

Determinar las causas del incremento en los costos de los servicios de las CAC (Cuentas de alto Costo) prestados a los usuarios del sistema de salud de régimen especial o de excepción en una región del territorio Nacional durante el período 2023-2024

Trabajo de grado

Informe final

LUIS CARLOS LEMUS GONZÁLEZ

Docente:

FABIAN GERARDO DIAZ GARZON

Universidad EAN, Bogotá

Especialización en auditoria de calidad en salud

2025

Tabla de contenido

	INTRODUCCION	04
1.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	05
2.	OBJETIVO GENERAL	06
2.1	Objetivos específicos	
3.	JUSTIFICACIÓN:	
4.	MARCO TEÓRICO	07
4.1	Costos en salud y sostenibilidad financiera	
4.2	Enfermedades de alto costo y su impacto presupuestal	
4.3	Tercerización de servicios y fragmentación	08
4.4	Judicialización y presión sobre el presupuesto	
4.5	Modelos de gestión y control de costos en salud	
5.	ESTADO DEL ARTE	08
6.	PANORAMA DE REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES	10
6.1	Teorías económicas y de gestión aplicadas a salud	
6.2	Modelos de análisis y gestión en salud	11
6.3	Marcos legales relevantes en Colombia	
7.	MARCO INSTITUCIONAL	12
8.	METODOLOGÍA	13
8.1	Enfoque de Investigación	
8.2	Clasificación o definición de las variables	
8.3	Población y muestra	13
9.	Selección de métodos o instrumentos para recolección de información	14

9.1	Diseño metodológico y recolección de datos.	
9.1.1	Componentes clave	15
9.1.2	Diagnóstico Situacional (DO – Desarrollo Organizacional)	
9.1.3	Rediseño de procesos críticos (Reingeniería de Procesos)	
9.1.4	Acompañamiento al cambio (Modelo de Gestión del Cambio)	
9.1.5	Evaluación de impacto (Gestión basada en resultados)	
10.	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	15
10.1	Encuesta estructurada para personal administrativo y prestadores	
10.2	Entrevista semiestructurada	16
10.3.	Encuesta para personal administrativo y prestadores de servicios.	
10.4.	Ficha de análisis documental	
11.	ALCANCE DEL ESTUDIO:	17
12.	TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	18
12.1	Revisión documental y análisis de registros contables	19
12.2.	Encuesta estructurada (cuantitativa)	
12.3.	Ficha de análisis documental	20
13.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	21
13.1.	Hallazgos clave	
13.2.	Análisis cuantitativo	22
14.	DISCUSIÓN	23
14.1.	Coherencia con el marco teórico	
14.2.	Implicaciones prácticas	
14.3.	Limitaciones y futuras líneas de investigación	24
15.	CONCLUSIÓN	25

INTRODUCCION

El presente estudio analiza el incremento en los costos asociados a la atención de enfermedades de alto costo en una región del sistema de salud con régimen especial durante los años 2023 y 2024. A través de un enfoque mixto, se aplican técnicas cuantitativas y cualitativas para identificar factores administrativos, financieros y operativos que inciden en dicho incremento, como la tercerización, la fragmentación del servicio y la judicialización de procedimientos. El diseño es no experimental, con alcance explicativo, y permite articular datos objetivos con percepciones institucionales. La triangulación metodológica fortalece la validez de los hallazgos y sustenta la formulación de estrategias orientadas a mejorar la sostenibilidad del sistema sin comprometer la calidad de la atención.

Para la interrogante de por qué la investigación se clasifica como no experimental no manipulara deliberadamente variables independientes para observar sus efectos sobre una variable dependiente. En otras palabras, no estés intervendremos directamente en el comportamiento del sistema de salud, ni modificaremos sus procesos operativos o financieros para medir resultados posteriores.

Este estudio se basará en la observación, el análisis y la recopilación de información existente, como registros contables (facturación y trazas), encuestas a personal administrativo, entrevistas a actores clave y revisión de documentos oficiales. Evaluar relaciones ya establecidas como, por ejemplo, la tercerización sin contratos que permiten la negociación de tarifas y el incremento de costos sin alterar el funcionamiento del sistema.

Este tipo de diseño es aplicable a esta investigación de tipo explicativo o analítico, especialmente por que se trabaja con poblaciones u/o entidades institucionales donde la intervención directa no es viable ni ética.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El incremento sostenido en los costos de las Cuentas de Alto Costo (CAC) del sistema de salud de régimen especial o de excepción de la región tomada como muestra tiene su origen en múltiples factores administrativos, financieros y estructurales. Entre las principales causas se encuentran el crecimiento en la demanda de atención especializada debido al envejecimiento de la población afiliada, la incorporación de tecnologías médicas avanzadas con costos elevados, la tercerización de servicios sin mecanismos óptimos de control financiero, y el impacto de la judicialización, que obliga a la cobertura de tratamientos no previstos inicialmente en el presupuesto.

Como síntomas de esta problemática, se evidencian demoras en la autorización de procedimientos, dificultades en la negociación con prestadores, sobrecostos en la contratación de servicios médicos, incremento en la deuda institucional y una percepción de deterioro en la calidad de la atención por parte de los beneficiarios. A nivel financiero, la fragmentación en la prestación de servicios ha generado que la deuda se incremente en porcentajes desproporcionados, afectando la sostenibilidad del sistema.

Si la situación persiste sin intervención, el pronóstico indica un incremento progresivo de la crisis financiera, lo que afectaría la capacidad del sistema para garantizar la continuidad de los tratamientos de alto costo y comprometería el acceso a servicios esenciales para los afiliados. Además, el desbalance entre costos y presupuesto podría generar restricciones en la cobertura de enfermedades críticas y afectar la calidad del servicio prestado.

Para controlar este pronóstico, es necesario implementar estrategias de reingeniería administrativa que optimicen la contratación de IPS, reduzcan la fragmentación de la atención y fortalezcan los mecanismos de auditoría financiera. La integración de un modelo de control de costos basado en indicadores de eficiencia, acompañado de procesos de negociación más estructurados con los prestadores de servicios, permitirá mejorar la sostenibilidad del sistema sin comprometer la atención oportuna y de calidad para los beneficiarios.

¿Cuáles son los factores administrativos, financieros y operativos que han contribuido al incremento de los costos en la prestación de servicios de salud de alto costo durante el periodo 2023–2024 de los usuarios del sistema de salud de régimen especial o de excepción en una región del territorio Nacional?

2. OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores administrativos, financieros y operativos que han contribuido al incremento de los costos en la atención de enfermedades de alto costo durante el periodo 2023–2024, con el fin de proponer estrategias que mejoren la eficiencia en la gestión y la sostenibilidad del sistema de salud evaluado.

2.1 Objetivos específicos

1. Identificar los elementos administrativos y contractuales que inciden en el aumento del gasto por tercerización de servicios de salud especializados.
2. Examinar la relación entre la judicialización de servicios y el incremento de los costos en la atención de enfermedades de alto costo.
3. Caracterizar la fragmentación en la prestación del servicio y su efecto sobre la continuidad del tratamiento y los sobrecostos institucionales.
4. Analizar la evolución del gasto en enfermedades de alto costo y su correlación con la demanda de servicios en el periodo 2023–2024.
5. Evaluar la eficiencia administrativa percibida por los actores institucionales frente a la gestión de las cuentas de alto costo.
6. Proponer estrategias de mejora que contribuyan a la sostenibilidad financiera del sistema sin afectar la calidad de la atención.

3. JUSTIFICACIÓN:

Aunque comienza con una descripción del problema, el estudio tiene un alcance explicativo, ya que busca comprender las causas del incremento en los costos, establecer relaciones causales entre variables como la judicialización, tercerización, envejecimiento

poblacional, etc; este estudio establece proponer estrategias correctivas basadas en ese análisis.

El presente estudio tiene un alcance explicativo, ya que busca identificar las causas que han generado el incremento en los costos de las Cuentas de Alto Costo (CAC) en la población de el régimen especial o de excepción, durante el período 2023–2024. A través del análisis de variables económicas, administrativas y demográficas, se pretende establecer relaciones causales entre elementos como la tercerización de servicios, la judicialización de tratamientos, la fragmentación en la atención y la gestión de recursos.

De manera complementaria, el estudio también incluye un alcance descriptivo, al caracterizar el comportamiento histórico de los costos, la estructura organizativa de la regional y el perfil de la población beneficiaria. Así mismo, tiene un componente analítico, pues compara información cuantitativa institucional con percepciones cualitativas extraídas de encuestas y entrevistas, generando una comprensión integral del fenómeno.

Este enfoque permitirá fundamentar propuestas de mejora orientadas a la sostenibilidad del sistema, sin afectar la calidad ni la oportunidad en la atención de los beneficiarios que padecen enfermedades de alto costo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Costos en salud y sostenibilidad financiera

Los costos en salud han aumentado por factores como el envejecimiento poblacional, la expansión tecnológica y la judicialización de servicios. Este incremento no siempre se traduce en una mejora en la calidad de la atención, lo cual amenaza la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud (Escobar & Ríos, 2023). De ahí la importancia de optimizar el uso de los recursos disponibles mediante estrategias de gestión eficiente.

4.2 Enfermedades de alto costo y su impacto presupuestal

Las enfermedades de alto costo representan una carga significativa para los sistemas sanitarios. Aunque afectan a una proporción menor de la población, concentran una parte sustancial del gasto. La falta de una definición uniforme del concepto de “alto costo”

complica su gestión (Celis Guerrero, 2014), generando tensiones entre prestadores, financiadores y usuarios.

4.3 Tercerización de servicios y fragmentación

La tercerización ha sido implementada con el fin de ampliar cobertura y eficiencia operativa. Sin embargo, también ha producido fragmentación en la atención, pérdida de trazabilidad del gasto y sobrecostos institucionales (Consejo de Redacción, 2020). Esta situación es especialmente crítica cuando no existen mecanismos eficaces de control y auditoría.

4.4 Judicialización y presión sobre el presupuesto

La judicialización de servicios particularmente a través de tutelas ha obligado a muchas instituciones a asumir tratamientos no contemplados en sus presupuestos iniciales. Esto genera desequilibrios financieros y reduce la capacidad de planeación institucional (Bolívar Vargas, 2019).

4.5 Modelos de gestión y control de costos en salud

Modelos como el costo basado en actividades (ABC) permiten una asignación más precisa del gasto por proceso asistencial. Su implementación ha sido útil en hospitales para mejorar la toma de decisiones administrativas y clínicas (Blanco Salcedo, 2010).

5. ESTADO DEL ARTE

Escobar y Ríos (2023) *¿Cómo reducir costos en salud sin afectar la calidad? Catorce estrategias desde el punto de vista asistencial*. Consultorsalud. identificaron un conjunto de estrategias clínicas y administrativas destinadas a mejorar el uso de recursos y reducir gastos en la atención en salud. Estas incluyen sistemas de apoyo a la decisión médica, atención basada en valor y protocolos estandarizados.

Desde un enfoque normativo, Celis Guerrero (2014) *Las enfermedades de alto costo: problemas normativos y de financiación*. Universidad del Rosario. analizó los dilemas

legales y administrativos relacionados con la gestión de enfermedades de alto costo en Colombia, evidenciando vacíos conceptuales en su definición y cobertura.

En cuanto a las condiciones laborales asociadas a la tercerización, el Consejo de Redacción (2020) Consejo de Redacción. (2020). Contratos en pandemia: tercerizados, expuestos y sin garantías. (<https://consejoderedaccion.org>) reveló que más del 80 % del personal de salud en Colombia trabaja bajo modalidades de contratación por prestación de servicios, lo que afecta la estabilidad, la calidad asistencial y los costos del sistema.

Por su parte, Valero-Julio, Mosquera y De la Hoz (2020) Estructura y poder en el sistema de salud colombiano: entre el rentismo y la inequidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(2), 250–269. expusieron cómo la fragmentación estructural del sistema de salud, resultado de reformas neoliberales, ha generado inequidades, ineficiencia financiera y menor calidad en los resultados sanitarios.

Desde el enfoque de Pinzón-Flórez, C. E., et al. (2016) Priorización de estrategias para el abordaje de la judicialización en salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Saúde Pública*, 50:56. Describe estrategias para mitigar el impacto financiero y operativo de la judicialización.

En cuanto a el Doctor Rocha Sánchez, L. B., & Rocha Jácome, M. Y. (2021) Fragmentación de la gestión del modelo integral de atención en salud y las redes integrales en salud en Colombia. Fundación Universitaria del Área Andina. No aporta un análisis de cómo la fragmentación institucional afecta la continuidad y eficiencia del sistema.

Dentro del enfoque del Doctor Lauzán Carnota, O. (2020) Costos en salud: un asunto polémico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2). Reflexiona sobre los desafíos éticos y técnicos en la gestión de costos en salud.

Finalmente, Blanco Salcedo (2010) Análisis del modelo de costos ABC en entidades hospitalarias públicas: caso hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. Universidad Nacional de Colombia. propuso un modelo de aplicación del sistema de costos ABC en hospitales públicos, destacando su potencial para identificar ineficiencias y mejorar el control financiero en la prestación de servicios de alto costo.

Autor(es)	Aporte principal	Relación con la investigación	Ubicación en el estudio
Escobar & Ríos (2023)	Proponen 14 estrategias para	Sustentan la necesidad de	Marco teórico / Discusión /

	optimizar recursos sin sacrificar calidad en salud	aumentar eficiencia en CAC sin deteriorar la atención	Análisis de resultados
Celis Guerrero (2014)	Identifica vacíos normativos y conceptuales en la definición de enfermedades de alto costo	Justifica el abordaje del problema y la dificultad de delimitación del objeto de estudio	Formulación del problema / Conceptualización de variables
Consejo de Redacción (2020)	Denuncia efectos de la tercerización sobre precarización y costos laborales	Apoya la inclusión de la tercerización como variable explicativa de sobrecostos	Justificación del problema / Marco teórico
Bolívar Vargas (2019)	Expone consecuencias financieras de la judicialización de servicios	Respalda la selección de la judicialización como variable incidente en el incremento de costos	Marco teórico / Formulación del problema
Valero-Julio et al. (2020)	Critican la fragmentación generada por las reformas estructurales del sistema de salud	Fundamentan el impacto de la fragmentación institucional en la atención y costos	Marco teórico / Desarrollo de variables
Blanco Salcedo (2010)	Presenta el modelo ABC para mejorar la trazabilidad y control de costos hospitalarios	Aporta alternativa metodológica para proponer estrategias de eficiencia financiera	Marco metodológico / Propuesta de análisis
Tabla 1 comparativa de autores, aportes y aplicación dentro del estudio			

6. PANORAMA DE REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

6.1 Teorías económicas y de gestión aplicadas a salud

- **Teoría de la eficiencia asignativa:** Propone que los recursos deben distribuirse de forma que maximicen el bienestar social. En salud, esto implica asignar recursos donde generen mayor impacto sanitario (Arrow, 1963).
- **Teoría de la agencia:** Explica la relación entre aseguradores (agentes) y usuarios (principales), donde la asimetría de información puede generar sobrecostos o decisiones ineficientes (Pauly, 1968).

- **Teoría del costo de oportunidad:** Aplica al análisis de decisiones presupuestales en salud, donde cada peso invertido en CAC implica dejar de invertir en otros servicios.

6.2 Modelos de análisis y gestión en salud

- **Modelo de costos ABC (Activity-Based Costing):** Permite identificar con precisión los costos por actividad o proceso, útil para analizar el gasto en CAC (Blanco Salcedo, 2010).
- **Modelo de riesgo ajustado:** Utilizado para distribuir recursos según el perfil epidemiológico y de riesgo de la población (Celis Guerrero, 2014).
- **Modelo de atención integral en salud (MIAS):** Promueve la integración de servicios para evitar la fragmentación y mejorar la continuidad del cuidado (Rocha Sánchez & Rocha Jácome, 2021).
- **Modelo de redes integradas de servicios de salud (RIAS):** Busca articular prestadores para reducir duplicidades y mejorar eficiencia.

6.3 Marcos legales relevantes en Colombia

- **Ley 100 de 1993:** Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), introduciendo aseguramiento y competencia regulada.
- **Ley Estatutaria 1751 de 2015:** Reconoce el derecho fundamental a la salud, lo que ha impulsado la judicialización de servicios.
- **Resolución 1479 de 2015:** Define el listado de enfermedades de alto costo y los criterios para su reporte.
- **Sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2014:** Jurisprudencia clave sobre el acceso a servicios de salud y el control del gasto.

Eje conceptual	Marco conceptual asociado
Tercerización	Externalización de funciones críticas sin pérdida de control estratégico (Quinn & Hilmer, 1994)
Judicialización	Acceso a derechos fundamentales vía tutela; impacto en sostenibilidad financiera (Bolívar Vargas, 2019)
Fragmentación	Separación entre aseguramiento y prestación; pérdida de continuidad asistencial (Valero-Julio et al., 2020)
Alto costo	Patologías, servicios o tecnologías que concentran alto gasto y requieren gestión diferenciada (Minsalud, 2011)
Sostenibilidad	Capacidad del sistema para mantener cobertura y calidad sin comprometer recursos futuros (Fedesarrollo, 2012)

Tabla 2. Marcos conceptuales por eje temático

7. MARCO INSTITUCIONAL:

esta investigación se desarrollará en el contexto de un subsistema de salud perteneciente a un régimen especial, con sin autonomía administrativa y financiera siendo controlada y ejecutado su presupuesto por otra organización afines administrativos y contables, este subsistema de salud tiene como función garantizar la atención integral a una población afiliada, en articulación con las disposiciones generales establecidas por el sistema nacional de salud que lo rige. En este entorno, la gestión eficiente de los servicios relacionados con enfermedades de alto costo representa un reto creciente en términos financieros y operativos.

La estructura de gestión se basa en un modelo centralizado, apoyado por unidades operativas responsables de la prestación de servicios, la contratación con prestadores externos. Estas entidades están obligadas a reportar información relacionada con patologías de alto impacto epidemiológico y económico, conforme a la normativa vigente en materia de vigilancia y control de riesgos en salud.

La cobertura de servicios de alto costo requiere procesos rigurosos de planificación, seguimiento y evaluación por parte de los entes administrativos, así como mecanismos sólidos de contratación y auditoría por parte de los entes ejecutores de las partidas, debido al impacto que estas patologías generan sobre el gasto institucional. Además, la existencia de presiones externas, como decisiones judiciales y de entes a escala mayor en el orden jerárquico. Que ordenan la prestación de tratamientos no contemplados en los presupuestos iniciales, agrava la tensión financiera y operativa del sistema.

Este marco institucional exige una articulación permanente entre las áreas administrativas, técnicas y asistenciales, a fin de garantizar una atención oportuna y con

criterios de eficiencia. En ese sentido, el análisis de los factores que inciden en el incremento de los costos asociados a estas patologías requiere comprender tanto las dinámicas internas del sistema como el entorno regulatorio que condiciona su funcionamiento.

8. METODOLOGÍA

8.1 Enfoque de Investigación:

se realizará la investigación con un enfoque Mixto ya que se analizarán datos cuantitativos como la evolución de los costos, la población afiliada, el número de atenciones, tarifas, etc. También considera elementos cualitativos, como las percepciones sobre la gestión administrativa, deficiencias en los procesos y entrevistas a actores claves del sistema. Permitiendo tener una visión integral de los números que muestran el problema, y lo cualitativo dará pistas sobre el porqué.

Para la presente investigación utilizaremos un diseño metodológico no experimental, Descriptivo y Analítico teniendo en cuenta que no vamos a intervenir ni manipular variables, sino observar y analizar información existente, y se recomienda este diseño porque analizara hechos ya ocurridos entre 2023 y 2024.

Lo descriptivo para caracterizar el comportamiento de los costos, actores involucrados y dinámicas institucionales y dentro de lo analítico, en la medida en que pretendamos identificar relaciones entre factores (económicos, administrativos, demográficos) y el incremento de los costos.

8.2 Clasificación o definición de las variables

Concepto	Tipo según función	Tipo según naturaleza	Escala de medición
Costo de servicios CAC	Dependiente	Cuantitativa continua	Razón (valores monetarios)
Tercerización de servicios	Independiente	Cualitativa nominal	Nominal (sí / no / parcial)
Judicialización de servicios	Independiente	Cuantitativa discreta	Razón (número de tutelas)
Fragmentación en la atención	Independiente	Cualitativa ordinal	Ordinal (baja / media / alta)

Eficiencia administrativa	Interviniente / moderadora	Cualitativa ordinal	Ordinal (escala Likert)
Demanda de servicios CAC	Independiente	Cuantitativa discreta	Razón (número de pacientes)
Costo promedio por paciente CAC	Dependiente	Cuantitativa continua	Razón (valor monetario)
Esta tabla nos permitirá organizar las variables de forma clara para el aspecto metodológico y facilita la selección de técnicas estadísticas o cualitativas según el tipo de dato			

8.3 Población y muestra

La población objeto de estudio está conformada por los actores institucionales vinculados a la gestión administrativa, financiera y operativa de los servicios de salud de alto costo en una unidad del sistema con régimen especial. Incluye personal con funciones en contratación, auditoría, planeación, facturación, así como profesionales del área asistencial con experiencia directa en la atención de patologías de alto impacto económico.

La población accesible corresponde a aquellos funcionarios y prestadores activos durante el periodo 2023–2024 que cumplen con los criterios de inclusión establecidos para los instrumentos de recolección: mínimo seis meses de vinculación, conocimiento de los procesos de atención en enfermedades de alto costo, y disposición para participar de forma voluntaria y anónima.

Dado el enfoque mixto y el diseño no experimental del estudio, la selección de participantes se realiza mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la componente cuantitativa, se aplican encuestas estructuradas a una muestra estimada de personal administrativo y asistencial. Para la componente cualitativa, se desarrollan entrevistas semiestructuradas dirigidas a informantes clave seleccionados por su rol estratégico en la toma de decisiones y experiencia institucional.

9. Selección de métodos o instrumentos para recolección de información

9.1 Diseño metodológico y recolección de datos.

Modelo propuesto: Gestión del Cambio con enfoque en Reingeniería de Procesos

La propuesta de este modelo se basa en que se trata de una intervención donde se requiere revisar y optimizar procesos administrativos, contractuales y financieros que están

generando ineficiencias y sobrecostos. Además, se necesita transformar hábitos institucionales y prácticas de contratación en varias IPS de la región.

9.1.1 Componentes clave:

9.1.2 Diagnóstico Situacional (DO – Desarrollo Organizacional)

Se debe iniciar con la realización de un análisis interno para detectar procesos redundantes, demoras administrativas, sobrecostos por tercerización y deficiencias en la atención de las CAC.

9.1.3 Rediseño de procesos críticos (Reingeniería de Procesos)

- Optimizar el modelo de contratación de IPS.
- Unificar líneas de atención para evitar la fragmentación.
- Implementar procesos digitales para seguimiento y facturación.
- Intervención estructurada (**Modelo PHVA**) Aplicar el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar para introducir mejoras graduales en la gestión del gasto.

9.1.4 Acompañamiento al cambio (Modelo de Gestión del Cambio)

- Sensibilización al personal médico y administrativo.
- Capacitación en nuevas tecnologías y procesos.
- Fortalecimiento de la cultura de auditoría y calidad.

9.1.5 Evaluación de impacto (Gestión basada en resultados)

Medición del impacto financiero y mejora de indicadores de oportunidad y calidad en la atención de pacientes con enfermedades de alto costo.

10. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

una propuesta de instrumentos de medición adaptados a al presente estudio, con enfoque mixto, y dirigidos a las características del sistema de salud de régimen especial o de excepción dentro del territorio nacional o en una región en especial

10.1 Encuesta estructurada para personal administrativo y prestadores (cuantitativa)

Objetivo: Recoger datos sobre percepción de costos, procesos de contratación y factores que inciden en el aumento del gasto como, por ejemplo

- La contratación de servicios de salud en mi institución se realiza de forma eficiente.
- La falta de integración entre IPS ha generado duplicidad en servicios.
- Los altos costos en insumos médicos afectan frecuentemente la gestión financiera del sistema.

Incluye preguntas demográficas (cargo, tiempo en la institución, etc.) para análisis cruzado.

10.2 Entrevista semiestructurada (cualitativa) dirigida a: Coordinadores médicos, responsables administrativos y jefes de contratación.

Objetivo: Profundizar en causas del incremento de costos y prácticas administrativas.

Para esta entrevista manejaremos como tema guía la:

- Experiencia en gestión de servicios CAC.
- Retos más frecuentes en la contratación de IPS.
- Impacto de la judicialización en las decisiones presupuestarias.
- Propuestas de mejora desde su perspectiva.

La entrevista se puede grabar y transcribir para análisis temático.

10.3. Encuesta para personal administrativo y prestadores de servicios.

Objetivo: Evaluar factores económicos y administrativos que inciden en el incremento de los costos de las Cuentas de Alto Costo (CAC).

Instrucciones:

Marque con una "X" la opción que mejor represente su opinión.

1. Información general del encuestado

- Cargo: _____

- Tiempo en la institución:

Menos de 1 año

1 a 3 años

Más de 3 años

- Municipio en el que presta servicios: _____

2. Preguntas (Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)

Ítem	1	2	3	4	5
1. La contratación de servicios se realiza de forma eficiente.					
2. La tercerización de servicios ha contribuido al aumento de costos.					
3. Las tecnologías utilizadas han incrementado el valor de los tratamientos.					
4. Existen deficiencias en la integración entre IPS que afectan la continuidad del servicio.					
5. La judicialización de servicios ha impactado negativamente el presupuesto.					
6. El sistema de salud regional tiene mecanismos efectivos de control financiero.					
7. Se cuenta con insumos y medicamentos a precios razonables.					

Pregunta abierta (opcional):

Desde su experiencia, ¿qué sugerencias tiene para mejorar la eficiencia en el manejo de los servicios de alto costo?

10.4. Ficha de análisis documental

Objetivo: Sistematizar información de bases de datos, facturación histórica, resoluciones, contratos y gastos de CAC.

Variables clave a recolectar:

- Años 2023 y 2024 (comparativo).

- Valor total mensual facturado por CAC.
- Número de pacientes atendidos por año.
- Costo promedio por paciente.
- Número de IPS contratadas.

Esto te permitirá armar una base de datos para análisis estadístico.

Para la confección de una encuesta estructurada como instrumento de medición cuantitativa para la investigación. Se tendrá el siguiente formato inicial, que puedes adaptar o incluir directamente en tu marco metodológico.

11. ALCANCE DEL ESTUDIO:

Aunque comienza con una descripción del problema, el estudio tiene un alcance explicativo, ya que busca comprender las causas del incremento en los costos, establecer relaciones causales entre variables como la judicialización, tercerización, envejecimiento poblacional, etc; este estudio establece proponer estrategias correctivas basadas en ese análisis.

El presente estudio tiene un alcance explicativo, ya que busca identificar las causas que han generado el incremento en los costos de las Cuentas de Alto Costo (CAC) en la población de el régimen especial o de excepción, durante el período 2023–2024. A través del análisis de variables económicas, administrativas y demográficas, se pretende establecer relaciones causales entre elementos como la tercerización de servicios, la judicialización de tratamientos, la fragmentación en la atención y la gestión de recursos.

De manera complementaria, el estudio también incluye un alcance descriptivo, al caracterizar el comportamiento histórico de los costos, la estructura organizativa de la regional y el perfil de la población beneficiaria. Así mismo, tiene un componente analítico, pues compara información cuantitativa institucional con percepciones cualitativas extraídas de encuestas y entrevistas, generando una comprensión integral del fenómeno.

Este enfoque permitirá fundamentar propuestas de mejora orientadas a la sostenibilidad del sistema, sin afectar la calidad ni la oportunidad en la atención de los beneficiarios que padecen enfermedades de alto costo.

12. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el desarrollo de esta investigación se aplicará una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, articuladas en un diseño no experimental y explicativo. A continuación, el detalle de las principales técnicas que deberán ser utilizadas y cómo cada una aportará a los diferentes hallazgos referentes al personal administrativo, los procesos de ejecución presupuestal y procesos de contratación:

12.1 Revisión documental y análisis de registros contables

Objetivo: Obtener datos objetivos sobre facturación, número de atenciones, atenciones con/sin contrato y evolución de la cartera.

Fuente: Reportes de facturación 2023–2024, contratos con IPS y bases de datos de CAC.

Aporte: Permitirá cuantificar el incremento en el gasto, Tasas poblacionales, diferencias anuales, costos unitarios y la migración de atenciones con contrato a atenciones sin contrato.

12.2. Encuesta estructurada (cuantitativa)

Población: Personal administrativo, coordinadores médicos, jefes de contratación y responsables de auditoría interna y prestadores de servicios en las unidades de régimen especial.

Instrumento: Cuestionario con escala Likert (1-5) sobre eficiencia de la contratación, mecanismos de control financiero y percepción de costos.

Aporte: Medición de actitudes y percepciones del personal comprometido en los procesos de gestión contractual y financiera, complementando los datos cuantitativos con los del personal implicado.

Hallazgo clave:

La mayoría del personal administrativo desconoce los pasos formales del flujo de caja y las etapas de ejecución presupuestal, lo que dificulta un control eficaz de los recursos y explica las demoras en la puesta en marcha de nuevos contratos.

Además, señalaron una disminución en la capacidad de contratación, atribuida a recortes presupuestales y a procedimientos internos burocráticos.

12.3. Ficha de análisis documental

Objetivo: Sistematizar variables clave (mes a mes) para construir una base de datos comparativa 2023–2024.

Variables: Total facturado, atenciones con contrato y sin contrato, IPS contratadas, costos promedio.

Aporte: Estructurar la información para el análisis estadístico y la identificación de patrones con el fin de identificar las variables que generan las alzas de costos de facturación.

12.4. Análisis e integración de datos (triangulación metodológica)

Estadística descriptiva: Cálculo de medias, tasas, diferencias absolutas y porcentuales entre 2023 y 2024.

Análisis temático: Codificación de las entrevistas para extraer categorías (desconocimiento presupuestal, barreras burocráticas, contracciones).

Triangulación: Confrontación de resultados cuantitativos (elevación del gasto, cambio en contratos) con las percepciones cualitativas, validando y enriqueciendo conclusiones.

Con este conjunto de técnicas se logró no solo cuantificar el incremento de costos y cambios en los patrones de contratación, sino también comprender las debilidades administrativas, especialmente el desconocimiento de la ejecución presupuestal y la retracción en los procesos de contratación que están en el corazón del problema de sostenibilidad de las CAC.

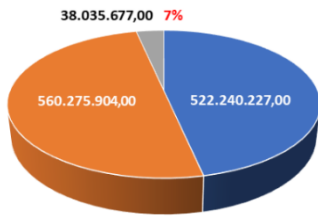
13. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

13.1. Hallazgos clave

COMPARATIVO GENERAL								
AÑO O PERIODO	IPS	MODALIDAD DE PAGO		TOTAL FACTURADO	N° DE ATENCIONES	ATENCIONES CON CONTRATO	ATENCIONES SIN CONTRATO	TASA POBLACIONAL
		CONTRATO	SIN CONTRATO					
2023	21	522.240.227,00	2.825.977.588,00	3.348.217.815,00	927	289	638	118
2024	28	560.275.904,00	4.653.806.968,28	5.214.082.872,28	993	260	733	125
DIFERENCIA	7	38.035.677,00	1.827.829.380,28	1.865.865.057,28	66	-29	95	7
	33%	7%	65%	56%				
COMPARATIVO SEGMENTADO IPS ESPECIALIZADA CON MAYOR CRECIMIENTO EN CARTERA								
AÑO O PERIODO	IPS	MODALIDAD DE PAGO		TOTAL FACTURADO	N° DE ATENCIONES	ATENCIONES CON CONTRATO	ATENCIONES SIN CONTRATO	TASA POBLACIONAL
		CONTRATO	SIN CONTRATO					
2023	4	445.356.984,00	2.736.575.524,00	3.181.932.508,00	741	225	516	118
2024	4	446.310.215,00	4.170.182.596,28	4.616.492.811,28	558	63	495	125
DIFERENCIA		953.231,00	1.433.607.072,28	1.434.560.303,28	-183	-162	-21	7
		0%	52%	45%				

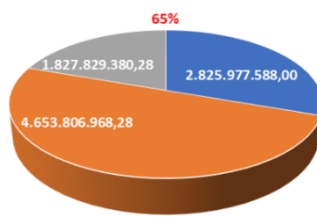
El total facturado por CAC dentro del comparativo general es de \$ 3.348.217.815,00 para el año 2023 con una variación de \$ 522.240.227,00 facturados dentro de la modalidad de contrato y \$ 2.825.977.588,00 dentro de la modalidad sin contrato que en comparación del 2024 en la modalidades descritas anteriormente muestra unas alzas en los costos que ponen en la mesa el interrogante de por qué no se utiliza la modalidad de contrato para las atenciones de CAC de los beneficiarios del sistema de régimen especial o de excepción del sistema de salud en la región en estudio.

MODALIDAD DE PAGO CONTRATO



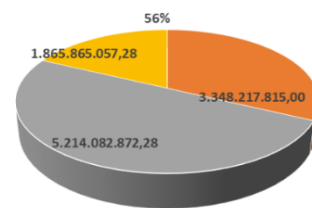
■ 2023 ■ 2024 ■ CRECIMIENTO ■ % CRECIMIENTO

MODALIDAD DE PAGO SIN CONTRATO



■ 2023 ■ 2024 ■ CRECIMIENTO ■ % CRECIMIENTO

TOTAL FACTURADO



■ 2023 ■ 2024 ■ CRECIMIENTO ■ % CRECIMIENTO

facturadas frente a la población del enfermedades de CAC en la cuales es notable identificar que dentro de la modalidad de contrato se realizaron 289 atenciones versus las 638 atenciones facturadas mediante la modalidad de sin contrato, este número nos puede mostrar que la diferencia que existe en el total facturado en las dos modalidades es significativo por no tener en cuenta la modalidad de contrato donde se puede manejar tarifas negociables por debajo de las tarifas de atención con tarifa plena de la modalidad sin contrato.

El número de IPS vinculadas para la atención de la población segmentada pasó de 21 a 28 aumentando en un 33 % la red de atención con un aumento de atenciones de 66 facturadas entre los años 2023, 2024 y un aumentó desproporcional en los costos facturados con respecto a la expansión de la red.

El aumento de las atenciones de un 7 % en las dos modalidades con respecto al aumento de la población 6% evidencia la migración de consultas de contrato a sin contrato generando retracción en accesibilidad de los usuarios.

En el comparativo segmentado de IPS especializada con mayor crecimiento en cartera, en las 4 IPS especializadas, el gasto aumento un 52,4 % y las atenciones un porcentaje negativo de -25 %, pese a caídas en atenciones contratadas (-72 %) y no contratadas (-4 %). Los costos se incrementaron en un 45 % del año 2023 al año 2024, llegando a la conclusión que se afecto de una manera significativa la accesibilidad de atención de los usuarios a las atenciones en los 4 centros especializados los costos aumentaron de una forma descomunal en relación a los resultados obtenidos.

El personal administrativo desconoce etapas clave de la ejecución presupuestal y reporta barreras burocráticas que frenan la contratación.

La población segmentada refiere demoras significativas en autorizaciones y en la asignación de citas con especialistas, condicionando de manera negativa su percepción de calidad y oportunidad de la atención.

13.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Crecimiento de gasto vs. atenciones

El alza de los costos unitarios ($\text{Costos Unitarios} \approx \text{Total Facturado} / \text{N}^\circ \text{Atenciones}$) confirma mayor complejidad de casos y tecnologías de alto valor.

La incorporación de nuevas IPS, sin un esquema tarifario ni auditorías robustas, pudo facilitar negociaciones heterogéneas y sobrecostos.

Formalización contractual

El fuerte aumento de atenciones con contrato y la caída de las sin contrato muestran un avance administrativo, pero también un cuello de botella en la capacidad de la entidad para tramitar convenios para la disminución de los costos totales facturados.

En las IPS especializadas, la drástica reducción de pacientes (con y sin contrato) revela que la formalización rígida ha limitado la cobertura, afectando el acceso oportuno.

13.3. Análisis cualitativo

Desconocimiento de la ejecución presupuestal

Los jefes de dependencia como cartera y contratación en apoyo con las entidades auditoras admiten falta de claridad sobre los pasos de ejecución con respecto al pago y auditoría anterior más la falta de comunicación con la dependencia de referencia y contrarreferencia), provocando facturas elevadas por las tarifas plenas y retrasos en el flujo de caja de las entidades especializadas que prestan el servicio.

Barreras en contratación

Se atribuyen la caída contractual a recortes imprevistos, validación de documentos y sistemas de información fragmentados, demoras en los pagos, lo que frena la firma de nuevos convenios y extiende los plazos de pago.

Percepción de los pacientes

Los usuarios con CAC reportan tiempos de espera prolongados para la autorización de procedimientos y la cita con especialistas, generando ansiedad, incumplimiento de tratamientos y presión para recurrir a vías judiciales.

14. DISCUSIÓN

14.1. Coherencia con el marco teórico

Confirma los efectos de la tercerización sin control y la fragmentación institucional como fuentes de sobrecostos e ineficiencia operativa (Consejo de Redacción, 2020; Valero-Julio et al., 2020).

La judicialización, reforzada por demoras administrativas y pacientes insatisfechos, tensiona aún más el presupuesto y reduce la previsibilidad financiera (Bolívar Vargas, 2019).

La adopción incompleta de modelos ABC y ciclos PHVA coincide con las dificultades descritas por Blanco Salcedo (2010) para implementar sistemas de costos por actividad en entornos complejos.

14.2. Implicaciones prácticas

Capacitación en ejecución presupuestal: Mapear procesos y definir responsables para acortar tiempos de autorización y mejorar la planificación financiera.

Digitalización de flujos: Automatizar la gestión de contratos y facturas, reduciendo validaciones manuales y habilitando seguimiento en tiempo real.

Negociación tarifaria basada en costos unitarios desagregados: Alinear incentivos con IPS y contener el alza de costos unitarios.

Piloto de reingeniería en IPS de alto volumen: Medir impacto en tiempos de autorización, reducción de costos y satisfacción de pacientes.

14.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación

El estudio abarca una sola región y periodo corto; los hallazgos podrían diferir en otras áreas geográficas o a más largo plazo.

El sesgo de respuesta en entrevistas limita la validez de las percepciones; incorporar observación directa de procesos fortalecería el análisis.

Futuras evaluaciones cuasi-experimentales de intervenciones (capacitación, digitalización) permitirían medir su efectividad en la reducción de demoras y costos.

15. CONCLUSIÓN

La combinación de un crecimiento muy superior en gasto vs. expansión de IPS, la formalización contractual apresurada, la falta de control presupuestal y las demoras que viven los pacientes en autorizaciones y citas de especialistas configuran un círculo vicioso de sobrecostos, barreras de acceso y presión judicial. Solo una estrategia integral de capacitación, digitalización y reingeniería de procesos permitirá equilibrar sostenibilidad financiera, cobertura y calidad de la atención.

La tercerización de servicios especializados, sin mecanismos de control financiero claros (objetivo 1), ha profundizado la fragmentación de la atención (objetivo 3), generando sobrecostos y demoras que tanto el personal administrativo como los pacientes perciben negativamente (objetivo 5). La brecha de conocimiento en los procesos de ejecución presupuestal empeora esta situación, pues dificulta el seguimiento de recursos y retrasa la firma de contratos.

El aumento de la demanda de CAC impulsado por el envejecimiento poblacional y la incorporación de tecnologías de alto costo (objetivo 4) junto con la judicialización creciente (objetivo 2) ha tensionado el presupuesto institucional. La obligación de cubrir tratamientos fuera de los planes iniciales ha hecho imprevisible el comportamiento de la cartera y ha elevado los costos, lo que socava la capacidad de planificación financiera.

Para garantizar la sostenibilidad sin afectar la calidad (objetivo 6), es crucial implementar un modelo integral de gestión que combine el Control de costos basado en actividades (ABC) para transparentar los costos unitarios; Reingeniería de procesos y digitalización de flujos de autorización y contratación (PHVA) para reducir tiempos de respuesta y minimizar cuellos de botella; Tableros de indicadores en tiempo real que midan eficiencia administrativa, tiempos de autorización, satisfacción del paciente y cumplimiento contractual.

Referencias

- Blanco Salcedo, R. J. (2010). *Análisis del modelo de costos ABC en entidades hospitalarias públicas: Caso hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UNAL. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/7697>
- Bolívar Vargas, M. C. (2019). *SaluDerecho y la judicialización de la salud en Colombia* [Tesis de especialización, Universidad Jorge Tadeo Lozano]. <https://repositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/8512>
- Celis Guerrero, S. C. (2014). *Evaluación y aplicación del manejo y definición del concepto de alto costo en salud* [Trabajo de grado, Universidad Santo Tomás]. <https://repositorio.usta.edu.co/handle/11634/2456>
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148. <https://www.funcionpublica.gov.co>
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015 por la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Diario Oficial No. 49.427. <https://www.funcionpublica.gov.co>
- Consejo de Redacción. (2020). *Contratos en pandemia: tercerizados, expuestos y sin garantías*. <https://consejoderedaccion.org>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia C-313 de 2014*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/c-313-14.htm>
- Escobar, M., & Ríos, M. (2023). *¿Cómo reducir costos en salud sin afectar la calidad? Catorce estrategias desde el punto de vista asistencial*. Consultorsalud. <https://consultorsalud.com/14-estrategias-para-reducir-costos-en-salud-sin-afectar-la-calidad/>
- Fedesarrollo. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano*. Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo. <https://www.fedesarrollo.org.co>
- Fontalvo Canedo, A. L. (2018). *¿La tercerización en la contratación del recurso humano asistencial en salud vulnera los derechos del trabajador?* [Tesis de especialización, Universidad Industrial de Santander]. <https://noesis.uis.edu.co/handle/20.500.14071/21814>
- Lauzán Carnota, O. (2020). Costos en salud: un asunto polémico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), e2054. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2054/es/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Decreto 2699 de 2007 por el cual se reglamenta el reporte y control de las enfermedades de alto costo.*

<https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 247 de 2014 por la cual se establece el reporte de información de enfermedades de alto costo.*

<https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social.*

<https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3339 de 2019 por la cual se actualizan los lineamientos técnicos del régimen contributivo y subsidiado en relación con la Cuenta de Alto Costo.* <https://www.minsalud.gov.co>

Pinzón-Flórez, C. E., et al. (2016). Priorización de estrategias para el abordaje de la judicialización en salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Saúde Pública*, 50, 56.

<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005728>

Rocha Sánchez, L. B., & Rocha Jácome, M. Y. (2021). *Fragmentación de la gestión del modelo integral de atención en salud y las redes integrales en salud en Colombia* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria del Área Andina].

<https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4301>

Valero-Julio, I., Mosquera, M., & De la Hoz, A. (2020). Estructura y poder en el sistema de salud colombiano: entre el rentismo y la inequidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(2), 250–269. <https://doi.org/10.31876/rsc.v26i2.33870>

<https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/6a8d6c4a-cfcf-4a11-9a0b-681e8df4b7f6/content/>

<https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/e07cca85-e302-4336-8b3e-2c4d22d86a96/content>

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/compilacion/cnedia_cres_comision_regulacion_salud.html

<https://universidadean.edu.co/biblioteca/apoyo-en-investigacion>