



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

**INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL
CON ENFOQUE INTEGRAL
Modalidad Especial**

**ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL DEPARTAMENTO
AUDITORIA EVALUACION DE COSTOS DEL SISTEMA DE SALUD (IVC,
ASISTENCIA TECNICA)
VIGENCIA FISCAL 2010**

**CDVC-CASCD-No- 03
JULIO 2011**



**INFORME DE AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD ESPECIAL**

**EVALUACION DE COSTOS DEL SISTEMA DE SALUD (IVC, ASISTENCIA
TECNICA) VIGENCIAS 2010**

Contralora Departamental del Valle del
Cauca (e)

SONIA ALEXANDRA PULIDO MUÑOZ

Contralor Auxiliar para Control Fiscal

LISANDRO ROLDAN GONZALEZ

Contralora Auxiliar para el Sector Central
Departamental

MARIA DEL PILAR GIRALDO SANCHEZ

Representante Legal entidad auditada

FRANCISCO JOSÉ LOURIDO MUÑOZ

Equipo Auditor:

Líder

LUIS MARIO MOLINA GONZALEZ

Auditor

FERNANDO AREVALO TERAN

Auditora

FRANCIA IBETTY RAMIREZ LUGO



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. HECHOS RELEVANTES	4
2. CARTA DE CONCLUSIONES	7
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	11
3.1 PRESTACION DEL SERVICIO	11
3.1.1 COMPETENCIAS Y FUNCIONES	14
3.1.1.1. Inspección, Vigilancia y Control	16
3.1.1.2. Atención a Población Pobre no Asegurada y No Pos- S	20
3.1.2 Financiamiento	22
3.1.3 Contratación	22
4.0 AVISO DE ADVERTENCIA	33
5.0 ANEXOS	34
5.1 Cuadro resumen de Hallazgos	35



1. HECHOS RELEVANTES

La ley 100 de 1993 crea el sistema de seguridad social integral y lo define como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Determina esta ley que partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que trata artículo 162.

El sistema ha generado crisis y desde hace varios años asociaciones médicas, científicas y de pacientes; Defensoría del Pueblo, y la academia han alertado sobre las deficiencias y los problemas del sector.

Estudios recientes como los del CIDE de la Universidad Nacional y del mismo Ministerio de la Protección Social ponen al descubierto la “falta de vigilancia y de voluntad política”, según expertos consultados por Semana.com, para cuidar estos recursos públicos que al año representan el 6 por ciento del PIB, cerca de 28 billones anuales

El escándalo por el billonario desfalco se centra en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad que tiene entre sus funciones reconocer a las EPS el dinero que invierten en medicamentos y servicios que no están en el Plan Obligatorio de Salud (POS), lo que técnicamente se llaman recobros.

Según el Ministerio, entre los años 2008 y 2010 hubo un “saqueo constante”. Las



modalidades encontradas hasta ahora son diversas, pero la más grave es el pago de “jugosas comisiones” a funcionarios del ministerio y del FOSYGA para autorizar recobros que previamente habían sido negados por el administrador fiduciario del fondo.

Otras modalidades encontradas son el cobro en repetidas ocasiones de un mismo servicio, para lo que usaban nombres de varios pacientes con un mismo número de cédula. En este punto el ministerio reconoce la “vulnerabilidad en las bases de datos y su falta de trazabilidad” que impiden que casos como este sean detectados.

La Gobernación del Valle del Cauca, cuenta con el plan Departamental de salud el cual es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”.

Según proyecciones de población del Censo DANE 2005, el departamento tiene una población de 4.248.913 habitantes, con una cobertura en salud del 91.1% de los cuales 52.3% pertenecían a régimen contributivo y 38.8% al régimen subsidiado (31.8 con subsidios plenos y 7 % con subsidios parciales). La distribución de la cobertura para el período 2002-2007. Para el 2006 el número de desplazados, afiliados al Régimen Subsidiado aumentó a 19.665. Para el año 2007 fueron atendidos en la Red Pública de Hospitales 18.760 que representan el 14.3% de los 131.013 desplazados.

Entre otras noticias sobre la situación del Sector Salud a nivel nacional, el 11 de junio el diario el país referente al sector salud, público:

El Gobierno Nacional se alista para expedir el decreto que depurará a las EPS en el país. A finales de septiembre o principios de octubre estarán listos los requisitos que deberán cumplir las entidades para seguir funcionando.

Así lo dio a conocer la viceministra de Salud, Beatriz Londoño, quien explicó que de esta manera se expedirán los lineamientos de orden técnico para establecer las condiciones de orden en gestión financiera, gestión de riesgo en salud, tamaño de la población y todos los criterios para las EPS.



La depuración de las PS comenzaría en Septiembre. 17 millones de dólares sumarían el fraude al sistema de salud pública. 72 EPS están operando actualmente en todo el país. 48 de ellas pertenecen al régimen subsidiado. Y 24 integran el régimen contributivo.

Evolución anual de los recobros al fosalga

(por procedimientos y medicamentos no POS. Cifras en pesos)

2004	170.155 millones
2005	291.606 millones
2006	628.254 millones
2007	1.01 billones
2008	1.15 billones
2009	1.50 billones
2010	2.40 billones

Fuente: Fosalga

Crítico panorama de la salud en el Valle del Cauca

Los problemas del sector salud en el Valle del Cauca se han visto agravados por la negligencia en el pago de carteras por parte de las EPS, así como por la contratación por medio de cooperativas de trabajo asociado que afectan a los trabajadores, y, por tanto, a la prestación del servicio.

Las deudas se reflejan en la falta de insumos y la demora en el pago de los salarios al personal de planta y de cooperativas. El retraso en el pago de los salarios es de entre uno y cinco meses, y aun persisten deudas de años pasados, de 2001 y 2002.

La mala atención al usuario, la pésima administración de los recursos económicos, la entrega inoportuna de medicamentos y el cobro a los usuarios de tarifas que no están contempladas en la ley, son las principales problemáticas



que aquejan al sector salud en el Valle. (Fuente Martes, 14 de Junio de 2011 17:00 - Escrito por el día).

2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctor (a)

FRANCISCO JOSÉ LOURIDO MUÑOZ

Gobernador del Valle

La Ciudad

La Contraloría Departamental del Valle del cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria con Enfoque Integral modalidad especial a la Administración Central del Departamento, Secretaria de Salud, a través de la evaluación de los Principios de Economía, Eficiencia, Eficacia y Equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el área actividad o proceso examinado. La auditoria incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la entidad y analizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría Departamental del Valle del cauca consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas (NAGC) compatibles con las normas internacionales de auditoría (NIAS) y con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y



ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar nuestro concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la dependencias, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Contraloría Auxiliar para el Sector Central

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por tres (3) profesionales en las áreas de: derecho, administración de empresas y economía, a través del análisis documental, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo.

Fueron motivo de análisis la Inspección, Vigilancia y Control en lo referente a la asesoría prestada a los Fondos Locales de Salud, la atención a la Población pobre no Asegurada y el NO POSs. Se examinaron los costos de la atención y la contratación efectuada para tal fin.

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoría, las respuestas de la administración fueron analizadas y se incorporó en el informe, lo que no se encontró debidamente soportado.

CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en el área (s), proceso (s) o actividad(es) auditadas, no cumplen con los principios evaluados (economía, eficiencia, eficacia o equidad), como consecuencia de los siguientes hechos:

La competencia de Ley 715 de 2001, sobre la Inspección, Vigilancia y Control (IVC), se está cumpliendo parcialmente puesto que no se evidencia planes de mejoramiento de las visitas efectuadas por el grupo de IVC, teniendo en cuenta que lo fundamental de estas visitas, es realizar seguimiento y evaluación a la gestión en salud de los municipios, de las EPS, a los prestadores de servicios de salud (a la calidad) y por consiguiente a los planes de mejoramiento; por lo tanto



no se conocen las acciones correctivas y el avance en la eliminación de la causa de los hallazgos.

La Administración Departamental no ha implementado un modelo estandarizado de auditoria medica, que permita unificar los procedimientos y los informes de auditoria de manera tal que los pagos ordenados y las facturas glosadas no presenten confusión al momento de análisis para la administración departamental, para terceros o para los Órganos de Control; igualmente se de claridad sobre los procedimientos realizados, minimizando el riesgo de pagos o reconocimientos a facturas ya canceladas o servicios no prestados, todo en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo vigente.

Respecto a las interventorías, se encontraron debilidades por cuanto en algunos informes no describen en su totalidad las actividades desarrolladas en la ejecución de los contratos, lo cual no permite evidenciar un adecuado seguimiento a la ejecución de los mismos, en otros casos no relacionan las facturas a cancelar para que sirva de soporte al emitir los informes finales conforme a lo realmente ejecutado.

La totalidad de los contratos suscritos por evento a la fecha no han sido liquidados, impidiendo conocer el estado de ejecución y que la entidad se encuentre a paz y salvo por todo concepto.

Mención especial merece la estrategia o política de fortalecimiento financiero que esta realizando la administración departamental, Secretaria Departamental de Salud con los hospitales de la Red Pública y de Apoyo del Departamento, cuando realiza acuerdos de pago con las EPS Subsidiadas, para que los valores que le adeuda a estas la secretaria por concepto de recobros, se giren a las instituciones de la red con quienes las EPS-S tienen deuda por prestación de servicios, por otra parte las EPS-S giran igual valor a las ESES, logrando con lo anterior un doble impacto positivo, primero el departamento al pagar parte sus deudas sanae sus finanzas y segundo las ESES publicas y de Apoyo reciben recursos por recuperación de cartera.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 9 hallazgos administrativos.

PLAN DE MEJORAMIENTO



La entidad debe ajustar el plan de mejoramiento que se encuentra desarrollando, con acciones y metas que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe. El Plan de Mejoramiento ajustado debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para Sector Central, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con de acuerdo con la Resolución 100-28-02.13 de diciembre 18 de 2008.

Dicho plan de mejoramiento debe contener las acciones y metas que se implementarán por parte de la entidad, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

SONIA ALEXANDRA PULIDO MUÑOZ
Contralora Departamental del Valle del Cauca (e)



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 PRESTACION DEL SERVICIO

3.1.1 Competencias y Funciones

De acuerdo a lo establecido en la Ley 715 de Diciembre 21 de 2001 en su artículo 43 es competencia de la Direcciones Departamentales de Salud dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción. La mencionada Ley le asigna a los Departamentos las funciones de Dirección del Sector Salud, de Prestación de Servicios de Salud, de Salud Pública y de Inspección Vigilancia y Control.

Conforme con lo estipulado en este articulo numeral 43.2.1. De la mencionada Ley es competencia del Departamento gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre no asegurada y a la asegurada en lo no cubierto con subsidio a la demanda o contribución, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas

Define la ley 100 de 1993 la forma como las personas acceden a los servicios de salud, clasificando su participación en el Sistema General de Seguridad Social en dos tipos: Afiliados y Vinculados - artículo 157 ley 100 de 1993 -. La población pobre sin capacidad de pago tiene la posibilidad de participar como Afiliados del Régimen Subsidiado, o como Vinculados.

El artículo 20 de la ley 1122 de 2007, dispone que serán las entidades territoriales las administradoras de la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, al preceptuar que éstas contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda.



Conforme a lo previsto en este, las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda.

En síntesis se puede colegir de las disposiciones legales citadas, que las entidades territoriales tienen una responsabilidad directa en la prestación de los servicios de salud con respecto a la población pobre no asegurada, y en relación con la población pobre asegurada, en lo no cubierto por subsidios a la demanda, entre los que se incluyen aquellos servicios que no están cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, que se contrata con las Empresas Promotoras de Salud.

Si bien es cierto, acorde con la legislación que regula el tema las Empresas Promotoras de Salud tienen también con relación a sus afiliados el deber de garantizar la atención en salud, y en el evento de requerir servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, cuando se presente una situación que amenace un derecho fundamental de su afiliado, deben prestar directamente el servicio, para luego repetir por el valor del mismo ante el FOSYGA o el ente territorial que administre los recursos del subsidio a la oferta; ello no es óbice para dejar de reconocer, que en cabeza de los entes territoriales, siguen quedando asignadas unas claras obligaciones en el tema de la prestación del servicio de salud de la población pobre no asegurada.

Prestación de servicio.

De otra parte, precisó la Corte Constitucional en la sentencia T-360 de julio 31 de 2008, Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Ulloa, la prohibición de trasladarles a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los Administradores del Régimen; asunto éste, que si bien se expuso de manera concreta en relación con actuaciones cumplidas por las Entidades Promotoras de Salud que exigen al usuario el trámite de las autorizaciones de los servicios, cabe predicarse igual conclusión respecto a los demás Administradores del Sistema de Salud, a saber, los entes territoriales, para los cuales también es menester efectuar el trámite de autorización de los servicios de salud que le corresponde prestar a través de las instituciones de la red pública.

Continuando con la reglamentación necesaria sobre el tema, en aras de garantizar el cumplimiento de la prestación del servicio de salud en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad, y en forma coordinada entre los diversos actores que participan en el Sistema, se expidió por el Consejo Nacional de Seguridad Social



en Salud del Ministerio de Protección Social, el Acuerdo 415 de septiembre 18 de 2009, que dispuso lo siguiente:

"Artículo 64. Mecanismos de coordinación para prestación de servicios no POS-S. Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de los afiliados, las Entidades Territoriales responsables de la operación del Régimen Subsidiado deberán suministrar a las EPS-S al momento de la suscripción del contrato un listado de la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios en los distintos niveles de complejidad que hayan sido contratadas para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamientos no incluidos en el POS-S para la atención de los afiliados, dicho listado deberá formar parte de la minuta del contrato.

"Las EPS-S deben garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS-S y de requerirse la utilización de los servicios no incluidos en este, deberá remitir a los afiliados a las IPS del listado suministrado por la Entidad Territorial, suministrando además a la misma Entidad Territorial la información suficiente, adecuada y oportuna para el seguimiento del afiliado, en especial para los procedimientos de referencia y contrarreferencia".

Como se extrae de esta reglamentación, corresponde a la entidad territorial adelantar la contratación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para la atención de la población pobre en cuanto a los procedimientos de diagnóstico y tratamientos en lo no cubierto por el POS-S, suministrando a las Empresas Promotoras de Salud - Subsidiadas, el listado de la red de Instituciones contratadas, listado que forma parte del contrato suscrito con tales Empresas Promotoras de Salud; por su parte las Empresas Promotoras de Salud tendrán a su cargo la prestación de los servicios contenidos en el POS-S, y en lo referente a los servicios no incluidos en éste, tiene la obligación de remitir a los afiliados a las IPS del listado suministrado por la Entidad Territorial, informando sobre ello a dicha entidad para el seguimiento del afiliado.

De acuerdo a las competencias y precisas obligaciones y cargas en relación con la prestación del servicio de salud a la población pobre del Departamento. El derecho a gozar del acceso al servicio público esencial de la salud, y a que su prestación sea eficiente y oportuna, situación que tal como viene presentándose en el



Departamento se ven vulnerados los derechos al acceso a la salud en oportunidad y el principio de integralidad, tal como se desprende de los procedimientos para tal fin.

A pesar que la Secretaria, implementó un procedimiento de autorizaciones para tramites internos por los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud - subsidiado -, así como los medicamentos y demás insumos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, por el volumen de usuarios y la poca infraestructura para su desarrollo, no fue suficiente y de acuerdo con algunas solicitudes presentadas, se evidenciaron pacientes que tuvieron que esperar cerca de seis (6) meses y otros aun esperan se les resuelva o aprueben el procedimiento o examen médico requerido.

3.1.1.1 Inspección, Vigilancia y Control

De acuerdo con las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001, entre las funciones que corresponde al departamento en el tema de salud, entre otras:

- .- Prestar asistencia técnica a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.
- .- Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

La Secretaría de Salud Departamental, tiene documentado (más no aprobado), los siguientes procesos en Inspección Vigilancia y Control a los actores del Sistema de Salud:

- .-Inspección y Vigilancia de las Direcciones Locales de Salud.
- .- Inspección y Vigilancia de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud,
- .- Gestión de los procesos jurídicos administrativos resultantes de las Acciones de Inspección, Vigilancia y Control en los Prestadores de Servicios de Salud.



.- Inspección, Vigilancia y Control a los prestadores de servicios de salud (a la calidad).

.- Gestión de Aseguramiento y prestación de servicios en salud

.- Gestión de las acciones de Salud Pública.

Mediante oficio de fecha 16 de mayo de 2011, se hicieron los siguientes requerimientos:

.- Plan de visitas programadas y ejecutadas en las vigencias 2010 y 2011 a las Direcciones Locales de Salud en los Municipios descentralizados; planes de mejoramientos presentados por las mismas y avances correctivos de los hallazgos encontrados.

.- Número de municipios que se les brindó asistencia técnica y en qué consistió.

En la respuesta al citado oficio, no se allegaron los planes de mejoramiento, por consiguiente no se sabe el grado de avance de las acciones correctivas, por cuanto sólo se requirieron estos planes a los municipios, estas visitas están más enfocadas a la asesoría y asistencia técnica para el cumplimiento de sus competencias en salud.

En la vigencia 2011, no se remitió información de las visitas programadas y ejecutadas en las Direcciones locales de salud, Empresas promotoras de salud – Subsidiadas, habilitación de los prestadores de servicios de salud.

Se estableció que los municipios de la Unión, la Victoria y Bugalagrande no tienen planes de mejoramiento de los hallazgos encontrados por el grupo de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud Departamental.

El grupo de Salud Pública Departamental, en la vigencia 2010, realizó acciones de promoción, a las Empresas promotoras de Salud – EPS - del régimen contributivo y subsidiado, se entregaron unas recomendaciones pero no se observa una relación directa de estas, con los planes de mejoramiento de las Instituciones Prestadoras de Salud –IPS- .



En conclusión no se evidencia planes de mejoramiento a las observaciones encontradas a las visitas efectuadas a las Direcciones Locales de Salud de los municipios descentralizados y pocos planes de mejoramiento relacionados con las recomendaciones que se hicieron a las EPS, lo anterior permite evidenciar el deficiente seguimiento y evaluación a las competencias municipales referente a los planes operativos establecidos. Poniendo en riesgo el cumplimiento de metas del Sistema de Seguridad Social en Salud y el mejoramiento de la gestión en este sector.

En la vigencia 2011, no se han adelantado visitas a las Direcciones Locales de Salud, Empresas Promotoras de Salud - Subsidiadas, lo que pone en riesgo el cumplimiento de las funciones de Vigilancia, Inspección y Control a las entidades territoriales.

3.1.1.2 Atención a Población Pobre no Asegurada y No Pos- S

La Secretaria Departamental de Salud en su manual de procedimientos, tiene establecido el proceso de gestión de solicitudes de autorizaciones de servicios a la población pobre no asegurada del Departamento del Valle y servicios no Pos complementarios, dentro de las competencias del ente territorial, acorde a la normatividad vigente.

Es responsabilidad de los actores del Sistema territorial de Seguridad Social del Valle del Cauca, cumplir con la normatividad vigente y acatar las disposiciones emanadas del Ministerio de la Protección Social y de la Gobernación del Departamento a través de la Secretaría Departamental de Salud.

En ejercicio de esta competencia, la Secretaria ha cancelado servicios prestados a la población pobre no asegurada \$6.582 millones y por recobros del NO POS \$6.966 millones como lo ilustra la tabla siguiente:



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE					
PAGO URGENCIAS Y RECOBROS					
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL					
CONCEPTO	2003-05-06-07-08	VIGENCIAS			
		2009	2010	2011	TOTAL
URGENCIAS	1.500.213.516	732.410.088	3.960.312.093	389.451.127	6.582.386.824
RECOBROS NO POS	0	2.085.005.034	2.870.710.000	2.000.000.000	6.955.715.034
TOTAL	1.500.213.516	2.817.415.122	6.831.022.093	2.389.451.127	13.538.101.858
Fuente:Secretaria Departamental de Salud					

En la vigencia 2010 se cancelaron a las IPS privadas y públicas por los anteriores conceptos, la suma de \$6.831 millones, producto de las auditorías médicas que se realizan a las facturas presentadas por los diferentes prestadores de servicios, como se detalla a continuación:



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

GOBERNACION DEL VALLE DEL CAUCA						
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA						
PAGOS RESOLUCIONES EN LA VIGENCIA 2010- A IPS-ESES- POR ATENCION INICIAL DE URGENCIAS Y RECOBRO DEL NO POS IPS- EPS-S						
ENTIDAD RECLAMANTE	RESOLUCION	FECHA	VALOR DE RECOBROS RADICADOS	VALOR GLOSADO	VALOR APROBADO PAGO	VALOR PAGADO
CLINICA ORIENTE	311	04/02/2010	286.343.785	4.479.265	281.864.520	281.864.520
FUNDACION VALLE DEL LILI (TUTELAS)	350	03/03/2010			164.064.952	164.064.952
FUNDACION VALLE DEL LILI (TUTELAS)	384	09/04/2010			160.688.290	160.688.290
ESE ANTONIO NARIÑO EN LIQUIDACION	397	09/04/2010	1.305.120.737	893.749.697	411.371.040	411.371.040
CLINICA VERSALLES	407	16/04/2010	10.403.947	10.237.594	166.353	166.353
HOSPITAL KENNEDY DE BOGOTA	391	09/04/2010	132.423.818	48.538.820	83.884.998	83.884.998
FUNCACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	390	09/04/2010	55.840.484	7.099.768	48.740.716	48.740.716
HOSPITAL DPTAL DE VILLAVICENCIO META	389	09/04/2010	50.424.728	35.866.216	14.558.512	14.558.512
CLINICA SAN FRANCISCO	551	03/06/2010	37.862.599	7.206.863	30.655.736	30.655.736
HOSPITAL DPTAL DE GRANADA META	555	03/06/2010	7.057.248	2.471.552	4.585.696	4.585.696
PROMOTORA MEDICA LAS AMERICAS	553	03/06/2010	2.557.004	-	2.557.004	2.557.004
HOSPITAL UNIVERSITARIO DPTAL DE NARIÑO	554	03/06/2010	85.397.026	37.153.355	48.243.671	48.243.671
CLINICA LOS ROSALES DE PEREIRA	633	08/07/2010	1.998.373	437.890	1.560.483	1.560.483
CLINICA NUESTRA SRA DE LOS REMEDIOS	676	27/07/2010	132.656.477	13.268.826	119.387.651	119.387.651
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A	750	08/10/2010	300.282.300	13.821.154	286.461.146	286.461.146
FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI (CONCILIACION)	933	23/12/2010	3.160.580.968		2.496.858.965	2.301.521.325
SUB TOTAL PAGO ATENCION URGENCIAS 2010			5.568.949.494	1.074.331.000	4.155.649.733	3.960.312.093
RECOBRO NO POS						
CESION POR CALISALUD EPS-S AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "HUV" de Cali	788	22/10/2010	2.749.721.486	149.721.486	2.600.000.000	2.600.000.000
GECE LTDA	474	30/04/2010	179.100.000	-	179.100.000	179.100.000
GECE LTDA	749	08/10/2010	91.610.000	-	91.610.000	91.610.000
TOTAL PAGO RECOBRO NO POS EN LA VIG 2010			3.020.431.486	149.721.486	2.870.710.000	2.870.710.000
GRAN TOTAL PAGO (urgencias- NO POS)			8.589.380.980	1.224.052.486	7.026.359.733	6.831.022.093

Fuente: Secretaría Departamental de Salud

Una vez visto los informes de los auditores médicos, se evidencia una falta de unificación de criterios en cuanto a la presentación de ellos, lo que origina en algunos casos, poca claridad respecto a los análisis efectuados por falta de organización y suficiencia de la información. Así mismo se tiene una alta rotación de los auditores médicos y no se tiene una memoria institucional de sus actuaciones.



De acuerdo con la muestra seleccionada, se realizó comparativo de precios entre lo pagado a las IPS como ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE, por concepto de medicamentos de las facturas de la Resolución 075 de 2010 y la lista de precios de la Secretaría de Salud Departamental, en la vigencia 2010 (tarifa farmaprecio, valor unitario), se observaron diferencias de precios en medicamentos de similar nombre y características, los cuales se relacionan en el siguiente cuadro:

PACIENTE	MEDICAMENTO	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. PAGADO	LISTA PRECIOS SRIA SALUD 2010	FARMAPRECIOS VR. UNITARIO
Maria Islena Rueda Vernaza	Acetaminofen 500 mg	6 Tab.	175	1.050	Acetaminofen codeina - 500/30 mg. Caja por 30 tab.	Caja X 30 tab. \$555=
Fact. 1163 del 17-04- 2010	Heparina de bajo peso molecular 40 mg./0.4	4 Amp.	62.000	248.000	Heparina de bajo peso molecular, Amp.	18.861 (la Ampolleta)
Jhon Estupiñán Pantoja	Midazolam 5 mgs	294 mAp.	5.331	1.567.314	Midazolam 5 mgs, Amp.	6.384 Amp
Fact. 1165 del 17-04- 10	Ranitidina 50 mgs 2ml	53 Amp.	2.540	134.620	RANITIDINA X 50 MG	668 Amp.
	Morfina	2 Amp	6.000	12.000	Morfina X 10 mg. X 1 ml	663 Amp.
Antonio Raul Forero	Haloperidol 5 mg/10mg	14 Amp.	31.124	435.736	Haloperidol 5 mg/10ml- Amp	13.965
Fact. 1184 del 18-04- 2010						
Heriberto Garcia Fact 1185 18-04- 2010	Norepinefrina 4 mg	2Amp.	26.844	53.688	Norepinefrina tartrato 4 mg/4ml	4.298 Amp.



Las EPS-S radicaron en el departamento por prestación de servicios, facturas por \$34.910 millones, de los cuales la auditoría médica ha glosado \$23.917 millones y aprobado para pago \$10.993 millones. A la fecha se han cancelado \$5.241 millones, en cumplimiento de acuerdo suscrito el 27 de mayo de 2011, entre el departamento y EMSSANAR, como se ilustra en la tabla siguiente:

GOBERNACION DEL VALLE DEL CAUCA					
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA					
RECOBROS RADICADOS, AUDITADOS Y APROBADOS PARA PAGO A FEBRERO 15 DE 2011					
ENTIDAD RECLAMANTE	PERIODO AUDITA	VALOR DE RECOBROS RADICADOS	VALOR GLOSADO	VALOR APROBADO PAGO	VALOR PAGADO
EMSSANAR	2008-2009-2010- FEBRERO 2011	28.000.416.140	17.901.892.622	10.098.523.518	5.240.802.868
COOSALUD	2008-2009-2010- FEBRERO 2011	3.360.755.181	2.707.425.938	653.369.243	-
SALUD CONDOR	2010- FEBRERO 2011	362.620.346	362.009.201	611.145	-
CAFÉ SALUD S.A	2010- FEBRERO 2011	3.186.663.899	2.945.536.683	241.127.757	-
TOTALES		34.910.455.566	23.916.864.444	10.993.631.663	5.240.802.868

Fuente:Secretaria Departamental de Salud

La información suministrada por la administración en muchos casos no permitió realizar los comparativos y análisis de precios correspondientes, puesto que se presenta en las facturas muy condensada y no son muy explícitas; por otra parte el SOAT y Farmaprecios no contienen todos los procedimientos y medicamentos formulados.

3.1.2 Financiamiento

La Secretaria Departamental de Salud, no cuenta con un sistema de costos para negociar la contratación de los servicios a la población pobre no asegurada, se basa para la contratación, principalmente en el Soat tarifario, el cual para el 2010



lo aplicó con el menos 15% y tarifa plena para los servicios prestados por aquellas IPS con las que no tenía contratación.

El Departamento del Valle del Cauca, Secretaria Departamental de Salud, ha financiado el pago de la atención a la población pobre no asegurada con recursos de Rentas Cedidas y Ministerio de la protección Social así:

FINANCIACION DE LOS COSTOS VIGENCIA 2010

CONCEPTO	RENTAS CEDIDAS	MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	TOTAL
ATENCION URGENCIAS	1.658.790.768	2.301.521.325	3.960.312.093
RECOBROS NO POS-S	2.870.710.000	0	2.870.710.000
TOTAL	4.529.500.768	2.301.521.325	6.831.022.093

La Secretaria ha tomado como política de fortalecimiento financiero de los hospitales de la Red Pública y de Apoyo del Departamento, realizar acuerdos de pago con las EPS Subsidiadas, para que los valores que le adeuda a estas la secretaria por concepto de recobros, se giren a las instituciones de la red con quienes las EPS-S tienen deuda por prestación de servicios, por otra parte las EPS-S giran igual valor a las ESES, es decir son acuerdos peso a peso, lógicamente de acuerdo con la deuda que la EPS tenga con cada ESE. Lo anterior tiene un doble efecto positivo, primero el departamento paga parte de sus deudas y segundo las ESES publicas y de Apoyo reciben recursos por cobro o recuperación de cartera.

De momento se ha firmado acuerdo con EMSSANAR por \$7.885 millones, valor que se distribuirá de la siguiente manera:

ACUERDO DE PAGO DEPARTAMENTO VALLE – EMSSANAR

INSTITUCION	DEPARTAMENTO	EMSSANAR 1	TOTAL A PAGAR
HOSPITAL DPTAL ISAIAS	103.169.608	103.169.608	206.339.216



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

INSTITUCION	DEPARTAMENTO	EMSSANAR 1	TOTAL A PAGAR
DUARTE CANCINO - CALI			
HOSPITAL DPTAL CENTENARIO DE SEVILLA	0	107.812.267	107.812.267
HOSPITAL DPTAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	5.240.802.868	1.195.578.165	6.436.381.033
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE CALI	629.152.923	629.152.923	1.258.305.846
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL DE CALI	469.243.398	469.243.398	938.486.796
HOSPITAL DPTAL MARIO CORREA RENGIFO DE CALI	161.166.885	161.166.885	322.333.770
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PALMIRA	98.451.467	98.451.467	196.902.934
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	0	0	0
HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO	8.734.280	8.734.280	17.468.560
HOSPITAL DPTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL	160.906.549	160.906.549	321.813.098
HOSPITAL DPTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA	603.332.585	603.332.585	1.206.665.170
HOSPITAL DPTAL BUENAVENTURA	410.006.583	410.006.583	820.013.166
TOTAL A PAGAR	\$7.884.967.146	\$3.947.554.710	\$11.832.521.856

Fuente: Secretaria departamental de Salud

Según el acuerdo suscrito, EMSSANAR realiza un segundo pago por \$3.937 millones así:

INSTITUCION	EMSSANAR 2
HOSPITAL DPTAL CENTENARIO DE SEVILLA	1.367.257.743
HOSPITAL DPTAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	1.162.080.342
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA	1.408.074.355
TOTAL A PAGAR	\$3.937.412.440

Fuente: Secretaria Departamental de Salud



Con el acuerdo anterior, los Hospitales de la Red Pública y de Apoyo del departamento, estaría recibiendo recursos de cartera por \$15.770 millones. El Hospital Universitario del Valle, ya recibió el primer pago por \$5.241 millones.

Esta en trámite un segundo acuerdo de pago entre el departamento y la EPS-S COOSALUD ESS, por \$1.306 millones, los cuales colocaran los suscribientes en igualdad de condiciones, es decir \$653 millones cada uno a favor del Hospital Universitario del Valle.

3.1.3 Contratación

Para realizar el presente trabajo de auditoría se tuvo en cuenta la contratación por evento para comparar si el valor de las facturas corresponde a los procedimientos y medicamentos autorizados en cada contrato, por cuanto la Secretaría contrató con los hospitales o la red pública nivel 1 pago por capitación, el que se refiere al pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas; las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado.

Le compete al Departamento la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de salud del nivel 1 o de baja complejidad para aquellos Municipios donde no se cuente con la certificación de la descentralización y los de nivel II y III o de mediana y alta complejidad para toda la población pobre no asegurada en todos los Municipios.

En este sentido se observa que la Secretaría no efectúa el pago anticipado se presentan retrasos en pagos a las IPS originados por la falta de programación de los recursos en el presupuesto

Mientras que el Pago por evento, es un Mecanismo en el cual se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente; Numeral 2 Artículo 8 Decreto 4747 de 2007; Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones,



insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico, la identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto.

La contratación por evento la Secretaria suscribió 14 contratos por \$28.858.681.117, de los cuales fue seleccionada una muestra de 4 contratos que corresponde al 29% y 75% del valor total contratado.

CONTRATACION POR EVENTO CIFRAS EN (\$)				
No.	CONTRATO No.	OBJETO	CONTRATISTA	VALOR
1	365	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPEJIDAD	Eduardo Bolaños IPS LTDA	500.000.000
2	350	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Hospital Universitario del Valle Evaristo Garcia	17.450.000.000
3	565	SERVICIOS DE SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Instituto de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca	122.500.000
4	500	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Clinica de Occidente SA	600.000.000
TOTAL				18.172.500.000

- Contrato 365 de Marzo 25 de 2010, suscrito con Eduardo Bolaños IPS Ltda., para prestar servicios de salud de alta complejidad autorizadas por el Ministerio de Protección social mediante oficio No. 024085 del 14 de Enero de 2010, en cirugía bariátrica por laparoscopia.

En la ejecución del contrato fueron intervenidos quirúrgicamente 30 pacientes, 29 a \$17 millones cada cirugía y una en \$7 millones, por cuanto el contratista contribuyó a la causa social con \$10 millones.

Las autorizaciones se realizaron para la siguiente población:

Régimen	No. personas atendidas
Población Pobre no Asegurada (denominados anteriormente vinculados)	3
Régimen Subsidiado	12



Régimen	No. personas atendidas
Tutela	12
Sisbenizados	3
TOTAL	30

Los beneficiarios fueron contactados vía telefónica para corroborar que correspondieran con los datos suministrados y a través de qué mecanismo fue aprobada su cirugía, se les preguntó cómo fue el servicio y si cumplieron con las actividades previstas en la propuesta y coincidieron en indicar que no cumplieron con la hospitalización en habitación unipersonal tipo suite, como se había pactado.

Se observa que a pesar de existir el proceso de gestión de autorizaciones de órdenes de servicio, no se tiene documentado un mecanismo o criterio para la priorización y selección de los beneficiarios a dicho procedimiento quirúrgico, diferente a urgencias y tutela, que permitiera identificar el paciente que por sus condiciones de salud integral fuese escogido.

En las carpetas contractuales no se evidenciaron algunos soportes documentales de beneficiarios que fueron atendidos como población pobre no asegurada, ajustándose al protocolo establecido para este tipo de procedimiento, tales como remisión del médico tratante, medicina interna, nutricionista, psicología, adscritos a la red pública del departamento y haber agotado métodos alternativos al procedimiento como (ejercicios, dietas, fármacos, terapias), e indicaran la necesidad de la cirugía, estos fueron allegados posteriormente en la respuesta, en tal sentido es necesario que en lo sucesivo los expedientes se conserven con todos los documentos soporte que demuestre la necesidad de la atención por los médicos tratantes.

En cuanto a la verificación que efectivamente corresponde a la población pobre no asegurada (anteriormente denominada vinculada), no se observa que se haya determinado su nivel socio económico en planeación municipal y que haya tramitado la visita para el ingreso a la encuesta del sisben, para corroborar que es una persona de escasos recursos, de lo contrario esta población le convendría continuar sin afiliación o vinculación al sistema, si el estado debe garantizar su salud. Por lo tanto es necesario corroborar e informar a esta población el trámite a



seguir para la continuidad en el servicio, de no ser así para el paciente es preferible no encontrarse en el sistema para ser atendido para cualquier tratamiento, sin ningún costo y sin evidenciar su estado socio económico.

Para los casos en comento, se han proferido un sin número de sentencias de la Corte Constitucional y estudios recientes sobre el problemática de salud pública en relación con la obesidad mórbida y su tratamiento a través de la cirugía bariátrica en su especialidad de bypass gástrico, se encuentra incluida en el pos y se hace extensiva a los dos regímenes contributivo y subsidiado, se mencionan apartes de dichas sentencias:

- Sentencia T-658 de Septiembre 18/09 Magistrado Ponente: Dr. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO,

La posición según la cual, la cirugía del Bypass Gástrico se encuentra incluida en el POS se ha hecho extensiva al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. En efecto, mediante sentencia T-1022A de 2008 M.P Nilson Pinilla Pinilla, la Corte emitió un pronunciamiento mediante el cual, solicitó a la ARS, practicar la cirugía bariátrica requerida, sin la posibilidad de que la entidad demandada pudiera repetir contra el FOSYGA, concretamente le ordenó,

"(...) al representante legal de CAPRECOM ARS, seccional Valle del Cauca, o quien haga sus veces, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de este fallo, si no lo ha hecho, proceda a realizar una junta de especialistas en lo atinente a la obesidad mórbida que padece Alba Lucía Sossa Aguirre y, si así se determina científicamente, previa cabal información clara y consentimiento consciente de la actora, autorice los procedimientos para atender la obesidad mórbida que padece y, si fuere del caso, le realice el "bypass gástrico por laparoscopia", con la debida continuación del tratamiento integral que requiera".

"En conclusión, esta Corporación dispuso que, en los casos en los cuales las EPS o EPS-s estando obligadas a prestar adecuadamente el servicio de salud, se nieguen a suministrar un tratamiento de Bypass Gástrico, en el entendido de que éste se encuentra incluido en los respectivos Planes Obligatorios de Salud, los usuarios podrán acudir a la acción de tutela, para solicitarlo".

- Sentencia T-1108/08 (Bogotá DC, noviembre 6 de 2008)

"Debe recordarse, en este punto, que la Corporación, debido a la complejidad y al riesgo quirúrgico que supone el procedimiento genéricamente descrito, ha sido enfática en exigir el especial cumplimiento de dos requisitos particulares: (i) la efectiva valoración técnica que debe hacerse, en cada caso particular, por un grupo interdisciplinario de médicos, la cual debe preceder a la orden de práctica del procedimiento; y (ii) el "consentimiento informado del paciente, que consiste en el deber que asiste a los profesionales de la ciencias médicas de informar, en forma clara y concreta, los efectos del procedimiento que el paciente se va a practicar, para que manifieste de manera libre y espontánea su voluntad de someterse al mismo.

De otro lado, cabe mencionar que la Corte, al realizar recientemente un estudio sobre el problemática de salud pública en relación con la obesidad mórbida y su tratamiento a través de la cirugía bariátrica en su



especialidad de bypass gástrico, reiteró en la Sentencia T-414 de 2008 la línea jurisprudencial, agregando que dichos procedimientos deben entenderse como incluidos dentro del POS. Lo anterior en razón de que el artículo 62 de la Resolución No. 5261 de 1994, que regula el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, contempla la “DERIVACIONES DE ESTÓMAGO” bajo el código 07631 y que si bien dentro de esa denominación no se incluye en ninguno de sus apartes la palabra “cirugía bariátrica”, ni la “cirugía bypass gástrico”, si se hace referencia al siguiente procedimiento: “Anastomosis del estomago; incluye gatroduodenostomía con el código 07630 y Anastomosis en Y de Roux Código 07631”.

Para llegar a tal decisión, en esa oportunidad se consultó el criterio del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Dicha entidad manifestó en relación con la terminología utilizada por el artículo 62 de la Resolución 5261 de 1994, lo siguiente:

“La resolución 5261 de 1994, que establece las actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, no expresa taxativamente el procedimiento utilizando la expresión inglesa de By-pass gástrico pero sí estableció en su ARTICULO 62 las intervenciones quirúrgicas abdominales que como técnicas quirúrgicas se utilizan para realizar la derivación de estomago, como son:

“Anastomosis del estómago; incluye gatroduodenostomía con el código 07630

Anastomosis del estómago en Y de Roux Código 07631.

“Procedimiento que, como ya se mencionó anteriormente, SON LOS QUE SE UTILIZAN EN EL BY PASS GÁSTRICO...”

En consecuencia, si en sede de tutela se reclama la autorización de la cirugía Byppas gástrico (cirugía bariátrica), ante la negativa de las Entidades Promotoras de Salud de realizarlo, el juez de tutela debe ordenar su práctica con cargo total a la Entidad Promotora de Salud Accionado sin, la posibilidad de repetir al fondo Nacional de Solidaridad -FOSYGA-, por estar dicho procedimiento quirúrgico incluido en el Plan Obligatorio de Salud.

Lo anterior fue reiterado posteriormente en la sentencia T-586 de 1998, donde se dijo:

“... el procedimiento consistente en **la realización del Bypass gástrico para la reducción de peso y masa corporal, ocasionado por la enfermedad de obesidad mórbida, está incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud, bajo una denominación distinta.** En ese orden de ideas, las Entidades Promotoras de Salud deben cubrir la totalidad del costo de la cirugía bariátrica, en los pacientes con obesidad mórbida que así lo requieran, siempre que el médico tratante y un grupo interdisciplinario de médicos así lo dictaminen y, el paciente dé su consentimiento informado. (No está en negrilla en el texto original.)

Consecuencia de lo anterior es que, si en sede de tutela se reclama la autorización de la cirugía Byppas gástrico por la negativa de las Entidades Promotoras de Salud de realizarlo, el juez de tutela debe ordenar su práctica con cargo total a la Entidad Promotora de Salud accionada, sin la posibilidad de repetir al Fondo Nacional de Solidaridad – FOSYGA-, por estar dicho procedimiento quirúrgico incluido en el Plan Obligatorio de Salud”.

En síntesis, a partir de la sentencia T-414 de 2008, esta Corporación ha llegado a la conclusión de que la cirugía de BYPASS GÁSTRICO, para la reducción de peso y masa corporal, necesaria para tratar la patología de obesidad mórbida, está incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud, bajo una denominación diferente, tal como lo expuso el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En ese orden de ideas, señaló que las Entidades Promotoras de Salud deben cubrir la totalidad del costo de la cirugía bariátrica, en los pacientes con obesidad mórbida que así lo



requieran, siempre y cuando el médico tratante y un grupo interdisciplinario de galenos así lo dictaminen. Se requiere igualmente, que el paciente dé su consentimiento informado”.

Teniendo en cuenta las consideraciones en las Sentencias antes señaladas, la Contraloría Departamental del Valle, advierte a la Secretaria de Salud Departamental la necesidad de aclarar ante el Ministerio de la Protección Social como deben obrar en estos casos por cuanto se ha reiterado en dichas sentencias que este tratamiento corresponde al plan obligatorio de salud, por consiguiente no le asiste a la Secretaria correr con estos gastos, el cual es competencia de las EPS-S, asumir esta contratación con su red, en los términos de la Sentencia T-414 de 2008 y del reciente Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009, expedido por la Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES), el cual entró en vigencia el pasado 01 de enero de 2010, tal como lo expresa dicha sentencia.

- Contrato No. 0350 de marzo 04 de 2010, suscrito con el Hospital Universitario Evaristo García, con el objeto de prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, en el marco de la protección del derecho a la salud a la población pobre no asegurada, población asegurada en lo no cubierto con recursos de la demanda y otras especial del Departamento del Valle

En el informe presentado por la interventoria y auditoria, expresan la necesidad que el Hospital Departamental defina con prioridad, la red alterna de los servicios que el hospital ha manifestado que no está en posibilidad de ofertar en el contrato con la SDS y son los siguientes:

- Consulta de cardiología
- Cirugía cardiovascular pediátrica
- Laboratorio clínico, según anexo1 del portafolio de servicios del HUV
- Radioterapia
- CPER

La Secretaria de Salud Departamental contrató los servicios de auditores médicos para la revisión de la facturación y como resultado del objeto contractual presentaron algunas glosas En el desarrollo de la auditoria fueron seleccionadas cuatro facturas para corroborar que correspondieran a los valores o costos pactados, es de anotar que la auditoria médica contratada por la Secretaria



Departamental de Salud, realizó un buen trabajo, presentaron algunas glosas y de acuerdo a la revisión se presentó lo siguiente:

FACTURA	PROCEDIMIENTO / MEDICAMENTO	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL/PAGADO	LISTA DE PRECIOS PACTADA	TARIFA (Farmaprecios + el 5%) Valor	OBSERVACION
12313228	BURETROL X 150 ML	1	7.706	7.706	BURETROL X 150 MG	4.984 Un	Diferencia de precios y no se visualiza la fecha de la factura
Vr. Total factura \$10.813.300 se glosó 8.626.000 Vr. A pagar \$2.188.300	CLARITROMICINA X 500 MG	4	67.300	269.200	CLARITROMICINA 500 MGS	51.785 AMP.	La factura del HUV, no especifica con claridad la presentación del medicamento (Amp. Tab. Capsula, jarabe)
	HALOPERIDOL X 5 MG	1	16.300	16.300	HALOPERIDOL X 5 MG	14.700 AMP	

- Contrato No. 0565 de Julio 21 de 2010, suscrito con el Instituto de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca, con el objeto de prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad, en trasplante corneal y coclear, microcirugía y ayudas diagnosticas visuales y auditivas ofertadas y habilitadas; según portafolio presentado en el marco de la protección del derecho a la salud a la población pobre no asegurada, población asegurada en lo no cubierto con recursos de la demanda y otras especiales del departamento del Valle del Cauca...

En el párrafo de la clausula séptima se pactó el valor del servicio integral por la atención de los pacientes se hará de acuerdo a la propuesta que hace parte integral del contrato, las tarifas establecidas para procedimientos e insumos medico quirúrgicos especiales y medicamentos será el valor de compras mas el 5% de la administración.

No	FACTURA	TIPO ASEGURAMIENTO	PROCEDIMIENTO	VALOR TOTAL DE LA FACTURA A PAGAR
1	FV9-0003744	EMSSANAR	Consulta Especializada	18 000



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

No	FACTURA	TIPO ASEGURAMIENTO	PROCEDIMIENTO	VALOR TOTAL DE LA FACTURA A PAGAR
2	FA3- 00229630	CAPRECOM	Angiografía ocular unilateral y tomografía óptica computarizada	367 000
3	CX2 0020742	SISBEN	Implante lente intraocular secundario y extracción	1.280738
4	CX2 0020936	SISBEN	Resección de tumor maligno de conjuntiva y lavado de cámara.	930 122
5	CX1 - 0076271	EMSSANAR	Corrección de ptosis palpebral	1 067 256
6	CX1- 00 77673	VINCULADA	Implante lente intraocular vitrectoma	1 996 853
7	FC1 00235940	EMSSANAR	Tomografía angioretinofluoresenografía	380 192
8	FC2 00237522	CAPRECOM	Audiometría logaudiometría	30 800
9	FC- 00237265	EMSSANAR	Impedanciometría	46 200
10	FA3- 00237587	EMSSANAR	Biometría ocular	30 000
11	CX1 0077637	VINCULADA	Inyección de avastatin	662 000
12	CX1- 0077450	SISBEN	Implante coclear	50 000 000
13	FA3-169944	EMSSANAR	Topografía corneal	126 000
14	CX2- 0015711	EMSSANAR	Implante de anillos intraestomales ojo der.	2 647 304
14	FCS- 0168525	EMSSANAR	Consulta especializada	18 000
15	CX1 0075870	SISBEN	Impanoplastia Mastoidectomia	1 469 625
16	FC7 00227337	CAPRECOM	Consulta Especializada	18 000



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

No	FACTURA	TIPO ASEGURAMIENTO	PROCEDIMIENTO	VALOR TOTAL DE LA FACTURA A PAGAR
17	FC1 - 0171873	CAPRECOM	Ecografia ocular unilateral	69 000
18	FV9-0003746	EMSSANAR	Consulta Especializada	18 000
19	FV9-0003665	EMSSANAR	Consulta Especializada	18 000
20	fa3 00216903	SISBEN	Audiometria total	5000
21	ffa3 0216904	SISBEN	Consulta Otorrino	12 000
22	FA3- 0170793	CAPRECOM	Consulta Especializada	18 000
24	CX1 75873	SISBEN	Fotocoagulación por laser	309 327
25	CX2- 0019477	SELVASALUD	Extracción e implante de lente intraocular	1 220 238
26	FV0- 00247665	EMSSANAR	Audiometria total logoaudiometria instancia acustica	46.200
27	FV0- 00247682	CAFESALUD	Audiometria total logoaudiometria instancia	46.200
28	CX2- 0021664	CALISALUD	Terapia Antiangiogenica con clitics (3) dosis	10.489.500
29				
30				
31				
32	FV0-246526	EMSSANAR		
32	CX2- 002174242	EMSSANAR		
	TOTAL			\$75.393.180

FUENTE: Secretaria Departamental de Salud



- Como se observa en la relación de facturas repiten el número en el listado por cuanto corresponde al mismo paciente, sin embargo saltan del 29 al 32, sin que se conozca su inconsistencia.

La relación de facturas y soportes fue suministrada por la Secretaria Departamental de Salud, en dicha información no aparecen las facturas FA3-00237587, FA3-169944, FC1 -0171873, FV9-0003665, fa3-00216903, fa3-00216904, FA3-0170793, FV0-246526, CX2-002174242 y físicamente aparecen otras facturas que no fueron relacionadas en la lista tales como: CX2-0021742 de diciembre 29/10 por \$2.019.702, FA3-00237587 de diciembre 20/10 por 30.000 y FV0-00246526 de marzo 1/11 por \$403.000, esta última se presenta cuando el termino se encontraba vencido desde el 31 de diciembre de 2010. Así mismo las facturas FV0-00247665 y FV0-00247662 de marzo 10/11 por \$46.200 cada una. La factura CX2-0015711 de marzo 30/10 (numeral 14), por \$2.847.304 fue presentada con fecha anterior a la celebración del contrato del 21 de Julio/10 y acta de inicio del 3 de agosto/10. Adicionalmente no se evidencia autorización de la Secretaria, el régimen a que pertenece, aparece copia de la base de datos del fosalda con fecha de afiliación de febrero 01/11.

En el informe final de interventoría del 23 de diciembre de 2010, expresa que el Instituto ejecutó el 73.5% de las actividades, representado en \$90.100.000, menos el anticipo de \$61.250.000, arroja un valor a pagar a favor del contratista de \$28.850.000, sin embargo revisadas las facturas conforme a la relación puesta a disposición de la comisión de auditoría suman \$75.393.180, presentando una diferencia de \$14.706.820. En el expediente contractual no se evidencian los pagos realizados como el acta de liquidación.

La Secretaria al ejercer el derecho a la contradicción manifiesta que "La factura Nro. CX2-0015711 de marzo 30 de 2010, efectivamente fue relacionada en la lista de facturas de la IPS Ciegos y Sordos con cargo a este contrato, dado que corresponde a una Tutela del Juzgado Promiscuo de Riofrío Valle, donde se solicita el procedimiento de Implante de Anillo intra estromales en ojo derecho y que al momento presentaba riesgo de pérdida total de la visión..." Es de aclarar que a la fecha la Gobernación ha girado a la IPS Instituto para Niños Ciegos y Sordos un valor de \$ 90.100.000, sin embargo es preciso también aclarar que la Interventoría ya había realizado una Acta Aclaratoria solicitando el reintegro por parte del Instituto por la suma de \$ 14.706.820.00. A este valor se suma la factura Nro. CX2-0015711 por \$ 2.847.304, siendo finalmente el reintegro por \$16.157.445".

En consecuencia la Administración Central, tendrá que aclarar realmente cuales facturas se cancelaron con cargo a este contrato, tal como se deja en el resumen de hallazgos que hace parte de este informe, hallazgo No. 8.



En La factura CX2-002174242, se presentó glosa de \$569.077, para un total a pagar de \$75.393.180, sin embargo en ningún documento se menciona porqué concepto fue presentada la glosa y si esta fue levantada o confirmada.

Revisada la totalidad de las facturas relacionadas, en precedencia, los costos corresponden a los precios presentados en la propuesta, sin embargo teniendo en cuenta que el valor pactado por cada procedimiento correspondería a la propuesta presentada por el contratista, algunos de los servicios prestados no fueron relacionados en la misma, lo cual impide conocer con certeza su costo, no obstante algunos de ellos se compararon con los precios del Soat y el ISS para tener una referencia y se facturó por debajo de estos.

Por lo anterior es necesario que al contratar cualquier servicio, queden claras las condiciones y en caso que la propuesta no contenga el valor del procedimiento e insumo, permita establecer el costo unitario y su referencia al momento de contratar los servicios de salud, en caso contrario imposibilitaría validar la actividad y el cálculo, para la confrontación de precios que demuestren la selección objetiva que ofrezca razonabilidad y economía en las ofertas que presenten la red privada.

- Contrato 500 de junio 3/10, suscrito con la Clínica de Occidente, con el objeto de prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad autorizada por el Ministerio de la Protección Social mediante oficio No. 024085 de Enero/10 y No. 65589/10, en consulta especializada y hospitalización de medicina interna, consulta subespecializada en cardiología y electrofisiología, cardiovascular, procedimientos urológicos, laboratorio clínico de II y III nivel de complejidad, medicina nuclear...

A pesar de haber desagregado las facturas de alto costo no ha sido posible compararlos, por cuanto en el soat no aparece como por ejemplo la angiografía coronaria, cateterismo stent medicado entre otros.

Observaciones Generales

En cuantos a los Fallos de Tutela, en la que autorizan a la Secretaria Departamental de Salud, para que recobre ante el FOSYGA, el 100% de los costos que no se encuentren cubiertos por el plan obligatorio de salud, a la fecha no se evidenció ninguna gestión o trámite a fin de obtener los recursos por este concepto.



La totalidad de los contratos realizados por evento no han sido liquidados en el que se declaren a paz y salvo por todo concepto.

LIMITACIONES AL ALCANCE

En el trabajo de campo se presentaron limitaciones que afectaron el alcance de la auditoria, la comisión auditora conformado por un equipo interdisciplinario (Administrador, Abogado y Economista) revisó, la información y soportes en la ejecución de los recursos para la población pobre no asegurada y lo NO POS, siendo un trabajo dispendioso por cuanto no contaban con la información desagregada, que permitiera la agilidad en su revisión.

4. AVISOS DE ADVERTENCIAS

El Contralor Departamental del Valle del Cauca en uso de sus atribuciones constitucionales, legales y reglamentarias y, en especial, de las contenidas en el artículo 268 de la Constitución Política desarrollado por el decreto Ley 267 de 2000 en su artículo 5º numeral 7º, extensivos a los contralores departamentales por expresa determinación del inciso 5º del artículo 272 de la Constitución Política, en aras de proteger el patrimonio público y evitar la desviación de recursos que permitan atender las necesidades básicas de la comunidad vallecaucana ADVIERTE:

- La necesidad e importancia de que se defina un procedimiento claro para las auditorias medicas, que facilite el seguimiento a las cuentas por cobros presentadas por las IPS por Urgencias y NO POS, a los pagos ordenados y a las facturas glosadas u objetadas, para evitar que a futuro se repitan cobros como ha sucedido a nivel nacional con los cobros al Fosyga, minimizando de esta manera el riesgo de afectar el patrimonio del departamento y protegiendo los recursos para la salud de los vallecaucanos.
- Teniendo en cuenta las consideraciones en las Sentencias señaladas, la Contraloría Departamental del Valle, advierte a la Secretaria de Salud Departamental la necesidad de aclarar ante el Ministerio de la Protección Social como deben obrar en estos casos por cuanto se ha reiterado en dichas sentencias que este tratamiento corresponde al plan obligatorio de salud, por consiguiente no le asiste a la Secretaria correr con estos gastos, el cual es competencia de las EPS-S, asumir esta contratación con su red,



en los términos de la Sentencia T-414 de 2008 y del reciente Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009, expedido por la Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES), el cual entró en vigencia el pasado 01 de enero de 2010, tal como lo expresa dicha sentencia.

5. ANEXOS

5.1 Resumen de hallazgos



5.1 Resumen de hallazgos

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS									
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL	
AUDITORIA ESPECIAL COSTOS EN SALUD									
Inspección, Vigilancia y Control									
1	No se evidencia planes de mejoramiento a las observaciones encontradas a las visitas efectuadas a las Direcciones Locales de Salud de los municipios descentralizados y pocos planes de mejoramiento relacionados con las recomendaciones que se hicieron a las EPS, lo anterior permite evidenciar el deficiente seguimiento y evaluación a las competencias municipales referente a los planes operativos establecidos y a las EPS. Poniendo en riesgo el cumplimiento de metas del Sistema de Seguridad Social en Salud y el mejoramiento de la gestión en este sector.	En el año 2010 se realizó visita a los siguientes municipios: <u>Bolívar</u> : se realizó visita el 26 de Octubre de 2010, mediante oficio 9204-10 se requirió el plan de mejoramiento... Y 26 MUNICIPIOS MÁS, a los cuales se les requirió <i>plan de mejoramiento</i> A PESAR DE REQUERIRSE EL PLAN DE MEJORAMIENTO A LAS DIRECCIONES LOCALES DE SALUD VISITADAS ESTAS NO ELABORAN EL CORRESPONDIENTE PLAN, SE TIENE OFICIOS DE REQUERIMIENTOS A LOS MUNICIPIOS SIN QUE HASTA LA FECHA SE HAYA DADO RESPUESTA	Una de las finalidades del Plan de Trabajo Para Inspección Vigilancia y Control es realizar seguimiento y evaluación a la gestión en salud de los municipios, de las EPS, a los prestadores de servicios de salud (a la calidad), procesos jurídicos resultantes de las acciones administrativas del grupo de IVC a los prestadores de servicios de salud, por consiguiente de sus planes de mejoramiento, donde se visualice las acciones correctivas de los hallazgos y los avances de las mismas. Por lo tanto se tiene un cumplimiento parcial de las funciones del grupo de IVC. La observación sigue en firme.	X					
2	En la vigencia 2011, a la fecha No se han	SE TIENE EL PLAN DE	Para evaluar la gestión del	X					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	adelantado visitas a las Direcciones Locales de Salud, Empresas Promotoras de Salud - Subsidiadas, lo que pone en riesgo el cumplimiento de las funciones de Vigilancia, Inspección y Control y la asignación de recursos económicos previstos en el artículo 60 de la LEY 715 DE 2001, PARA FINANCIAR SUS ACTIVIDADES	VISITAS ELABORADO PARA EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011. ESTE PLAN INCLUYE VISITAS A LAS DIRECCIONES LOCALES DE SALUD. EN RELACION CON LAS VIISITAS A LAS EPS-S, SE TIENE QUE LA LEY 1438 DE 2011 EN SU ARTICULO 121 DISPUSO QUE LOS SUJETOS DE INSPECCION VGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD SON LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, POR LO ANTERIOR ESTAS ENTIDADES SON INSPECCIONADAS Y VIGILADAS POR LA SUPER.	grupo de IVC, en la vigencia 2011, se debe tener la programación de las visitas y su ejecución. En cuanto a las visitas a las EPS, en el mapa de procesos de IVC del Sistema General a la Seguridad Social en Salud, se tiene como proceso Inspección y Vigilancia a las EPS y ustedes expresan que esa competencia le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, según la Ley 1438, en su artículo 121. De acuerdo a lo anterior se requiere un mapa de procesos y procedimientos debidamente aprobado que contenga un solo criterio al respecto. La observación sigue en firme					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
Atención a Población Pobre no Asegurada y No Pos- S								
3	A pesar que la Secretaria, implementó un procedimiento de autorizaciones para tramites internos por los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud - subsidiado -, así como los medicamentos y demás insumos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, por el volumen de usuarios y la poca infraestructura para su desarrollo, no fue suficiente y de acuerdo con algunas solicitudes presentadas, se evidenciaron pacientes que tuvieron que esperar cerca de seis (6) meses y otros aun esperan se les resuelva o aprueben el procedimiento o examen médico requerido.	Efectivamente se presentaron largos retrasos en la respuesta a autorizaciones solicitadas. La Secretaría ha implementado un sistema de autorizaciones vía web que cumple la normatividad de la Resolución 3047 reglamentaria del Decreto 4747 que puede ser consultado en la dirección www.anexos3047valle.org y la información preliminar muestra que la mayoría de las autorizaciones de procedimientos contratados se logra dentro del límite legal de 10 días hábiles.	En el proceso auditor realizado a la vigencia 2010 se observaron estas debilidades y la Secretaria no indicó cómo funciona actualmente el sistema de autorizaciones, por lo tanto sigue en firme para su seguimiento en el plan de mejoramiento.	X				
4	Una vez visto los informes de los auditores médicos, se evidencia una falta de unificación de criterios en cuanto a la presentación de ellos, lo que origina en algunos casos, poca claridad respecto a los análisis efectuados por falta de organización y suficiencia de la información. Así mismo se tiene una alta rotación de los auditores	Efectivamente durante el año 2010 se presentaron distintas clases de informes y distintos enfoques de auditoría. La Secretaría Departamental de Salud ha desarrollado un enfoque de auditorías	No se allegaron los modelos de informe, sin embargo el hallazgo esta enfocado a que todo el proceso de reconocimiento y pago de los recobros y de las urgencias,	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	médicos y no se tiene una memoria institucional de sus actuaciones.	unificada que busca estandarizar la remisión de los informes y darle mayor gobernabilidad al proceso de auditoría. Se anexan modelos de informe.	cuenten con procedimientos de auditoria medica estandarizados, para que concluyan en informes claros, uniformes y se preserve la memoria institucional, de manera que cuando se retire del servicio un auditor medico, la Secretaria tenga disponible para consulta o revisión todo el proceso de facturación, evaluación, pagos y glosas de los recobros, minimizando el riesgo de pagos no autorizados o ya realizados. Por lo anterior el hallazgo continua.					
Contratación								
5	Contrato 365 - Se observa que a pesar de existir el proceso de gestión de autorizaciones de órdenes de servicio, no se tiene documentado un mecanismo o criterio para la priorización y selección de los beneficiarios a dicho	Con respecto al hallazgo "no se tiene documentado un mecanismo o criterio para la priorización y selección de los beneficiarios a dicho	Es importante aclarar que en la respuesta allegada no fue anexada la grafica como soporte.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	procedimiento quirúrgico, diferente a urgencias y tutela, que permitiera identificar el paciente que por sus condiciones de salud integral fuese escogido.	procedimiento quirúrgico, diferente a urgencias y tutela, que permitiera identificar el paciente que por sus condiciones de salud integral fuese escogido”. Como previamente se informó, la Secretaría de Salud cuenta con un proceso de autorizaciones, debidamente documentado y ajustado a las exigencias de la normatividad, el cual está conformado por una serie de actividades representadas a través de un flujo-grama que no permite abarcar integralmente la recepción, verificación, análisis (pertinencia médica y cobertura del plan de beneficios) de las solicitudes de servicios Pos y no-Pos de la población pobre no asegurada y del régimen subsidiado y concluir con la elaboración de respuesta al	En el proceso de auditoría no se evidenció el orden cronológico de las solicitudes incluido el presente procedimiento quirúrgico para determinar que efectivamente correspondía a ese orden, y el tiempo que se encontraban en tratamiento médico por la red de salud, para considerar su intervención. Adicionalmente en forma verbal indicaron que se habían presentado más de 60 solicitudes. En tal sentido es importante aclarar este proceso de selección, por cuanto son múltiples las personas que requieren de este. Por lo tanto queda en firme					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		<p>usuario, la cual puede llegar a ser una negación o una autorización, sin perjuicio del estado de salud del paciente, pues siempre debe primar la salud sobre la gestión administrativa.</p> <p>Es importante considerar que implícitamente, en la medida que van llegando las solicitudes de autorizaciones, se van liberando las respuestas conforme al cumplimiento de las condiciones previamente establecidas, es por eso que se considera que la misma norma, previendo el beneficio de oportunidad, "permite al usuario obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios “ Anexo gráfica.						
6	<p>Contrato 365.</p> <p>En las carpetas contractuales no se evidenciaron algunos soportes documentales de beneficiarios que fueron atendidos como población pobre no asegurada, ajustándose al protocolo establecido para este tipo de procedimiento, tales como remisión del médico tratante, medicina interna, nutricionista, psicología, adscritos a la red pública del departamento y haber agotado métodos alternativos al procedimiento como (ejercicios, dietas, fármacos, terapias), e indicaran la necesidad de la cirugía, estos fueron allegados posteriormente en la respuesta, en tal sentido es necesario que en lo sucesivo los expedientes se conserven con todos los documentos soporte que demuestre la necesidad de la atención por los médicos tratantes.</p> <p>En cuanto a la verificación que efectivamente corresponde a la población pobre no asegurada (anteriormente denominada vinculada), no se</p>	<p>....</p> <p>Anexo certificación contable de la IPS donde se relacionan las facturas registradas y cobradas con cargo al contrato No.365.</p> <p>En consecuencia, en el presente contrato se cancelaron 500 millones de pesos por servicios prestados a 30 pacientes; luego, no existen saldos contractuales a favor ni en contra del Departamento del Valle del Cauca y, para el contrato en concreto, no se presenta ningún detrimento patrimonial.</p> <p>Los pacientes obesos mórbidos son aquellos que</p>	<p>En la respuesta allegan la remisión del medico tratante de la red publica, sin embargo fueron allegados en la respuesta y no se encontraban anexos en el expediente, en tal sentido persiste la observación en el sentido, que todo expediente contractual debe contener los soportes que evidencien el cumplimiento de la normatividad vigente y no haya dilaciones en el proceso de control fiscal.</p> <p>En cuanto a la verificación del nivel socio económico. La respuesta corrobora la observación de auditoría.</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>observa que se haya determinado su nivel socio económico en planeación municipal y que haya tramitado la visita para el ingreso a la encuesta del sisben, para corroborar que es una persona de escasos recursos, de lo contrario esta población le convendría continuar sin afiliación o vinculación al sistema, si el estado debe garantizar su salud. Por lo tanto es necesario corroborar e informar a esta población el trámite a seguir para la continuidad en el servicio, de no ser así para el paciente es preferible no encontrarse en el sistema para ser atendido para cualquier tratamiento, sin ningún costo y sin evidenciar su estado socio económico.</p>	<p>tienen un índice de masa corporal (Imc) de 35, con enfermedad severa asociada, o un Imc de 40 o más, aunque no tenga enfermedad severa asociada. Está demostrado ampliamente, en los grupos y centros de excelencia de cirugía bariátrica, que la valoración previa de estos pacientes por el grupo multidisciplinario compuesto por un nutricionista, un psicólogo y un internista, no cambia la historia natural de la enfermedad y no aportan al resultado final, lo que conlleva a una pérdida de recurso que se debe utilizar en su soporte postoperatorio. En este caso, los pacientes superaron un Imc de 40.</p> <p>El diagnóstico de obesidad mórbida, per se, conlleva</p>	<p>Manifiesta en la respuesta lo siguiente; "Si el paciente se encuentra dentro de la base de datos legalmente reconocida por el Estado (la del FOSYGA, que lo identifica como perteneciente al grupo "población pobre no asegurada") las autorizaciones se surten sin dilataciones que puedan poner en peligro el estado de salud del paciente, y se dan las indicaciones necesarias para que, posterior a la atención recibida, se acerque a las Oficina de Planeación Municipal o a los Cali para iniciar el proceso de afiliación a una EPS-S..."</p> <p>Por lo anterior la entidad territorial debe garantizar la atención inicial y en casos de</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>enfermedades asociadas.</p> <p>Se anexa copia de la documentación que respalda dichos procedimientos.</p> <p>En cuanto a la verificación que efectivamente corresponde a la población pobre no asegurada...</p> <p>RTA:</p> <p>El proceso de autorización inicial, como en cualquier entidad responsable por la prestación de servicios de salud en Colombia, con la validación de derechos, la cual se surte a través de la confrontación de la información del paciente con la información de la base de datos del FOSYGA y el DNP; ésta informa, dentro de un ámbito de absoluta legalidad, cuál es el estado de afiliación al Sistema Nacional de Salud</p>	<p>urgencia para garantizar la vida de la persona y luego este paciente se le informa del tramite a seguir para que sea vinculado al sistema de salud, de no ser así para el paciente es preferible no encontrarse en el sistema para ser atendido para cualquier tratamiento, sin ningún costo y sin evidenciar su estado socio económico</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		<p>del paciente y cuál es su derecho ante los responsables de la prestación de servicios de salud.</p> <p>Según el artículo 44 de la Ley 715, corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:</p> <p>44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal: 44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud 44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>eficientemente los recursos destinados a tal fin.</p> <p>44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.</p> <p>44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.</p> <p>44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.</p> <p>De modo que son los entes</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		<p>municipales los encargados de implementar y desarrollar los procesos de afiliación, iniciando con las actividades de aplicación de encuestas definidas por el Ministerio de la Protección para determinar el nivel socio-económico y depurar los posibles beneficiarios del sistema. El cumplimiento de la veracidad de la información está en cabeza de los mismos encuestadores, quienes tienen la oportunidad, a través de la observación y del trabajo de campo, de certificar la información entregada por los pacientes.</p> <p>Los entes territoriales, dentro de sus competencias, tienen la de implementar y asegurar la prestación de servicios de salud de niveles II y III de complejidad a través de la red de prestadores de salud</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		establecida para este fin, para lo cual técnicamente se surte el procedimiento de validación de derechos, el cual permite identificar a los beneficiarios legítimos de esta prestación. Si el paciente se encuentra dentro de la base de datos legalmente reconocida por el Estado (la del FOSYGA, que lo identifica como perteneciente al grupo "población pobre no asegurada") las autorizaciones se surten sin dilataciones que puedan poner en peligro el estado de salud del paciente, y se dan las indicaciones necesarias para que, posterior a la atención recibida, se acerque a las Oficina de Planeación Municipal o a los Cali para iniciar el proceso de afiliación a una EPS-S; a su vez, las diferentes IPS de la red de prestadores están en la						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		obligación de aplicar su propio proceso de validación de derechos y, para aquellos pacientes que se comportan como población pobre no asegurada a través de las áreas de trabajo social, se establece la encuesta socioeconómica del paciente, cuya información a su vez es utilizada por estas IPS para establecer el cobro de los copago. ...						
7	Teniendo en cuenta las consideraciones en las Sentencias sobre obesidad mórbida con tratamiento de bypas, la Contraloría Departamental del Valle, advierte a la Secretaria de Salud Departamental la necesidad de aclarar ante el Ministerio de la Protección Social como deben obrar en estos casos por cuanto se ha reiterado en dichas sentencias que este tratamiento corresponde al plan obligatorio de salud, por consiguiente no le asiste a la Secretaria correr con estos gastos, el cual es competencia de las EPS-S, asumir esta contratación con su red, en los	La Secretaria Departamental de Salud al dar respuestas a las admisiones de Acciones de Tutela, relativas a procedimientos quirúrgicos de BYPASS GASTRICO, se acoge a lo dispuesto en el Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud – CRES; en el que no se encuentra integrado	La Secretaria indica que hará la consulta al Ministerio de la Protección Social, para aclarar si el procedimiento de Bypass Gástrico es pos o no post. Por lo tanto queda sujeto a las disposiciones del Ministerio este tema. En consecuencia queda para plan de mejoramiento.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	términos de la Sentencia T-414 de 2008 y del reciente Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009, expedido por la Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES), el cual entró en vigencia el pasado 01 de enero de 2010. Al no definirse concretamente estos casos presuntamente podría presentarse un hallazgo de tipo fiscal.	expresamente el procedimiento medico para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en salud, es preciso señalar que de los fallos de tutelas del régimen contributivo de este procedimiento no se ha ordenado a la Secretaría Departamental de Salud que asuma los costos de dicha intervención. En cuanto al régimen subsidiado la Secretaria Departamental de Salud ha dado respuestas a las acciones de tutelas citando Jurisprudencias de la Corte Constitucional, pero a través de providencias de los diferentes juzgados, ordenan, a esta Secretaría, gestionar, realizar y practicar el BYPASS GASTRICO, con cargo al subsidio a la oferta, dando cumplimiento a los fallos judiciales. El Acuerdo 008 del						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>2009, del CRES, establece unas patologías cuyos ciertos tratamientos se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud, como lo dispone el artículo 61 Acciones para la recuperación de la salud. El POS-S en el esquema de subsidio pleno, incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los niveles de cobertura y grados de complejidad, contenidos y definiciones establecidas en el presente Acuerdo y en el Anexo 2 del mismo.</p> <p>La patología OBESIDAD MORBIDA, no se encuentra en el POS, los procedimientos quirúrgicos para el régimen subsidiado están descritos en el Numeral 2, Literal f) del artículo 61 del Acuerdo 008 del CRES: Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel El POS-S cubre: f).</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos, según las normas técnicas vigentes.</p> <p>Ahora bien en el anexo 2 del Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009 - CRES, hay 2 procedimientos que se pueden asimilar al procedimiento quirurgico denominado BYPASS GASTRICO, lo que seria conveniente determinarlo a través de una Junta Medica especializados en este tipo de procedimiento.</p> <p>La Secretaría Departamental de Salud, hará la consulta al Ministerio de la Protección Social, de acuerdo a la observación auditora de la Contraloría Departamental.</p>						
8	Contrato No. 0565, se presentan inconsistencias en las facturas, en la relación suministrada por la	La factura Nro. CX2-0015711 de marzo 30 de 2010,	En el expediente contractual no existe evidencia del acta	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
	<p>SDS, no aparecen algunas y otras no fueron relacionadas, La factura CX2-0015711 de marzo 30/10), por \$2.847.304 fue presentada con fecha anterior a la celebración del contrato del 21 de Julio/10 y acta de inicio del 3 de agosto/10. Adicionalmente no se evidencia autorización de la Secretaria, el régimen a que pertenece, aparece copia de la base de datos del fosyga con fecha de afiliación de febrero 01/11. En el informe final de interventoría del 23 de diciembre de 2010, expresa que el Instituto ejecutó el 73.5% de las actividades, representado en \$90.100.000, menos el anticipo de \$61.250.000, arroja un valor a pagar a favor del contratista de \$28.850.000, sin embargo revisadas las facturas conforme a la relación puesta a disposición de la comisión de auditoría suman \$75.393.180, presentando una diferencia de \$14.706.820. En el expediente contractual no se evidencian los pagos realizados como el acta de liquidación.</p> <p>En tal sentido es pertinente indicar que en caso que la administración no aclare estas inconsistencias podría presentarse un presunto hallazgo de tipo fiscal y disciplinario.</p> <p>En La factura CX2-002174242, se presentó glosa</p>	<p>efectivamente fue relacionada en la lista de facturas de la IPS Ciegos y Sordos con cargo a este contrato, dado que corresponde a una Tutela del Juzgado Promiscuo de Riofrío Valle, donde se solicita el procedimiento de Implante de Anillo intra estromales en ojo derecho y que al momento presentaba riesgo de pérdida total de la visión; el Diagnostico medico es Queratocono Progresivo de Ambos ojos; es de aclarar que la segunda opción para este caso es la Realización de la Cirugía Trasplante de Cornea, procedimiento de mucho riesgo y cuya viabilidad es de cinco años y que está supeditado a la donación de la cornea. Para dar respuesta al anterior requerimiento, la Red Pública no contaba, ni cuenta hasta el momento dentro de su Red</p>	<p>aclaratoria al acta final que manifiesta la Secretaria existe en la IPS de abril 27/11, puesto que según la foliatura fue hasta el No. 65 y en el mismo no fue anexada, esto lo expresan en la respuesta y no en el proceso auditor. Conforme a ello han transcurrido más de dos meses y no se han pronunciado con el reintegro.</p> <p>En cuanto al acta de liquidación no se entiende la respuesta, por cuanto si en el contrato no se manifiesta el término, se entiende que una vez concluido el término se concede cuatro meses para su liquidación de común acuerdo y estos ya culminaron.</p> <p>Es necesario para el caso que el Interventor y el contratista aclare la situación encontrada, por cuanto en la respuesta no allegan las facturas que fueron</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
	<p>de \$569.077, para un total a pagar de \$75.393.180, sin embargo en ningún documento se menciona porqué concepto fue presentada la glosa y si esta fue levantada o confirmada.</p> <p>Por lo anterior es necesario que al contratar cualquier servicio, queden claras las condiciones y en caso que la propuesta no contenga el valor del procedimiento e insumo, permita establecer el costo unitario y su referencia al momento de contratar los servicios de salud, en caso contrario imposibilitaría validar la actividad y el cálculo, para la confrontación de precios que demuestren la selección objetiva que ofrezca razonabilidad y economía en las ofertas que presenten la red privada.</p>	<p>una IPS que preste este servicio, siendo la única Institución de Niños Ciegos y Sordos que le colabore en el momento a este Ente Territorial, más aun sin que en el momento del cumplimiento de la Tutela no había contrato con ellos; ahora bien, la IPS realiza el procedimiento con el compromiso que la Secretaria firmaría un contrato con ellos, que efectivamente se firmó dos meses después dando cumplimiento al proceso de contratación de la Secretaria. El procedimiento tiene una solicitud directa del señor Secretario de turno Dr, Héctor Fabio Useche de la Cruz, en la cual solicita la realización del procedimiento con atención integral, dicha orden fue validada por los auditores médicos para esta fecha contratados, lo anterior para</p>	<p>relacionadas y no aparecen físicamente y otras que no fueron relacionadas, las que fueron tomadas en la sumatoria, sin embargo no está claro el faltante a reintegrar, para ello la importancia de los informes de interventoria, por cuanto en el mismo no se observa la relación de las facturas realmente pagadas y el saldo a favor del contratista o el contratante. El presente hallazgo se manejará como administrativo, para que se elabore el acta de liquidación, constancia del tesorero del Instituto de ciegos y sordos manifestando el monto a reintegrar, teniendo en cuenta las observaciones presentadas para que haya claridad en el reintegro que podría ser más alto del inicialmente observado, tendrá que realizarse en forma inmediata, remitiendo a este ente de control las evidencias,</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		dar cumplimiento a una sentencia de Tutela. Queda demostrado que se prestó el servicio a la usuaria Sandra Milena Acuña Loaiza identificada con numero de cedula 29.759.548, quien al momento de prestarle el servicio ostentaba una afiliación a la EPSS Emssanar, y el procedimiento es considerado NO POSS por un valor de \$ 2.847.304 pesos, siendo responsabilidad de la cobertura por esta Secretaria acorde a la normatividad vigente para ese entonces. Ahora bien, esta factura puede considerarse por fuera de este contrato, sin embargo queda evidenciado que la IPS prestó el servicio en el momento requerido por este Ente Territorial, para dar respuesta a un mandato de sentencia de Tutela; como la Secretaria	de lo contrario se conformará el hallazgo disciplinario y fiscal, en la presente auditoria regular que se desarrolla al Departamento vigencia 2010.					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		<p>Departamental de Salud del Valle debe responder por el pago de la factura, se solicitara a la IPS en cuestión que lleve a conciliación ante un ente conciliador llámese Supersalud o Procuraduría para su respectivo pago.</p> <p>Frente al Acta final de interventoría del 23 de diciembre del 2010, existe en la carpeta de contratos de la IPS una Acta Aclaratoria al Acta Final del contrato Nro. 0565 de 2010, de fecha 27 de abril de 2011.</p> <p>En esta Acta se hace referencia a que el valor ejecutado por la IPS es de \$ 75.393.180, el cual coincide con el listado de facturas relacionadas, se realizó dicha aclaración dado que una vez culminado el contrato se tiene cuatro meses para liquidar el</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		<p>tiempo pasados tres meses del año en curso.</p> <p>Respecto al hallazgo en la factura CX2-002174242, donde según el cuadro consolidado presenta una glosa de \$569.077, se aclara que efectivamente esta es una glosa que corresponde a un procedimiento de cobertura de la EPSS y que fue facturado a este contrato: Cirugía de extracción extra capsular de cristalino que incluye honorarios médicos derechos de sala compartidos, valor del lente intraocular y anestesiólogo, que suma \$ 569.077.</p> <p>Es de aclarar que a la fecha la Gobernación ha girado a la IPS Instituto para Niños Ciegos y Sordos un valor de \$ 90.100.000, sin embargo es preciso también aclarar que la</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		Interventoría ya había realizado una Acta Aclaratoria solicitando el reintegro por parte del Instituto por la suma de \$ 14.706.820.00. A este valor se suma la factura Nro. CX2-0015711 por \$ 2.847.304, siendo finalmente el reintegro por \$16.157.445. Queda pendiente entonces hacer el Acta aclaratoria por parte del Interventor, debiendo esperar a que el funcionario delegado se reincorpore a su cargo dado que se encuentra fuera del País.						
9	Observaciones Generales En cuanto a los Fallos de Tutela, en la que autorizan a la Secretaria Departamental de Salud, para que recobre ante el FOSYGA, el 100% de los costos que no se encuentren cubiertos por el plan obligatorio de salud, a la fecha no se evidenció ninguna gestión o trámite a fin de obtener los	De acuerdo con la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, en el punto 6.2 ORDENES RELACIONADAS CON EL DERECHO AL RECOBRO POR SERVICIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS ANTE EL	La respuesta en la cual expresan que en el 2010, solo contrataron por evento con el Hospital universitario del Valle, no es así, suscribieron 14 contratos de los cuales fueron revisados cuatro, tal como se presenta en el informe en el	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>recursos por este concepto.</p> <p>La totalidad de los contratos realizados por evento no han sido liquidados en el que se declaren a paz y salvo por todo concepto.</p>	<p>FOSYGA O LAS ENTIDADES TERRITORIALES, advierte: que los reembolsos al Fosyga únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el régimen contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda.</p> <p>No obstante, la SDS, dando cumplimiento a las tutelas, ha ordenado a la Red Pública nivel 2 y 3, dar cumplimiento a las tutelas, generando excedentes de facturación, y ha realizado ante el Ministerio</p>	<p>contrato 365 en algunas de las tutelas autorizan a la Secretaria realizar el recobro ante el FOSYGA. Por lo tanto se verificará en el plan de mejoramiento.</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONI AL
		<p>de la Protección Social-Fosyga gestiones para los recobros correspondientes, entre los cuales se encuentran, además, tutelas. El Ministerio de la PS ha reconocido valores que han sido girados a la Red Hospitalaria del Dpto.</p> <p>La Secretaria Departamental de Salud, en el año 2010, por EVENTO solo realizó el contrato No. 0350 suscrito con el Hospital Universitario del Valle, con vencimiento al 31 de diciembre de 2010. Contrato que se encuentra en proceso de liquidación, el que en el momento se esta proyectando el acta de liquidación de común acuerdo.</p> <p>Se anexan soportes.</p>						
	TOTAL HALLAZGOS			9	0	0	0	



Código de la Contraloría Auxiliar 130 -19.11

**ANEXO 3
CUADRO DE BENEFICIO DEL CONTROL FISCAL**

FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS					
Contraloría Auxiliar:	Sector Central Departamental				
Sujeto de Control:	Administración Central del Departamento – Secretaria Departamental de Salud				
Fecha de Evaluación:	Julio de 2011				
BENEFICIOS:					
NOMBRE DEL CAMBIO LOGRADO:					
Costos en Salud					
<ul style="list-style-type: none"> Que se realice el reintegro por el Instituto de Ciegos y Sordos por \$16.157.445 del contrato 0565 de 2010. Que la Entidad implemente un sistema de costos para la contratación de la atención a la población pobre no asegurada y el NO POS-S. Que la comunidad objeto de atención por la Secretaria, reciba los beneficios en salud otorgados por la Ley. Que el departamento y la Secretaria levanten procedimientos estandarizados de auditoría médica, con el fin de minimizar los riesgos financieros y conservar la memoria institucional de los procedimientos realizados, pagados y glosados. Conocer el valor real de los recobros, pagos y glosas de la facturación presentada por las IPS subsidiadas y de las urgencias cobradas al departamento. 					
ACCION DE LA CUAL SE DERIVA EL CAMBIO: Proceso auditor a la Administración Central del Departamento, Secretaria Departamental de Salud.					
MOMENTOS DEL BENEFICIO:					
	Antes		Durante		Después
					X
MAGNITUD DEL CAMBIO:					
Conceptos		Valor estimado		TOTAL	
Recuperaciones:					
Se reintegre por el instituto Ciegos y Sordos, del contrato 0565 de 2010.		\$16.157.445		\$16.157.445	
		\$			
Subtotal Recuperaciones (1)				\$	
Ahorros:					
		\$			
		\$			
		\$			
Subtotal Ahorros (2)		\$		\$	
Totales (1) + (2)		\$16.157.445		\$16.157.445	



FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS	
Contraloría Auxiliar:	Sector Central Departamental
Sujeto de Control:	Administración Central del Departamento – Secretaria Departamental de Salud
Fecha de Evaluación:	Julio de 2011
BENEFICIOS:	
ATRIBUTOS DEL CAMBIO (Cualitativo)	
SOPORTE(S)	
Informe, Formato otros.	
OBSERVACIONES	
RESPONSABLE	
Contralor Auxiliar	MARIA DEL PILAR GIRALDO SANCHEZ
Cargo	Contralora Auxiliar para el Sector Central Departamental
Fecha del reporte	Julio de 2011
CODIGO: M2P5-05	VERSION: 6.0