

 	INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS
--	---------------------------------------

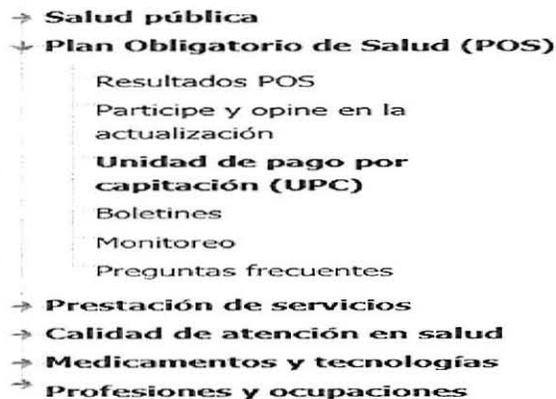
Proceso y/o tema auditado:	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud - Proceso cálculo de la UPC de los regímenes Contributivo y Subsidiado.		
Nombre y Cargo de los Auditados:	Félix Regulo Nates Solano		
Equipo auditor:	Alicia Velasquez Santiago / María Luceny Ruiz Suárez		
Objetivo auditoría:	Verificar y evaluar el Proceso de Cálculo de la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado vigencia 2016.		
Alcance auditoría:	La auditoría inicia con la revisión normativa; continúa con la verificación de cumplimiento de competencias, luego revisión de los procesos y procedimientos del SIGI, y los pasos que se siguieron para el "Proceso cálculo de la UPC de los regímenes Contributivo y Subsidiado vigencia 2016 "		
Periodo:	Octubre 2015 a junio de 2016	Lugar:	Bogotá, D. C. julio 18 de 2016

Hallazgos y/o no conformidades: Fortalezas, Observaciones, y las evidencias relacionadas en la auditoría.
<p>Fortalezas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministerio cuenta con la estructura y las competencias para realizar las actividades y funciones técnicas para proponer el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen y apoyar a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en los temas de su competencia. 2. La Dirección analiza, revisa, ajusta los históricos de varias vigencias y actualiza la normativa y tecnología a través del Estudio de la Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud. 3. La Dirección diseña, ajusta y aplica la Metodología desde la creación de la Solicitud de Información que incluyen a los diferentes actores del sistema. 4. La Dirección y los integrantes del equipo están comprometidos, en el cumplimiento del proceso hasta la expedición del acto administrativo que avaló el valor de la UPC vigencia 2016. 5. Disponen de un Formato de Solicitud institucionalizado, un Proceso, siete procedimientos en el SIGI para Definir y verificar oportunamente las calidades de la información a utilizar en el Cálculo de la UPC y brindan asesoría y apoyo a las EPS y demás entidades que deben reportar información. 6. Capacidad técnica para realizar el método de cálculo de la UPC.

7. Contar con controles, tales como: Cuadro de control de las calidades frente a la entrada y la salida de información del sistema, Control tecnológico y Software de analítica y los controles preventivos con el fin de que no se materialicen los riesgos.

Observaciones y/o Recomendaciones:

1. La Dirección de Regulación de Costos y Tarifas tiene disponible y publicada en la página del Ministerio de Salud y Protección Social en el Link Salud/UPC/ documentos tales como:



UPC/ encontramos el documento SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL “ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POR AÑO que consta de 30 páginas con la descripción de las tablas de referencia que se manejan en los diferentes procesos de calidad y desde este documento se señala la metodología para la presentación de los datos.

Estudios de suficiencia de varios años: así: 2016 2015 2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006.

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, realizó las siguientes precisiones: Que la información correspondiente al año 216: Información 2015 y las tablas de referencia son publicadas con el fin de dar claridad a los actores del Sistema, en los links:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/paginas/UPC.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/paginas/prueba-piloto.aspx>

2. Analizar si es procedente para la operación del SGSSSS y dada la relevancia del valor del a UPC, incluir en el SIGI un Proceso específico para su Cálculo, que documente la Metodología utilizada, en la caracterización registrar los responsables institucionales que actúan como

proveedores a través de sistemas de información, así como las salidas incluyendo el Acto Administrativo y publicación.

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, realiza algunas precisiones y menciona que sin embargo, “esta Dirección consultará a Planeación sobre la posibilidad de independizar el proceso de acuerdo a la sugerencia de control interno.

3. Los usuarios de la UPC son diversos, por lo que es conveniente unificar la terminología entre los diferentes documentos e incluir un glosario de términos y siglas.

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, realiza algunas precisiones y menciona que sin embargo, “se tendrá en cuenta la recomendación para futuros documentos.

4. Clarificar las competencias y/o funciones de la CABCT, el decreto 2562 señala que esta emite recomendaciones y en la matriz de producto del mapa de riesgos mencionan como el tercer producto, la Aprobación por parte de la **Comisión asesora de Beneficios Costos y Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud** de la Propuesta de costos y tarifas

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, informa que se realizará el ajuste respectivo en el mapa de riesgos...

5. Actualizar los manuales tarifarios (decreto 2423 de 1996), los valores son actualizados anualmente con el IPC, en sus contenidos tienen 20 años de antigüedad. De ellos se obtienen valores de referencia para el plan de beneficios.

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, informa que la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud viene adelantando un proceso de actualización, homologación y referencia cruzada entre los códigos del Decreto 2423 de 1996 y la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS vigente 2016, además menciona que: “Cabe aclarar que el Manual Tarifario del Decreto 2423 de 1996 es referente para los accidentes de tránsito pero no lo es para el SGSSS. La actualización del Decreto lo debe realizar FASECOLDA, y son quienes determinan la metodología para llevar a cabo este proceso”.

6. Transportar a Metodología documentada del SIGI el **“Estudio de la Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud”.**

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, realiza algunas precisiones y menciona que se señala que en la Dirección se dispondrá de los enlaces o link en el SIGI, con el fin de lograr transportar el estudio de suficiencia.

7. Evidenciar en el proceso y/o en los Procedimientos el trabajo conjunto que realiza la Dirección con los designados o pares de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

Con radicado No. 201634200148303 del 24 de junio del año en curso la DRBCYTA, que “El Decreto 2562 señala en el artículo 13. Creación de Grupos Técnicos, para el desarrollo de los asuntos específicos,” (...).

Conclusiones:

Se dio cumplimiento con la expedición del acto administrativo que avaló los valores de la UPC vigencia 2016 – Resolución No. 5593 del 24 de diciembre de 2015, en cumplimiento de las competencias de que tratan los artículos 171 y 172 de la Ley 100/93 y el numeral 34 del artículo 2° del decreto 2562/2012 que establece: “Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen”, incluye consideraciones pertinentes en el acto administrativo que dan fe del cumplimiento de diferentes competencias, tales como:

“Que el cálculo de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación —UPC para el año 2016 es compatible con el Marco Fiscal del Mediano Plazo para la vigencia correspondiente, de acuerdo con lo informado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y se encuentra acorde con las condiciones de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Mediano y el Largo Plazo según lo informado por la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio.

Que el Decreto 2562 de 2012 creó la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que tiene a su cargo la asesoría en los temas referentes a la formulación de la política de beneficios, costos y tarifas en aseguramiento en Salud, disponiendo en el numeral 7 del artículo 2, la función de “Formular recomendaciones sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen así como los lineamientos para determinar la metodología para su cálculo”.

Que según constancia expedida por el Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en calidad de Secretario Técnico de la precitada Comisión en sesión del 10 de diciembre de 2015, se formularon recomendaciones específicas al Ministro de Salud y Protección Social, las que constituyen el Fundamento técnico para la expedición de la presente resolución.”

Por último, agradecemos y resaltamos el compromiso permanente de los responsables del proceso por el apoyo brindado, muy a pesar de ser un tema netamente técnico y muy complejo, nos permitieron hacernos una idea del tema de seguros, de las calidades aplicadas y relacionadas en el proceso y en los 7 procedimientos para el cálculo propiamente dicho de la UPC, además de darnos a conocer los avances realizados durante varios años, en cumplimiento de las acciones asignadas al viceministerio de Protección Social.

Desarrollo de la auditoría: Evaluación de los criterios y/o requisitos de auditoría definidos y documentos de referencia.**Introducción**

De acuerdo con la Ley 87 de 1993 en el párrafo del Artículo 9°, dispone: “Como mecanismo de verificación y evaluación del control interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad.”

Así mismo y en cumplimiento de la función de Evaluador Independiente, utiliza herramientas que son desarrolladas por el Decreto 1599 de 2005, por el cual se adopta el actual Modelo Estándar de Control Interno “MECI 1000:2005” y la actualización que se surtió a través del Decreto 943 de 2014, en procura de generar mecanismos de retroalimentación y de mejora continua respecto a la aplicación de los procesos y guías metodológicas, así como los controles establecidos en relación con el manejo del riesgo.

La auditoría a realizar, sigue al Plan de Auditoría aprobado por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno el día 27 de marzo de 2015.

Metodología

Para el desarrollo de la auditoría se tiene en cuenta lo siguiente: Definición de la Unidad de Pago por Capitación, revisión de la normatividad relacionada con el proceso cálculo de la UPC de los regímenes Contributivo y Subsidiado, identificación de las funciones, acciones, competencias y verificación del proceso y procedimientos de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, utilizados en el diseño y aplicación de metodología para el Cálculo, verificación de soportes documentales definidos en el Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI.

Evidencias

existen varias fuentes consultadas en el desarrollo de la Auditoría, tales como:

Proceso, Procedimientos y Mapa de Riesgos SIGI

Normas: Leyes, Decretos, Sentencias, Autos (Anexo 1)

Página del Ministerio de Salud y Protección Social en el Link Salud/UPC/varios documentos

Reuniones: Actas

1. Instalación con participación de la Vice Protección Social - el de octubre de 2015
2. Presentación del Proceso de Cálculo UPC – febrero de 2016 I Parte

3. Presentación del Proceso de Calculo UPC – marzo de 2016 II Parte
4. Presentación del Proceso de Calculo UPC – mayo de 2016 III Parte
5. Presentación del informe Preliminar a la Dirección – junio de 2016
6. Cierre de la Auditoria julio de 2016

1. DEFINICIONES UTILIZADAS EN EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA Y EN EL PROCESO AUDITADO, SIGLAS e INSTANCIAS

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION - UPC: de acuerdo con el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, “...reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud”

El valor per cápita al compararlo con ingreso pércapica*, se trata de un valor por persona; para el caso del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, será valor por afiliado.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

CRES: Comisión de Regulación en Salud

CABCTCOP: Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud

DRBCYTA: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

UPC-C: Unidad de Pago por Capitación para el régimen contributivo

UPC-S: Unidad de Pago por Capitación para el régimen subsidiado

EPS: Entidades Promotoras de Salud

EPSI: entidades promotoras de salud Indígenas

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud

SNS: Superintendencia Nacional de Salud

Código CIE 10: Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° -

CUPS: Código Único de Procedimientos de Salud.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados

LMA: Liquidación Mensual de Afiliados

* El ingreso per cápita es un cálculo que se realiza para determinar el ingreso que recibe, en promedio, cada uno de los habitantes de un país; es decir, en promedio, cuánto es el ingreso que recibe una persona para subsistir.
http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/ingreso_per_capita

IPC: Índice de precios al consumidor

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

PISIS y FTP: Medios de transporte y almacenamiento de la información solicitada de conformidad con las necesidades que requiere la DRBCYTA.

Morbilidad: Corresponde a la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad se constituye en estadística de alta importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Verificación: Revisión de las características de la información para determinar que la remisión por parte de las Aseguradoras cumpla con los requerimientos solicitados y no presente inconsistencias

Período de experiencia: Este es el horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las prestaciones en salud que servirán como experiencia para la estimación de la(s) prima(s) pura(s) de riesgo. Es decir, se tienen en cuenta las observaciones del año anterior, o las prestaciones en salud del año anterior

Periodo de análisis y/o Año de análisis: Corresponde al momento en el cual se recolecta la información, lo cual trae como consecuencia, la variación de los resultados como producto de IBNR cuyo efecto disminuye conforme el tiempo avanza.

Tendencia: Periodo de experiencia - año de análisis – año de aplicación

Año de aplicación: En el que va a regir el valor de la UPC, es proyectado, para el año siguiente.

Cobertura de la Información: Corresponde a la representatividad de la información enviada al Ministerio de salud y Protección Social, con respecto al total de los servicios prestados en el país.

Morbilidad: Corresponde a la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad se constituye en estadística de alta importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Ámbito de Prestación de los Servicios: Corresponde a la clasificación de los servicios de salud de acuerdo a la siguiente tipología: ambulatorios, domiciliarios, hospitalización y urgencias.

Prestaciones: consulta, intervención quirúrgica, un laboratorio, un medicamento, registros cuando tuvieron contacto con los servicios de salud.

Inflación: Corresponde al porcentaje anualizado de la variación general de precios en el tiempo.

Impacto en la unidad de pago por capitación de la inclusión de nuevas tecnologías: Representa la incidencia que tienen en el valor de la unidad de pago por capitación, las prestaciones de salud que ingresan a hacer parte de las coberturas del plan de beneficios.

Cobertura de homólogos: Hace referencia a las prestaciones de salud no incluidas en las coberturas del plan de beneficios pero que siendo homólogas a las que se encuentran incluidas, serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando el precio sea menor o igual al precio de las prestaciones cubiertas por el plan de beneficios.

Grupos de riesgo: Es el conjunto de factores o características comunes a determinada población

2. NORMATIVIDAD RELACIONADA CON LA DEFINICION DE LA UPC - ver Anexo No. 1.

Tiene sus orígenes en la Ley 100 de 1993 en sus artículos 171 y 172 estableció el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y fijo las funciones del mismo, entre las que se encuentran: “3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación y 4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud”. Posteriormente en la Ley 1122 de 2007 en los

artículos 3° y 7° estableció la Comisión de Regulación en Salud – CRES y en la Ley 1438 de 2011 el artículo 4° estableció la Rectoría del Sector Salud y en el decreto - Ley 4107 de 2011, en el artículo 2° determina los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, adicionado por el artículo 2 del Decreto 2562/2012.

3. FUNCIONES, ACCIONES, COMPETENCIAS E IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - SIGI, EN LA DIRECCIÓN DE REGULACION DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

De acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 numerales 32 y 34 señala que: *“En virtud de la función asignada a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud le corresponde formular las propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, para el ajuste a los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado (POS-C y POS-S) y sus respectivas Unidades de Pago por Capitación (UPC-C y UPC-S). El Ministerio de Salud y Protección Social continuará realizando el Estudio de la suficiencia de la UPC para financiar los planes de beneficios, con base en información solicitada a todas las Aseguradoras de los dos regímenes”*. Funciones que deben realizarse en coordinación con la Dirección de Financiamiento Sectorial y la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales de acuerdo con el Decreto 2562 de 2012.

PROCESO Y PROCEDIMIENTOS- ver Anexo No. 2: Sistema Integrado de Gestión Institucional – SIGI: en las consultas realizadas se observó que en cabeza de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud se encuentra el Proceso CYT Costos y Tarifas y siete (7) procedimientos caracterizados que puede observarse a continuación:

II. Macroprocesos Misionales

32. Proceso CYT Costos y Tarifas.

Consultas SIGI: septiembre de 2015, enero y abril de 2016

En la caracterización del Proceso CYT Costos y Tarifas señala: **Propósito:** Calcular, actualizar, reglamentar y generar metodologías para determinar el valor de los costos y tarifas del aseguramiento en salud.

Alcance: Desde la planeación de la metodología hasta el análisis de resultados de la aplicación de la metodología desarrollada para el cálculo de costos y tarifas.

El Talento Humano de la DRBCYTA hace claridad que este proceso no es específico para el cálculo de la UPC, sino que es genérico y se utiliza para cumplir con las diferentes competencias de la Dirección.

En las verificaciones realizadas en septiembre de 2015 el Proceso incluía cinco (5) procedimientos; en enero y abril de 2016 presentan siete (7) procedimientos relacionados con el Proceso de Cálculo de la UPC por cada uno de los regímenes, en el anexo No 2 cuadro que describe el código, el nombre del procedimiento, el propósito y el alcance de cada uno de ellos.

4. VERIFICACION DEL DISEÑO Y APLICACION DE METODOLOGIA PARA EL PROCESO DE CALCULO

De acuerdo con la reunión celebrada el 8 de febrero de 2016, con participación de responsables de la Dirección y las actividades señaladas en el Proceso de Costos y Tarifas, que inicia con definir el plan de trabajo para crear o ajustar la Metodología en relación con el cálculo de la UPC vigente en 2016. El Plan de Trabajo se apoya en el Acta de suscripción entre el Viceministro de Protección Social y la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del 2 de enero de 2015, que contempla las actividades a realizar de enero a diciembre de 2015.

En el Proceso describe la necesidad de metodologías previas: El proceso inicia con análisis y revisión de los documentos: ***“Estudio de la Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud”***, de los años anteriores que serían las metodologías previas.

La información la requieren a diferentes Fuentes Internas, tales como: la Base de Datos Única de Afiliados - BDU, la base de COMPENSACION, Liquidación Mensual de Afiliados – LMA, bases de medicamentos, entre otras, con las cuales se crea y actualiza la **BD** de información de la Dirección. Fuentes Externas: principalmente las EPS y a los diferentes aseguradores.

CYT –P06 Solicitud de Información a actores del SGSSS por medio FTP

CYT –P07 Solicitud de Información a actores del SGSSS por medio del aplicativo PICIS

CYT –P01 Recepción, verificación e inventario de la información.

En el Formato solicitud de información - CYT – F01 se comunica a través de radicado a las EPS temas tales como: Cuáles son los procesos de calidad básicos que se aplicará a la información solicitada, el dominio, el conjunto de datos que son válidos en cada uno de los campos que deben diligenciar; periodos de corte y la calidad sobre la cual se verificará la información; acompañamiento a través de la página web con la disposición de tablas de referencia. Existe en la página del Ministerio en el link salud/Plan Obligatorio en Salud/UPC, un documento donde se explica todo lo relacionado con la solicitud de información.

El periodo de aplicación de estos Procedimientos se desarrolla entre enero febrero y marzo de cada año; en junio debe ser entregada la información por parte de las EPS a la Dirección tiempo durante el cual brinda Asistencia Técnica, para que la información sea la adecuada de acuerdo con las necesidades que requiere el Proceso de cálculo de las diferentes UPC.

Con la recepción a la información inician los procesos de análisis de calidades durante los meses de junio a octubre y siguen los pasos descritos en los Procedimientos:

CYT –P02 Verificación de las calidades 1, 2, 3 relacionadas con la información de prestaciones en salud.

CYT –P03 Verificación de las calidades 4,5, 6,8 y otras calidades dispuestas de la información de prestaciones en salud y selección de las aseguradoras que participan en el estudio.

El Talento Humano de la Dirección hace claridad que la UPC nace del sector de los seguros, en este sector se denomina “prima”.

La UPC es el valor que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce por cada persona y/o afiliado para tener cobertura de atención en salud, durante un año, el método de cálculo de la prima utilizado por la Dirección es el “método del radio de pérdida” por tener empaquetado todos los gastos de administración. Finalmente el cálculo resultante debe presentar el incremento de la UPC para la vigencia siguiente.

Para el cálculo de la UPC se utiliza una metodología internacional de cálculo de prima, y lo desarrollan actuarios de la Dirección, en la que se juega con la probabilidad de ocurrencia del evento, siniestro y/o enfermedad.

Ecuación fundamental del seguro que dice:

Primas = Siniestros + Gastos por ajustes de siniestros + gastos de suscripción + utilidad.

$$P_i = L + E_L + (E_F + V \times P_i) + (Q_T \times P_i)$$

P_i = Prima Indicada

L = Siniestros

E_L = Gastos por ajustes de siniestros

E_F = Gastos Fijos

V = Gastos Variables

Q_T = Nivel target de utilidad en porcentaje de las primas

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

EL SGSSS tiene una prima comercial y la prima pura, en donde: Prima Comercial = Prima pura + gastos de administración + utilidad

Es decir, que la prima comercial es igual a la UPC que incluiría los gastos de administración (el 10% para el régimen contributivo y el 8 % para el régimen subsidiado), definidos por la norma.

Continuando con las actividades del Proceso se usa los siguientes procedimientos:

CYT –P04 Elaboración de las descriptivas epidemiológicas relacionadas con el cálculo de la UPC.

Inicia con la selección de las variables de la base de prestación de servicios objeto de análisis y culmina con la elaboración de las descriptivas epidemiológicas correspondientes a población, morbilidad y prestaciones de salud atendidas. Analiza los cambios significativos con respecto a vigencias anteriores se hayan observado. Consolidar las descriptivas epidemiológicas de los tres componentes y construir la descripción de la intensidad y frecuencia de uso de los servicios de salud prestados por ámbito de prestación y según régimen. Para esta actividad el Procedimiento señala varias notas que deben ser aplicadas en el desarrollo del mismo.

CYT –P05 Estimación del valor esperado de las prestaciones en salud que deben ser financiadas con la UPC para los dos regímenes durante la vigencia fiscal– Anexo No. 2

El procedimiento incluye el conjunto de prestaciones en salud (procedimientos, intervenciones, dispositivos, servicios y medicamentos) que conforman el Plan de Beneficios durante el periodo de experiencia. Para pasar del periodo de experiencia al de aplicación se ajustan los costos por el comportamiento observado, el esperado de la inflación y las tendencias de frecuencias y severidades, actividades que la Dirección en cada periodo depura y analiza minuciosamente para determinar el valor de la UPC.

5. IDENTIFICACIÓN EN EL MAPA DE RIESGOS DE DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD LOS RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO DE CÁLCULO DE LA UPC - ver Anexo No. 3.

El desarrollo del proceso incluye controles tales como:

Cuadro de control de las calidades de entrada frente a la entrada y la salida ejemplo entrega 63 por duplicados y la EPS devuelve 31, Explican las diferentes razones de la duplicidad, emparejan de a dos o de a tres, los números no son la resta directa. Cada devolución tiene un proceso de retroalimentación de entrega y recibo de inconsistencias.

Control tecnológico a través del FTP: existe un mecanismo que identifica si la EPS entra a usar las tablas de validaciones de la información, si recogió el archivo de retroalimentación para subir y bajar archivo, es decir, cuando entro que dejo y que puso. Además, las herramientas de software o tecnológicas: MOTOR DE BASE DE DATOS institucional.

Controles Analítica: hay procedimientos médicos que se controlan por si solos a través del software, con alertas específicas; y otros que requieren del análisis presencial del talento Humano.

Datos que van construyendo procesos de calidad para tener una DATA que nos permitan hacer **Software** de analítica, con toda la frecuencia y valor o de \$, cuando entra en estadística tenga la justificación por parte de EPS, y no por ser pequeños o muy altos se deben excluir del análisis, entra la parte de ingeniería para poder sacar información, para los diferentes grupos y así

INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS

determinar el valor de la prima Unidad de Pago por Capitación (UPC), para financiar las prestaciones de salud cubiertas por el Plan de Beneficios. Es aquí donde se aplica la fórmula.

De acuerdo con lo evidenciado y explicado por los responsables, los riesgos identificados en este Proceso no se materializaron, por cuanto existen controles preventivos con el fin de minimizar la ocurrencia de los mismos.

Fecha de informe de auditoría **Julio 18 de 2016**

Firma del equipo auditor:


MARIA LUCENY RUIZ SUAREZ


ALCIRA VELASQUEZ SANTIAGO

ANEXOS

ANEXO No. 1 NORMATIVIDAD RELACIONADA CON LA DEFINICION DE LA UPC

El cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, tiene sus orígenes en la Ley 100 de 1993 cuando en sus artículos 171 y 172 estableció el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y fijo las funciones del mismo, entre las que se encuentran: “3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación y 4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud”. **Parágrafo 1°.** *El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos. En el artículo 182: menciona que: “De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud”*

Desde entonces se vislumbraba la necesidad de consolidar un proceso para el cálculo de la Unidad de Pago – UPC. Con posterioridad a este mandato, se gestaron otros actos legales tales como: las Leyes **1122 DE 2007** en los artículos 3° y 7° estableció la Comisión de Regulación en Salud: (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social y fijó las funciones entre las que se encuentran: 3. *Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.*

*Además, señala que si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada y en el numeral 4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio. La **1438 de 2011** el artículo 4° estableció la Rectoría del Sector Salud y menciona que: “La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector de dicho sector.” **El Decreto - Ley 4107 de 2011**, en el artículo 2° determina los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, adicionado por el artículo 2 del Decreto 2562/2012.*

Decreto 2562/2012 en su artículo 2° modifica el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y adiciona las siguientes funciones: “34.- *Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada”.*

El artículo 7° crea la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, y fija las funciones entre las que se encuentran: “8. *Proponer el valor de la Unidad de Pago por*

Capitación de cada Régimen y 16. Apoyar a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en los temas de su competencia”.

El Artículo 9° crea la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y fija las funciones, entre las que se encuentran: *“Desarrollar las actividades técnicas que permitan al Ministerio evaluar y definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, así como el valor por beneficiario de los subsidios a la cotización en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio”* 4. *Elaborar estudios, análisis, metodologías o evaluaciones relacionados con los beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud y con la sostenibilidad del sistema de aseguramiento, en coordinación con la Dirección de Financiamiento Sectorial y la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales.”*

Artículos 10, 12 y 11 crea Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud la cual tendrá a su cargo la asesoría en los temas referentes a la formulación de la política de beneficios, costos y tarifas en aseguramiento en Salud; fija las funciones entre las que se encuentran:

“7. Formular recomendaciones sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen así como los lineamientos para determinar la metodología para su cálculo. 8. Formular recomendaciones sobre el valor por beneficiario de los subsidios a la cotización en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.” Y estará integrada por:

El Ministro de Salud y Protección Social quien podrá delegar su participación en un empleado del nivel directivo, y la presidirá.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público quien podrá delegar su participación en un empleado del nivel directivo.

El Director del Departamento Nacional de Planeación quien podrá delegar su participación en un empleado del nivel directivo.

El Director del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS.

Un delegado del Presidente de la República.

Parágrafo 2°, La secretaría técnica de la Comisión estará en cabeza de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, o quien haga sus veces.”

De la normatividad revisada se observa que el liderazgo de la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen siempre ha sido del Ministerio de Salud a través de las diferentes instancias legalmente constituidas. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de cumplir con lo asignado normativamente, tanto en el manejo de los recursos como en la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud que en gran parte depende del valor de la UPC, estableció mecanismos que permitieran mitigar y prevenir riesgos en el Proceso de Cálculo de esta, integrando a la estructura del Ministerio una dependencia con competencias, responsabilidades y compromisos en el proceso de cálculo, es decir, Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Anexo No 2 - PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

CYT-P01 Recepción, verificación e inventario de la información.

CYT-P02 Verificación de las calidades 1, 2 y 3 de la información de prestaciones en salud.

CYT-P03 Verificación de las calidades 4, 5, 6 y 7 de la información de prestaciones en salud y selección.

CYT-P04 Elaboración de las descriptivas epidemiológicas relacionadas con el cálculo de la UPC.

CYT-P05 Estimación del valor esperado de las prestaciones en salud que deben ser financiadas.

CYT-P06 Solicitud de información por medio de FTP

CYT-P07 Solicitud de información por medio de PISIS

El siguiente cuadro describe el código, el nombre del procedimiento, el propósito y el alcance de cada uno de ellos.

Código	PROCEDIMIENTO	PROPOSITO	ALCANCE
CYT – P01	RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN E INVENTARIO DE LA INFORMACIÓN	Construir un inventario de la información de la prestación de servicios de salud por parte de las Aseguradoras, conformando una base de datos inicial para soportar el proceso de cálculo de la UPC, por cada uno de los regímenes.	Este procedimiento inicia con la recepción y verificación de la información y termina con la consolidación de la base de datos inicial consolidada por cada uno de los regímenes de afiliación.
CYT – P02	VERIFICACIÓN DE LAS CALIDADES 1, 2 Y 3 DE LA INFORMACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD.	Contar con información de la prestación de servicios de salud que cumpla con las condiciones técnicas necesarias para su utilización en el proceso de cálculo de la UPC a través de la verificación de estructura del archivo, consistencia epidemiológica de la información y ámbito de las prestaciones.	Este procedimiento inicia con la realización de la verificación de las calidades 1, 2 y 3 y termina con el registro en la base de datos de la información validada.
CYT – P03	VERIFICACIÓN DE LAS CALIDADES 4, 5,	Contar con información de la prestación de servicios de salud que cumpla con	Este procedimiento inicia con la verificación de las calidades 4, 5,

	6, 7, 8 Y OTRAS CALIDADES DISPUESTAS DE LA INFORMACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD Y SELECCIÓN DE ASEGURADORAS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO	las condiciones técnicas necesarias para su utilización en el proceso de cálculo de la UPC a través de la verificación de los derechos de los usuarios, identificación de registros con actividades duplicadas, actividades con frecuencias de uso, valores extremos y consistencia del gasto total de acuerdo con las diferentes fuentes de información.	6, 7, 8 y otras calidades que se definan para la verificación de la información de prestaciones en salud y termina con la selección de aseguradoras cuya información será incluida en el estudio.
CYT – P04	ELABORACIÓN DE LAS DESCRIPTIVAS EPIDEMIOLOGICAS RELACIONADAS CON EL CÁLCULO DE LA UPC.	Contar con información sobre la descripción demográfica de la población, morbilidad atendida, utilización y gasto de las prestaciones de salud para conocer las condiciones de salud, mediante el procesamiento de los datos de la base de prestaciones de servicios consolidada, como base para el cálculo de la UPC.	Este procedimiento inicia con la selección de las variables de la base de prestación de servicios objeto de análisis y culmina con la elaboración de las descriptivas epidemiológicas correspondientes a población, morbilidad y prestaciones de salud atendidas.
CYT – P05	ESTIMACIÓN DEL VALOR ESPERADO DE LAS PRESTACIONES EN SALUD QUE DEBEN SER FINANCIADAS CON LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) PARA LOS DOS RÉGIMENES, DURANTE LA VIGENCIA FISCAL	Elaborar para su presentación ante la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, las propuestas técnicas pertinentes respecto al cálculo y valor de la Unidad de Pago por Capitación el cual financia el Plan de Beneficios de Salud en los dos regímenes, a través del desarrollo metodológico definido para el efecto.	El procedimiento inicia evaluando las descriptivas epidemiológicas en los tres componentes (poblacional, de morbilidad y de prestaciones en salud) y termina con el cálculo del valor de la UPC y evaluación de sus ponderadores por grupo de riesgo.
CYT – P06	Solicitud de Información a actores del SGSSS por medio FTP	Describir las actividades necesarias para la solicitud de información a actores del SGSSS según necesidad por medio de FTP	Desde la creación del documento de solicitud información a actores del SGSSS hasta la socialización de la solicitud de información a Actores del SGSSS
CYT – P07	Solicitud de Información a actores del SGSSS por medio del aplicativo PISIS	Describir las actividades necesarias para la solicitud de información a actores del SGSSS según necesidad por medio del aplicativo PISIS	Desde la creación del documento de solicitud información a actores del SGSSS hasta la expedición de la solicitud de información a actores del SGSSS

FUENTE: SIGI procesos y procedimientos

CYT –P05: Estimación del valor esperado de las prestaciones en salud que deben ser financiadas con la UPC para los dos regímenes durante la vigencia fiscal

El procedimiento incluye el conjunto de prestaciones en salud (procedimientos, intervenciones, dispositivos, servicios y medicamentos) que conforman el Plan de Beneficios durante el periodo de experiencia, tales como:

- 1) Información respecto a la identificación de factores de ajuste de riesgo a la UPC
- 2) Archivo con prestaciones cubiertas por el Plan de Beneficios
- 3) Población expuesta calculada por grupos de riesgo
- 4) Exposición individual y total por grupos de riesgo definidas.
- 5) Prestaciones nuevas identificadas
- 6) Impacto en UPC estimado
- 7) Ajuste por homólogos, estimado
- 8) Ajustadores de la prima definidos
- 9) Otros ingresos estimados
- 10) Valor ajustado de la prima
- 11) aprobación del valor ajustado de la prima o lista de observaciones
- 12) Valor ajustado de la prima aprobado
- 13) Ponderadores ajustados por grupo de riesgo

Dada la importancia del Procedimiento para la Auditoría se relacionan las actividades descritas en este procedimiento:

Calcular la población expuesta sumando el número de años completos en el periodo de experiencia de cada persona que estuvo afiliada, por grupos de riesgo.

Definir la exposición individual y la exposición total por grupos de riesgo.

Identificar las nuevas prestaciones en salud (procedimientos, intervenciones, dispositivos, servicios y medicamentos) incluidas en el Plan de Beneficios durante el período de análisis.

Estimar el impacto de la inclusión de nuevas tecnologías sobre el costo total con base en la información epidemiológica y los precios del mercado.

Identificar el costo de los homólogos a partir de la información aportada por las Aseguradoras y estimar la relación entre este costo y los costos totales de las prestaciones en salud en el periodo de experiencia, para aplicarlo al valor de la prima.

Definir otros ajustes de la prima: por inflación a los valores, por proyección de población, por eventos incurridos y no reportados y por eventos reportados y no suficientemente reservados, por frecuencias, entre otros.

Estima otros ingresos: Copagos, Cuotas moderadoras, Ingresos por recobros a ARL, Ingresos por cuotas de inscripción y afiliación, Ingresos por recobros a empleadores, entre otros.

Presentar el valor ajustado de la prima a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas.

Realizar los ajustes al valor ajustado de la prima según la lista de observaciones presentada por la Comisión, presento observaciones documentadas sopórtelas

Propuesta aprobada u observaciones y oportunidades de mejoramiento de la propuesta o resultado del estudio dadas por terceros

Elaborar el proyecto de resolución - Acto administrativo. Resolución No. Publicación, presentación a medios,.....

En los medios se escuchó del Ministro que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que financia el Plan de Beneficios tuvo un incremento del 9,45%, este aumento financia los servicios que ya se venían prestando, los ajustes por frecuencia, las aclaraciones e inclusiones al plan de beneficios.

En el marco del Decreto 1464 de 2012, la contribución de los servicios en salud que ya se venían prestando es de 6,53%, al valor total de aumento; el porcentaje restante (2,92%) corresponde a la actualización integral del plan de beneficios

Respuestas a los Actores del SGSSS. Procedimiento ATC-P01 Atención a Peticiones Recibidas y procedimiento ATC-P04 Atención a sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones y Denuncias.

En el régimen subsidiado en forma adicional se encuentra implementada por segundo año una prueba piloto que iguala la Unidad de Pago por Capitación (primas puras) del régimen subsidiado a la del régimen contributivo en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Analizar el resultado de la aplicación de la metodología desarrollada para el cálculo de costos y tarifas y termina con las Propuestas para la mejora continua del proceso.

ANEXO NO. 3 IDENTIFICACIÓN EN EL MAPA DE RIESGOS DE LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD LOS RIESGOS ASOCIADOS AL PROCESO DE CÁLCULO DE LA UPC

Riesgo No. 1 USO INDEBIDO DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA: durante el desarrollo de las actividades de solicitud, recepción, consolidación y análisis de información, que sirve como insumo para los cálculos de costos y tarifas

POSIBLES DEPENDENCIAS AFECTADAS CON LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO /ÁREAS ORGANIZATIVAS

Dirección de Regulación de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensionales

Dirección de Promoción y Prevención

Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC

Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Dirección de Epidemiología y Demografía

Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

Dirección de Financiamiento Sectorial.

RIESGO No. 2 INEXACTITUD Durante la recepción y validación de la información

Las tecnologías existentes afectan la recepción, disponibilidad y la capacidad de procesamiento de la información, dando como resultado retrasos en los procesos de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

