

PLAN DE TRABAJO
SUBDIRECCION OPERATIVA FINANCIERA Y PATRIMONIAL
AUDITORIA ESPECIAL PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SRVICIOS DE
SALUD (FACTURACIÓN CARTERA- GLOSAS)” - VIGENCIA 2017- PGA 2018
42 SUJETOS DE CONTROL

Objetivo de la auditoría

Evaluar el “Proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - Cartera -Glosas)”, durante la vigencia 2013-2017, en coherencia con las normas aplicables.

Alcance de la Auditoría

Durante este proceso auditor se evaluarán las siguientes variables:

Componente	Principios	Factores	Variables a evaluar
Control de gestión	Economía, eficiencia, eficacia	Contractual	Cumplimiento de las especificaciones frente términos de venta y cobro de los servicios
		Legalidad	Cumplimiento de normas externas e internas aplicables a los sujetos de control en los componentes evaluados (Control de gestión y financiero).
		Control fiscal interno	Calidad y efectividad de los controles del proceso evaluado.
Control financiero	Economía, eficiencia, eficacia	Estados contables	Cuentas de los estados contables de los componentes relacionados con el proceso evaluado.
		Gestión presupuestal	Ejecución
		Gestión Financiera	Indicadores financieros

Alcance de la Auditoría

Para el caso específico del proceso de venta y cobro de los servicios de salud. (Facturación - Cartera -Glosas) se evaluará el período comprendido

entre el 1 de enero al 31 de diciembre de las vigencias 2014-2017. Se ajusta el alcance desde la vigencia 2014 a la vigencia 2017.

Análisis en detalle del ente o asunto a auditar

El tema objeto de auditoria es una parte importante de lo complejo que resulta analizar como un todo el Sistema de Salud en Colombia, por lo tanto se tratará con la información existente ser muy sucintos en el análisis, extractando de publicaciones que resumen la problemática del sector, aquellos aspectos que guardan relación directa con el tema objeto de auditoria especial, por lo tanto se inicia enunciando que el sistema compuesto básicamente está conformado por: El Estado-Gobierno, los aseguradores y los prestadores.

El estado (Gobierno): actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL). Hoy administradores de planes de beneficios. APB

Los prestadores: Instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. Que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeros, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias). Las IPS son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas.

El Departamento del Valle del Cauca cuenta con 966, Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, 910 de naturaleza jurídica privada, 55 pública y 1 mixta.¹

Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar.

¹¹ Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS Ministerio de Salud -2016. Datos Registro Especial de Prestadores de servicios de salud.

Son múltiples las críticas y dificultades del sistema de salud mencionadas por los diferentes medios de comunicación, por lo tanto se considera pertinente mencionar algunas de ellos a saber:

La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de denuncias permanentes, costosas, ineficientes, que constituyen en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales. Insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen hasta el llamado "paseo de la muerte".

El plan de beneficios, ha sido confuso, con limitaciones que han causado que los usuarios deban acudir ante los estrados judiciales para demandar por medio de tutelas su derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud, causando congestión en los estrados judiciales, obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo (Sentencia T-760 de julio de 2008) conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema.

En un análisis publicado en el 2009, titulado "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia" financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, los expertos concluyeron que:

"La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante efecto redistributivo. A pesar de estos importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible."

La facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se pronunció el 2012 al respecto:

"Comencemos por mencionar que el problema del sistema no es de plata, aunque frecuentemente se presente de esa manera y a pesar de la disminución del esfuerzo fiscal del país en los últimos 10 años para financiar la salud. El gasto total en salud se ha incrementado de forma importante desde la entrada en vigencia de la Ley 100, se pasó de \$9,49 billones en 1993 a un aproximado de \$32 billones en 2011, según cifras del Ministerio de Salud, o de \$40 billones, si se consultan fuentes independientes. Además, si se analizan las ganancias de las EPS, queda en evidencia que los recursos del sistema de salud son suficientes incluso para asegurar importantes tasas de ganancia a los accionistas de las EPS. Lo que es claro es que los frecuentes escándalos de corrupción protagonizados por la EPS ponen de

manifiesto que han existido hasta confabulaciones de las EPS agrupadas en ACEMI para negar sistemáticamente servicios contenidos en el POS, denuncia hecha en el Senado de la República producto de las investigaciones en las actas y correos electrónicos entre los directivos de las EPS. En la procuraduría se adelanta varias investigaciones a EPS debidas a incumplimiento relativos a fallos de tutela, en pagos a IPS y en conciliaciones de mesas de trabajo, además de investigaciones por omisiones en tratamientos, facturas ilícitas remitidas al fosal, omisiones en ejecución de acciones de salud pública, falta de contratación con la red pública hospitalaria, multifiliación deliberada y retiros unilaterales de usuarios de las EPS. Es imperativo que los excedentes del manejo de los recursos de la salud se apliquen a necesidades del sistema y no se queden como ganancias de las EPS, que existan tarifas justas del plan de beneficios para no cargar en los hospitales y clínicas, quienes real y efectivamente hacen la atención en salud, los efectos de las reglas de competencia impuestas por las EPS. Se hace necesaria una reforma integral al sistema, en lógica a los derechos fundamentales y no a la eficiencia económica puesto que en la actualidad no existen políticas públicas en salud que materialicen el goce efectivo de ésta.”

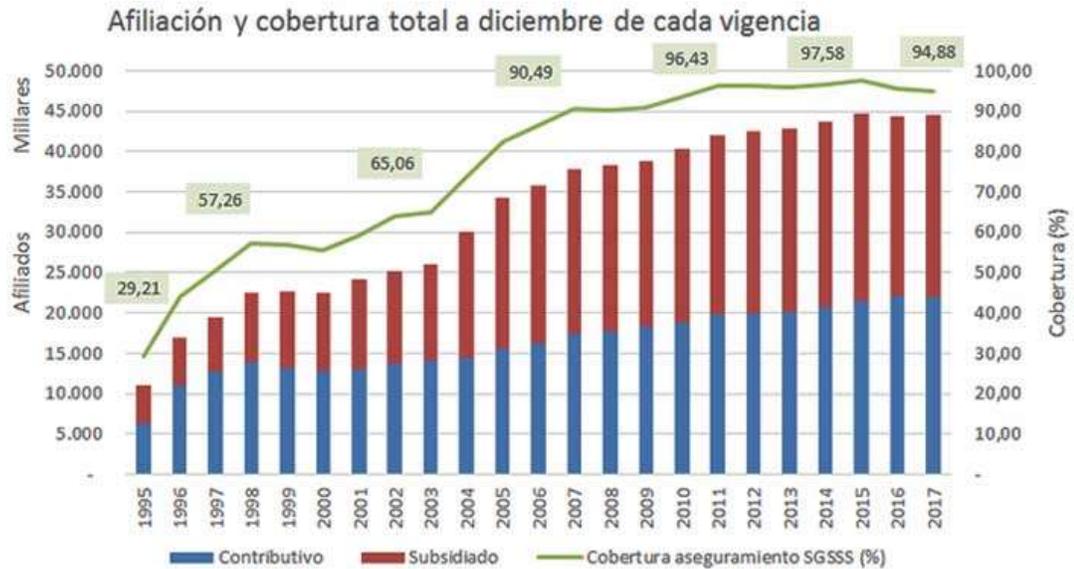
En 2013 el sistema presentó el más grande colapso debido a la corrupción y debido a la negativa de las EPS a prestar servicios reglamentarios (citas médicas, medicamentos, etc.), y negar también el pago a hospitales públicos y privados a pesar de las demandas y tutelas. Según los analistas, las EPS deben a los hospitales alrededor de 38 billones de pesos.

El gobierno también presentó un proyecto de Ley de una Ley estatutaria del sector salud que sí fue aprobada por el Congreso y declarada constitucional por la Corte Constitucional, en dicha ley se legisló la salud como un derecho fundamental en el país por lo tanto el estado tiene la obligación de garantizar los servicios de salud a toda la población.

Algunos analistas atribuyen la inoperancia del sistema a la falta de recursos; otros, a la corrupción. Pero sin duda, uno de los mayores obstáculos para que los recursos lleguen a los destinatarios -que son los prestadores del servicio, llámense hospitales o clínicas- es la intermediación por parte de las EPS y las barreras administrativas puestas por estas.

Al 2017 la deuda de las EPS con Hospitales y clínicas asciende, aproximadamente, a los 10 billones de pesos, y ese dinero es requerido para seguir funcionando.

Según cifras del Ministerio de Salud, El número de afiliados al SGSSS en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 22 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en el año 1995 hasta el 94,88% registrado al cierre del año 2017 como se aprecia en la siguiente gráfica:



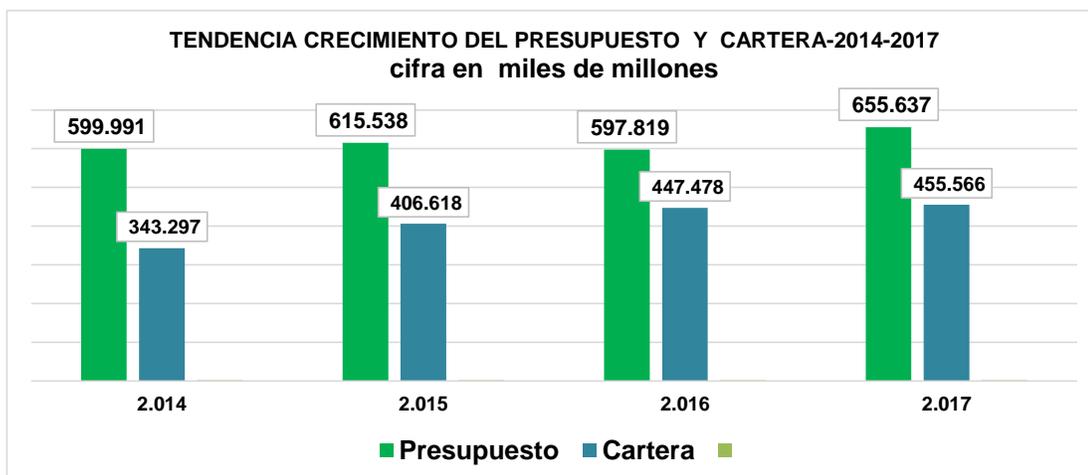
Fuentes: serie anual de afiliación a nivel nacional / Estimación y proyección de población DANE
 Cálculos: Dirección Aseguramiento Minsalud

La gráfica muestra el comportamiento histórico para la afiliación y la cobertura de los años 1995 a 2017. En color azul y rojo se representan las cifras referentes a los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado y con el color verde, las cifras referentes a la Cobertura calculada.

Como bien se aprecia en los informes citados el problema no es el recurso asignado, ni el aseguramiento, mientras subsistan las barreras de acceso al servicio y los indicadores de morbimortalidad que dan cuenta de la realidad de los problemas de salud de la población y para el caso en el Departamento del Valle del Cauca.

Concluir sobre la cartera que los hospitales públicos sujetos de control objeto de esta auditoria tienen, permite demostrar que el sistema de salud al mercantilizarse prioriza el recursos sobre lo esencial cual es la garantía de un derecho social que como colombianos se demanda y no se tiene.

Para el caso de los 42 hospitales-IPS públicas objeto de auditoria los resultados del presupuesto auditado- ejecución presupuestal de gastos definitivos y cartera vigencias 2014 al 2017, muestran la tendencia de crecimiento, evidenciándose que la cartera creció \$112.270 millones al pasar de \$343.297 millones en 2014 a \$455.566 millones al 31 de diciembre de 2017. Por el contrario el presupuesto creció \$55.647 millones en el consolidado para el mismo periodo analizado. (Ver gráfica siguiente):



Estrategia de la auditoría

La estrategia general que aplicará el equipo auditor para lograr el objetivo contenido en el presente plan de trabajo, está definida en los siguientes componentes (aplicable por la modalidad de auditoría).

Componente	Principios	Factores	Variables a evaluar
Control de gestión	Economía, eficiencia, eficacia	Contractual	Cumplimiento de las especificaciones frente términos de venta y cobro de los servicios
		Legalidad	Cumplimiento de normas externas e internas aplicables a los sujetos de control en los componentes evaluados (Control de gestión y financiero).
		Control fiscal interno	Calidad y efectividad de los controles del proceso evaluado.
Control financiero	Economía, eficiencia, eficacia	Estados contables	Cuentas de los estados contables de los componentes relacionados con el proceso evaluado.
		Gestión presupuestal	Ejecución
		Gestión Financiera	Indicadores financieros

- Componente control de gestión
- Componente control financiero

1. Componente control de gestión

Factores: Contractual, legalidad, control fiscal interno. En lo referente al alcance de la auditoría facturación cartera y glosas.

2. Componente control financiero

Factores: Estados contables y gestión presupuestal y gestión financiera en lo referente al alcance de la auditoría: Facturación cartera y glosa.

Se adjunta el cronograma de actividades

Aprobó:

AMANDA MADRID PANESSO

Subdirectora operativa financiera y patrimonial

130 -19.11

**PROGRAMA DE AUDITORÍA
SUBDIRECCIÓN OPERATIVA FINANCIERA PATRIMONIAL
AUDITORIA ESPECIAL PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SRVICIOS DE
SALUD (FACTURACIÓN CARTERA- GLOSAS)” - VIGENCIA 2017- PGA 2018**

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el “Proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - Cartera -Glosas)”, durante la vigencia 2013-2017, en coherencia con las normas aplicables.

2. COMPONENTES Y FACTORES

2.1. Componente de control de gestión

2.1.1. Legalidad financiera

2.2. Componente de control financiero

2.2.1. Gestión presupuestal

2.2.2. Gestión financiera

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1 Control de gestión

Conceptuar sobre el cumplimiento de la normatividad legal en lo pertinente al alcance de la auditoria facturación cartera y glosas.

Objetivos específicos por componente y factor de auditoría:

Componentes y factores

3.1.1Componente de control de gestión (legalidad financiera control fiscal interno)

3.1.2. Componente de control financiero (Estados contables, gestión presupuestal, gestión financiera)

Objetivos específicos:

Conceptuar sobre el cumplimiento de la normatividad legal, la gestión contractual en lo referente a las cláusulas de forma de pago, el control fiscal interno y los planes de mejoramiento y los términos para el pago sobre el

tema específico del proceso de venta y cobro de los servicios de salud. (Facturación - Cartera -Glosas).

Determinar si en la contabilidad se está reflejando la realidad financiera relacionada con el proceso de facturación - cartera y glosas, y su impacto en el flujo de efectivo, para el logro de los objetivos específicos en la prestación de los servicios de salud ofertados por las instituciones en el periodo a evaluar.

Determinar el comportamiento de los ingresos recaudados en los rubros presupuestales establecidos para la recuperación de cartera en los periodos a evaluar.

Analizar el comportamiento de los indicadores financieros relacionados con el proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - Cartera - Glosas

Fuentes de los criterios:

- Ley 100 de 1993
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1438 de 2011
- Decreto 4747 de 2007
- Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993 y Decreto No.1876 de 1994 y demás
- Ley 1474 de 2011 artículos 73, 76, 83 y 84 demás normas concordantes.
- Ley 715 de 2001 Sistema General de Participaciones SGP y sus reglamentarios.
- Decreto 2309 de 2002 y 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS
- Ley 1437 artículos 13 y 14 y No. 1438 de 2011.
- Ley 1122 de 2007.
- Estatutos Internos de la Empresa Social del Estado E.S.E
- Manual de Contratación de la Empresa Social del Estado E.S.E.
- Resoluciones Nos.1841 de 2013 y No. 518 del 24 de febrero de 2015- Gestión de Salud Pública y seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas PIC-

Criterios:

- La entidad debe contar con indicadores que le permitan medir su gestión, en el tema específico de facturación cartera y glosas.
- Las entidades deben tener políticas, objetivos y metas, debidamente autorizados y estos deben de ser claros, suficientes, relevantes, cumplibles, medibles y confiables.

- Se debe contar con sistemas de información y procesos bien definidos para el logro de objetivos de la facturación
- Las prácticas administrativas deben ser consistentes con objetivos y metas.

Riesgos inherentes:

- Deficiencias en la planeación.
- No cumplimiento de objetivos, metas y de los fines del estado.
- El no cumplimiento de su misión, visión y funciones.
- Incumplimiento de la normatividad legal vigente.
- Pérdida de recursos por y para presentación del servicio en lo ofertado

Procedimientos:

Desarrollo de los procedimientos por componentes y factores de auditoría.

Procedimiento	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Responsables	Referencia P/T
Factor Control fiscal interno				
Diligencie papel de trabajo tabla No. 1.7. Control fiscal interno de la matriz de gestión fiscal.	10/04/2018	23/05/2018	Equipo Auditor	A/CE – 4-7
Aplice los papeles de trabajo diseñados y aprobados por el equipo auditor	10/04/2018	23/05/2018	Equipo Auditor	A/CE – 4-7
Aplice pruebas sustantivas y de cumplimiento y obtenga evidencias.	10/04/2018	23/05/2018	Equipo Auditor	A/CE – 4-7

Control financiero

Objetivos específicos:

- Evaluar y conceptuar sobre la gestión presupuestal con énfasis en la facturación, cartera y cobro por la prestación de servicios de salud.
- Revisar la razonabilidad financiera en los estados contables presentados al 2193 y los consolidados que refleja la realidad contable con sus anexos y situación real a 31 de cada vigencia fiscal a evaluar

Criterios de auditoría:

- Debe existir un manual de procesos y procedimientos el cual debe ser revisado periódicamente.
- El manejo del presupuesto de ingresos y gastos, debe regirse por lo estipulado en el Decreto 115 de 1996.

Fuentes de los criterios:

- Normas Financieras inherentes al ente de control.
- Decreto Ley 115 de 1996 y reglamentarios. Ley 358 de 1997.
- Ley 1438 de 2011
- Decreto 359 de 1995
- Decreto 115 de 1996
- Resolución 3467 de 2012
- Resolución 2509 de 2012
- Resolución 710 de 2012
- Resolución 743 de 2013
- Ley 42 de 1993 por el cual se organiza el sistema de control fiscal.

Riesgos inherentes:

- Incumplimiento de la normatividad aplicable
- Deficiencias en la planeación presupuestal
- Desconocimiento de la Normatividad.
- Personal no idóneo.
- Falta de gestión Presupuestal y Financiera.

Procedimientos:

Procedimiento	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Responsables	Referencia P/T
Componente de control financiero (Estados contables, gestión presupuestal, gestión financiera)				
Factor Gestión presupuestal				
Diligencia papeles de trabajo	10/04/2018	23/05/2018	Equipo Auditor	A/CE - 6-2
Aplicar pruebas sustantivas, de cumplimiento y las técnicas de auditoría para obtener evidencias. Tabla 3.2.	10/04/2018	23/05/2018	Equipo Auditor	A/CE - 6-2

Aprobado por:

AMANDA MADRID PANESSO

Subdirectora operativa financiera y patrimonial.

