien hecho y a niveles superiores (Areiza, Pérez y Flórez, 2016).

Díaz (2020) cataloga a la sobre producción de los diagnósticos innecesarios como ineficiencia ya que no agrega valor en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, adicionalmente relaciona la influencia del pago de entre las I.P.S y los médicos al momento de propiciar el riesgo técnico. La ineficiencia tiende a estar impulsada por el sistema y el diseño de nuestros procesos, por lo tanto, se busca un equilibrio entre un pago por performance y calidad de vida sin complicaciones de una persona. Pagarles por resultados en salud y evitar el gasto. La mayor causa de mala calidad en atención en salud no es la falta de recursos, es la forma en que se usan los recursos. Como consecuencia, aumentar la eficiencia es una manera de alcanzar la triple meta ya que se mejora en la experiencia del paciente, la calidad del cuidado y la reducción de costos (Petenate, 2018).

En cuanto a metodología y casos de estudios similares realizados, Basto y López (2019) en su tesis *“Posibles riesgos de implementar el modelo de contratación (PGP) en entidades del sector salud de la ciudad de Popayán”* identificó las deficiencias en la facturación, un tema que compromete a la viabilidad financiera de las I.P.S, y que es un problema derivado del esquema de contratación, adicionalmente caracterizó variables que pueden afectar el flujo de ingresos tales como gastos generales, ingresos, costos, utilidad, recobro, glosas y devolución.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar el mecanismo de pago en la relación contractual entre un Laboratorio clínico y una I.P.S

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el mecanismo de pago utilizado entre un Laboratorio clínico y una I.P.S.
- Identificar los factores que explican los resultados financieros del mecanismo de pago utilizado.
- Proponer estrategias para mejorar la gestión del mecanismo de pago.

4. Metodología de la investigación

Esta investigación se desarrolla a partir del análisis de los servicios definidos en el anexo técnico del contrato respecto a los servicios prestados. Para ello, se contó con información secundaria del sistema de información del laboratorio clínico y del cliente I.P.S, identificando algunos faltantes de información a fin de establecer los resultados obtenidos.

4.1. Tipo de estudio

La investigación se enmarca dentro de un estudio descriptivo con enfoque mixto; cuantitativo para medir el efecto financiero y cualitativo, para caracterizar el mecanismo de pago

entre el laboratorio y una I.P.S. El diseño de la investigación es de tipo transversal, dado que se analizaron los datos acumulados para el periodo comprendido desde enero 2022 a febrero 2023.

4.2. Población y muestra

Dado que el contrato es pago global prospectivo, donde el laboratorio asume el riesgo primario, el universo de la población correspondió a todos los 176.056 pacientes asignados que pertenecen al PAIEC de la I.P.S cliente. Se conformó una base de datos de 13.352 pacientes atendidos y 385.489 exámenes procesados, estableciendo este número como la población y muestra del 100% a analizar. Además, se incluyeron los exámenes que el laboratorio identificó como no pertinentes y que eliminó del sistema de información, pero que registró en un formato para llevar un control de las fallas.

4.3. Consideraciones éticas (Confidencialidad de los datos)

La seguridad de la información recopilada cumple el principio de confidencialidad al que, como laboratorio clínico, la investigación debió sujetarse. Para ello, se anonimiza la información asignando un código único a cada paciente como reemplazo del nombre y documento de identidad.

4.4. Materiales e insumos

Para lograr el objetivo de identificar los factores que explican los resultados financieros del mecanismo de pago utilizado, se usó estadística descriptiva para analizar las variables existentes del laboratorio con información de la historia clínica de la I.P.S de los pacientes, tales como: Código único del paciente, mes y año de atención, examen realizado, tarifa del examen, nombre del convenio, inclusión del examen en el convenio, programa al que pertenece y estadio de enfermedad inicial y final, población nueva o población asignada. Se aplicaron los conceptos de estadística descriptiva para procesar la información de las bases de datos, lo cual permite describir el comportamiento y tendencias.

4.4. Limitaciones de la investigación

La investigación presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, no se tuvo acceso a la información detallada del costeo de las pruebas del laboratorio debido a su carácter confidencial. Por esta razón, se trabajó con tarifas evento free for service para calcular el valor de las pérdidas financieras, lo que indica cuánto se está dejando de factura en lugar de cuánto se está gastando en realidad.

En segundo lugar, no se pudo cruzar la información con corte mensual sobre el programa y estadio de enfermedad al que pertenecía cada paciente. Esto limitó el análisis a dos momentos: el programa y estadio en el momento de efectuar la contratación (enero 2022) y el que se registró

al final de la investigación (febrero 2023). Hubiera sido deseable tener información más precisa sobre la evolución de los pacientes para poder analizar su impacto en los resultados de uso y financieros del laboratorio.

Finalmente, la falta de datos desagregados por plan de atención del PAIEC impidió determinar la causa del déficit financiero respecto a cada plan de atención en particular. Los planes de atención son importantes porque tienen diferentes niveles de cobertura y financiamiento, lo que influye en la rentabilidad del laboratorio. Para futuras investigaciones, se recomienda recopilar datos más detallados sobre los planes de atención para tomar decisiones informadas y efectivas.

5. Resultados

5.1. Caracterización del mecanismo de pago entre un Laboratorio clínico y una I.P.S

Se habla de un pago global, dado que incluye a toda la población. La transferencia de riesgo implica que el contratante (I.P.S) calcula y define un estimativo ex-ante del costo esperado de un conjunto de actividades, que se requerirán para las necesidades del ciclo⁸ de atención de un grupo de pacientes, y este es el monto que transfiere al contratista (Laboratorio clínico). Esta estimación ex-ante es la que le da al mecanismo de pago su característica prospectiva, pues el Laboratorio clínico recibe una suma fija predefinida, sin considerar la frecuencia con que los servicios se presten realmente, por lo cual el costo real (ex-post) de la atención puede ser mayor o menor que el valor esperado (ex-ante).

La transferencia del riesgo de la atención de una población sin mejorar los indicadores de desenlace en salud está dentro de la categoría de pago prospectivo, pero no pago basado en generar valor⁹ para el paciente. (Castaño at al., 2021).

La denominación del mecanismo de contrato “Pagos Globales Prospectivos” (PGP) agrupa conceptos muy diversos que no han sido adecuadamente catalogados para su estudio ni para su regulación. Castaño at al. en su artículo “*Modalidades prospectivas de pago en salud: Una propuesta de taxonomía*” propone una taxonomía de las modalidades prospectivas de pagos

⁸ Proceso que involucra las etapas de una condición médica desde su abordaje inicial hasta su resolución y que involucra diferentes escenarios de atención, disciplinas del conocimiento, tecnologías y factores de producción. Castaño. (2022).

⁹ Valor es resultados en salud por cada peso utilizado a lo largo del ciclo completo de la atención médica, soportado de mecanismo de pago prospectivo y basado en valor. Porter & Lee. (2013).

en salud entendiendo el concepto de ciclo de atención, los elementos constitutivos del costo médico, los tipos de riesgo y el objeto de la transferencia de riesgo. Para establecer esta taxonomía se proponen tres criterios (Ver Anexo 10).

5.1.1. ¿El mecanismo de pago prospectivo permite la generación de valor integrando el ciclo de atención?

El pago realizado al Laboratorio como servicio tercerizado no permite integrar los ciclos de atención puesto que cada prestador es responsable sólo por su parte del ciclo, lo cual termina perpetuando dos de las tres desventajas del pago por servicio: 1) la ausencia de incentivos a la coordinación, que lleva a fragmentación del ciclo de atención, y 2) la ausencia de incentivos a la prevención primaria, secundaria y terciaria. La única diferencia con las desventajas del pago por servicio es que no estimula el mayor output sino, al contrario, lo desestimula, lo cual en teoría podría disminuir el riesgo técnico de utilización. Pero en términos del concepto de salud basada en valor, reducir costos simplemente reduciendo la frecuencia de uso de componentes del servicio puede llegar al extremo de negar servicios médicamente necesarios, con lo cual se destruye valor para el paciente pues ello puede llevar a incrementar el riesgo técnico de morbilidad evitable.

5.1.2. *¿El mecanismo de pago prospectivo hace referencia a episodios¹⁰ o a condiciones crónicas¹¹?*

Dado que el pago no integra el ciclo de atención, este tampoco hace referencia ni a episodios ni a condiciones crónicas, por el contrario, hace referencia a componente de servicio.

5.1.3. *¿Se transfiere riesgo primario de incidencia del pagador al prestador?*

Las implicaciones que tiene la relación contractual están relacionadas principalmente al efecto de la transferencia del riesgo primario de incidencia al laboratorio, en donde no se cuenta con la capacidad para controlar y administrar el pool de pacientes que requieran el servicio, por lo tanto, es un pago prospectivo global, es decir, el Laboratorio recibe una suma fija por un periodo de tiempo y es responsable de atender todas las necesidades de la población determinada de la IPS. De acuerdo con la franja de asumir el riesgo (riesgo tolerable), si la incidencia es mayor o menor a la esperada, el pago es el mismo, es decir cada caso nuevo no genera un pago.

¹⁰ Condiciones de salud episódicas con un inicio y un fin.

¹¹ Condiciones de salud cuyo ciclo de atención se conoce cuándo empieza, pero no cuándo termina, dado que son enfermedades crónicas, independientemente del tiempo de contratación sea de un año.

5.2. Factores que explican los resultados financieros del mecanismo de pago utilizado

Dado que la ineficiencia no es causa, sino un síntoma, se identifican los factores que explican los resultados financieros del mecanismo de pago utilizado, de acuerdo a los siguientes aspectos:

5.2.1. Resultados por cohortes de planes de atención y estadio de enfermedad: No pertinencia médica

El programa PAIEC cuenta con tres cohortes o planes de atención: ERC, AR y EPOC, sin embargo, debido a la presencia de comorbilidades, se identificaron otros planes de atención en los que hay más de una morbilidad. El 81,2% de la población final pertenece a ERC, mientras que el 16,9% participa en más de un plan de atención, el 1,5% a AR y el 0,34% restante a EPOC. La tabla a continuación muestra el porcentaje de variación de la población por programa:

Tabla 3

% Variación de la población por plan de atención

Cantidad de pacientes	ERC	ERC + EPOC	SIN PLAN DE ATENCIÓN	ERC + AR	AR	EPOC	ERC + AR + EPOC	AR + EPOC
Periodo inicial	9866	922	1740	592	178	23	31	
Periodo final	10837	1041	582	614	202	45	30	1
% Variación	9.8%	12.9%	-66.6%	3.7%	13.5%	95.7%	-3.2%	

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

La siguiente tabla muestra la diferencia en las frecuencias y exámenes por cada plan de atención, lo que impacta en la cantidad de atenciones y el costo de atención. El 81,2% de los pacientes del plan de atención ERC representan el 79,6% del total de atenciones y el 82,4% del costo total de las atenciones:

Tabla 4

Pacientes periodo final, cantidad de atenciones y costo de atenciones por plan de atención

Plan de atención	Pacientes periodo final		Atenciones		Costo atenciones	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Costo	Porcentaje
ERC	10837	81.16%	302039	79.59%	\$2,964,350,092	82.43%
OTROS	1686	12.63%	66197	17.44%	\$545,191,805	15.16%
SIN PLAN	582	4.36%	4961	1.31%	\$43,121,207	1.20%
AR	202	1.51%	5742	1.51%	\$38,633,363	1.07%
EPOC	45	0.34%	571	0.15%	\$5,081,289	0.14%
Total general	13352	100%	379510	100%	\$3,596,377,756	100%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

De manera similar, se observa una correlación de participación acumulada por cada plan de atención respecto a la cantidad de pacientes, la cantidad de atenciones y costo de atención:

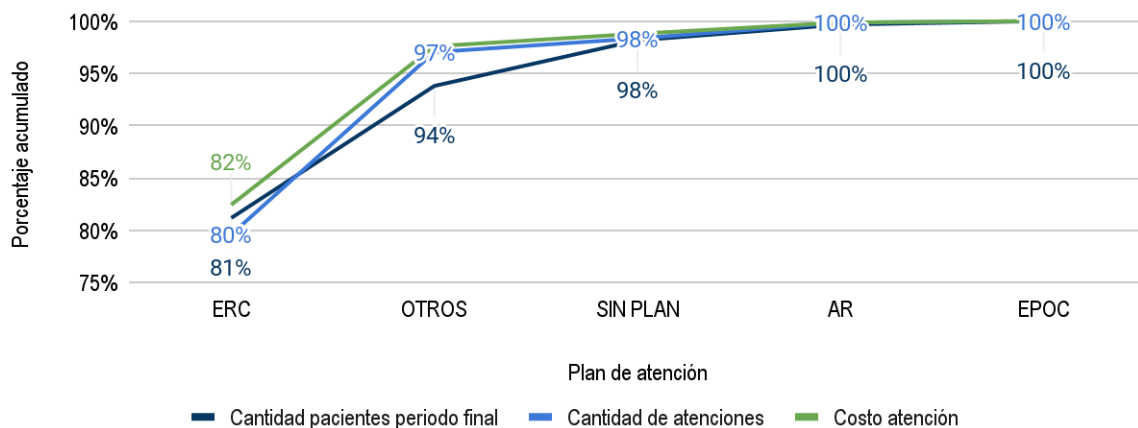


Figura 2: *Correlación entre la cantidad pacientes, cantidad de atenciones y costo atención*

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

Dado que el pareto de la población, las atenciones y el costo se encuentran en el plan de atención ERC, se observa que aproximadamente el 80% de los pacientes, las atenciones y el costo por estadio de enfermedad se encuentran en los estadios 3A, 3B, 98 y 2. El estadio 3A es el que más consume respecto a los otros estadios de enfermedad, ya que el 28,06% de los pacientes de este estadio representan el 27,8% de las atenciones y 27.9% del costo de la atención.

Tabla 5

Pacientes periodo final, cantidad de atenciones y costo de las atenciones del plan de atención ERC

Estadio de enfermedad del plan de atención ERC	Pacientes periodo final		Atenciones		Costo atenciones	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Costo	Porcentaje
3A	3041	28.06%	84014	27.82%	\$829,767,861	27.99%
3B	2551	23.54%	76432	25.31%	\$758,679,053	25.59%
98	2055	18.96%	47521	15.73%	\$430,034,919	14.51%
2	1117	10.31%	32189	10.66%	\$351,289,111	11.85%
4	894	8.25%	33924	11.23%	\$348,725,828	11.76%
99	883	8.15%	16213	5.37%	\$138,254,277	4.66%
5	137	1.26%	7944	2.63%	\$74,312,234	2.51%
1	149	1.37%	3714	1.23%	\$32,684,569	1.10%
SIN PLAN DE ATENCIÓN	10	0.09%	88	0.03%	\$602,240	0.02%
Total general	10837	100%	302039	100%	\$2,964,350,092	100%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio, enero 2022 a febrero 2023

Además, para el plan de atención ERC, la siguiente tabla muestra la cantidad de pacientes y el costo de sus atenciones por cambio de estadio desde su inicio hasta el periodo final de análisis, para lo cual el 53,7% de los pacientes de ERC cambiaron de estadio de enfermedad, lo que representó un consumo del 55% de los recursos de las atenciones, principalmente por el estadio 3A y 3B:

Tabla 6*Cambio de estadio de enfermedad de pacientes del plan de atención ERC: Cantidad y costo*

Estadio de enfermedad del plan de atención ERC	Pacientes periodo final			Costo atenciones		
	Cambio de estadio No	Si	Porcentaje cambio	Cambio de estadio No	Si	Porcentaje cambio
3A	1834	1207	16.92%	\$508,160,699	\$321,607,162	17.14%
3B	1535	1016	14.16%	\$440,378,312	\$318,300,741	14.86%
4	500	394	4.61%	\$209,221,219	\$139,504,609	7.06%
2	566	551	5.22%	\$204,320,628	\$146,968,483	6.89%
98¹²	714	1341	6.59%	\$144,085,986	\$285,948,933	4.86%
99¹³	533	350	4.92%	\$88,174,287	\$50,079,990	2.97%
5	64	73	0.59%	\$35,111,341	\$39,200,893	1.18%
1	63	86	0.58%	\$12,357,240	\$20,327,329	0.42%
SIN PLAN DE ATENCIÓN	10		0.09%	\$602,240		0.02%
Total general	5819	5018	53.70%	\$1,642,411,952	\$1,321,938,140	55%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

5.2.2. Ineficiencia por cambio de población (Nuevos pacientes)

Durante el periodo de análisis, se observó una ineficiencia en los controles internos del laboratorio que se reflejó en la variación de la población asignada al inicio del contrato en comparación con las atenciones reales. En particular, el 61,99% de los pacientes atendidos durante el periodo fueron nuevos, lo que representó un consumo del 58,44% de los recursos destinados a las atenciones.

¹² Paciente con alto riesgo cardiovascular: Esta clasificación es utilizada por la I.P.S para aquellos pacientes que no presentan enfermedad renal, pero tienen condiciones médicas preexistentes que pueden afectar y aumentar su susceptibilidad a adquirir la enfermedad.

¹³ Paciente indeterminado: Esta clasificación es utilizada por la I.P.S para aquellos pacientes que aún no han completado el estudio renal necesario para determinar su condición de enfermedad.

Cabe destacar que en todos los meses del periodo analizado hubo pacientes nuevos, con una, principalmente desde el inicio del contrato con una población nueva del 15,40% respecto al total, sin embargo, en los meses de cuenta de alto costo, a pesar de no haber sido los meses con mayor cantidad de pacientes nuevos, si se registró una proporción significativa del costo por pacientes nuevos, que osciló entre el 10,48% y el 14,31%, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 7

Cambio de población y su consumo de atenciones mes

Mes	Pacientes periodo final			Costo atenciones		
	Paciente Nuevo	Población asignada	Porcentaje	Paciente Nuevo	Población asignada	Porcentaje
Enero	1275	955	15.40%	\$109,635,194	\$77,707,604	5.22%
Febrero	679	605	8.20%	\$126,855,198	\$81,936,505	6.04%
Marzo	723	510	8.74%	\$111,512,460	\$74,530,997	5.31%
Abril	487	339	5.88%	\$96,210,281	\$65,397,323	4.58%
Mayo	464	246	5.61%	\$109,269,588	\$75,555,198	5.20%
Junio	459	262	5.55%	\$111,147,388	\$146,963,670	5.29%
Julio	704	476	8.51%	\$260,267,314	\$187,690,863	12.38%
Agosto	903	550	10.91%	\$300,714,702	\$233,780,494	14.31%
Septiembre	766	399	9.25%	\$220,342,349	\$141,560,133	10.48%
Octubre	540	238	6.52%	\$160,275,569	\$96,036,866	7.63%
Noviembre	399	169	4.82%	\$132,569,038	\$85,965,942	6.31%
Diciembre	298	123	3.60%	\$109,534,972	\$67,737,987	5.21%
Enero del 2023	280	110	3.38%	\$123,402,364	\$80,993,572	5.87%
Febrero del 2023	300	93	3.62%	\$129,819,653	\$78,964,532	6.18%
Total general	8277	5075	100%	\$2,101,556,070	\$1,494,821,686	100%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

De la población nueva, a continuación, se observa que existe una variación del 100% del costo de EPOC, seguido de 99,1% pacientes sin definición de plan de atención, 90,3% AR, 61,7% otros con diferentes comorbilidad y por último 56,7% ERC:

Tabla 8*Cambio de población y su consumo de atenciones por plan de atención*

Planes de atención	Pacientes periodo final			Costo atenciones		
	Paciente Nuevo	Población asignada	Porcentaje de cambio	Paciente Nuevo	Población asignada	Porcentaje de cambio
EPOC	45		100.00%	\$5,081,289		100.00%
SIN PLAN	578	4	99.31%	\$42,723,626	\$397,581	99.08%
AR	183	19	90.59%	\$34,875,776	\$3,757,587	90.27%
OTROS	1111	575	65.90%	\$336,791,776	\$208,400,029	61.77%
ERC	6360	4477	58.69%	\$1,682,083,603	\$1,282,266,489	56.74%
Total general	8277	5075	61.99%	\$2,101,556,070	\$1,494,821,686	58.44%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

5.2.3. Toma, procesamiento y reporte de exámenes no convenidos en la nota técnica (Pérdida de recursos)

En el periodo de análisis se procesaron 2906 exámenes no convenidos en la nota técnica representando el 0,70% del total de exámenes procesados y el 0,67% respecto al costo total por planes de atención, que de haber implementado controles se podrían haber optimizado \$23,916,014 tal como se muestra a continuación:

Tabla 9*Cantidad y costo de exámenes realizados no incluidos en la nota técnica*

Planes de atención	Cantidad		Costo	
	No convenido	% Participación	No convenido	% Participación
EPOC	18	3.25%	\$221,254	4.35%
SIN PLAN	91	1.87%	\$1,548,457	3.59%
AR	78	1.38%	\$1,326,111	3.43%
OTROS	629	0.96%	\$8,236,181	1.51%
ERC	2090	0.70%	\$23,916,014	0.81%
Total general	2090	0.70%	\$23,916,014	0.67%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

5.3. Estrategias para una mejor gestión del mecanismo de pago

El Laboratorio cuenta con la experiencia, el desarrollo tecnológico y un equipo humano orientado a lograr la excelencia y calidad en los procesos asistenciales. Sin embargo, el contrato que se estableció con la I.P.S genera una transferencia de riesgo financiero que puede tener consecuencias negativas si no se gestiona adecuadamente. Por eso, se proponen estrategias en conjunto con la directora técnica del laboratorio para mejorar el mecanismo de pago y minimizar las pérdidas, centrándose en la creación de valor desde el Laboratorio clínico. Para ello, se plantea la creación de dos grupos de auditoría:

- **Grupo de auditoría de concurrencia:** Acompaña el proceso de la prestación, identificando y corrigiendo posibles ineficiencias a lo largo del mismo.
- **Grupo de auditoría de cuentas médicas:** Se encarga del monitoreo monetario, la liquidación de las cuentas y la respuesta a las glosas.

Además, se propone establecer una estructura liderada por una persona encargada de:

- Identificar factores críticos dentro de la operación.
- Definir estrategias para la efectiva ejecución del contrato.
- Analizar las frecuencias de uso y renegociación en caso de variaciones en el riesgo o por desviaciones extremas del costo.
- En caso de un mal cálculo de la nota técnica, implementar negociaciones que reconozcan las mayores frecuencias y, por consiguiente, un valor diferencial. Por ejemplo, en periodos de Cuenta de Alto Costo.

Para llevar a cabo esta estructura, se propone utilizar el modelo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) y asignar a una persona capacitada y competente como líder:

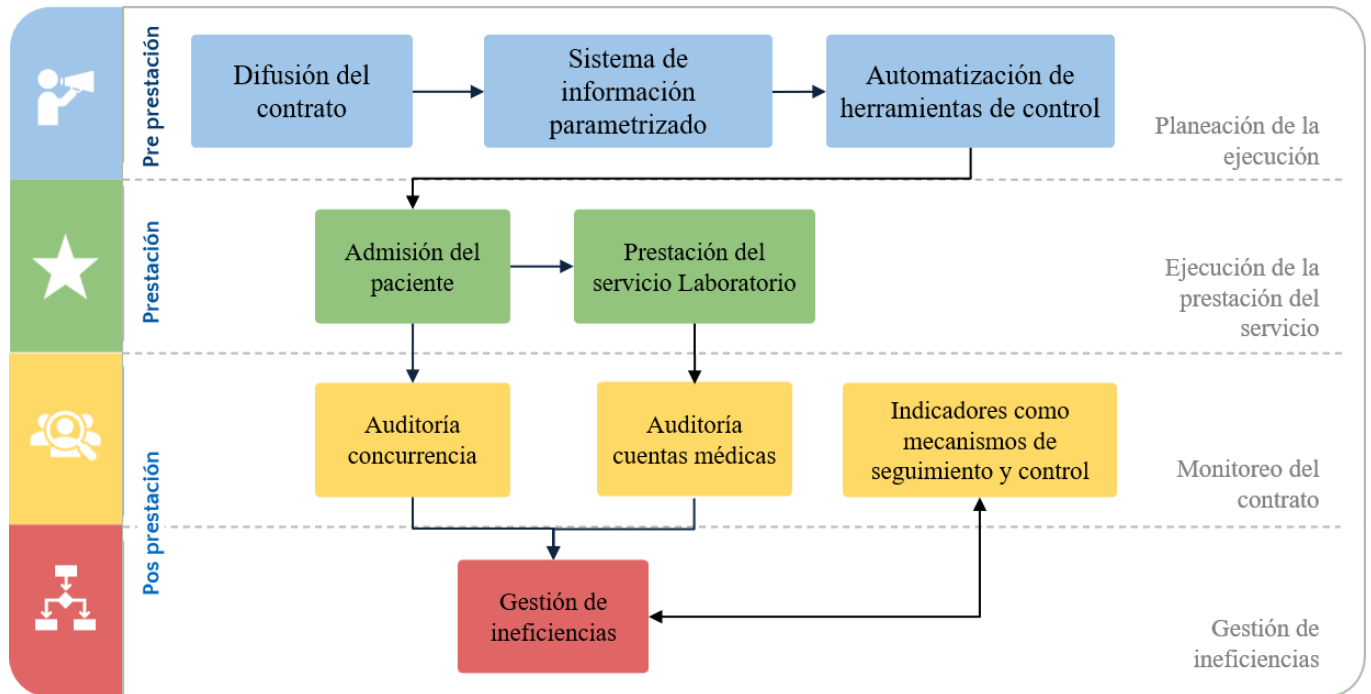


Figura 3: Modelo de gestión del mecanismo de pago

Adaptado de Osorio (2020). Construcción y aplicación de una herramienta para auditoría de contratos de pago global prospectivo

5.3.1. Pre-Prestación (Planeación de la ejecución y monitoreo del contrato)

5.3.1.1. Difusión condiciones del contrato con canales eficientes de información a todo nivel

La primera fase de la pre-prestación del servicio implica la identificación de los requisitos, condiciones del contrato y características de la población. Para lograr esto, se deben llevar a cabo:

- Definir la totalidad de la población asignada, con el fin de identificar la variabilidad de la misma en cuanto al costo de atenciones.
- Establecer las variables socioeconómicas de la población susceptible y su relación con el PAIEC, así como la forma en que estas variables afectan el uso de los recursos. Además, se deben identificar la frecuencia de los exámenes de laboratorio y determinar los parámetros de monitoreo en función del plan de atención al que pertenece cada paciente y sus cambios de estadio.

Con toda esta información se pueden determinar los canales de comunicación más eficientes y llevar a cabo el despliegue del contrato hacia todos los niveles de la organización involucrados en la prestación del servicio. Es importante asegurar que estos canales sean efectivos para difundir de manera clara y precisa las condiciones del contrato, con el fin de que todas las partes involucradas tengan un conocimiento claro de sus responsabilidades y compromisos. De esta manera, se puede asegurar una planeación adecuada de la ejecución del contrato y un monitoreo efectivo de su cumplimiento.

5.3.1.2. Sistemas de información para controlar la nota técnica del contrato

La segunda etapa se enfoca en establecer un sistema de información para el seguimiento y control de la nota técnica del contrato. En este sistema, se registran los datos relevantes del contrato, incluyendo el programa del PAIEC, el estadio de la enfermedad y el nombre del médico ordenante. El objetivo de esto es obtener una mejor calidad del dato, evitar reprocesos de registro de información y analizar los datos para evaluar el progreso del contrato.

Actualmente se cuenta con interface y procesos de sistemas de información eficaces entre la I.P.S y el Laboratorio, lo cual permite conectividad en dos direcciones: recibir información de pacientes autorizados para mejorar el flujo en la recepción, como, identificación del paciente, tipo de documento, número documento de identidad, edad, género, exámenes, cliente, convenio y plan; y entregar resultados directamente a la historia clínica de cada paciente.

5.3.1.3. Automatización de herramientas para control de demanda

La tercera se enfoca en identificar las herramientas necesarias para controlar la demanda del contrato en la pre- prestación, lo que incluye el acceso de consulta para los médicos, jefes de programas y auxiliares de laboratorio a una herramienta automatizada para controlar la demanda de pacientes. Esta herramienta debe permitir identificar en tiempo real los exámenes previamente ordenados y sus resultados, así como verificar los tiempos de vigencia de las pruebas antes de ser ordenadas.

Mostrar 10 registros

Buscar: 30312076

Fecha	Codigo	Cedula	Nombre	Sede	Ciente	Seccion	Examen	Nombre de Examen
26/12/2022	2.241.649			GESENCRO PALMIRA - 001		INM	RPR	RPR SEROLOGIA PRUEBA NO TREPONEMICA
26/12/2022	2.241.649			GESENCRO PALMIRA - 001		INM	PPD	TUBERCULINA PRUEBA DE MANTOUX
26/12/2022	2.241.673			GESENCRO PALMIRA - 001		INM	HIVRC	Virus de Inmunodeficiencia Humana Duo 4A generacion (Antigeno-Anticuerpo)
26/12/2022	2.241.673			GESENCRO PALMIRA - 001		ANEXOS	CONSEN	CONSENTIMIENTO INFORMADO
10/02/2023	2.250.503			GESENCRO PALMIRA - 001		QUI	ALT	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
10/02/2023	2.250.503			GESENCRO PALMIRA - 001		QUI	AST	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
10/02/2023	2.250.503			GESENCRO PALMIRA - 001		QUI	GLU	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
10/02/2023	2.250.503			GESENCRO PALMIRA - 001		QUI	CRE	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
10/02/2023	2.250.503			GESENCRO PALMIRA - 001		HEMATO	VSG	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL
10/02/2023	2.250.503			GESENCRO PALMIRA - 001		UROCOPRO	PO	UROANALISIS
From	Codigo	Cedula	Nombre	Sede	Ciente	Seccion	Examen	Nombre de Examen
To								

Mostrando registros del 1 al 10 de un total de 12 registros (filtrado de un total de 214,253 registros)

<< < 1 2 > >>

Figura 4: Buscador de atenciones por pacientes

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio enero 2022 a febrero 2023

En este sentido, se propone generar una alerta cuando los resultados de un examen se encuentren vigentes para evitar su ordenamiento, salvo que se justifique el criterio médico por el cual ordena dicho examen. De esta manera, se minimiza el riesgo técnico del ordenamiento de laboratorios no pertinentes y se fortalece el papel del Laboratorio como factor clave de éxito del mecanismo de contratación actual para una supervisión y toma de decisiones oportunas.

De acuerdo a la búsqueda rápida de todas las atenciones por paciente, se despliega una base de datos configurada con diferentes alertas según las últimas atenciones y su aplicabilidad por cada plan de atención:

ID Paciente	Plan de PAIEC	MÉDICO	PRIORIDAD GENERAL POR ALERTAS SUGERIDA	Albumina	Albuminuria	ALT	Coolesterol total	Creatinina	Hemoglobina	Hemoglobina glicosilada	HDL	Fósforo	LDL	Parcial de orina	PTH	PCR	Relación albuminuria creatinuria	VSG
1	ERC	Médico 1	Prioridad por tension arterial															
2	AR + EPOC	Médico 2	Prioridad pendiente por confirmar AR															
3	ERC + AR	Médico 3	Prioridad Paciente continua nivel actividad alto AR /Prioridad no toma CCP y FR al diagnostico en AR															
4	ERC + AR + EPOC	Médico 4	Prioridad Paciente continua nivel actividad alto AR															
5	ERC + EPOC	Médico 5	Prioridad paciente de EPOC sin valoración por Neumología y/o medicina interna en los ultimos 6 meses															

Laboratorio dentro del periodo de CAC
Laboratorio por fuera del periodo de CAC
Sin laboratorio
No aplica -No DM
No aplica -Paciente sin ERC, indeterminado

Figura 5: Base de datos priorización exámenes de PAIEC

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio y cliente I.P.S enero 2022 a febrero 2023

Además, se está llevando a cabo una auditoría retrospectiva para revisar la pertinencia médica después de la prestación del servicio; pero se propone cambiar el enfoque hacia la implementación de una auditoría concurrente pre-prestación para verificar la pertinencia clínica antes de la atención. Esto no implica afectar la autonomía en la toma de decisiones del médico, que es un elemento fundamental del ejercicio profesional, sino organizar la prestación de manera más eficiente. Para ello se debe buscar al paciente en la base de datos de pacientes agendados por la I.P.S y verificar a qué programa pertenece. Cualquier desviación encontrada se gestionará con las jefes de cada plan de atención para su facturación desde el contrato por servicio, ya que este no está estimado en las frecuencias.

5.3.2. Admisión y prestación del servicio

En el proceso de admisión del paciente se propone implementar un segundo punto de control que permita verificar si el paciente ha sido validado previamente en la herramienta correspondiente. Este paso es crítico, ya que permite evitar la prestación de servicios a pacientes que no pertenecen a la población cubierta y/o realización de exámenes que no están incluidos en la nota técnica, lo cual puede generar ineficiencias. Una vez que se realiza la admisión del paciente, se procede a la ejecución de la prestación del servicio, lo que implica la toma de muestra, procesamiento, validación y entrega del resultado.

5.3.3. Pos prestación (Revisión de cuentas médicas y facturación)

En la etapa pos-prestación, que es después de la entrega de resultados, se propone realizar auditoría de cuentas como una herramienta que facilita una adecuada facturación y, por consiguiente, minimice las posibilidades de glosa.

5.3.3.1. Soporte en auditoría, para el uso racional de las ayudas diagnósticas

Desde el laboratorio se propone llevar a cabo una gestión proactiva identificando las brechas en la orden y la toma de exámenes para minimizar la alta demanda de laboratorios en los meses de Cuenta de Alto Costo. Se agrega valor difundiendo conocimiento sobre el uso racional de las pruebas de laboratorio a profesionales de la salud, principalmente a médicos pareto con desviaciones en su ordenamiento según el anexo técnico. Esta labor se realiza en conjunto con el programa de educación continuada y se enfoca en la sensibilización de la pertinencia médica en laboratorio clínico.

Se propone retroalimentar los resultados de uso y financieros de los siguientes aspectos: Exámenes más frecuentes, exámenes más costosos, exámenes no pertinentes según anexo técnico, composición de los exámenes ingresados según su nivel de complejidad, médicos ordenadores, costo por paciente y pacientes con mayor costo en el laboratorio.

5.3.3.2. Indicadores como mecanismos de seguimiento y control

Para gerenciar el mecanismo de pago, se proponen indicadores financieros desagregados por los planes de atención del PAIEC como herramientas que permiten medir el desempeño financiero, evaluar la eficiencia en el uso de los recursos, el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en el contrato, y la rentabilidad del servicio prestado. Estos indicadores incluyen: Costo promedio per cápita PGP, resultado financiero contrato PGP, rentabilidad contrato PGP, frecuencia de uso PGP, coherencia de los laboratorios por frecuencia de uso PGP, % de consumo del costo por pacientes nuevos y % de consumo del costo por exámenes no convenidos en nota técnica (Ver ficha técnica indicadores en Anexo 11 a 18).

6. Discusión

Este contrato representa un porcentaje significativo del 34,43% de los ingresos del laboratorio clínico y las ineficiencias operativas del mismo es del 13,51%, por lo que resulta crucial identificar su naturaleza y eficiencia operativa. De acuerdo con Castaño et al. (2017) en su libro “*Mecanismos de pago en salud*”, se trata de un “Pago por componente global - PGP por apoyo diagnóstico”, lo cual concuerda con nuestro análisis teórico. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, en la práctica, los mecanismos de pago se combinan de varias formas variadas y con detalles específicos que afectan la transferencia de recursos entre quienes pagan y quienes prestan los servicios, en relación con los costos médicos, riesgos financieros y fisiología de los mecanismos de pago.

Para entender mejor el comportamiento de este contrato, hemos analizado los excedentes de servicios realizados y su impacto financiero. Encontramos que hay una variación en la población por plan de atención, principalmente debido a una disminución del 66,55% de pacientes no asignados a un plan de atención específico en el periodo final en comparación con el periodo inicial. Además, identificamos pacientes que pertenecen a más de un programa debido a sus diagnósticos y comorbilidades, lo cual puede generar un mayor ordenamiento de laboratorios respecto y un mayor consumo y variación en las frecuencias estimadas. Al calcular el número de laboratorios por plan de atención, es necesario considerar no solo las frecuencias de cada plan de atención, sino también las complicaciones que puedan generar demandas adicionales, como pacientes que aún no pertenecen a ningún grupo del PAIEC o diagnósticos tardíos por parte de la I.P.S., que se reflejan en un mayor ordenamiento de exámenes.

El análisis también mostró que aproximadamente el 80% de pacientes, cantidad de atenciones y el costo de atención del PAEIC tienen enfermedad renal crónica, lo que indica la importancia de una gestión adecuada de este plan de atención para un uso óptimo de los recursos y una mayor eficiencia. Hay correlación proporcional entre los estadios de enfermedad renal crónica y la participación acumulada en términos de cantidad de pacientes, frecuencia de atenciones y los costos.

Además, durante el periodo de análisis, se encontró que el 0,70% de los exámenes procesados no están incluidos en el convenio y que el servicio de laboratorio clínico se prestó a un 7,58% de la población convenida (n:13352 - N:176056). Sin embargo, el 61,9% de los pacientes atendidos pertenecen a una población nueva no asignada en el convenio contractual. La

frecuencia de esta población está relacionada con el riesgo primario, lo que representa un aumento del 58,4% respecto al costo inicial. Si se hubieran implementado controles, se podrían haber optimizado \$2,101,556,070.

En cuanto al consumo per cápita del gasto, se observa que se distribuye de manera desigual, siendo \$253.903 para pacientes nuevos y \$294.546 para población asignada. A pesar de que la población nueva es mayor que la población asignada, esta última consume menos per cápita a pesar de que el tiempo de exposición fue similar para todos los pacientes, dado que todos los meses se identifican pacientes nuevos de manera proporcional.

En consecuencia, se podría inferir que el laboratorio no está gestionando adecuadamente el riesgo, enfocándose únicamente en brindar atención humanizada, resultados oportunos y confiables, y verificando si la facturación se encuentra por encima o por debajo del valor fijo establecido en el contrato.

Es posible que se haya subestimado la frecuencia del consumo de los pacientes frente a un modelo de atención apropiado, calculando una frecuencia por debajo de lo que se requiere. Esto es un problema de agencia que se puede presentar al inicio de la definición de la nota técnica, donde se estima que el cliente muestra frecuencias más bajas para reducir los costos y logrando una negociación más baja. Sin embargo, cuando el laboratorio conoce el consumo real, debe solicitar ajustes en el contrato. No es solo un problema de caja, sino también un problema de costos de operación, lo que genera una pérdida de utilidad al consumir más recursos de lo que se pagan.

Además, no se cuenta el enfoque¹⁴, implementación¹⁵ y resultados¹⁶ como controles desde el laboratorio para minimizar las brechas de consumo (Ministerio de la Protección Social, 2008), lo que genera un déficit financiero por actividades no remuneradas. En este sentido, no es justo que el laboratorio asuma todo el riesgo primario y asuma todas las pérdidas. Sería más adecuado distribuir el riesgo entre ambas partes y establecer, desde el contrato, la franja de riesgo y la forma de pago adicional en la que el costo de las frecuencias sea trasladado a la I.P.S en modalidad free for service cuando supere una desviación estándar. De esta manera, se pueden identificar las brechas de la negociación y buscar soluciones para minimizar los costos y maximizar la rentabilidad.

Las ineficiencias en los procesos no son exclusivamente de una persona, sino que también se deben a la falta de controles adecuados, de capacitación y entrenamiento para adquirir competencias necesarias.

En este sentido, para lograr la mejora continua, se propone un modelo de gestión del contrato de pago global prospectivo por componente, basado en la nota técnica, con un sistema de seguimiento y monitoreo de las frecuencias de plan de atención y el estadio de enfermedad. Además, resulta importante comparar la relación contractual actual con otras opciones disponibles, para identificar las frecuencias esperadas y evaluar si existen alternativas que mejoren la eficiencia del laboratorio.

¹⁴ Evidenciar las directrices, métodos y procesos que la organización utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema que se está evaluando.

¹⁵ Identificar como en la aplicación del enfoque, se hace evidente su alcance y extensión dentro de la organización para los diferentes grupos de interés (los clientes).

¹⁶ Evidencias de los logros y efectos de la aplicación del enfoque, se da en características (cualitativo) y en indicadores, datos (cuantitativo).

Cabe mencionar que el laboratorio no es responsable de la inducción de la demanda, ya que solo toma el examen y no genera la orden la solicitud. Sin embargo, el sistema de información que interopera entre el laboratorio y la I.P.S requiere que el médico ordenante se dé cuenta en tiempo real de la no pertinencia de las solicitudes, para tomar conciencia del efecto de la inducción de la demanda y justificar los ordenamientos adicionales.

Para implementar este modelo en futuros contratos, se sugiere iniciar las actividades de gestión de la demanda al menos 60 días antes del inicio del proceso, ya que este tiempo es necesario para reaccionar a las intervenciones de charlas y capacitaciones de uso racional, y para respetar los tiempos de vigencia de los ordenamientos previos que, por lo general, afectan el mecanismo de contratación en sus primeros meses de operación.

La discusión presentada aborda la propuesta de un modelo de gestión de contrato de pago global prospectivo por componente, en el cual se establece la importancia de la gestión de la demanda para mejora continua de los procesos y la eficiencia del laboratorio.

En cuanto a la implementación del modelo propuesto, se sugiere la realización de reuniones de seguimiento previamente pactadas entre las partes, en las cuales se ajuste la nota técnica en función de las evaluaciones de seguimiento del contrato. Se recomienda realizar monitoreo mensual y calibración trimestral, lo que implica que el contrato es estático y que varía únicamente la nota técnica.

Asimismo, se plantean algunas consideraciones que deben tenerse en cuenta desde la firma del contrato, como el pactar un seguimiento, analizar desviaciones para los servicios y tecnologías según población, considerar incentivos y alcances de transferencia de riesgo y usar el monitoreo como guía para la gestión del riesgo, optimizando los recursos según las frecuencias por cada estadio de los programas.

Se propone también la implementación del pronto pago desde el contrato, con el objetivo de mejorar la liquidez del laboratorio y la relación con los proveedores, ofreciendo un porcentaje de descuento a la I.P.S si liquida el pago completo antes del vencimiento del pago de la operación.

Además, se sugiere realizar un análisis de frecuencias de uso para comparar la nota técnica del contrato con lo realmente ejecutado, lo que permitirá identificar el origen del déficit financiero por cada plan de atención y establecer controles más específicos. En este sentido, se destaca la importancia de determinar el monto presupuestal de gasto por cada plan de atención del PAIEC para generar controles más específicos.

7. Conclusiones

La gestión es asumir la responsabilidad sobre el manejo de los recursos para obtener equilibrio financiero con base en unos resultados previstos. La responsabilidad del laboratorio no está enfocada al resultado de la condición de salud del paciente; si no en asegurar la accesibilidad de la prestación de servicio con enfoque a la eficiencia de la operacional, por lo tanto, este un modelo de eficiencia más no de efectividad. En concordancia con los resultados obtenidos durante la investigación y abordaje de los objetivos propuestos, resaltamos las siguientes conclusiones:

1. El mecanismo de pago denominado “Pago Fijo Global Prospectivo” en realidad es un “Pago por componente global - PGP por apoyo diagnóstico (laboratorio)”, lo que ha generado falta de claridad entre los agentes (Laboratorio e I.P.S). Para solucionar esto, se sugiere que el laboratorio se centre en conocer muy bien el Programa de Atención Integral en Enfermedades Crónicas (PAIEC) y ajustar la nota técnica específicamente para cada plan de atención. El modelo de contratación sugiere al laboratorio que la prioridad no es aumentar las ventas o ingresos, sino maximizar su margen logrando un equilibrio entre la eficiencia y la calidad de los servicios prestados.
2. El contrato en cuestión tiene una gran relevancia para el laboratorio clínico, representando el 34,43% de sus ingresos. Sin embargo, también se ha identificado que existe una operación deficitaria que ha generado una ineficiencia del 13,51% (\$435.160.135), el cual al llevarlo a la contabilidad se convierte en un gasto que

representa el 43,48% de los gastos totales y frente al EBIT percibido representó un 27,90%. Esto se debe a que el laboratorio ha ejecutado más actividades de las planteadas inicialmente para asegurar la accesibilidad a los usuarios, aumentando así el costo. La causa de este problema no es la transferencia del riesgo financiero, sino la distribución del gasto.

3. Se identificaron dos tipos de fallas que afectan la gestión del contrato: las fallas de la contratación y las fallas de la gestión. Las fallas de la contratación se deben a una subestimación de la frecuencia y pueden solucionarse mediante una organización adecuada de los procesos, el seguimiento al acuerdo de voluntades y la renegociación del contrato para obtener una nota técnica adecuada para el laboratorio. Por otro lado, las fallas de la gestión pueden abordarse mediante la gestión clínica desde el laboratorio, estableciendo alertas para la actualización de valor por paciente, monitoreando y controlando los resultados financieros. Es importante identificar pacientes de alto consumo, establecer una guía para los exámenes pertinentes y gestionar el riesgo de no pago para mejorar el control de costos y asegurar una operación rentable del laboratorio.

La operación deficitaria indica la necesidad de implementar el modelo de gestión del mecanismo de pago propuesto. Por lo tanto, se recomienda su adopción como una medida efectiva para contener el gasto y mejorar la utilidad del laboratorio, generando una operación más costo-eficiente, lo que resultaría en una mayor rentabilidad y la generación

de puntos de utilidad necesarios para mantenerse competitivo en el mercado de servicios de salud.

8. Referencias bibliográficas

Acevedo et al. (2015). *Propuesta de un modelo financiero para aplicar al sector salud en Costa Rica..* (Tesis de maestría). Instituto tecnológico de Costa Rica, Costa Rica.
https://repositoriotec.tec.ac.cr/bitstream/handle/2238/6042/modelo_financiero_sector_saludCR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Álvarez, B., Bellisé, L. y Lobo, F. (2000). Sistema de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 55-70.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8796/3004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Arango, L.J., Rodríguez, C.I. y López, R. (2010). Cálculo de los costos de calidad y no calidad en empresas de salud y creación de un sistema de medición. *Revista Cife* 16.
<http://revistas.usta.edu.co/index.php/cife/article/view/780>

Areiza, Florez y Perez. (2016). Costos de no calidad relacionados con incidentes, eventos adversos y productos no conformes internos en el laboratorio clínico prolab s.a.s durante el primer semestre de 2016. (Tesis de especialización). Universidad Ces, Colombia.

<http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/373/1/Costos%20no%20Calidad%20Laboratorio%20CI%C3%ADnico.pdf>

Basto, F. y López, V.L. (2019). *Posibles riesgos de implementar el modelo de contratación (PGP) en entidades del sector salud de la ciudad de Popayán*. (Tesis de Especialización, Universidad Católica de Manizales). <https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/2433/1/Fernanda%20Basto%20N%C3%BA%C3%B1ez.pdf>.

Castaño, R.A., López, A., Marín, F.R., Moreno, D. y Prada, S.I. (2021). *Modalidades prospectivas de pago en salud: Una propuesta de taxonomía*. Cali: Proesa – Universidad Icesi.
<https://www.icesi.edu.co/proesa/images/publicaciones/documentos-de-trabajo/proesa-dt-221.pdf>.

Cuenta de Alto Costo (CAC) (2022). *Quiénes somos*. Ministerio de Salud y Protección Social – Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
<https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/>.

Deming, W.E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad: La salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos.
https://gestionempresarialuts.files.wordpress.com/2014/08/calidad_productividad_y_competitividad_la_salida_de_la_crisis_17_to_131.pdf.

Díaz, C.A. (2020). Lean Healthcare. Desperdicios en los procesos Lean. *Gestión y Economía de la Salud: Blog de WordPress.com*.
<https://saludbydiaz.com/2020/01/06/lean-healthcare-desperdicios-en-los-procesos-lean/>.

González, A.A. (2017). *Comparación de sistemas de pago convenido en los costos de la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios*. (Tesis Maestría, Universidad del Rosario).
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/12b0ccd8-6475-411e-9872-0c4151ebe155/content>.

Kerguelén, C.A. (2008). *Calidad en salud en Colombia: Los principios*. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud: Ministerio de la Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/calidad-salud-colombia-principios-2008-pars.pdf>

Maquilón, D.C. y González, L.S. (2020). Análisis de las distintas formas de contratación en una I.P.S de alta complejidad. (Tesis de Especialización, Universidad de Antioquia).
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16458/1/GonzalezLiny_2020_ContratoAuditoriaI.P.S.pdf.

Mieres, G. y Zollazzo, A. (1996). Medidas de contención de costos en el ámbito de una institución de asistencia médica colectiva. *Rev Med Uruguay*. 12(3), 203-214.
<https://www.rmu.org.uy/revista/1996v3/art5.pdf>.

Ministerio de la Protección social (2006). Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf

Ministerio de la Protección social (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2008). Manual de estándares de acreditación para las directrices territoriales de salud.
<https://www.acreditacionensalud.org.co//wp-content/uploads/2020/07/Res-3960-Manual-7.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Decreto 441. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20441%20de%202022.pdf.

Osorio (2020). *Construcción y aplicación de una herramienta para auditoría de contratos de pago global prospectivo*. <file:///C:/Users/Home/Downloads/T02076.pdf>

Petenate, A. (2018). *Reducción de desperdicio en salud: Claves para lograrlo*. [Diapositivas Power Point].
http://www.sadamweb.com.ar/news/2018_10Octubre/Reduccion_de_Desperdicio-Dr-Petenate.pdf.

Porter, M. & Lee, T.H. (2013). *The Strategy That Will Fix Health Care*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>.

Promedico en Línea (2022). *La operación del contrato PGP y su nota técnica Dr. Cesar Augusto Arias [Archivo de Video]*. <https://www.youtube.com/watch?v=cwMJxscsvTE>.

Vivas, M.A. (2021). *Reglamentación para acuerdos de voluntades entre entidades responsables de pago y prestadores*.
<https://consultorsalud.com/reglamentacion-para-acuerdos-de-voluntades-entre-entidades-responsables-de-pago-y-prestadores/>

9. Anexos

Anexo No 1. Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (PAIEC)

Los estilos de vida desarrollados en las últimas décadas han ocasionado cambios notables tanto a nivel demográfico como epidemiológico. En este último aspecto, las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles, tales como la Hipertensión arterial, diabetes mellitus, Enfermedad Renal Crónica (ERC), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Artritis reumatoidea (AR) representan en la actualidad la mayor carga de enfermedad en nuestro país y en el mundo. Un alto porcentaje de estas enfermedades pueden prevenirse con la promoción de hábitos de vida más saludables, lo cual permite orientar esfuerzos y recursos disponibles. Una I.P.S cliente del Laboratorio, implementó el Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (PAIEC) ambulatorio para pacientes mayores de 18 años desde la valoración inicial, diagnóstico y plan de manejo; donde aborda al paciente desde sus aspectos biopsicosociales teniendo en cuenta un enfoque interdisciplinario basado en las buenas prácticas de atención y políticas de seguridad del paciente.

Durante la misma, la I.P.S realiza la valoración específica del problema que aqueja al paciente y busca además factores de riesgo que puedan afectar la salud del usuario en el corto, mediano y largo plazo; brindando el servicio conforme Protocolos y Guías Médicas de Atención. Razón por la cual, el Laboratorio clínico se convierte en un aliado estratégico en pro de la búsqueda de diagnósticos oportunos y confiables de la población del programa.

Anexo No 2. Nota técnica

CUPS	DESCRIPCIÓN	TARIFA	Cantidad al año	Ingreso al Programa		Frecuencia		PATOLOGÍA QUE ATIENDE
				Aplica	Cantidad	ANL - ANUAL // NA - NO APLICA // SMES - SEMESTRAL // TMES - TRIMESTRAL	Unidad	
903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	\$26,215.00	1	NA	NA	NA	0.2	3
903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$2,486.00	1	NA	NA	ANL	1	4
903804	ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS	\$2,254.00	1	SI	1	ANL	0.77	3
903803	ALBÚMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$2,235.00	1	NA	NA	ANL	0.77	3
903866	ALT- ALANINO AMINOTRANSFERASA	\$3,398.00	4	SI	1	TMES	0,3	3
906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	\$31,954.00	1	NA	NA	ANL	0,35	4
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	\$3,769.00	1	SI	1	SMES	0,1	3
903604	CALCIO	\$26,156.00	1 A 4	SI	1	ANL	0,77	3
906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	\$47,000.00	1	SI	1	ANL	39	1
P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	\$24,540.00	4	SI	3	TMES	0,77	3
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]		2	SI	1	ANL	1	4
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO (LDL)	\$4,136.00	2	SI	1	ANL	1	4
903818	COLESTEROL TOTAL	\$3,311.00	2	SI	1	ANL	1	4
903823	CREATININA DEPURACION	\$5,299.00	1	NA	NA	ANL	0,77	3
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$2,321.00	4	SI	3	TMES	1	4
903838	DESHIDROGENASA LÁCTICA	\$4,313.00	1	SI	1	SMES	0,1	3
898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ESPUTO)	\$33,800	1	NA	1	ANL	0,25	2
906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	\$30,510.00	1	SI	1	ANL	39	1
903016	FERRITINA +	\$16,145.00	1	NA	NA	NA	0,4	3
903833	FOSFATASA ALCALINA	\$2,854.00	1	SI	1	SMES	0,1	3
903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$2,925.00	1 A 4	SI	1	NA	0,77	3
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	\$12,690.00	1	NA	0	ANL	0,2	2
903841	GLUCOSA EN SUERO - LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	\$2,321.00	4	SI	1	ANL	1	4
902213	HEMOGLOBINA	\$1,485.00	1 A 12	NA	NA	MES	0,3	3
903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	\$21,372.00	4	SI	1	TMES	0,5	3
902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA - HEMATOCRITO - RECUENTO DE ERITROCITOS - INDICES ERITROCITARIOS - LEUCOGRAMA - RECUENTO DE PLAQUETAS - INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO	\$8,261.00	4	SI	1	ANL	1	4
903846	HIERRO TOTAL +	\$12,915.00	1	NA	NA	NA	0,4	3
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	\$17,993.00	1	NA	NA	NA	0,65	4
904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	\$39,964.00	1 A 4	SI	1	NA	0,77	3

903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	\$37,320.00	1	NA	NA	NA	0,3	2
903856	NITROGENO UREICO [BUN] +	\$2,749.00	1	NA	NA	ANL	0,77	3
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$6,278.00	4	NA	NA	TRIM	0,77	3
906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	\$11,561.00	4	SI	1	TMES	1	4
903862	PROTEÍNAS EN ORINA 24 HS	\$2,321.00	1	NA	NA	ANL	0,77	3
906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	\$4,684.00	1	NA	NA	NA	0,1	3
P0000775	PRUEBA RAPIDA DE VIH TERCERA GENERACIÓN	\$23,117.00	1	SI	1	SMES	0,5	4
902223	RECuento DE RETICULOCITOS MÉTODO MANUAL	\$2,243.00	1	SI	1	SMES	0,25	3
907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	\$9,904.00	1	SI	1	SMES	0,3	4
903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA INCLUYE : DETERMINACIÓN DE HIERRO SÉRICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO	\$22,819.00	1	NA	NA	NA	0,4	3
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	\$4,470.00	1	NA	NA	NA	0,35	3
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	\$5,636.00	1	NA	NA	NA	0,3	3
904921	TIROXINA LIBRE	\$15,935.00	1	NA	NA	NA	0,1	3
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	\$3,398.00	1	NA	NA	TMES	0,4	3
903868	TRIGLICÉRIDOS +	\$3,878.00	2	SI	1	ANL	1	4
860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	\$38,000.00	1	SI	1	ANL	0,2	2 Y 3
907106	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +	\$2,839.00	1	SI	1	SMES	1	4
902204	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN CORPUSCULAR // ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	\$1,080.00	1	SI	1	ANL	39	1
903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	\$24,510.00	1	NA	NA	NA	0,2	3
903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2 - D3] [CALCIFEROL]	\$45,585.00	1	SI	1	SMES	0,35	4

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 3. Plan de atención PAIEC (Cantidad y frecuencia de laboratorio de acuerdo a cada estadio de los programas)

DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA EXÁMENES / AÑO											
	1 Y 2 RCV Y ERC: RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA				3. AR: ARTRITIS REUMATOIDEA				4. EPOC: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA			
	Alto RCV Estadio 1-2 ERC Sin ERC	Alto RCV Estadio 3 ERC	Alto RCV Estadio 4 ERC	Muy Alto RCV Estadio 5 ERC	TAMIZ AJE	PRIMER A VEZ	CONTROL TRIMESTRA L	INICIO O CAMBIO DE BIOLÓGICO	Paciente GRUPO A	Paciente GRUPO B	Paciente GRUPO C	Paciente GRUPO D
ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	0	0	0	0								
ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	1	1	1								
ALBÚMINA EN ORINA DE 24 HORAS	0	0	0	0								
ALBÚMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0	1	2	4								
ALT- ALANINO AMINOTRANSFERASA	1	1	1	1	0	1	1, son 3 al año	0				
ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	1	1	1								
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	0	0	0	0								
CALCIO	0	1	2	4								
CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO]												
COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	3	1	1	1	1	0	0	0				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	1	1	1	1								
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO (LDL)	1	1	1	1								
COLESTEROL TOTAL	1	1	1	1								
CREATININA DEPURACION	0	0	0	0								
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	4	6	12	1	1	1	0				
DESHIDROGENASA LÁCTICA	0	0	0	0								
ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA												
FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO					1	0	0	0				
FERRITINA +	0	0	0	0								
FOSFATASA ALCALINA	0	0	0	0								
FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0	1	2	4								
GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)									0	1	1	1
GLUCOSA EN SUERO - LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	1	1	1	0	1	1	0				
HEMOGLOBINA	0	0	0	11								
HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	4	4	4	4								
HEMOGRAMA IV	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
HIERRO TOTAL +	0	0	0	0								
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	0	0	0	0								
HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	0	1	2	4								

MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA												
NITROGENO UREICO [BUN] +	0	0	0	1								
POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		4	4	4								
PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	4	4	4	4	1	1	1	0				
PROTEÍNAS EN ORINA 24 HS	0	0	0	0								
PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	0	0	0	0								
PRUEBA RAPIDA DE VIH TERCERA GENERACIÓN	0	0	0	0								
RECuento DE RETICULOCITOS MÉTODO MANUAL	0	0	0	0								
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	3	3	3	3								
SATURACIÓN DE TRANSFERRINA INCLUYE : DETERMINACIÓN DE HIERRO SÉRICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO	0	0	0	0								
SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0	0	0	0								
TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	0	0	0	0								
TIROXINA LIBRE	0	0	0	0								
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	0	0	0	0	0	1	1	0				
TRIGLICÉRIDOS +	1	1	1	1								
TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	0	0	0	0	0	0	0	1				
UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +	1	1	1	1	1	1	1	0				
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN CORPUSCULAR					1	1	1	0				
VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	0	0	0	0								
VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2 - D3] [CALCIFEROL]	0	0	0	0								

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 4. Ineficiencia según PACOS (Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad, Seguridad)

	Evento adverso	Incidente	Producto No conforme	Suma total
Accesibilidad	0.0%	16.2%	99.9%	92.5%
Oportunidad	0.0%	10.8%	0.1%	1.0%
Seguridad	100.0%	73.0%	0.1%	6.5%

Evento adverso	Incidente	Producto No conforme	Suma total
0.2%	8.7%	91.2%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 5. Volumen y variación Exámenes no reconocidos Vs exámenes procesados

	No. Exámenes no reconocidos	No. Exámenes procesados	% Participación	Variación de la participación
1 Bimestre 2022	473	41659	1.14%	
2 Bimestre 2022	341	36595	0.93%	-18%
3 Bimestre 2022	595	42699	1.39%	50%
4 Bimestre 2022	764	110674	0.69%	-50%
5 Bimestre 2022	1092	67289	1.62%	135%
6 Bimestre 2022	1380	42954	3.21%	98%
1 Bimestre 2023	1334	43882	3.04%	-5%
TOTAL	5979	385752	1.55%	

Variación % VOLUMEN	1 Bi - 2 Bi 2022	2 Bi - 3 Bi 2022	3 Bi - 4 Bi 2022	4 Bi - 5 Bi 2022	5 Bi - 6 Bi 2022	6 Bi 2022 - 1 Bi 2023
Exámenes no reconocidos	-28%	74%	28%	43%	26%	-3%
Exámenes procesados	-12%	17%	159%	-39%	-36%	2%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 6. Costo exámenes no reconocidos Vs ingreso ventas

	Costo ineficiencia	Ingreso ventas	% Participación
1 Bimestre 2022	-\$1,116,521	\$400,000,000	-0.28%
2 Bimestre 2022	\$48,936,427	\$400,000,000	12.23%
3 Bimestre 2022	-\$50,458,448	\$400,000,000	-12.61%
4 Bimestre 2022	-\$588,608,253	\$400,000,000	-147.15%
5 Bimestre 2022	\$79,936,366	\$708,052,556	11.29%
6 Bimestre 2022	\$46,532,496	\$456,105,112	10.20%
1 Bimestre 2023	\$29,617,798	\$456,105,112	6.49%
TOTAL	\$435,160,135	\$3,220,262,780	13.51%

Variación % COSTO	1 Bi - 2 Bi 2022	2 Bi - 3 Bi 2022	3 Bi - 4 Bi 2022	4 Bi - 5 Bi 2022	5 Bi - 6 Bi 2022	6 Bi 2022 - 1 Bi 2023
Exámenes no reconocidos	-32%	120%	-18%	61%	39%	-3%
Ingreso ventas	0%	0%	0%	77%	-36%	0%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 7. % de participación de la ineficiencia según el EBIT

EBIT	\$1,000,892,563	Gastos totales	\$1,559,504,876
Ineficiencia	\$435,160,135	Ineficiencia	\$435,160,135
Gasto fallas /EBIT	43.48%	Gasto fallas / Gastos totales	27.90%

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 8. Ineficiencia, Cantidad y % de participación acumulada

Falla	Cant.	% Participación cant. acumulada
ACC. Frecuencia no pertinente según anexo técnico	5463	91.22%
SEG. Identificación incorrecta	108	93.02%
SEG. Falla venopunción	80	94.36%
SEG. Ingreso de exámenes no solicitados o no autorizados o mal ingresados	49	95.17%
SEG: Error en la remisión de muestra	33	95.73%
SEG. Muestra hemolizada/coagulada	31	96.24%
SEG. Confiabilidad del resultado	30	96.74%
OPO. No envió/registro de información / información errada	15	96.99%
OPO. Muestra no remitida	14	97.23%
ACC. Paciente no cumple requisitos para la toma de la muestra	14	97.46%
ACC. Error en el ordenamiento	13	97.68%
OPO. Resultado no migra/ es inoportuno en la Interfaz cliente	12	97.88%
SEG. Muestra recolectada en tubo inapropiado	11	98.06%
SEG. Reporte en plantilla errada	9	98.21%
SEG. Examen incorrecto	9	98.36%
SEG. Complicación post toma	9	98.51%
OPO. Retraso en la entrega de resultados	9	98.66%
ACC. Muestra no tomada	9	98.81%
SEG. Error en el diligenciamiento del consentimiento informado /Ficha epidemiológica	8	98.95%
ACC. Retraso en admisión	8	99.08%
ACC. Ordenamiento no autorizado por eps	7	99.20%
OPO. Falla con el equipo biomédico	6	99.30%
ACC. No cumple con requisitos de documentación	5	99.38%
ACC. Muestra no cumple con los requisitos de transporte	5	99.47%
ACC. EXÁMENES NO SE PROCESA (No lo realiza el laboratorio, examen no incluido en el convenio)	5	99.55%
SEG. Muestras descartadas sin revisar	4	99.62%
ACC. Error en la parametrización del anexo técnico en el sistema de información	4	99.68%
SEG. No existe correlación clínica frente a histórico	3	99.73%
SEG. Muestra extraviada	3	99.78%
SEG: No adherencia a protocolo Bioseguridad	3	99.83%
OPO. Retraso en la atención	3	99.88%
ACC. Exámenes sin ingresar	2	99.92%
HUM. Calidad del contacto de quien le atiende	1	99.93%
ACC. Paciente no accede al servicio por voluntad propia	1	99.95%
ACC. Orden vencida	1	99.97%
ACC. No programación de ruta extramural/Domicilio	1	99.98%
ACC. No accede al servicio por falta de insumos necesarios	1	100.00%
Suma total	5989	

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 9. Ineficiencia, Costo y % de participación acumulada

Falla	Costo	% Participación cant. acumulada
ACC. Frecuencia no pertinente según anexo técnico	\$54,681,974	92.61%
SEG. Identificación incorrecta	\$1,032,488	1.75%
SEG: Error en la remisión de muestra	\$465,916	0.79%
SEG. Ingreso de exámenes no solicitados o no autorizados o mal ingresados	\$370,144	0.63%
ACC. Paciente no cumple requisitos para la toma de la muestra	\$272,558	0.46%
SEG. Muestra hemolizada/coagulada	\$248,075	0.42%
SEG. Error en el diligenciamiento del consentimiento informado /Ficha epidemiológica	\$228,238	0.39%
SEG. Confiabilidad del resultado	\$193,357	0.33%
SEG. Falla venopunción	\$185,680	0.31%
OPO. Resultado no migra/ es inoportuno en la Interfaz cliente	\$160,381	0.27%
SEG. Complicación post toma	\$156,449	0.26%
OPO. No envío/registro de información / información errada	\$129,416	0.22%
OPO. Muestra no remitida	\$127,116	0.22%
ACC. Error en el ordenamiento	\$114,528	0.19%
SEG. Examen incorrecto	\$94,245	0.16%
ACC. Muestra no tomada	\$73,066	0.12%
ACC. Muestra no cumple con los requisitos de transporte	\$57,575	0.10%
ACC. EXÁMENES NO SE PROCESA (No lo realiza el laboratorio, examen no incluido en el convenio)	\$56,933	0.10%
ACC. Retraso en admisión	\$55,324	0.09%
SEG. Muestras descartadas sin revisar	\$54,541	0.09%
SEG. Muestra extraviada	\$45,230	0.08%
SEG. Muestra recolectada en tubo inapropiado	\$42,921	0.07%
OPO. Falla con el equipo biomédico	\$37,270	0.06%
SEG. Reporte en plantilla errada	\$28,968	0.05%
ACC. Ordenamiento no autorizado por eps	\$27,302	0.05%
OPO. Retraso en la entrega de resultados	\$25,671	0.04%
ACC. No cumple con requisitos de documentación	\$18,697	0.03%
SEG. No existe correlación clínica frente a histórico	\$11,910	0.02%
OPO. Retraso en la atención	\$11,085	0.02%
ACC. Error en la parametrización del anexo técnico en el sistema de información	\$9,449	0.02%
SEG: No adherencia a protocolo Bioseguridad	\$7,953	0.01%
HUM. Calidad del contacto de quien le atiende	\$6,278	0.01%
ACC. Exámenes sin ingresar	\$4,972	0.01%
ACC. No accede al servicio por falta de insumos necesarios	\$2,486	0.00%
ACC. Paciente no accede al servicio por voluntad propia	\$2,321	0.00%
ACC. Orden vencida	\$2,321	0.00%
ACC. No programación de ruta extramural/Domicilio	\$2,321	0.00%
Suma total	\$59,045,159	

Fuente: Elaboración propia, información suministrada por el laboratorio

Anexo No 10. Pagos Prospectivos: Criterios y sus definiciones

		Individuales	Globales
Integran el ciclo de atención	De episodios	<ul style="list-style-type: none"> ● PI por Episodio ● PI por especialidad ● PI por nivel de complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● PGP por Episodio ● PGP por especialidad ● PGP por nivel de complejidad
	De condiciones crónicas	<ul style="list-style-type: none"> ● PI por Grupo de Riesgo ● PI por especialidad ● PI por nivel de complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● PGP por Grupo de Riesgo ● PGP por especialidad ● PGP por nivel de complejidad
No Integran el ciclo de atención	Pagos por componente del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ● PI por Consulta de especialista ● PI por Apoyos Diagnósticos ● PI por Procesos Diagnósticos ● PI por Escenario de Atención ● PI por Medicamentos ● Otros 	<ul style="list-style-type: none"> ● PGP por Consulta de especialista ● PGP por Apoyos Diagnósticos ● PGP por Procesos Diagnósticos ● PGP por Escenario de Atención ● PGP por Medicamentos ● Otros

Fuente: Castaño, López, Marín, Moreano & Prada (2021). Modalidades prospectivas de pago en salud: Una propuesta de taxonomía.

Anexo No 11. Ficha indicador: Costo promedio per cápita PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR: Costo promedio per cápita PGP								
OBJETIVO	Medir el costo promedio por persona de los exámenes de laboratorio cubiertos por el contrato y compararlo respecto al valor asignado per cápita.							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
	x							
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Pesos (\$)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Disminución		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Costo atención total de pacientes atendidos (n) del contrato				Número total de pacientes expuestos en el contrato (N)			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Estructura de costos e informe de productividad del sistema de información				Informe de productividad del sistema de información			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información.						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 12. Ficha indicador: Resultado financiero contrato PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR: Resultado financiero contrato PGP								
OBJETIVO	Medir la eficiencia financiera en la ejecución del contrato PGP, a partir de la evaluación de los ingresos obtenidos son suficientes para cubrir los costos.							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
	x							
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Pesos (\$)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Aumentar		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Ingresos totales del contrato - Costo atención total de pacientes atendidos (n) del contrato							
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe facturación y estructura de costos							
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información.						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 13. Ficha indicador: Rentabilidad contrato PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR: Rentabilidad contrato PGP								
OBJETIVO	Medir la relación entre los ingresos y los costos generados por el contrato, con el fin de evaluar su rentabilidad económica como resultado de la operación							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
	x							
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Aumentar		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Ingresos totales del contrato - Costo atención total de pacientes atendidos (n) del contrato				Costo atención total de pacientes atendidos (n) del contrato			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe facturación y estructura de costos				Informe facturación			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información.						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 14. Ficha indicador: Frecuencia de uso PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR: Frecuencia de uso PGP								
OBJETIVO	Medir la cantidad de exámenes de laboratorio realizados en relación con el número total de personas expuestas (N) del contrato PGP							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
			X					X
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Disminución		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número de exámenes de laboratorio realizados				Número total de personas expuestas (N)			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe de productividad del sistema de información				Nota técnica			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 15. Ficha indicador: Uso PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR: Uso PGP								
OBJETIVO	Medir la cantidad de exámenes de laboratorio realizados en relación con el número de pacientes atendidos (n) del contrato PGP							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
			X					X
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Disminución		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número de exámenes de laboratorio realizados				Número total de pacientes atendidos (n)			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe de productividad del sistema de información				Informe de productividad del sistema de información			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 16. Ficha indicador: Coherencia de los laboratorios por frecuencia de uso PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL INDICADOR: Coherencia de los laboratorios por frecuencia de uso PGP								
OBJETIVO	Medir la coherencia del ordenamiento de los exámenes de laboratorio, según la frecuencia de uso establecida en la nota técnica del contrato.							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
			X					X
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Aumentar		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Número de exámenes de laboratorio realizados pertinentes de acuerdo a frecuencia de uso de la nota técnica				Número total de exámenes de laboratorio definidos en la nota técnica			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informe de productividad del sistema de información y nota técnica				Informe de productividad del sistema de información			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC, y análisis de pertinencia en cuanto a frecuencia y exámenes convenidos en nota técnica							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información.						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 17. Ficha indicador: % Consumo del costo por pacientes nuevos PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR:								
OBJETIVO	Medir la proporción del costo total del contrato de PGP que es atribuible a pacientes nuevos en comparación con pacientes convenidos en nota técnica							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
	x							
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Disminución		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Costo atención pacientes nuevos				Costo total de laboratorios realizados			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Estructura de costos e informe de productividad del sistema de información				Estructura de costos e informe de productividad del sistema de información			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Realizar comparaciones de contratos similares en otros laboratorios clínicos para validar los resultados obtenidos		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información.						RESP. Y FRECUENCIA	Coord., Calidad cada tres meses	
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia

Anexo No 18. Ficha indicador: % Consumo del costo por exámenes no convenidos en nota técnica PGP

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN EL INDICADOR: % Consumo del costo por exámenes no convenidos en nota técnica								
OBJETIVO	Minimizar el porcentaje del costo total de los exámenes de laboratorio que no están contemplados en la nota técnica del contrato PGP							
PERSPECTIVA	Financiera	Cliente	Procesos internos	Aprendizaje y desarrollo	TIPO	Estructura	Proceso	Resultado
	x							
PROCESO	Gestión administrativa				UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje (%)		
LÍDER DEL INDICADOR	Coordinador administrativo				FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual		
COMITÉ ASOCIADO	Comité gestión de contratos				TENDENCIA	Disminuir		
MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR								
	NUMERADOR				DENOMINADOR			
FÓRMULA DE CÁLCULO	Costo de exámenes de laboratorio no convenidos en nota técnica atención pacientes nuevos				Costo total de laboratorios realizados			
FUENTE DE INFORMACIÓN	Estructura de costos e informe de productividad del sistema de información				Estructura de costos e informe de productividad del sistema de información			
COMPONENTES	El nivel de desagregación es por plan de atención del PAIEC							
GESTIÓN DEL INDICADOR					MÉTODO DE VALIDACIÓN DEL INDICADOR			
Meta	Precaución	Crítico			MÉTODO	Mediante la revisión de la nota técnica del contrato PGP y la identificación de los exámenes que no están contemplados en ella.		
Pendiente definir con una tendencia de 3 a 6 meses de información.								
BIBLIOGRAFÍA								
No aplica								

Fuente: Elaboración propia