



**INFORME DE AUDITORÍA DE DESEMPEÑO
AL FLUJO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – MSPS, ADMINISTRADORA DE LOS
RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES,
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SNS, ENTIDADES PROMOTORAS DE
SALUD – EPS (CAPITAL SALUD EPS, FAMISANAR EPS, NUEVA EPS, PIJAOS SALUD EPS
Y COOSALUD EPS)
VIGENCIAS 2020, 2021 Y 2022**

**CGR-CDSS- No 023
Fecha Julio de 2024**

**INFORME AUDITORÍA DE DESEMPEÑO
AL FLUJO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
VIGENCIAS 2020, 2021 Y 2022**

Contralor General de la República

Carlos Hernán Rodríguez Becerra

Vicecontralor

Carlos Mario Zuluaga Pardo

Contralor Delegado para el Sector Salud

Edgar Julián Niño Carrillo

Director de Vigilancia Fiscal para el Sector
Salud

Héctor Jairo Osorio Madieto

Experto Técnico

Hernán Alexander Sarmiento Bejarano

Supervisora Encargada

Maritza Peláez Falla

Líder de auditoría

Luis Alberto Supelano Murcia

Auditores

Liliana Mercedes Méndez Beltrán
Girley Estefani Miranda Buenaventura
Angie Katherine Martínez de Los Ríos
Wilson Alberto Morales Acevedo
Ayhan Davud Supurgeci Bermúdez
Jorge Mauricio Rodríguez Ramírez
Ana Yusely Torres Ospina
María Nelly Araque Zapata (Apoyo
Técnico)
Deisy Vanessa Sanabria Cely (Apoyo
Técnico)

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. LISTA DE ABREVIATURAS O SIGLAS	5
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1. PRINCIPALES FUENTES DE RECURSOS QUE FINANCIAN EL ASUNTO A AUDITAR.....	7
2.2. IMPORTANCIA ESTRATÉGICA DEL OBJETO DE LA AUDITORÍA	12
3. CARTA DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	21
3.3.1. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	24
3.3.2. ENFOQUE Y ALCANCE	24
3.3.2.1. Entidades auditadas - Procesos relevantes en cada entidad	24
3.3.2.2. Ámbito geográfico nacional y territorial	26
3.3.2.3. Periodo de tiempo auditado	26
3.4. METODOLOGÍA.....	26
3.5. LIMITACIONES	28
3.6. CONCEPTO SOBRE EL DESEMPEÑO	28
3.7. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y MECANISMOS DE CONTROL	31
3.8. RELACIÓN DE HALLAZGOS Y BENEFICIOS	32
3.9. PLAN DE MEJORAMIENTO	32
4. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	33
4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4.2. PREGUNTAS DE AUDITORÍA	33
4.3. HALLAZGOS DE AUDITORÍA	33
4.3.1. Pregunta No. 1 Frente a los recursos que no fluyeron en el SGSSS, se tienen identificados, valorados y se han planteado acciones para evitar que esto continúe sucediendo?.....	33
4.3.2. Pregunta No. 2- Se realiza seguimiento a los recursos con flujo inoportuno y se adelantan gestiones efectivas para mejorar su asignación y oportuno giro para cubrir los servicios de salud?.....	165
4.3.3. Pregunta No. 3 Se realiza seguimiento, medición y control sobre las barreras en el flujo e ineficiencias en el uso de los recursos que financian el aseguramiento en salud?...228	
4.3.4. Pregunta No. 4 Se adoptan acciones efectivas frente a las asimetrías, distorsiones y falta de transparencia de la información del flujo de los recursos que financian el aseguramiento en salud?	248
4.3.5. Pregunta No. 5 Es eficiente y eficaz la IVC en el flujo de los recursos?	322
4.3.6. Pregunta No. 6 El arreglo institucional permite el flujo completo y oportuno de los recursos del SGSSS?	375
5. CONCLUSIONES	434
4.4. PREGUNTA NO. 1 - FRENTE A LOS RECURSOS QUE NO FLUYERON EN EL SGSSS, SE TIENEN IDENTIFICADOS, VALORADOS Y SE HAN PLANTEADO ACCIONES PARA EVITAR QUE ESTO CONTINÚE SUCEDIENDO?	434
4.5. PREGUNTA NO. 2 -SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS RECURSOS CON FLUJO INOPORTUNO Y SE ADELANTAN GESTIONES EFECTIVAS PARA MEJORAR SU ASIGNACIÓN Y OPORTUNO GIRO PARA CUBRIR LOS SERVICIOS DE SALUD?.....	437
4.6. PREGUNTA NO. 3 SE REALIZA SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y CONTROL SOBRE LAS BARRERAS EN EL FLUJO E INEFICIENCIAS EN EL USO DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN EL ASEGURAMIENTO EN SALUD?	438
4.7. PREGUNTA NO. 4 - SE ADOPTAN ACCIONES EFECTIVAS FRENTE A LAS ASIMETRÍAS, DISTORSIONES Y FALTA DE TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN	



DEL FLUJO DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN EL ASEGURAMIENTO EN SALUD?	439
4.8. PREGUNTA NO. 5 ES EFICIENTE Y EFICAZ LA IVC EN EL FLUJO DE LOS RECURSOS?	440
4.9. PREGUNTA NO. 6 - EL ARREGLO INSTITUCIONAL PERMITE EL FLUJO COMPLETO Y OPORTUNO DE LOS RECURSOS DEL SGSSS?	441
6. APÉNDICES Y ANEXOS	442

1. LISTA DE ABREVIATURAS O SIGLAS

Abreviatura/Sigla	Descripción
ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACESI	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos
ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APF	Acuerdo de Punto Final
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
BDUA	Base Única de Afiliados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CC030	Circular Conjunta 030
CCF	Cajas de Compensación Familiar
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CSF	Centro para la Salud Familiar
CTC	Comités Técnico-Científicos
CUMS	Código Único de Medicamentos
CUP	Código Único de Procedimientos
CxC	Cuentas por Cobrar
CxP	Cuentas por Pagar
DEAPB	Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud
DFS	Dirección de Financiamiento Sectorial
DIAN	Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficio
EBP	Entidades Beneficiaria de Pago
ECAT	Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito
EMP	Entidades de Medicina Prepagada
EOC	Entidades Obligadas a Compensar
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPS-S	Entidad Promotora de Salud- Subsidiado
ERP	Entidades Responsables de Pago
ESE	Empresa Social del Estado
ET	Entidades Territoriales
FEV	Factura Electrónica de Venta
FOME	Fondo de Mitigación de Emergencias
FONSAET	Fondo de Garantías para el sector Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IBNR	Incurring But Not Reported
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
ISSAI	Normas Internacionales de Entidades Fiscalizadoras Superiores
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
LMA	Liquidación Mensual de Afiliados
MFR	Mesa de Flujo de Recurso
MFR	Mesas de Flujo de Recursos
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público

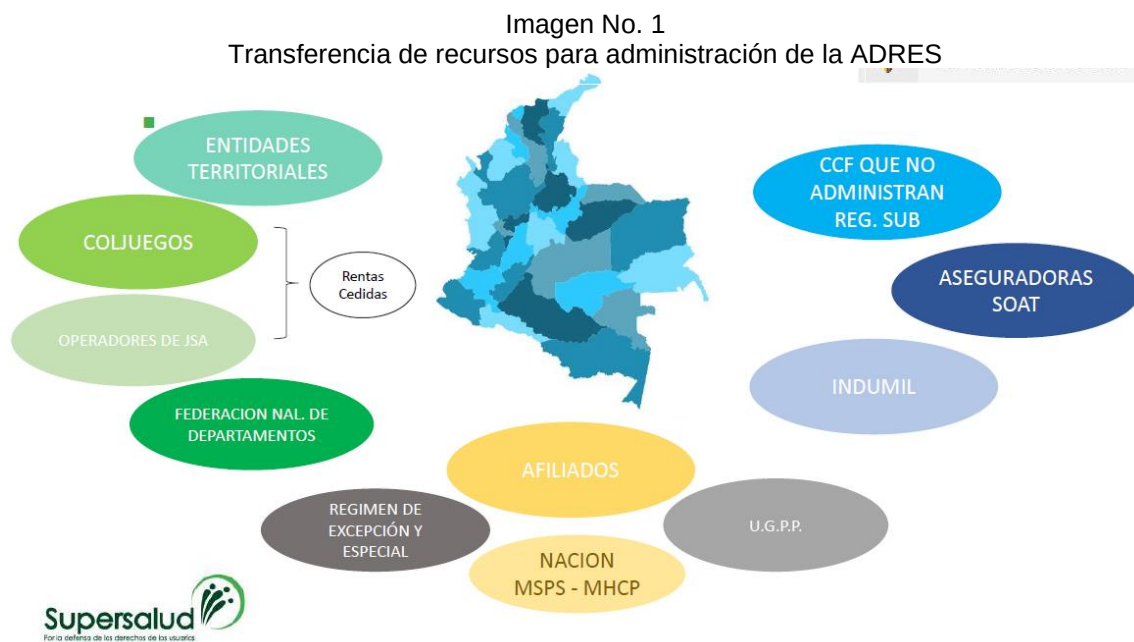
Abreviatura/Sigla	Descripción
MINCIT	Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
MIPRES	Mi Prescripción
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NAGC	Normas de Auditoría Gubernamental Colombianas
NIA	Normas Internacionales de Auditoría
NPM	No Presupuestos Máximos
NURC	Número de radicación asignado por Supersalud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTIC	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
PBS	Plan de Beneficio en Salud
PGN	Presupuesto General de la Nación
PGP	Pago Global Prospectivo
PISIS	Plataforma de integración de SISPRO
PM	Presupuestos Máximos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNID	Plan Nacional de Infraestructura de Datos
PNID	Plan Nacional de Infraestructura de Datos
POS	Plan Obligatorio de Salud
PQRD	Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias
PQRS	Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias
PRASS	Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible
PRASS	Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible
PSS	Prestador de Servicios de Salud
RC	Régimen Contributivo
REPS	Registro Especial de Prestadores
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
RS	Régimen Subsidiado
SFTP	Protocolo Seguro de Trasferencia de Archivos
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIRECI	Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación

2. ANTECEDENTES

2.1. PRINCIPALES FUENTES DE RECURSOS QUE FINANCIAN EL ASUNTO A AUDITAR

Las fuentes de financiación para el aseguramiento en salud son definidas por el órgano legislativo (Congreso de la República), estas son ejecutadas por las instancias administrativas definidas en la normatividad, para luego ser integradas (unidad de caja) por la ADRES, quien dispersa los recursos (UPC y No UPC) conforme a las reglas de operación (Reglamentación o Regulación) a las EPS e IPS.

En la ADRES confluyen las distintas fuentes de recursos para su administración y la financiación de los costos y gastos del aseguramiento en salud, como se indica en la siguiente imagen:



Fuente: SNS (2023)

Frente a los recursos que aporta la nación para cofinanciar el aseguramiento en salud, estos se asignan por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al MSPS a través de la Ley anual de presupuesto de rentas, recursos de capital y apropiaciones para cada vigencia. Estos recursos se incorporan al presupuesto del MSPS y se desagregan, asignan y giran a la ADRES en los rubros de Aseguramiento, Reclamaciones y Servicios Integrales en Salud, Participación para Salud (87% de asignación de SGP Salud)¹ – Distribución previo Concepto

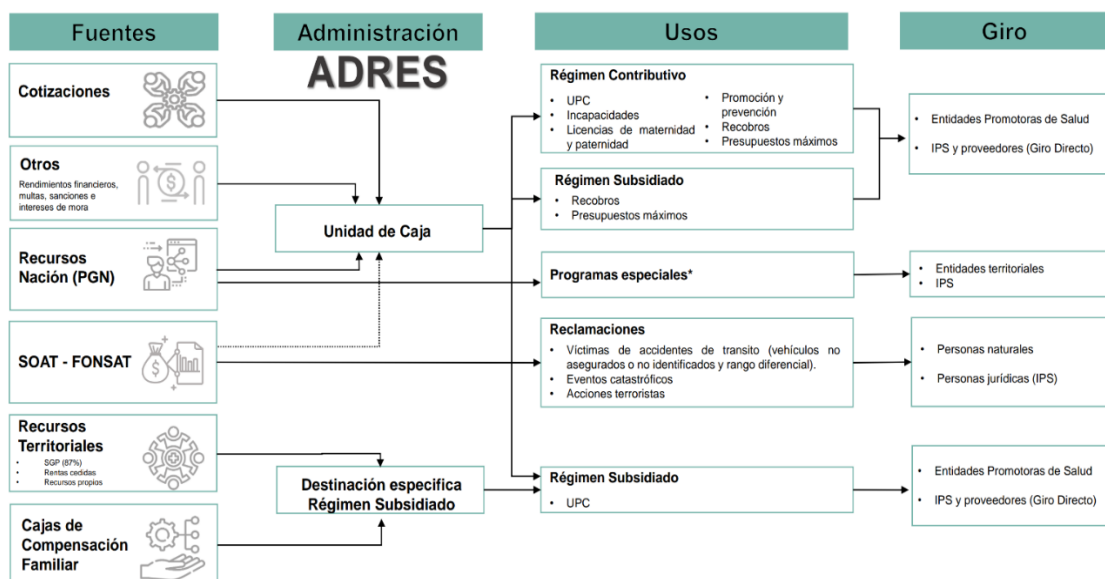
¹Los recursos de SGP para Salud se distribuyen para las Entidades Territoriales según la Ley 1955 de 2019 así: para Régimen Subsidiado – aseguramiento el 87%, Salud Pública (Plan de Salud Pública, de

DNP (Ley 715 de 2001) y Recursos para cofinanciación de coberturas en educación y salud de las Entidades Territoriales Productoras (Artículo 145 de la Ley 1530 de 2012 –aprobación hasta la vigencia 2020). De acuerdo con el comportamiento de los aportes de la nación a la financiación del aseguramiento se observa un creciente apalancamiento con recursos del presupuesto público.

Es importante precisar que los recursos para financiar el PBS para el RC y RS provienen de la UPC que se asigna por cada afiliado y se financian con las cotizaciones de los afiliados del régimen contributivo, recursos del SGP y del PGN, aportes de entidades territoriales, entre otras fuentes. La financiación de servicios fuera del Plan de Beneficios desde el 1 marzo de 2020 se realiza con recursos de presupuestos máximos que asigna la nación a cada EPS. Existen también fuentes específicas como recursos de SOAT para financiar el ECAT. Adicionalmente, durante las vigencias objeto de análisis se financiaron con recursos no corrientes, diferentes acciones relacionadas con la pandemia ocasionada por el COVID 19, tales como pruebas y canasta COVID-19.

Ahora bien, cuando los recursos ingresan a la ADRES se realiza unidad de caja con la mayoría de ellos, salvo los de destinación específica para el régimen subsidiado, como se indica a continuación:

Imagen No. 2
Financiación del aseguramiento de los recursos del SGSSS



* Programas especiales: Red nacional de urgencias, el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI), las campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial, la atención en salud a la población migrante y las campañas de prevención y sanción de formas de violencia y discriminación a las mujeres.

Fuente: Presentación MSPS al equipo auditor CGR.

Intervenciones Colectivas y Gestión en Salud, según Resolución 518 de 2015 y 3280 de 2018) el 10% y Subsidio a la oferta el 3% (Prestación de servicios de salud de las ESE).

A continuación, se presenta el comportamiento de los recursos administrados por ADRES para financiar el aseguramiento en salud y con destinación para programas específicos:

Tabla No. 1
Fuentes de recursos administrados por ADRES
Cifras en COP

Fuentes	2020	2021	2022
Fuentes con destinación específica	18.347.325.886.295	24.184.977.003.736	19.588.557.862.838
Fuentes de Unidad de caja	42.918.197.512.255	47.220.101.750.133	54.920.130.166.645
Total fuentes	61.265.523.398.550	71.405.078.753.870	74.508.688.029.483

Fuente: ADRES (2023). Dirección de Liquidación de Prestaciones Económicas. Presentación al equipo auditor.
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 2
Usos de los recursos
Cifras en COP

Usos	2020	2021	2022
Gastos con destinación específica	27.435.195.766.357	32.569.912.154.662	33.129.077.523.915
Gastos de Unidad de caja	31.411.860.471.595	36.006.890.517.582	38.509.868.930.368
Total usos	58.847.056.237.952	68.576.802.672.245	71.638.946.454.283

Fuente: ADRES (2023). Dirección de Liquidación de Prestaciones Económicas. Presentación al equipo auditor.
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Si bien, en el flujo de recursos la destinación principal es el aseguramiento en salud y por ende los destinatarios finales son las EPS e IPS, el SGSSS dispone de recursos para financiar el funcionamiento y proyectos de inversión de las entidades que participan en la rectoría, administración e IVC.

A continuación, se presenta la ejecución de recursos del MSPS destinados durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 al aseguramiento en salud, prevención y promoción en salud, participación para salud - distribución previo concepto DNP, entre otros:

Tabla No. 3
Ejecución recursos para la salud MSPS
Vigencia 2020 al 2022
Cifras en COP

Descripción	Pagos 2020	Pagos 2021	Pagos 2022
Recursos para cofinanciación de coberturas en educación y salud de las entidades territoriales productoras, Artículo 145 de la ley 1530 de 2012.	233.473.978.000		
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	15.770.582.107.874	18.927.275.539.027	23.617.496.818.029
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	0	1.606.884.038.889	476.199.555.000
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	31.299.678.935	0	86.309.014.271
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	275.734.959.044	369.939.315.181	363.845.400.700

Descripción	Pagos 2020	Pagos 2021	Pagos 2022
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	69.105.927.222	19.010.105.819	
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	1.636.749.522.637	1.760.192.940.859	2.330.807.312.779
Aseguramiento en salud (leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012)	1.547.342.304.292	5.684.418.190.489	562.896.131.493
Prevención y promoción en salud	3.745.922.887	4.984.256.806	
Mejoramiento de la red de urgencias y atención de enfermedades catastróficas y accidentes de tráfico (servicios integrantes de salud)	470.532.271.184	468.644.796.053	
Mejoramiento de la red de urgencias y atención de enfermedades catastróficas y accidentes de tráfico (servicios integrantes de salud)		500.000.000.000	
Aseguramiento en salud - entidades territoriales - impuesto al consumo de licores	21.300.480.000	21.939.495.000	
Participación para salud - distribución previo concepto DNP	10.278.477.130.825	11.179.773.884.246	11.631.923.129.547
Total General	30.338.344.282.900	40.543.062.562.368	39.069.477.361.819

Fuente: MSPS (2023) - Oficio 1202315001608701_00005 (Ejecución 2020-2021-2022).

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

La mayor concentración de recursos corresponde al Aseguramiento en Salud (Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y 1607 de 2012); para la vigencia 2020 estos recursos sumaron 19.334.560.422.891 COP, lo que representa el 63,73% frente a la ejecución final; para la vigencia 2021 fueron de 28.372.704.387.069 (69,98%) y para el 2022 27.437.554.232.272 (70,23%).

De manera específica, frente a las fuentes que financian el régimen subsidiado y que son SGP, juegos de suerte y azar, aportes de CCF, FONSAET, aportes municipales, departamentales y del PGN recibidos por la ADRES, se observa un comportamiento ascendente durante las vigencias auditadas así:

Tabla No. 4
 Recursos destinados a la financiación del Régimen Subsidiado
 Cifras en COP

Concepto	2020	2021	2022
Aportes municipales - diferentes a subvenciones	54.996.671.035	53.898.046.163	65.842.297.800
Aportes departamentales - diferentes a subvenciones	1.381.765.380.791	1.948.590.859.766	2.262.737.909.710
Aporte de las cajas de compensación familiar	541.061.021.414	590.403.298.696	695.703.953.187
Aportes de la nación para el aseguramiento en salud cierre / crédito BIRF		94.850.072.085	62.973.018.389
Aportes de la nación para el aseguramiento en salud cierre / crédito BID		294.099.348.915	300.872.382.311
Aportes de la nación fuente 11 / mejoramiento de la red de urgencias- CSF - para la población migrante		500.000.000.000	0
Compensación regalías para el régimen subsidiado	233.473.978.000	0	0
Recursos del sistema general de participaciones que financian FONSAET	3.560.060.435	0	0
Sistema general de participaciones régimen subsidiado	8.894.351.213.336	9.726.403.279.295	10.119.773.122.706

Concepto	2020	2021	2022
Recursos provenientes de COLJUEGOS para régimen subsidiado en salud	289.578.442.457	327.442.784.633	480.604.581.377
Recursos FONPET	0	0	0
Prima FONSAT y contribución SOAT *	2.122.890.055.301	2.210.190.537.647	2.549.556.893.215
Impuesto social a las municiones y explosivos	78.600.303.352	84.486.686.915	141.294.026.876
Excedentes de impuesto social a las municiones y explosivos	156.681.369.886	0	2.502.430.109
Unidad de pago por capitación población privada de la libertad afiliada al régimen subsidiado de salud	47.024.046.126	52.535.821.578	38.284.099.900
Rendimientos recursos de terceros	7.963.735.456	4.387.816.662	19.815.894.779
Recursos SGP propósito general libre inversión	3.771.958.147	2.841.958.289	1.882.761.379
Excedentes financieros- recursos artículo 75 ley 1769 de 2015	58.188.846	0	0
Regalías – artículo 5 ley 1797 de 2016	0	0	0
Recursos CCF / FOSFEC - Ley 1929 de 2018	43.870.267.732	35.089.937.732	45.369.126.221
Total	13.859.646.692.315	15.925.220.448.377	16.787.212.497.959

Fuente: ADRES (2023) - Oficio 20230804 ingresos y gastos, fuentes y usos destinación específica y unidad de caja.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

La mayor fuente de ingresos para financiar al RS corresponde a SGP que para la vigencia 2020 tuvo una asignación por 8.894.351.213.336 COP, para el 2021 por 9.726.403.279.295 COP y para el 2022 por 10.119.773.122.706 COP. De otra parte, se resalta que para las vigencias 2021 y 2022 fueron asignados recursos de PGN y ejecutados por la ADRES para financiar el RS provenientes de los Créditos recibidos del Banco Internacional de Reconstrucción de Fomento por 94.850.072.085 COP y 62.973.018.389 COP respectivamente y por el Banco Interamericano de Desarrollo por 294.099.348.915 COP (2021) y por 300.872.382.311 COP (2022).

En cuanto al Régimen Contributivo, este se financia con los recursos que hacen unidad de caja y administra la ADRES, con fuentes como cotizaciones al SGSSS, aportes de la nación, reintegros, entre otros; sin embargo, llama la atención que para las vigencias auditadas los recursos recibidos por cotizaciones fueron menores que el gasto ejecutado, así:

Tabla No. 5
 Recursos Cotizaciones al SGSSS vs Ejecución UPC RC
 Cifras en COP

Concepto	Recursos 2020	Recursos 2021	Recursos 2022
Cotizaciones al Sistema General de Seguridad v Social en Salud	20.499.313.801.105	22.325.030.836.235	25.789.204.726.252
Concepto	Usos 2020	Usos 2021	Usos 2022
Unidad de Pago por Capitación - Régimen contributivo	23.806.347.816.452	26.869.393.458.021	32.453.195.704.164
Diferencia	-3.307.034.015.347	-4.544.362.621.786	-6.663.990.977.912

Fuente: ADRES (2023) Oficio 20230804 ingresos y gastos, fuentes y usos destinación específica y unidad de caja
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Mientras los ingresos aumentaron en un 9% y 16% durante las vigencias 2020 al 2022, sus gastos se incrementan en mayor medida en un 13% y 21%, requiriendo recursos adicionales de otras fuentes de financiación como aportes de la nación para amparar la totalidad de los gastos por UPC del RC.

2.2. IMPORTANCIA ESTRATÉGICA DEL OBJETO DE LA AUDITORÍA

El flujo de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha sido objeto de cuestionamientos por diferentes actores; es así como los Prestadores de Servicios de salud (IPS) se han pronunciado a través de sus agremiaciones como la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) en relación con la falta o demora en el pago de las deudas por los servicios prestados; para este gremio “...un PIB de 7.7% y 83 billones de pesos que circulan es también un gran logro, pero no hay que dejar de lado los temas de cartera crónicos, refractarios crecientes que no se resuelven y que afectan al sector prestador, son clara muestra de un problema en la administración de esos recursos”². Por lo anterior, se han dispuesto medidas de saneamiento de cartera como el Acuerdo de Punto Final.

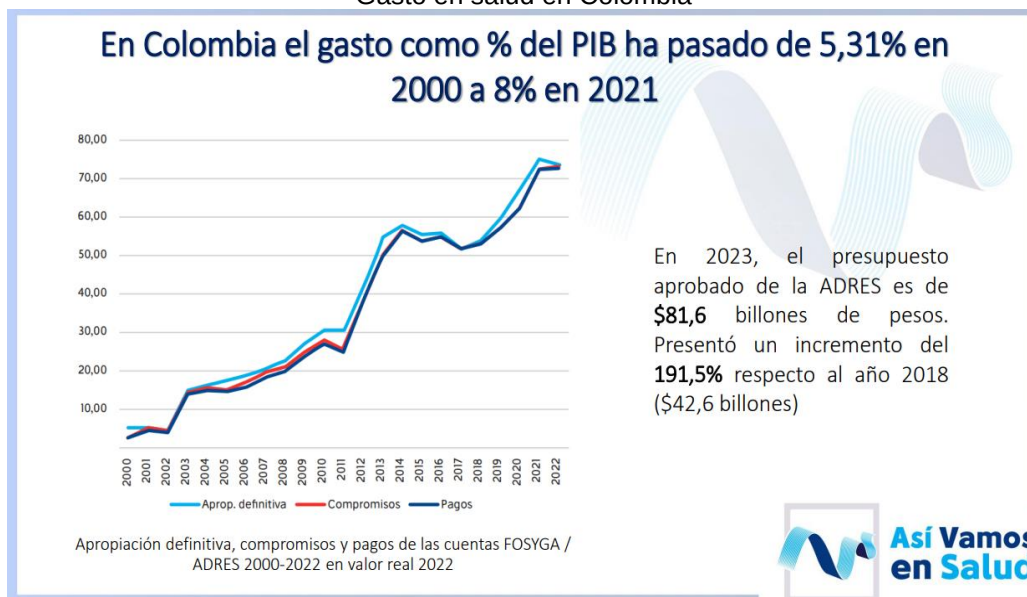
A su vez, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) plantean en comunicaciones al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y a la opinión pública, la insuficiencia de recursos para cubrir sus obligaciones. Esto se evidencia por ejemplo, en lo manifestado por la Asociación Colombiana de Empresas de medicina Integral (ACEMI), así: “Las EPS están mostrando de manera reiterada y acumulada que el nivel de siniestralidad está desbordando la UPC, lo que significa que los recursos asignados para la prestación de servicios, que se entregan a las EPS para su administración, no están siendo suficientes; de cada 100 pesos que recibe una EPS, se están gastando entre 103 y 104 pesos (...) está pendiente la discusión de cuánto debe ser la UPC”.³

En contraste con la postura de las EPS, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el MSPS han presentado cifras indicativas de suficiencia de recursos para financiar el aseguramiento en salud, con un comportamiento creciente en las dos últimas décadas, como se describe a continuación.

² Pronunciamiento Comisión Primera del Senado de la República presentado en su página web <https://achc.org.co/actualidad/en-audiencia-publica-convocada-por-la-comision-primera-del-senado-de-la-republica-la-achc-explico-la-ruta-logica-hacia-una-salud-progresiva-que-propone-el-gremio/>. Consulta realizada el 14/10/2023.

³ Comunicado de ACEMI en <https://acemi.org.co/reforma-a-la-salud-divide-muchas-funciones-y-no-hay-un-responsable-frente-al-usuario/>. Consulta realizada el 14/10/2023.

Imagen No. 3
Gasto en salud en Colombia



Fuente: Brun-Vergara (2023) - Foro: superemos el desfinanciamiento de la salud en Colombia

Frente a los recursos asignados para la salud administrados por la ADRES, las fuentes de financiación muestran incrementos, destacándose los rubros aportes al SGSSS (Cotizaciones del RC y de los regímenes excepcionales y especiales) y los aportes de la nación para el aseguramiento en salud, para las vigencias auditadas, así:

Tabla No. 6
Ejecución de presupuestal de ingresos ADRES
Vigencias 2020, 2021 y 2022
Cifras en COP

Concepto del Rubro	Ingresos 2020	Ingresos 2021	Ingresos 2022
DISPONIBILIDAD INICIAL	3.317.595.791.078	1.512.588.870.964	1.640.974.963.688
APORTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (Cotizaciones al SGSSS, regímenes de excepción y especiales)	21.664.798.389.139	23.560.979.343.382	27.122.286.634.909
MULTAS, SANCIONES E INTERESES DE MORA	75.746.107.699	34.631.819.218	40.705.602.976
FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS MEDICAS EN COLOMBIA (SNRM)	91.144.191.544	173.062.792.431	229.120.354.029
RECURSOS PROVENIENTES DEL FOME	2.580.247.898.434	6.436.292.666.696	1.858.809.526.507
APORTES MUNICIPALES - DIFERENTES A SUBVENCIONES	54.996.671.035	53.898.046.163	65.842.297.800
APORTES DEPARTAMENTALES - DIFERENTES A SUBVENCIONES	1.381.765.380.791	1.948.590.859.766	2.262.737.909.710
APORTE DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR	541.061.021.414	590.403.298.696	695.703.953.187

Concepto del Rubro	Ingresos 2020	Ingresos 2021	Ingresos 2022
APORTES DE LA NACIÓN PARA EL ASEGURAMIENTO EN SALUD	16.146.722.673.075	21.423.108.998.916	24.433.701.788.000
COMPENSACION REGALIAS PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO	233.473.978.000	0	0
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES REGIMEN SUBSIDIADO	8.897.911.273.771	9.726.403.279.295	10.119.773.122.706
RECURSOS PROVENIENTES DE COLJUEGOS PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD	289.578.442.457	327.442.784.633	480.604.581.377
PRIMA FONSAT Y CONTRIBUCIÓN SOAT	2.122.890.055.301	2.210.190.537.647	2.549.556.893.215
RECURSOS DEL IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS, MUNICIONES Y EXPLOSIVOS	244.122.905.380	98.068.836.340	155.681.401.899
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD	47.024.046.126	52.535.821.578	38.284.099.900
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	149.535.981.839	63.948.431.243	327.170.810.766
TRANSFERENCIAS DE CAPITAL PASIVO/NACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PASIVOS	1.602.376.212.238	1.650.401.096.234	713.405.697.853
Recursos Contingencia COVID provenientes del Art. 9 del DL 800 de 2020	213.907.144.783	0	0
RECUPERACIÓN DE CARTERA - PRÉSTAMOS	123.083.040.124	249.600.557.643	51.912.348.490
RECURSOS DE TERCEROS EN ADMINISTRACIÓN	59.781.508.214	41.123.382.076	57.772.450.334
REINTEGROS - (UPC, RECLAMACIONES, PROCESOS DE REPETICIÓN, POR CONTRATOS, RECUPERACIONES).	1.427.760.686.109	1.251.807.330.949	1.664.643.592.137
TOTAL	61.265.523.398.551	71.405.078.753.870	74.508.688.029.484

Fuente: ADRES (2023) Ejecuciones presupuestales ADRES Vigencias 2020, 2021 y 2022

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

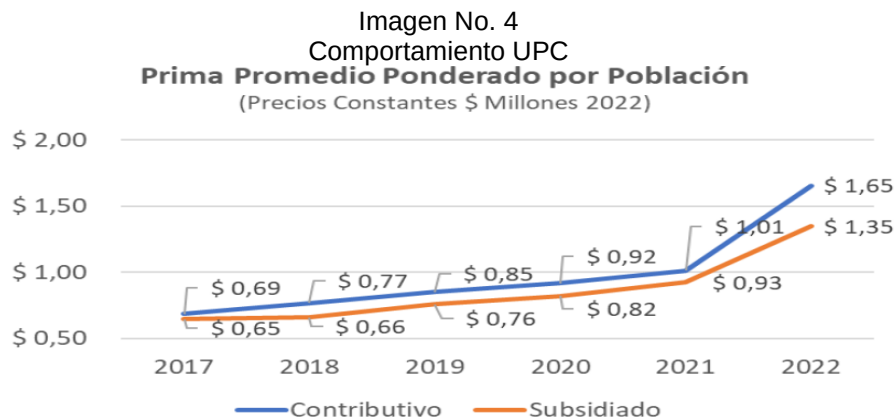
La ADRES reporta los datos y cifras del flujo de los recursos del SGSSS, por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) que financia el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y gastos No UPC en tecnologías en salud fuera de dicho plan, hacia cada uno de los actores (EPS o IPS) a través de “La Lupa al Giro”⁴, registrando los valores girados a las aseguradoras o prestadores, a estos últimos cuando se trata del mecanismo de giro directo.

La UPC se fija por parte del MSPS como una prima de seguro y se reconoce un monto a cada EPS por cada afiliado (incluidos los beneficiarios), teniendo en cuenta variables como género, grupo etario, zona geográfica y concentración. El cálculo de UPC para cada régimen, contributivo y subsidiado, es diferente;

⁴ Sitio Oficial de ADRES en <https://www.adres.gov.co/lupa-al-giro> “página creada para la consulta de los montos y beneficiarios de todos los giros que realiza la entidad, correspondientes a los recursos para garantizar la prestación de servicios de salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

teniendo en cuenta que en el contributivo se reconocen unas prestaciones económicas complementarias a las asistenciales (incapacidades y licencias).

El comportamiento de la UPC desde 2017 hasta 2022 a precios constantes y marginales, ha sido creciente, como se observa en la siguiente imagen:



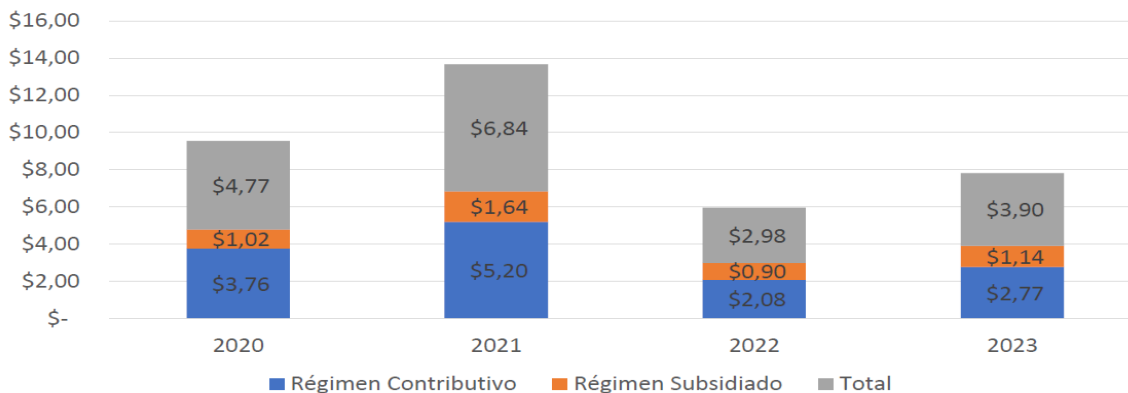
Fuente: Cálculos DBRCTAS
Fuente: MSPS (2023), Dirección Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud 2023

Otros recursos importantes en el flujo son los Presupuestos Máximos, establecidos en 2019 a través de la Ley 1955 (artículo 240), correspondientes a un presupuesto anual estimado y entregado ex-ante a cada EPS para cubrir las tecnologías en salud y servicios que no son financiados con la UPC, como: Medicamentos, APME (Alimentos nutricionales de Propósito Médico Especial), Procedimientos en Salud, Servicios Complementarios y Dispositivos, implícitos en el PBS.

Estos recursos empezaron a ser girados a las EPS desde marzo de 2020 y su comportamiento (agregado y nominal) ha sido heterogéneo en cantidad y frecuencia, como se detalla en la siguiente imagen.

Imagen No. 5
Asignaciones históricas de Presupuestos Máximos

Presupuestos Máximos (En Billones \$)



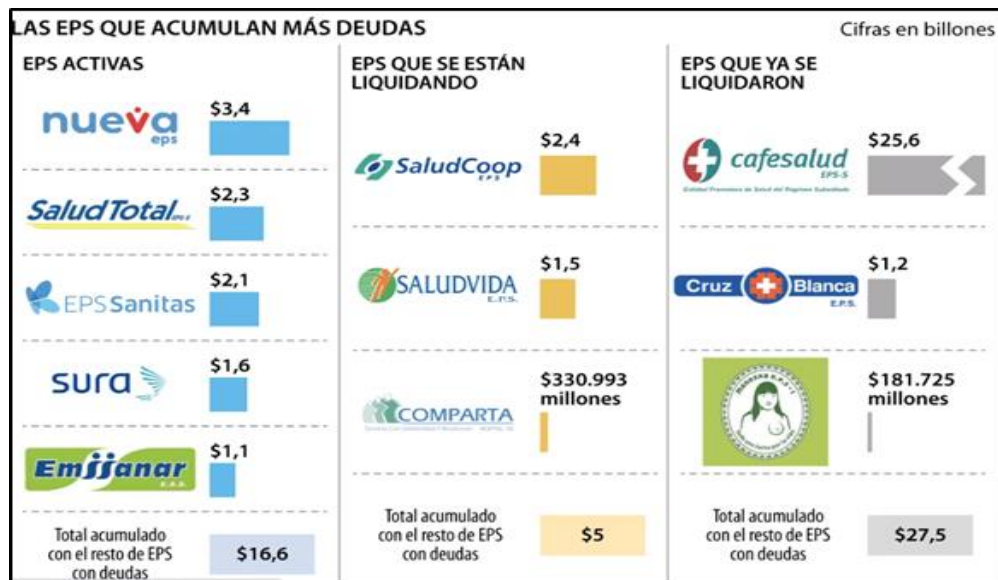
Fuente: MSPS. DRBCYTAS.

Fuente: MSPS (2023), Dirección Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud 2023

En el diseño institucional del flujo de estos recursos, se identifica la cantidad y frecuencia con las cuales se realizan los giros desde la ADRES hacia las EPS, previo acto administrativo expedido por el MSPS; sin embargo, el flujo desde las EPS hacia los prestadores y proveedores es impreciso y hay opacidad en cuanto a los servicios de salud pagos y las deudas entre estos actores, dado que, en los reportes de SISPRO (Cubo de cartera), se observan brechas cuantiosas entre lo registrado por las EPS en Cuentas por Pagar (CxP) a Prestadores y las Cuentas por Cobrar (CxC) que estos reportan, tal como se evidencia en las tablas 7 y 8 pues las deudas reportadas de acuerdo con Circular 30 de 2013 por las EPS al cierre de 2022 ascendieron a 8.723.169 millones COP; mientras que para la misma vigencia los prestadores reportaron cartera por 17.422.572 millones COP.

A continuación, se presentan algunas cifras publicadas por medios de información sobre las mayores CxP de EPS con los Prestadores.

Imagen No. 6
Deudas de las EPS con prestadores



Fuente: La República (2023). "Las EPS acumulan deudas por \$23,3 billones con Nueva EPS liderando el déficit" (16 de febrero). Web Periódico La República.

Los datos publicados en medios de comunicación difieren de lo reportado por la EPS, inclusive entre lo registrado en los Estados Financieros y lo registrado en SISPRO (Circular 30 de 2013 MSPS-SNS) de estas entidades; como se presenta a continuación:

Tabla No. 7
 Saldo cuentas por pagar EPS vigencias 2020 a 2022 reportado EEFF vs. Circular 30
 Cifras en millones de COP

EAPB	Cuentas por Pagar EPS EEFF			Cuentas por Pagar EPS - C30			Diferencias Cuentas por Pagar EPS		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
NUEVA EPS	2.186.153	5.450.722	2.613.380	3.064.352	3.265.512	3.560.558	-878.199	2.185.210	-947.178
ASMET SALUD	791.028	758.504	486.965	300.672	766.142	508.097	490.356	-7.638	-21.132
SAVIA SALUD	567.900	553.943	223.182	231.074	385.145	177.918	336.826	168.798	45.264
EMSSANAR	718.529	869.035	577.039	244.216	732.534	438.471	474.313	136.501	138.568
SOS	337.558	446.491	386.710	362.663	286.733	294.686	-25.105	159.758	92.024
SANITAS	834.972	900.308	624.744	747.399	257.755	371.770	87.573	642.553	252.974
FAMISANAR	151.810	200.945	313.022	289.325	454.325	411.997	-137.515	-253.380	-98.975
COOSALUD	472.279	475.647	240.616	147.810	756.148	358.778	324.469	-280.501	-118.162
SALUD TOTAL	327.586	515.685	253.633	295.355	672.697	571.080	32.231	-157.012	-317.447
SURA	294.664	414.844	489.542	553.959	861.948	695.357	-259.295	-447.104	-205.815
CONVIDA	249.233	265.027	144.899	281.501	366.232	142.491	-32.268	-101.205	2.408
CAPITAL SALUD	156.968	232.675	166.875	115.929	462.336	88.433	41.039	-229.661	78.442
COMFAHUILA	241.340	289.350	196.548	115.847	212.780	163.510	125.493	76.570	33.038
MUTUAL SER	276.750	248.822	119.944	43.257	73.037	37.425	233.493	175.785	82.519
CAPRESOCA	144.730	144.068	97.311	42.947	226.938	118.097	101.783	-82.870	-20.786
ECOOPSOS	60.455	56.312	15.547	9.550	40.787	6.433	50.905	15.525	9.114
ALIANSA SALUD	75.967	109.402	91.012	94.123	79.540	38.875	-18.156	29.862	52.137
MALLAMAS	61.684	58.316	61.612	23.574	40.011	51.035	38.110	18.305	10.577
CAJACOPÍ	75.134	75.692	34.384	14.614	23.127	10.167	60.520	52.565	24.217
ANAS WAYUU	85.496	100.625	11.923	4.521	8.420	4.034	80.975	92.205	7.889
PIJAOS	51.273	1.257	34.213	12.091	40.456	25.315	39.182	-39.199	8.898

EAPB	Cuentas por Pagar EPS EEFF			Cuentas por Pagar EPS - C30			Diferencias Cuentas por Pagar EPS		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
COMFASUCRE	34.198	43.355	10.601	19.111	83.121	1.711	15.087	-39.766	8.890
COMFAGUAJIRA	35.601	33.631	37.762	24.962	43.880	87.055	10.639	-10.249	-49.293
COMFENALCO VALLE	15.629	105.508	80.514	197.534	139.900	133.930	-181.905	-34.392	-53.416
COMFAORIENTE	15.622	24.320	37.418	2.936	22.236	8.223	12.686	2.084	29.195
COMFACHOCÓ	8.318	10.343	18.067	919	11.600	7.130	7.399	-1.257	10.937
COMPENSAR	29.680	112.109	215.488	308.134	379.973	409.639	-278.454	-267.864	-194.151
SALUD MIA	4.425	5.893	5.442	2.496	3.326	954	1.929	2.567	4.488
TOTALES	8.304.982	12.502.829	7.588.393	7.550.871	10.696.639	8.723.169	754.111	1.806.190	-1.134.776

Fuente: SNS (2023) - Informes de cartera SNS

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Las diferencias entre la información de los Estados Financieros y Circular 30, para las vigencias 2020 a 2022 están entre el 9% y el 15%, lo cual puede considerarse como material. Esta situación puede derivar de la falta de conciliación de las cuentas por pagar de acuerdo con la información reportada al MSPS y la SNS.

De otra parte, los saldos de cartera de las IPS reportados en sus estados financieros, frente a la información registrada en Circular 30, también presentan diferencias, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla No. 8
 Saldos cartera IPS vigencias 2020 a 2022 reportado EEFF vs. Circular 30
 Cifras en millones de COP

EAPB	Cuentas por Cobrar IPS - EEFF			Cuentas por Cobrar IPS - C30			Diferencias Cuentas por Cobrar IPS		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
TOTALES	12.289.910	16.022.943	13.201.404	13.085.086	23.762.532	17.422.572	-	-	-
							795.176	7.739.589	4.221.168

Fuente: SNS (2023) - Informes de cartera

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Ahora, la información registrada entre EPS e IPS en Circular 30, de 2020 a 2022, relacionada con las cuentas por pagar - facturas pendientes de pago-, presenta diferencias significativas, pese a la reciprocidad de las cuentas y la obligación de revisar y analizar los datos de forma previa al cargue en la plataforma de acuerdo con lo dispuesto en la mencionada Circular.

De las EPS seleccionadas para análisis en la presente auditoría, se reportan en Circular 30, como cuentas por pagar los siguientes saldos.

Tabla No. 9
 Consolidado de Saldo por Factura reportado por ERP (CxP)
 Vigencias 2020 al 2022
 Cifras en COP

Nombre ERP	Régimen	2020	2021	2022
EPS FAMISANAR LTDA	EPS – Régimen Contributivo	735.245.777.965	669.251.995.618	1.095.265.567.738
NUEVA EPS	EPS – Régimen Contributivo	2.931.359.129.166	2.788.238.302.020	3.389.614.781.201
PIJAOS SALUD EPS -I	EPS – Régimen Subsidiado	23.816.811.735	29.699.554.793	59.144.921.132

Nombre ERP	Régimen	2020	2021	2022
COOSALUD EPS S.A	EPS – Régimen Subsidiado	107.498.137.433	387.888.989.394	114.197.336.352
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	EPS – Régimen Subsidiado	142.214.599.589	139.720.955.434	45.397.815.717

Fuente: MSPS (2023) Reporte Circular No. 30 de 2013.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Mientras que, las IPS reportan como cuentas por cobrar -facturas pendientes de pago con las EPS de la muestra, los siguientes saldos.

Tabla No. 10
 Consolidado de Saldo por Factura reportado por IPS (Cx)C
 Cifras en COP

Nombre ERP	Régimen	2020	2021	2022
EPS FAMISANAR LTDA	EPS – Régimen Contributivo	1.434.272.028.965	1.825.002.237.239	2.054.775.202.420
NUEVA EPS	EPS – Régimen Contributivo	4.885.781.054.772	5.611.855.655.603	6.339.146.187.902
PIJAOS SALUD EPS -I	EPS – Régimen Subsidiado	38.953.265.026	46.726.745.928	83.986.104.277
COOSALUD EPS S.A	EPS – Régimen Subsidiado	349.755.011.536	1.032.345.222.733	450.862.333.610
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.	EPS – Régimen Subsidiado	426.666.902.474	259.864.109.041	195.404.395.402

Fuente: MSPS (2023) Reporte Circular No. 30 de 2013.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Estas diferencias indican deficiencias en los mecanismos de conciliación, depuración y seguimiento en los registros de información financiera por cada uno de los actores (EPS e IPS); así como en la inspección, vigilancia y control de los reportes que realiza la SNS; lo cual, repercute en la calidad y confiabilidad de las cifras de las deudas entre actores.

Los mecanismos establecidos para la conciliación y depuración de cartera entre los actores del SGSSS, tales como las mesas de flujo o de saneamiento de Circular 30, han sido ineficaces ante las magnitudes de las diferencias observadas luego de 10 años de expedida dicha Circular con el propósito de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas y pago de facturación por prestación de servicios, impactando sobre el reporte de las deudas, la cartera vencida, los problemas de liquidez, el incumplimiento de pagos, generando amenazas frente a la sostenibilidad financiera del sistema, y por ende en la continuidad en la prestación del servicio de salud.

De acuerdo con la información reportada a la CGR por la Superintendencia Nacional de Salud y agremiaciones de prestadores como ACESI, se mantienen en el SGSSS prácticas indebidas como barreras administrativas para la radicación o glosas injustificadas y extemporáneas por parte de las EPS, falta de depuración y/o deterioro de cuentas por cobrar y de gestión para la recuperación e incumplimiento de lineamientos frente al saneamiento de saldos con edades antiguas e incobrables por parte de los prestadores o IPS, tales como el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016 y Circular Conjunta 30 de 2013, entre otras.

En cuanto a las glosas definitivas sobre las facturas presentadas por las IPS a las EPS, por reclamación inoportuna o vencimiento de términos, estas se quedan sin depurar o sanear, de modo que los estados financieros tanto de unas como de las otras, según la legislación colombiana y el Marco Conceptual para la Información Financiera, no reflejan la realidad económica de la empresa.

Por estas razones, la Contraloría General de la República (CGR) y específicamente para la Contraloría Delegada para el Sector Salud, resultó relevante y de importancia estratégica, evaluar el desempeño institucional en el flujo de los recursos del SGSSS.

3. CARTA DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

810111 –

Bogotá D. C.

Doctores

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social
Correo electrónico: correo@minsalud.gov.co
rcastror@minsalud.gov.co
Carrera 13 No. 32 – 76.
Ciudad

LUIS CARLOS LEAL ANGARITA
Superintendente
Superintendencia Nacional de Salud
Correo electrónico: correointernosns@supersalud.gov.co
adriana.leguizamón@supersalud.gov.co
Carrera 68 A No. 24B – 10 Edificio Plaza Claro, Torre 3, pisos 4, 9 y 10
Ciudad

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTIN
Director General
Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social
en Salud -ADRES-
Correo electrónico: felix.martínez@adres.gov.co
ligia.florez@adres.gov.co
orlando.sabogal@adres.gov.co
Dirección: Avenida Calle 26 No. 69 – 76. Torre 1, piso 17.
Ciudad

JULIO ALBERTO RINCÓN RAMÍREZ
Agente Interventor
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A- NUEVA EPS S.A
Correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co
marisol.huertas@nuevaeps.com.co
Dirección: Carrera 85K No. 46A-66
Ciudad

SANDRA MILENA JARAMILLO AYALA
Famisanar EPS
Interventora
Correo electrónico: molaya@famisanar.com.co
notificaciones@famisanar.com.co
Dirección: Carrera 13 A No.77 A 63.

Ciudad

OMAR B. PERILLA BALLESTEROS

Capital Salud EPS

Gerente General

Correo electrónico: gerenciageneral@capitalsalud.gov.co

asesorcontrolinterno@capitalsalud.gov.co

Dirección: Carrera 69 No. 47-34 Torre B – Segundo piso.

Ciudad

JAIME GONZÁLEZ MONTAÑO

Presidente Ejecutivo

Coosalud EPS

Correo electrónico: notificacioncoosaludeps@coosalud.com

fgarcia@coosalud.com

Dirección: Carrera 7 No. 48 A – 08.

Ciudad

JOSÉ RENÉ DUCUARA DUCUARA

Pijaos Salud EPSI

Representante Legal

Correo electrónico: notificaciones.judiciales@pijaossalud.com.co

siau.tolima@pijaossalud.com.co

heidi.villamil@pijaossalud.com.co

Dirección: Carrera 7A No.79 – 16.

Ibagué -Tolima

Asunto: Informe Final Auditoría de Desempeño al flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Vigencias 2020, 2021 y 2022

Respetados doctores:

La Contraloría General de la República, en cumplimiento del Plan Nacional de Vigilancia y Control Fiscal 2023, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría de Desempeño al flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, a través de la evaluación de los principios de la gestión fiscal de economía, eficiencia y eficacia con que fueron administrados los recursos, así como los resultados de la gestión adelantada por los administradores en las áreas, actividades o procesos examinados.

Es responsabilidad de la administración de las entidades evaluadas, el contenido de la información suministrada por la entidad y analizada por la Contraloría

General de la República. La responsabilidad de la Contraloría General de la República 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 – (NIA’s), las normas internacionales de entidades fiscalizadoras superiores (ISSAI) y con políticas y procedimientos de auditoría prescritos por la Contraloría General de la República. Tales normas requieren que se planifique y efectúe la auditoría para obtener una seguridad razonable para fundamentar nuestro informe.

3.3.1. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Se fijó como objetivo general de la auditoría: *“Examinar la economía, eficiencia y la eficacia en el flujo y uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que corresponden al aseguramiento, desde su asignación y recaudo, hasta el reconocimiento y pago de los servicios de salud, durante las últimas tres vigencias”*.

Con el fin de desarrollar este objetivo se formularon los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar la asignación de los recursos del SGSSS que financian la prestación de servicios de salud y su comportamiento en las últimas tres vigencias.
2. Verificar la oportunidad y control en la distribución y giro de los recursos del SGSSS desde la ADRES hacia las EPS o prestadores de servicios de salud (giro directo), en las últimas tres vigencias.
3. Determinar la oportunidad, seguimiento, monitoreo y control de la información reportada por los actores y los pagos realizados a los prestadores de servicios de salud por parte de las EPS en las últimas tres vigencias.

3.3.2. ENFOQUE Y ALCANCE

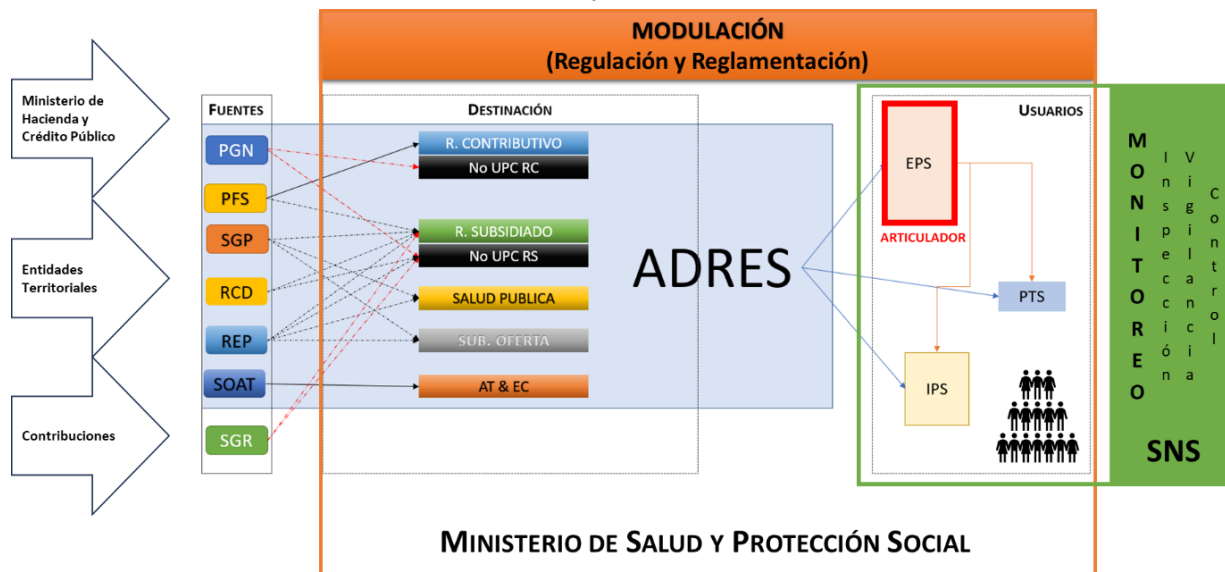
La Auditoría puede utilizar diferentes enfoques: Orientado al sistema, que examina el funcionamiento adecuado de los sistemas de gestión; orientado a resultados, que evalúa si los objetivos en términos de resultados o productos han sido alcanzados como se deseaba y/o si los programas y servicios operan como se esperaba y orientado al problema, que verifica y analiza las causas de los problemas particulares o desviaciones de los criterios establecidos, para el caso de esta auditoría se utilizaron los tres enfoques antes indicados.

La auditoría a que se refiere el presente informe tuvo el siguiente alcance en cuanto a entidades evaluadas, años auditados y aspectos evaluados.

3.3.2.1. Entidades auditadas - Procesos relevantes en cada entidad

A continuación, se presenta de manera gráfica las principales relaciones entre actores y recursos en el SGSSS.

Imagen N°7
Relaciones entre actores y recursos en el SGSSS.



Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A partir del anterior análisis de actores, se seleccionaron los sujetos de control de la Auditoría de Desempeño así:

Tabla No. 11
Entidades y asuntos auditados

Entidades sujeto de control	Asunto a auditar	Procesos de la Entidad
Ministerio de Salud y de la Protección Social	- Metodologías y Ajustes de presupuestos máximos. - Canastas COVID financiadas con el FOME - Cadena de intermediación: MHCP-MSPS-ET-ADRES-EPS-IPS (Cantidad de movimientos de recursos entre entidades que implican tiempo y trámites hasta llegar al prestador)	Metodología y asignación de recursos al SGSSS.
ADRES	-Auditoría pruebas y canastas COVID. -Presupuestos máximos. -Recobros, Cobros y Reclamaciones. -Giro directo a EPS medida especial. -Giro directo EPS subsidiado, Compensación y LMA. -Recursos reconocidos sin justa causa. -Reintegros. -Glosas ADRES a EPS y a IPS. -Pagos realizados.	Auditoría. Reconocimiento y pago. Compensación y LMA. Reintegro. Giro directo. Control ADRES.
Superintendencia Nacional de Salud	- Medición de tiempos y costos de transacciones; sub-ejecuciones, reprocesos como en el trámite de glosas iniciales y levantadas, reajustes presupuestos máximos. -Inversión de la reserva técnica como condición de solvencia para el pago de las deudas y uso de anticipos para la red propia. -Informes de la SNS de flujo de recursos que en las vigencias 2020, 2021 identificaron entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos. -Publicación de información del flujo de recursos. -Sistemas de información como MIPRES y CUBO de Circular 30, así como reportes a la SNS. -Función de IVC supeditada al auto reporte. Tecnologías financiadas con recursos del SGSSS con sospechas de altos costos.	Inspección, Vigilancia y Control de la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del SGSSS Reporte de información. Procesos administrativos sancionatorios.

Entidades sujeto de control	Asunto a auditar	Procesos de la Entidad
	-Oportunidad de las acciones de IVC: desde cuando se identifican prácticas indebidas en flujo hasta cuando se toman medidas de IVC. -Reiteradas sanciones. -Incidencia de la SNS en depuración de cartera y cumplimiento de compromisos de mesas de flujo y circular 30. -Deterioro generalizado de indicadores financieros de EPS a lo largo del tiempo y acciones de IVC. -Acciones frente al incumplimiento de acuerdos. -Articulación de actores y funciones. -Eficiencia y eficacia en las acciones de las entidades. -Impacto en la claridad y consistencia de las cifras sobre el uso de los recursos. -CXC de IPS con EPS liquidadas. -CXP de EPS liquidadas. -CXC anticipos con entidades liquidadas (IPS).	
EPS	-Condiciones financieras. -Embargos cuentas maestras -Deudas reconocidas (carteras vencidas e incobrables) que no se pagan a prestadores. -Glosas no conciliadas EPS-IPS. -Servicios de urgencias que no se pagan a prestadores. -Preferencias de pago a IPS e Inversión en IPS propias. -EPS reportan insuficiencia de recursos e IPS propias reportan incrementos significativos de utilidades. -Persistencia de deudas (carteras mayores a 360 días).	Administrar la prestación del servicio de salud incluido en el PBS, Presupuestos Máximos Auditoría de cuentas médicas. Depuración cartera. Pagos a prestadores y proveedores (tesorería)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

3.3.2.2. Ámbito geográfico nacional y territorial

La Auditoría de Desempeño contempló sujetos de control del orden nacional como ADRES, MSPS y SNS; y del orden subnacional o con jurisdicción regional (habilitación) como las EPS (Famisanar EPS, Nueva EPS, Coosalud, Pijaos Salud EPS-I, Capital salud EPS-S).

3.3.2.3. Periodo de tiempo auditado

El periodo auditado, conforme lo establecido en el Memorando 2023IE0066248 (4 de julio), correspondió a las vigencias 2020, 2021 y 2022.

3.4. METODOLOGÍA

Con base en lo establecido en la Guía de Auditoría de Desempeño definida por la CGR mediante Resolución REG-ORG-0023-2018, se preparó la Matriz de Planeación que se presenta como Anexo 1 del presente informe y la cual contiene la información de cada objetivo específico formulado para la evaluación del tema, los asuntos relevantes, las preguntas de auditoría, métodos de recolección análisis de la información y lo que permitieron los análisis de acuerdo con los criterios establecidos.

En términos generales la metodología utilizada en la auditoría de desempeño consistió en la recopilación de información directamente de las fuentes (sujetos de control), para su análisis cualitativo y/o cuantitativo.

El proceso analítico en la auditoría de desempeño implicó la consideración continua de las preguntas de auditoría, la evidencia de auditoría recopilada y los métodos empleados. El análisis de la información se enfocó en las preguntas y objetivos de auditoría. La ejecución se concentró en la recolección de datos que proporcionarían una base racional para la formulación de conceptos. El análisis de datos por su parte, permitió comprender o explicar lo observado.

Por otra parte, para la selección de la muestra de EPS a vincular a la auditoría, el punto de partida fue una base de 28 EPS activas en 2022; de las cuales, se excluyeron 8 correspondientes a Cajas de Compensación Familiar que son sujetos de control de la Contraloría Delegada para el Sector Trabajo. De las restantes 20 EPS, se aplicaron los siguientes criterios, buscando tomar en la muestra EPS con posibles prácticas indebidas, así como EPS con posibles buenas prácticas en el flujo de recursos:

- Primero: Se identificaron las EPS con mayores y menores variaciones de 2022 frente a 2021, en las diferencias entre CxP de las EPS vs CxC reportadas por IPS con fuente sus Estados Financieros a junio de 2022.
- Segundo: EPS con mayores y menores investigaciones en curso por la Delegada de Investigaciones Administrativas de la SNS relacionadas con el flujo de recursos (con Corte: 2019 a 30 de junio 2022).
- Tercero: EPS con mayores y menores incumplimientos en pagos de acuerdo con el Reporte AIFT09 - Circular 030 de 2013 de la SNS con corte a 30 de agosto de 2022.
- Cuarto: EPS con prácticas indebidas en 2022 identificadas por la SNS.

Estos cuatro parámetros fueron ponderados, asignado un peso del 30% para los criterios 1 y 3; del 25% para el criterio 4 y del 15% para el criterio 2; de acuerdo con la importancia relativa de los mismos para el equipo auditor. Estableciéndose una muestra de auditoría de 5 EPS, correspondientes a las de mayores puntajes de acuerdo con la ponderación y criterios indicados, quedando las siguientes entidades: NUEVA EPS, FAMISANAR, CAPITAL SALUD, PIJAOS y COOSALUD.

Tabla No. 12

Muestra EPS seleccionadas para la Auditoría de Desempeño al Flujo de los recursos del SGSSS

Ponderación	30	15	30	25	100
EPS	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Total
NUEVA EPS	x	x		x	70
FAMISANAR	x	y	y		75
SALUD TOTAL	x	y			45
CAPITAL SALUD	y		y		60
ALIANSA SALUD	y				30
PIJAOS	y		x		60
ASMET SALUD EPS SAS		x		x	40
COOSALUD		x	x	x	70
SAVIA SALUD ALIANZA MEDELLIN		y		x	40

Ponderación	30	15	30	25	100
EPS	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Total
EPS SERVICIO OCCIDENTAL SOS			x		30
SANITAS EPS			y		30

Nota: La x corresponde a "incumple" y la y a "cumple"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

3.5. LIMITACIONES

En el trabajo de auditoría no se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de la auditoría.

3.6. CONCEPTO SOBRE EL DESEMPEÑO

La Contraloría General de la República como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en el flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, durante las vigencias auditadas (2020 al 2022), no cumple con los principios evaluados de economía, eficiencia y eficacia, por los motivos que se relacionan a continuación.

Se identificaron recursos significativos que no fluyeron en el SGSSS, los cuales fueron reportados por cada una de las entidades a cargo de su administración y que a pesar de haberse seguido los procedimientos normativos establecidos para el cobro o pago y adelantarse acciones para su recuperación en el marco de las competencias de cada actor, estas fueron ineficaces, ineficientes y/o antieconómicas, pues se generaron reprocesos, desperdicios y costos adicionales para el SGSSS. Adicionalmente, al cierre de 2022 no se evidenció la adopción de medidas suficientes y oportunas por parte de los sujetos de control para evitar que estas situaciones continuaran sucediendo, impactando en desequilibrio financiero en el SGSSS; iteración de prácticas contrarias al buen gobierno y gestión fiscal de los recursos del SGSSS.

Se observaron gestiones inefectivas, ineficientes e ineficaces frente a la asignación y giro oportuno de los recursos del SGSSS en el periodo auditado. Lo anterior, dada la inoportunidad en el reconocimiento y pago de recobros y reclamaciones; el comportamiento creciente en el porcentaje de glosas aplicadas a las EPS por la línea Acuerdo de Punto Final y No Presupuestos Máximos, donde para el primer caso, la causal de prescripción o caducidad jurídica es la más representativa. Frente a los recursos reconocidos sin justa causa identificados por ADRES y/o Fosyga; se identificaron saldos pendientes de reintegrar al Sistema al cierre de 2022 y se establecieron recursos pendientes de validar de pruebas COVID – 19 por parte de ADRES, presentadas por las EAPB.

En la vigencia 2022, las medidas cautelares de embargo alcanzaron la cifra más alta de las tres vigencias auditadas y la asignación de Presupuestos Máximos para las vigencias 2020, 2021 y 2022, se realizó sin una frecuencia o regularidad

establecida entre las resoluciones iniciales y los ajustes realizados para cada EPS.

Durante las vigencias auditadas se identificaron facturas de los prestadores a las EPS, cuyo proceso de auditoría superó el tiempo establecido normativamente de 20 días hábiles para la notificación de glosas, alcanzando entre 31 y 365 días para este proceso; además, se detectaron facturas glosadas que, luego de radicadas por las IPS en las EPS, trascurrieron más de 365 días para la notificación de la glosa. Así mismo, se observó un nivel de glosa representativo y creciente en la mayoría de los casos de las EPS de la muestra comparando las vigencias auditadas, que indica persistencia de las inconsistencias o falta de soportes en la facturación que dificulta el flujo oportuno de los recursos.

Se establecieron deficiencias en el seguimiento, medición y control sobre las barreras e ineficiencias en el flujo de los recursos en el SGSSS; pues la devolución de facturas y glosas injustificadas es la práctica más reiterada por parte de las EPS, situación que genera costos adicionales para el Sistema por el doble proceso de auditoría que se genera al revisar nuevamente una misma cuenta; además del costo doble también para el prestador en la preparación y radicación de las facturas. Al respecto, no todas las EPS cuentan con medición de los costos que se generan al reprocesar las facturas. Por su parte la SNS indicó que no dispone de información de devoluciones y glosas injustificadas ni cuenta con indicadores, seguimiento o medición sobre el reproceso de facturas.

Frente a la cartera, se establecieron valores adeudados con antigüedad superior a 360 días representativos para el SGSSS que no han fluido hacia los prestadores e incremento en los saldos tanto desde la perspectiva de la ERP como de los prestadores, en los regímenes contributivo y subsidiado.

Al revisar los anticipos vs los regímenes de inversión de reserva técnica, se evidenció que las EPS de la muestra presentan resultado negativo con corte a diciembre de 2020, 2021 y 2022. Adicionalmente, se evidencian anticipos sin legalización a corte del 31 de diciembre de 2022, con fechas mayores a 90 días. Finalmente, se observó en general un comportamiento creciente de los anticipos durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, en contraste con el incumplimiento en el régimen de inversión de la reserva técnica.

Las acciones adoptadas frente a las asimetrías, distorsiones y falta de transparencia de la información del flujo de los recursos que financian el aseguramiento en salud no han sido efectivas; por una parte, en cuanto a la información de RIPS analizada para las EPS de la muestra, se identificaron casos de registros de diferentes CUMS para el mismo nombre genérico de los medicamentos; además, el diligenciamiento de los campos solicitados no atiende los criterios de estandarización. También se identificaron precios con diferencias significativas en la prestación de servicios de consultas, procedimientos médicos

y medicamentos, incluso superiores al 100% de los precios promedio pagados por la misma prestación de servicio en cada una de las EPS de la muestra.

La información suministrada por el MSPS, a su vez da cuenta de precios por prestación de servicios con diferencias significativas respecto a los valores de comparación establecidos por el ente rector para cada RIPS.

Frente a la Base MIPRES en las EPS de la muestra se identificaron variaciones de precios unitarios significativas en la misma tecnología, tomando el valor mínimo y máximo registrado en la base de datos, presentándose variación entre los precios de hasta el 96% entre los valores piso y techo observados. También se observaron registros inconsistentes y vacíos o que difieren de las presentaciones comerciales de los productos farmacéuticos y afines, conforme a las reportadas en las bases de datos del INVIMA. Adicionalmente, se evidenciaron valores que no corresponden a los acordados dentro de los anexos contractuales de las EPS con los prestadores o proveedores.

En los informes de flujo emitidos por la SNS, se reportaron recursos entregados a las EPS durante las vigencias 2020 y 2021 sobre los cuales se desconoce su destinación, y respecto de los cuales la Supersalud, no realizó acciones efectivas que permitieran determinar el uso de los mismos.

A partir de las acciones de inspección y vigilancia de la SNS, se realizan requerimientos a las EPS, sobre los cuales se cuestiona su oportunidad.

Se estableció en la IVC en el flujo de recursos del SGSSS, limitaciones en los sistemas de información de la SNS frente a las PQRSD sobre flujo de recursos; demora en la consolidación de expedientes y consecuentemente en el inicio del proceso sancionatorio; reiteradas sanciones sin impacto en la eliminación de prácticas indebidas frente al flujo de los recursos; Y debilidades en el seguimiento, validación, monitoreo y medición frente a los pagos y los valores pendientes de pago a prestadores y proveedores de tecnologías en salud.

El arreglo institucional presenta deficiencias en su diseño y estructura para el flujo completo y oportuno de los recursos del SGSSS, pues, por una parte, no se evidencian espacios formales y periódicos de coordinación y articulación interinstitucional en los cuales se realice análisis y contraste de la información de la cual dispone cada actor para la toma de decisiones frente a los problemas en el flujo de los recursos.

Un mecanismo excepcional como la tutela para la garantía del derecho a la salud, presenta un comportamiento creciente pese a la prohibición de barreras de acceso a los servicios de salud, y a la oportunidad con la cual debe brindarse la atención a los afiliados. Al respecto, las EPS de la muestra no reportaron la cuantía de los servicios prestados a partir de tutela, por lo que el costo real que representa el uso

de este mecanismo de garantía de derechos en el flujo de los recursos de las EPS seleccionadas, es indeterminado para las vigencias auditadas.

Existen fallos de información durante todo el flujo de la información, falta cultura de calidad del dato y no se están midiendo de manera permanente y oportuna todas las variables significativas frente al flujo de los recursos, para su seguimiento, monitoreo y evaluación. Se desconocen aspectos de la realidad financiera del sector salud como los montos exactos de cuentas por cobrar y por pagar entre los actores.

Las Circulares 030 de 2013 y 016 de 2016 comparten similitud en la información solicitada, pero no son uniformes ni se utilizan dentro de los análisis financieros del Sistema de Salud. Adicionalmente sus sistemas receptores no son interoperables entre sí, lo que impide el análisis de información en conjunto.

Se ha identificado la necesidad que para el sector exista un sistema de información integrado, que garantice la interoperabilidad entre las diferentes fuentes de información, en el que repose la información financiera y asistencial; sin embargo, este no se ha diseñado ni implementado.

La desarticulación entre los flujos de información financiera y el flujo del recurso afecta la toma de decisiones en materia de políticas, programas y proyectos, frente al uso eficiente de los recursos del SGSSS, que mitiguen las barreras de acceso a los recursos que deben ser orientados a garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y pertinencia.

3.7. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y MECANISMOS DE CONTROL.

Aplicada la metodología establecida en la CGR para la evaluación de riesgos y controles, obtuvo una calificación de 2,0 correspondiente a “*Con deficiencias*”, dado que se evidenció el diseño de controles y la efectividad de los mismos algunas debilidades.

Imagen N°8
Resultado Matriz de Riesgos Inherentes, Fraude y Controles
Auditoría de Desempeño-Vigencias 2020-2021-2022

RESULTADO PROMEDIO RIESGO COMBINADO		MEDIO	SUMATORIA Y PONDERACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO Y LA EFECTIVIDAD DEL CONTROL	1,97
CALIFICACION SOBRE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE MECANISMOS DE CONTROL				2,0
De 1 a <= 1,5	Eficiente			CON DEFICIENCIAS
De >= 1,6 a <= 2	Con deficiencias			
De >= 2,1 a 3	Ineficiente			

Elaboró: Equipo Auditor CGR.

Los actores que participan en el flujo de recursos, cuentan con controles identificados, documentados y establecidos, sin embargo, algunos no se aplican y/o se aplican parcialmente, por lo que no resultan efectivos en la mitigación de

los riesgos, reflejando debilidades en la gestión expuestas a lo largo del presente informe.

3.8. RELACIÓN DE HALLAZGOS Y BENEFICIOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 25 hallazgos administrativos. No se establecieron beneficios durante la ejecución de la Auditoría.

3.9. PLAN DE MEJORAMIENTO

La(s) entidad(es) debe suscribir un Plan de Mejoramiento, con las acciones y metas que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en este informe. El Plan de Mejoramiento debe ser presentado a través del Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes (SIRECI), de la CGR, conforme a lo establecido en la Resolución Orgánica que reglamenta el proceso y la Guía de Auditoría aplicable vigentes, dentro de los treinta (30) días hábiles, siguientes al recibo del presente informe.

Bogotá, D. C,



EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO
Contralor Delegado para el Sector Salud
Contraloría General de la República

Aprobó: Héctor Jairo Osorio Madieto – DVF CD Salud
Revisó: Maritza Peláez Falla Supervisora Encargada
Proyectó: Equipo Auditor



4. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la asignación de los recursos del SGSSS que financian la prestación de servicios de salud y su comportamiento en las últimas tres vigencias.
2. Verificar la oportunidad y control en la distribución y giro de los recursos del SGSSS desde la ADRES hacia las EPS o prestadores de servicios de salud (giro directo), en las últimas tres vigencias.
3. Determinar la oportunidad, seguimiento, monitoreo y control de la información reportada por los actores y los pagos realizados a los prestadores de servicios de salud por parte de las EPS en las últimas tres vigencias.

4.2. PREGUNTAS DE AUDITORÍA

Para el desarrollo de los objetivos general y específicos de la Auditoría de Desempeño, se plantearon seis preguntas de auditoría, así:

1. ¿Frente a los recursos que no fluyeron en el SGSSS, se tienen identificados, valorados y se han planteado acciones para evitar que esto continúe sucediendo?
2. ¿Se realiza seguimiento a los recursos con flujo inoportuno y se adelantan gestiones efectivas para mejorar su asignación y oportuno giro para cubrir los servicios de salud?
3. ¿Se realiza seguimiento, medición y control sobre las barreras en el flujo e ineficiencias en el uso de los recursos que financian el aseguramiento en salud?
4. ¿Se adoptan acciones efectivas frente a las asimetrías, distorsiones y falta de transparencia de la información del flujo de los recursos que financian el aseguramiento en salud?
5. ¿Es eficiente y eficaz la IVC en el flujo de los recursos?
6. ¿El arreglo institucional permite el flujo completo y oportuno de los recursos del SGSSS?

4.3. HALLAZGOS DE AUDITORÍA

A continuación, se presentan los hallazgos y/o resultados frente a cada pregunta de auditoría.

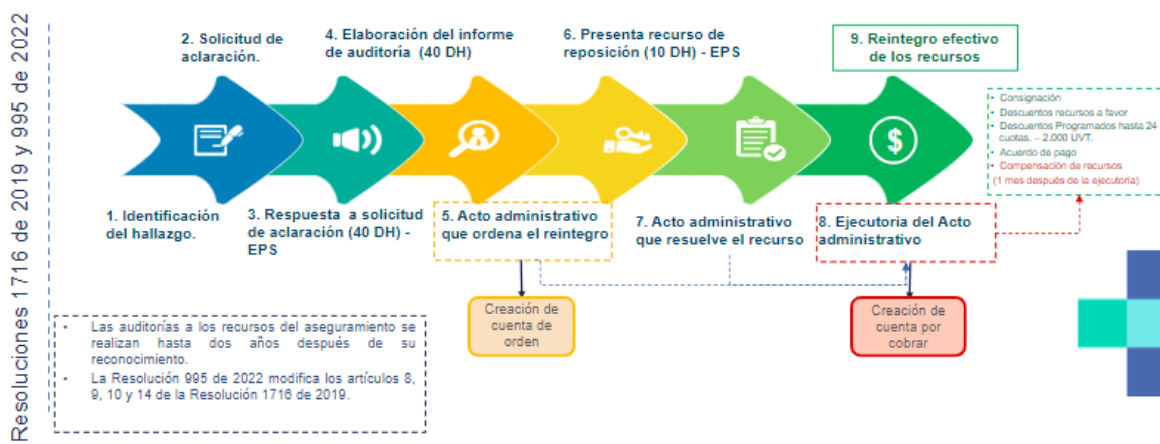
4.3.1. Pregunta No. 1 Frente a los recursos que no fluyeron en el SGSSS, se tienen identificados, valorados y se han planteado acciones para evitar que esto continúe sucediendo?

4.3.1.1. Recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades liquidadas – Glosas definitivas en recobros y reclamaciones – CxC de IPS con EPS liquidadas y CxC de EPS con entidades liquidadas – Deudas reconocidas (carteras vencidas) que no se pagan a prestadores

- **Recursos reconocidos sin justa causa por FOSYGA y ADRES a entidades liquidadas sin reintegrar al cierre de 2022**

La ADRES realiza el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa para aquellos casos que como resultado de los procesos de reconocimiento y pago de la UPC, tanto para el régimen contributivo como el régimen subsidiado, identificó a través del proceso de auditorías, recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que deben ser reintegrados al SGSSS, proceso que inicia con la identificación del hallazgo y la solicitud de aclaración remitida a la EPS y finaliza con el reintegro efectivo de los recursos realizados por la EPS.

Imagen N°9
Proceso de reintegro de recursos reconocidos sin justa causa



Fuente: ADRES (2023)

Así la cosas, en atención a lo señalado en el artículo 3 de la Ley 1281 de 2002, modificada por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, “...la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud detecte que se presentó apropiación sin justa causa de los mismos, solicitará la aclaración del hallazgo a la persona involucrada, para lo cual remitirá la información pertinente, analizará la respuesta dada por la misma y, en caso de establecer que se configuró la apropiación o reconocimiento sin justa causa de recursos, ordenará su reintegro, actualizado al Índice de Precios al Consumidor, IPC, dentro de los plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez quede en firme el acto administrativo que ordena el reintegro, de conformidad con el procedimiento definido, la ADRES o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, compensará su valor contra los reconocimientos que resulten a favor del deudor por los diferentes procesos que ejecuta ante la entidad”.

Frente a este tema se estableció el siguiente hallazgo:

Hallazgo No. 1 Reintegro de recursos reconocidos sin justa causa a entidades liquidadas (Responsables MSPS-ADRES-SNS)

Criterios

El Informe del BID⁵ relacionado con el gasto de los países en recursos de salud y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

*“(...) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan (...)”*

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. (...) a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998 “ARTICULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”.

El Decreto Ley 403 de 2020. “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)”

Ley 610 de 2000 “ARTÍCULO 3o. GESTION FISCAL. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y

⁵ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...).

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo”.

Ley 1753 de 2015 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”:

“Artículo 73. Procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud.

(...) Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna”.

Ley 1797 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

“Artículo 12. Prelación de créditos en los procesos de liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, (IPS), y de las entidades promotoras de salud (EPS). <aparte subrayado condicionalmente exequible> En los procesos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud, incluso los que están en curso, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se aplicará la siguiente prelación de créditos, previo el cubrimiento de los recursos adeudados al Fosyga o la entidad que haga sus veces si fuere el caso (...).”

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“ARTÍCULO 1o. EFICIENCIA Y OPORTUNIDAD EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

(...)

ARTÍCULO 3°. REINTEGRO DE RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS SIN JUSTA CAUSA. Modificado por el art. 7 de la Ley 1949 de 2019. Cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud detecte que se presentó apropiación sin justa causa de los mismos, solicitará la aclaración del hallazgo a la persona involucrada, para lo cual remitirá la información pertinente, analizará la respuesta dada por la misma y, en caso de establecer que se configuró la apropiación o reconocimiento sin justa causa de recursos, ordenará su reintegro, actualizado al Índice de Precios al Consumidor, IPC, dentro de los plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez quede en firme el acto administrativo que ordena el reintegro, de conformidad con el procedimiento definido, la ADRES o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, compensará su valor contra los reconocimientos que resulten a favor del deudor por los diferentes procesos que ejecuta ante la entidad. En todo caso, los valores a reintegrar serán actualizados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que recibe los recursos, este deberá reintegrarlos actualizados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC), en el momento en que detecte el hecho (...).

Artículo 15. Protección de los recursos del Fosyga. Sin perjuicio de las directrices que impartan el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, corresponde al administrador fiduciario del Fosyga adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los que considere indispensables para proteger debidamente los recursos del Fosyga, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos. (...).

Resolución No. 1716 del 27 de junio de 2019 del MSPS “Por la cual se establece el procedimiento de reintegros de los recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa”.

Artículo 3°. Inicio del procedimiento.

Artículo 4°. Solicitud de aclaración.

Artículo 5°. Respuesta a la solicitud de aclaración.

Artículo 6°. Elaboración de informe.

Artículo 7°. Orden de reintegro.

Artículo 8°. Modificado por el art. 1, Resolución 995 de 2022. Reintegro de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

Artículo 14. Modificado por el art. 4, Resolución 995 de 2022. Consecuencias del incumplimiento del reintegro de recursos.

The United Republic of Tanzania, National Audit Office. Performance Audit Report on Controls of Payments made by NHIF to Accredited Healthcare Facilities⁶.

“(…)

5.2 Audit Recommendations

5.2.3. Remedial Actions on Unauthentic Claims in order to Reduce Financial Losses

2. Strengthen recovery mechanism that will ensure the stated amount were recovered from the Healthcare Facilities with malpractices.

[5.2 Recomendaciones de auditoría

5.2.3. Acciones correctivas sobre reclamaciones no auténticas (genuinas) para reducir las pérdidas financieras.

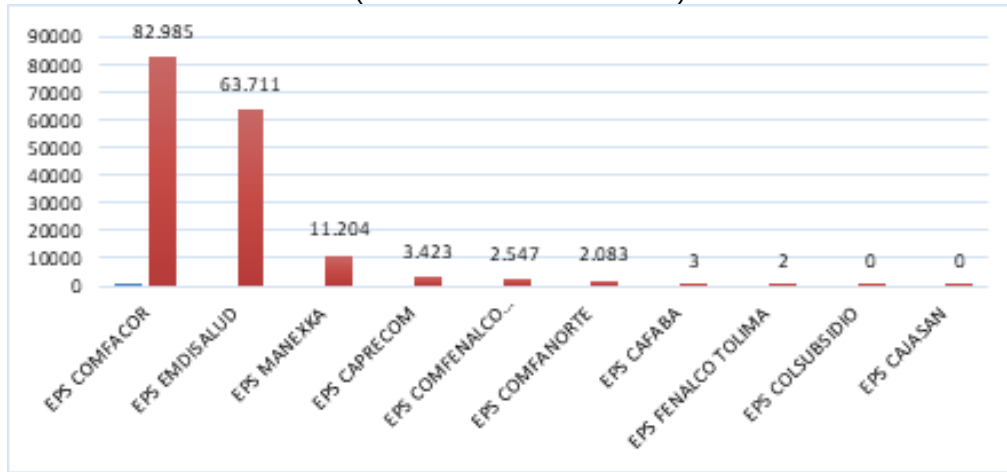
2. Fortalecer el mecanismo de recuperación que garantice que el monto declarado fuera recuperado de los Establecimientos de Salud con malas prácticas.]”

Condición

Mediante oficio 2023EE0186246 del 24/10/2023 numeral 1.1. la CGR solicitó a la ADRES la relación de los recursos reconocidos sin justa causa como resultado de los procesos de reconocimiento y pago de la UPC (Régimen Contributivo –RC- y Subsidiado –RS-) a entidades que se encontraran liquidadas y que no fueron reintegrados al cierre de la vigencia 2022. La ADRES dio respuesta con oficio No. 20231102283301 del 01/11/2023, a partir del cual, se identificaron 165.957.749.580 COP correspondientes a recursos reconocidos sin justa causa a entidades liquidadas sin reintegrar al SGSSS, con corte diciembre de 2022, distribuidos en 10 EPS cuyas liquidaciones culminaron en el 2015 (1 EPS), 2016 (6 EPS), 2021 (2 EPS) y 2022 (1 EPS) como se detalla a continuación:

⁶ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de: <https://www.nao.go.tz/reports/view/performance-audit-report-on-controls-of-payments-made-by-nhif-to-accredited-healthcare-facilities>

Imagen N°10
Recursos reconocidos sin justa causa a entidades liquidadas sin reintegro a 31/12/2022
(Cifras en millones de COP)



Fuente: ADRES (2023) - Oficio 20231102283301
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Los valores de los recursos reconocidos sin justa causa a entidades liquidadas sin reintegro a 31/12/2022 se concentran en tres EPS, a saber, EPS COMFACOR con el 50%, seguida de EPS EMDISALUD con el 38,39% y EPS MANEXKA con el 6,75% como se detalla a continuación:

Tabla No. 13
Recursos reconocidos sin justa causa a entidades liquidadas sin reintegro a 31/12/2022
(Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor sin reintegrar
EPS COMFACOR	82.985.092.251
EPS EMDISALUD	63.710.558.576
EPS MANEXKA	11.204.041.130
EPS CAPRECOM	3.423.374.123
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	2.546.839.956
EPS COMFANORTE	2.082.627.658
EPS CAFABA	3.090.655
EPS FENALCO TOLIMA	1.537.062
EPS COLSUBSIDIO	299.965
EPS CAJASAN	288.205
Total	165.957.749.580

Fuente: ADRES (2023) oficio 0231102283301.
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Causas

La situación observada tiene lugar por la inoportuna realización de la auditoría por parte de ADRES y anteriormente FOSYGA, contabilizando los tiempos desde la fecha del reconocimiento y pago de los recursos de UPC (RC – RS), hasta la realización de la auditoría; así como, en el retraso para la expedición de los actos administrativos en firme que ordenaron el reintegro de los recursos, evidenciado desde la fecha de la auditoría hasta la expedición de la resolución y firmeza de la misma, cuya responsabilidad estuvo en cabeza de la **SNS** hasta el 2019 y

posteriormente a cargo de la **ADRES**; situaciones que se pueden observar en los siguientes casos:

Tabla No. 14
 Tiempo transcurrido desde el reconocimiento de la UPC
 hasta la expedición del acto administrativo que ordena el reintegro

Razón social de la entidad liquidada	Régimen (RC/RS)	Fecha de liquidación de la entidad	Fecha en la que se hizo el reconocimiento de la UPC	Fecha en que se determinó el reconocimiento sin justa causa (Auditoría)	Fecha de la resolución	Tiempo total proceso (meses)*
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RC	11/05/2016	Febrero 2005 a mayo 2013	9/06/2015	20/02/2020	183,23
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RC	11/05/2016	Febrero 2005 a marzo 2016	29/06/2016	23/09/2019	178,23
EPS EMDISALUD	RC	11/12/2022	Febrero 2005 a marzo 2016	1/06/2018	No Aplica	177,10
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RC	11/05/2016	Febrero 2005 a marzo 2016	13/06/2016	11/07/2019	175,77
EPS COMFACOR	RC	29/01/2021	Febrero 2005 a marzo 2016	20/06/2016	13/06/2019	174,83
EPS EMDISALUD	RC	11/12/2022	Febrero 2005 a marzo 2016	28/06/2017	No Aplica	152,10
EPS EMDISALUD	RC	11/12/2022	Febrero 2005 a marzo 2016	20/06/2016	No Aplica	149,57
EPS MANEXKA	RC	29/03/2021	Febrero 2005 a marzo 2016	22/06/2016	No Aplica	149,57
EPS FENALCO TOLIMA	RS	30/09/2016	abril 2011 a julio 2015	5/07/2016	4/09/2020	114,80
EPS COMFANORTE	RS	15/07/2016	julio 2013 a febrero 2017	30/05/2017	13/06/2022	108,97
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RC	11/05/2016	Junio 2013 a Noviembre 2016	26/12/2016	8/02/2022	105,80
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RS	11/05/2016	abril 2011 a diciembre 2015	9/03/2016	27/11/2019	105,40
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RS	11/05/2016	abril 2011 a marzo 2016	7/07/2016	23/09/2019	103,23
EPS CAJASAN*	RS	13/06/2016	abril 2011 a diciembre 2015	3/03/2016	23/09/2019	103,23
EPS COMFACOR	RS	29/01/2021	abril 2011 a diciembre 2015	8/03/2016	13/09/2019	102,90
EPS COMFANORTE	RS	15/07/2016	abril 2011 a julio 2015	27/06/2016	11/09/2019	102,83
EPS COMFANORTE	RS	15/07/2016	julio 2013 a octubre 2016	10/01/2017	1/12/2021	102,50
EPS EMDISALUD	RS	11/12/2022	julio 2013 a febrero 2017	5/06/2017	26/11/2021	102,33
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RS	11/05/2016	julio 2013 a febrero 2017	8/06/2017	16/11/2021	102,00
EPS COMFENALCO ANTIOQUIA	RS	11/05/2016	abril 2011 a julio 2015	1/07/2016	11/07/2019	100,77

*Tiempo Calculado tomando la fecha inicial del reconocimiento, hasta su finalización (resolución en firme), calculado en meses

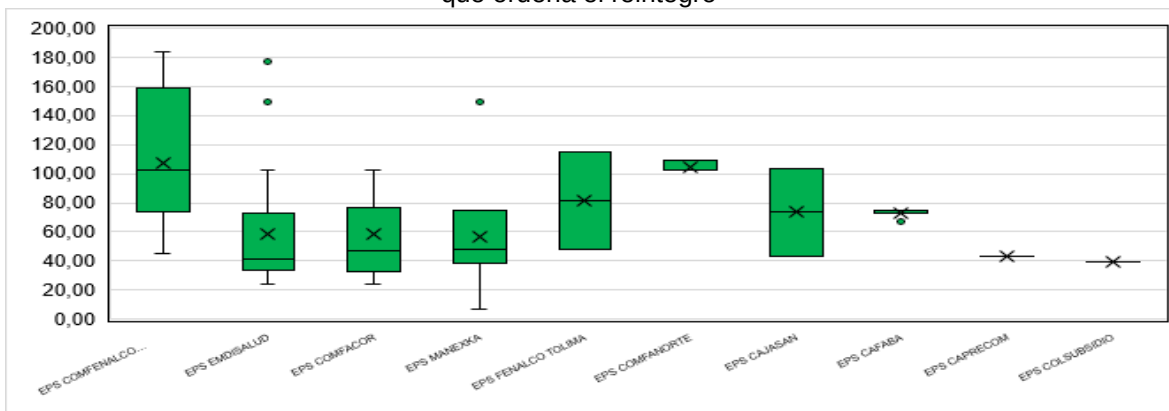
Fuente: ADRES (2023).

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En las EPS liquidadas se observan tiempos promedio de 67 meses desde el reconocimiento sin justa causa del recurso de UPC, hasta la emisión de la resolución (en firme) que ordenaba su reintegro. Estos procesos (de reconocimiento de UPC, auditoría y acto administrativo en firme que ordena el reintegro) tuvieron un máximo de tiempo de 183 meses (15.25 años) y un límite inferior de 7.23 meses; en algunos casos, los procesos superaron los tiempos de

la liquidación, es decir, que la resolución que ordenaba el reintegro (en firme) se expidió con posterioridad a la fecha de liquidación de la entidad. Este es el caso de la EPS Comfenalco Antioquia, liquidada el 11/05/2016, en la cual, se evidenciaron tiempos de hasta 183.23 meses (15 años) desde el reconocimiento inicial de UPC hasta la resolución (en firme) que ordenaba el reintegro. La EPS EMDISALUD presentó tiempos de proceso de 177.10 meses (14.75 años) y la EPS COMFACOR de 174.83 (14.56 años).

Imagen N°11
Tiempos Proceso reconocimiento UPC, auditoría y acto administrativo en firme que ordena el reintegro



Fuente: ADRES (2023) oficio 0231102283301,
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Por otra parte, el dinamismo de la Base de Datos de Afiliados hace que se presenten modificaciones en la información de afiliación con posterioridad al reconocimiento del recurso de UPC; actualizaciones que dependen de diversos actores del Sistema, tales como la Registraduría Nacional del Estado Civil, EPS y Entidades Territoriales y que pueden tardar años en reportarse. Por lo que faltan acciones de articulación y coordinación interinstitucional eficientes y eficaces que conduzcan a que los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa se identifiquen con celeridad y sean reintegrados al SGSSS de manera oportuna y en su totalidad, responsabilidad que recaería en el **MSPS y la ADRES**.

Adicionalmente, de acuerdo con lo indicado por la ADRES, en los procesos de liquidación de las EPS con recursos pendientes de reintegro al SGSSS y en los cuales se hizo parte, los valores reclamados fueron rechazados parcial o totalmente; según esta entidad “....en los casos concretos los liquidadores han incumplido, de una parte, la obligación de identificar de manera previa, en los plazos definidos por el MSPS, tanto las obligaciones a favor del SGSSS como los recursos pertenecientes al mismo; y de otra, han omitido la obligación de restituirlos, puesto que, en algunos casos, han rechazado total o parcialmente el valor reclamado, como ocurrió en el caso de COMFACOR en el que se aceptó parcialmente la suma de \$ 495.069.194”. Al respecto, es responsabilidad de la **SNS** verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, que establece que “...antes de aplicar la prelación de créditos descrita en ese mismo artículo debe efectuarse el cubrimiento de los recursos adeudados al Fosyga o la entidad

que haga sus veces...”; así como, realizar seguimiento a la actividad de los liquidadores (Decreto 1080 de 2021 artículo 11, numerales 2, 5 y 9).

Efecto

Disminución de los recursos o derechos a favor del SGSSS representados por ADRES.

Respuesta de las entidades

- **Ministerio de Salud y ADRES**

El MSPS dio respuesta con oficio 202330002778931 con fecha 27/12/2023 radicado CGR 2023ER0246360 de manera conjunta con la ADRES, indicando:

(...)

El procedimiento de reintegro

(...) “el reconocimiento de las UPC es un proceso que está en constante validación por parte de la ADRES actualmente y que, producto de ello, se generan los resultados que son retroalimentados a las EPS en la publicación en el SFTP y con los cuales deberían generarse las validaciones y actualizaciones en la BDUA, con miras a disminuir los hallazgos que se reportan en las auditorías periódicas.

(...) debe entenderse que las EPS tienen la responsabilidad de mantener la BDUA actualizada y generar los controles necesarios, para que en virtud del dinamismo que se evidencia en las diferentes bases de datos, la información cuente con la calidad y oportunidad que se requiere para realizar un adecuado reconocimiento de UPC.

Así las cosas, el procedimiento de reintegro es la etapa final en la que se examina el reconocimiento de la UPC, procedimiento reglado por la normatividad especial que determina unas etapas y criterios de los cuales las EPS tienen conocimiento y la oportunidad de presentar las actualizaciones de registros que den cuenta de la aclaración de los hallazgos o, por el contrario que, corroboren la pertinencia del reintegro invocado en los actos administrativos expedidos dentro del procedimiento administrativo.

(...)

Etapas del procedimiento

De acuerdo con el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002 antes referido, esto es previa modificación del artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, este procedimiento se estructuraba en dos partes: la primera parte, a cargo del Consorcio SAYP/ADRES, con participación de la Entidad que incurrió en la presunta apropiación, orientada a establecer, en las etapas que garantizan el derecho de defensa y contradicción, la existencia de una apropiación o reconocimiento de recursos sin justa causa de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, la segunda parte, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, dirigida a ordenar su reintegro.

(...)

Frente a las conclusiones y observaciones presentadas por la Contraloría General de la República acerca de los recursos reconocidos sin justa causa por el FOSYGA y la ADRES a entidades liquidadas, es preciso traer a colación el primer inciso del artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 –relativo a la prelación de créditos en los procesos de liquidación de

las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y, de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, establece que, de manera previa a la graduación y calificación de los estos, debe procederse al cubrimiento de los recursos adeudados al FOSYGA o la entidad que haga sus veces, posición jurídica que en la actualidad ocupa la ADRES.

(...)

Es así como la obligación de cubrir los recursos adeudados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS de manera previa a la aplicación del orden de prelación de créditos genera una condición de trato diferente que obliga a todos los sujetos destinatarios de la norma a distinguir entre los recursos del SGSSS y las acreencias.

Como es ampliamente conocido y ha sido reiterado por la jurisprudencia constitucional, los recursos del SGSSS son recursos públicos de naturaleza parafiscal con destinación específica, que no hacen parte del patrimonio de las EPS, sino que, por el contrario, los mismos se encuentran destinados a financiar el sistema de salud, por lo que deben ser excluidos de la masa de liquidación, de acuerdo con lo expuesto por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-824 de 2004. Además, el artículo 299 del Decreto 663 de 1993 señala cuales son los bienes que no integran la masa de liquidatoria y así mismo, el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 dispone que antes de la determinación de la prelación de créditos se debe dar cubrimiento de los recursos adeudados al FOSYGA o quien haga sus veces.

Así las cosas y teniendo en cuenta que el artículo 299 del Decreto 663 de 1993, EOSF, y el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 establecen que la prelación de créditos se aplicará, previo el cubrimiento de los recursos adeudados al FOSYGA o la Entidad que haga sus veces, la ADRES considera que la orden legal de excluir de la liquidación y pagar lo adeudado al SGSSS, genera una condición de trato diferente que obliga al liquidador a distinguir el tratamiento de los recursos propios del SGSSS.

(...)

Respuesta a la observación

(...) entre las causas señaladas por la Contraloría General de la República frente al reconocimiento sin justa causa de recursos de UPC, se indica que “Existió una inoportuna realización de las auditorías por parte de la ADRES y anteriormente el FOSYGA”, para lo cual es necesario precisar que las auditorías ejecutadas por el FOSYGA en su momento y en la actualidad por la ADRES, cumplen con el requisito de oportunidad en la ejecución con base en los parámetros descritos en la Ley 1753 de 2015, que señala en su artículo 73 que: “Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna.”

Lo anterior, respalda los periodos de auditoría que se han tenido en cuenta en cada uno de los procedimientos ejecutados, cuya validación se realiza hasta 4 veces por año, dado que las auditorías traslapan periodos con la finalidad de abarcar posibles aclaraciones o actualizaciones que realicen las EPS a los registros cargados en la BDUA. Por lo que, el análisis de tiempo, identificado por la CGR debe replantearse frente a la conclusión indicada sobre la totalidad del tiempo con el cual se contó para gestionar la recuperación de recursos, dado que al tener en cuenta los periodos involucrados como referencia inicial conduce a una conclusión imprecisa, por cuanto los procedimientos de auditorías se han

aplicado y procesado dentro del marco normativo establecido para cada vigencia, en los cuales determinan la procedencia o no, de la reclamaciones a las que haya lugar.

Es por ello que, con base en la Ley 1797 de 2016, se determinó que para los recursos reconocidos 2 años antes de la expedición de la Ley 1753 de 2015, no procedería ninguna reclamación sobre el reconocimiento realizado. En el caso de la EPS COMFENALCO ANTIOQUIA, los recursos que no reintegró no cuentan con un reconocimiento que date del 2005, sobre el cual calculan el tiempo de recuperación, sino que estos datan del año 2013, que corresponde al parámetro normativo determinado por el Gobierno Nacional.

Ahora bien, frente a las acciones a cargo de la ADRES para recuperar los recursos reconocidos sin justa causa sobre los actos administrativos expedidos por la SNS, estos se activan con la recepción de la ejecutoria de los actos, aplicando la compensación de recursos frente a los reconocimientos que le resulten a favor de acuerdo con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 1949 de 2019, por lo tanto, si una EPS entra en liquidación no es posible aplicarlos debido a que entregan sus afiliados y deja de recibir reconocimientos a su favor, por otra parte, los recursos adeudados a la fecha del inicio del proceso liquidatorio deben surtir las etapas del proceso de acreencias.

(...)

Por último, las acciones ejecutadas por la ADRES para recuperar los recursos reconocidos sin justa causa no solo están asociadas al procedimiento de reintegro el cual corresponde a la instancia administrativa, posterior a ella, se adelantan los correspondientes escenarios de cobro de manera judicial y extrajudicial”.

• SNS

La SNS dio respuesta con oficio 20249000000024261 del 10/01/2024, radicado en CGR 2024ER0003509, así:

(...)

“Sobre el particular, la competencia para el reconocimiento de los recursos a los programas, ramos o las entidades promotoras de salud (EPS) es de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

(...)

En ejecución de la liquidación se distinguen acreencias que corresponden a la masa de liquidación y a los bienes excluidos de esta, en cumplimiento a lo estipulado en el artículo 299 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Entonces, las acreencias de esos procesos de liquidación ordenados por esa Superintendencia, que se hayan contraído con el ADRES, deben ser atendidas de forma previa a la prelación de créditos establecidos en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016.

Para el cumplimiento de tal fin, el liquidador se obliga en un término máximo de seis (6) meses contados a partir del acto administrativo que ordene la liquidación y, en todo caso, antes del establecimiento de la masa de liquidación, a realizar las acciones y procesos tendientes a identificar y a reintegrar los recursos en relación con el principio de compensación y del acto administrativo en firme de reintegro de recursos reconocidos sin justa causa; según lo señalado en la Resolución 574 de 2017, “ por la cual se establecen

las condiciones que las Entidades Promotoras de Salud — EPS, las Entidades Obligadas a Compensar — EOC y las Cajas de Compensación Familiar — CCF que administran el Régimen Subsidiado, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS que se encuentren en proceso de liquidación, deben cumplir para adelantar y culminar los asuntos pendientes ante el FOSYGA o quien haga sus veces”.

Por ende, es labor directa del liquidador adelantar los procedimientos para culminar de manera satisfactoria el proceso de cierre y aclaración de los asuntos pendientes ante el ADRES y las acciones previas dentro del mes anterior al cierre definitivo del proceso de liquidación y así promulgar por el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS; sin olvidar que, la naturaleza jurídica de la liquidación ordenada por esta Superintendencia es de descentralización por colaboración para el caso de la autonomía inherente a la labor del liquidador.

Así las cosas, el informe presentado señala que las competencias corresponden a esta Superintendencia, cuando son otras las entidades encargadas legalmente de esas acciones; por lo que respetuosamente se solicita eliminar la observación indicada”.

Análisis de la Respuesta

• MSPS - ADRES

La ADRES y el MSPS indican que cumplen con el requisito de oportunidad para la realización de las auditorias adicionalmente, manifiesta que “*el análisis de tiempo, identificado por la CGR debe replantearse frente a la conclusión indicada sobre la totalidad del tiempo con el cual se contó para gestionar la recuperación de recursos dado que al tener en cuenta los periodos involucrados como referencia inicial conduce a una conclusión imprecisa*” sin embargo, y acorde con el análisis de la base de datos suministrada por la ADRES, referente a los recursos reconocidos sin justa causa como resultado de los procesos de reconocimiento y pago de la UPC (Régimen Contributivo –RC- y Subsidiado –RS-) a entidades que se encontraban liquidadas y que no fueron reintegrados parcial o totalmente al cierre de la vigencia 2022, la CGR evidenció una tardía gestión en la recuperación de los mismos, que no puede ceñirse a la fecha de recibido de la ejecutoria, sino a los tiempos totales, es decir, desde el inicio del reconocimiento del recursos sin justa causa hasta la fecha de firmeza de la resolución que ordenó el reintegro de los recursos.

Frente al caso de la EPS COMFENALCO ANTIOQUIA, en la respuesta se señala que “*no cuenta con un reconocimiento que date del 2005, sobre el cual calculan el tiempo de recuperación, sino que estos datan del año 2013*” la CGR procedió a realizar la revisión de la base de datos suministrada por la ADRES, ratificando que la EPS en mención registra tiempos de reconocimiento de 2005, por lo que se confirma el análisis de los tiempos realizados y que conllevó a la conclusión plasmada dentro del hallazgo.

Finalmente, frente a lo observado por la CGR relacionado en la falta de acciones de articulación y coordinación interinstitucional eficientes y eficaces que

conduzcan a la celeridad y reintegro al SGSSS de manera oportuna y en su totalidad, el MSPS y la ADRES no se pronunciaron.

- **SNS**

La SNS en su respuesta señala que la competencia de lo manifestado por la CGR corresponde a otras entidades encargadas legalmente de esas acciones; sin embargo, se debe señalar que la SNS en relación con los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar, cuenta con competencias de acuerdo con lo indicado en el Decreto 1080 de 2021 artículo 11, numerales 2, 5 y 9 y la función No. 31 de la SNS definida en el artículo 4 del mismo Decreto.

Por lo anterior, se valida el hallazgo.

- **Glosas definitivas en recobros presentados por las EPS ante la ADRES y en reclamaciones al cierre de 2022**

Al interior de ADRES se surte el proceso de reconocimiento de los valores recobrados por las EPS por servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, proceso que se denomina recobro; así mismo, la entidad realiza el reconocimiento de la indemnización por accidentes de tránsito y eventos catastróficos, a través de una reclamación que presentan los prestadores, o personas naturales.

Frente a los recobros, la entidad refiere tres mecanismos de reconocimiento, en primer lugar, lo correspondiente a Acuerdo de Punto Final (APF); en segundo lugar, los recobros corrientes, que corresponden a los servicios prestados entre el 25 de mayo de 2019 al 28 de febrero de 2020, y finalmente los recobros por prestaciones efectuadas con posterioridad al 01 de marzo de 2020, frente a servicios y tecnologías no financiados con presupuestos máximos.

Una vez, los interesados realicen la radicación del recobro o de la reclamación, la ADRES efectúa la revisión, verificación y el proceso de auditoría de dichas solicitudes; arrojando como resultado, que sea aprobado o negado el reconocimiento, en este último caso, a través de una glosa, la cual es definida en el Manual operativo y de auditoría a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así:

“(...) Glosa: no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro/cobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente (...)”

Al respecto, existen dos situaciones en las cuales se determina que se está ante una glosa definitiva, la primera cuando se comunica la glosa inicial al recobrante o reclamante, para que este subsane u objete, y vencido el plazo dispuesto, no presenta respuesta y, en segundo lugar, cuando presentó respuesta u objeción, pero luego de surtir el trámite de auditoría, la glosa se reitera.

En ese sentido, una vez se establece que la glosa es definitiva, el valor recobrado o reclamado, no es reconocido, y por ende se entiende que el recurso no fluye en el SGSSS, por ello, se solicitó a ADRES que remitiera, las glosas definitivas en recobros y reclamaciones, con corte a diciembre de 2020, 2021 y 2022.

Consolidados recobros 2020, 2021, 2022

Del análisis de las tres vigencias auditadas, los recobros glosados definitivamente del APF y corrientes se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 15
Detalle Consolidado recobros glosados definitivamente
(Cifras en COP)

Vigencia	Cantidad Recobros AFP	Valor Glosado APF	Cantidad Recobros Corrientes	Valor Glosado Corriente
2020	159.429	106.072.547.318	81.973	95.615.948.774
2021	276.934	186.785.205.170	71.787	68.325.601.028
2022	209.032	164.079.421.928	195.367	95.445.237.431
Total	645.395	456.937.174.416	349.127	259.386.787.233

Fuente: ADRES (2023) Archivo en Excel denominado: "Balance y Detalle_Caso_CGN".
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En virtud de lo anterior, en las vigencias 2020, 2021 y 2022, fueron radicados 994.522 cuentas de recobros de los mecanismos APF y corriente, las cuales no volvieron a radicarse ante la ADRES, con resultado de auditoria "NO APROBADO", y por un valor total glosado en forma definitiva de 716.323.961.649 COP.

Frente a dichos recobros, las glosas que resultaron más significativas en las tres vigencias auditadas, de los recobros que ingresaron por el mecanismo de APF, fueron:

Tabla No. 16
Glosas APF concordantes en las vigencias 2020, 2021 Y 2022
(Cifras en COP)

Código Glosa	Detalle	2020	2021	2022	Total
APF202001	El recobro/cobro se encuentra prescrito de acuerdo con (la comunicación de resultados/ soporte de prestación del servicio)	17.097.467.028	37.731.299.161	16.954.710.970	71.783.477.159
APF70010	El valor objeto de recobro fue pagado con anterioridad por el Fosyga o la ADRES	3.711.373.864	21.328.346.401	32.384.166.107	57.423.886.372
APF30002	El procedimiento objeto de recobro se encuentra financiado con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio	9.392.621.717	10.474.180.590	6.626.667.803	26.493.470.110
APF30003	El dispositivo medico/insumo objeto de recobro se encuentra financiado con la UPC para la fecha de prestación del servicio. En caso de corresponder a una	9.834.487.576	6.824.638.950	4.411.167.960	21.070.294.486

Código Glosa	Detalle	2020	2021	2022	Total
	tecnología condicionada, no aporta certificación del representante legal.				
APF202002	Con la información disponible, ya sea la aportada por la entidad recobrante o la verificada en la página de la rama judicial, no es posible efectuar los cálculos relacionados con la prescripción o caducidad.	6.604.701.895	5.793.534.150	7.245.121.428	19.643.357.473
APF30001	El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC.	7.950.030.305	6.601.265.125	4.175.343.600	18.726.639.030
Total		54.590.682.385	88.753.264.377	71.797.177.868	215.141.124.630

Fuente: ADRES (2023) Archivo en Excel denominado: "Balance y Detalle_Caso_CGN".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, en el mecanismo de APF, durante las 3 vigencias los motivos de glosa más representativos fueron la prescripción, valor pagado con anterioridad y, en tercer lugar, que lo recobrado se encuentra financiado por UPC.

En relación con los Recobros Corrientes, los motivos de glosa más representativos durante las tres vigencias auditadas fueron:

Tabla No. 17
 Glosas concordantes en las vigencias
 (Cifras en COP)

Código Glosa	Detalle	2020	2021	2022	Total
AUD50008	La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante	6.651.961.272	21.846.388.278	23.706.411.389	52.204.760.939
AUD50012	La prueba diagnóstica confirmatoria registrada en el Formato 7 o allegada en los soportes para la enfermedad huérfana reportada no corresponde con lo definido en el protocolo del INS	4.260.555.184	5.436.807.493	10.423.421.706	20.120.784.383
AUD70010	El valor objeto de recobro fue pagado con anterioridad por el Fosyga o la ADRES.	2.604.844.062	6.166.155.208	8.966.172.484	17.737.171.754
Total		13.517.360.518	33.449.350.979	43.096.005.579	90.062.717.076

Fuente: ADRES (2023) Archivo en Excel denominado: "Balance y Detalle_Caso_CGN".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De acuerdo con lo anterior, tanto en el mecanismo de APF y de recobro corriente, la causal denominada "El valor objeto de recobro fue pagado con anterioridad por el Fosyga o la ADRES", resultó ser de las más significativas, es decir que la cuenta radicada ya había sido pagada por parte de la ADRES, en ese sentido es un recurso que ya fluyó en el Sistema. De esta manera, el recurso que no fluyó en el SGSSS por glosa definitiva en recobros por servicios y tecnologías no financiadas

con UPC ascendió a 641.162.903.523 COP: A través de la vía judicial se podría tener alguna posibilidad de acceder a estos recursos⁷, lo cual sería una pretensión sin garantía de que a través de este medio se logre el reconocimiento⁸.

Tabla No. 18
 Valor de glosa definitiva Recurso que no fluyó
 (Cifras en COP)

Valor Consolidado Glosa 2020,2021 y 2022	Valor consolidado glosa valor pagado	Valor final que no fluyó
716.323.961.649	57.423.886.372	641.162.903.523

Fuente: ADRES (2023) Archivo en Excel denominado: "Balance y Detalle_Caso_CGN".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Del análisis de las glosas definitivas por recobros radicadas ante la ADRES se tiene:

- De conformidad con la información dispuesta por ADRES, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, fueron presentados recobros por un valor total de 641.162.903.523 COP, los cuales, una vez surtido el proceso de auditoría, arrojaron como resultado **"NO APROBADO"**, encontrando que los recursos que fueron glosados de manera definitiva, son dineros que no fluyeron en el SGSSS al cierre de 2022.
- La prescripción es la glosa más representativa frente a los recobros radicados en 2020, 2021 y 2022 por las EPS ante la ADRES, lo cual demuestra que las EPS, no realizaron las gestiones de radicación de manera oportuna, de conformidad con la normatividad, tardándose más de tres años en radicar la cuenta y por esta razón, pierden la oportunidad de que se les reconozcan los recursos pagados por la prestación de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.
- En segundo lugar, se encuentra la causal de *"pago realizado previamente"* con lo cual, se evidencia una práctica indebida por parte de las EPS, al radicar cuentas que ya fueron pagadas con anterioridad generando riesgo de fraude al SGSSS e ineficiencia en el gasto por el costo que se deriva de auditar varias veces una misma cuenta.
- De igual forma se encuentra que las glosas administrativas, por falta de soportes o calidad en la información reportada, fueron reiteradas, evidenciándose que pese a que el procedimiento de recobros, ha sido dispuesto desde 1998 (Resolución 2312 de 1998 del Ministerio de Salud) y han transcurrido 25 años desde su implementación, las aseguradoras no han sido eficientes en sus procesos radicación con el fin de disminuir las glosas.
- En el análisis realizado, se evidenció que el sistema les permite a las EPS,

⁷ Esto fue planteado en la respuesta de Nueva EPS, que indicó que frente a los recobros que continuaron en glosa por no aceptación administrativa de la ADRES, se instauró procesos judiciales en 73.399 recobros por valor 53.243.000.000 que cuentan con los requisitos mínimos esenciales, con el fin de recuperar los recursos por esta vía. Lo expuesto por la EPS, permite evidenciar que, posterior a los procesos de auditoría realizados por la ADRES con resultado glosa definitiva, se instauraron procesos por vía jurídica, con el propósito del recaudo de estos recursos, que correspondían a servicios de salud prestados a los afiliados.

⁸ Frente a este punto, EL MSPS y la ADRES presentaron respuesta de manera general y no específica frente las glosas definitivas en recobros presentados por las EPS ante la ADRES al cierre de 2022.

radicar una cuenta múltiples veces, existiendo para ADRES la obligación de efectuar todo el proceso de verificación y de auditoría, sin importar las veces que ingrese la cuenta, situación que como se evidenció, genera un costo elevado al adelantar la auditoría de la cuenta, hasta 36 veces, haciendo que el recurso público que se destina para la realización de las auditorías se gaste de manera injustificada, siendo contrario a los principios de economía, eficiencia y eficacia.

- Teniendo en cuenta la situación que se ha presentado con las cuentas que se radican en varias oportunidades, y la dificultad para generar la información de glosas definitivas, se evidencia que no existe una medición o indicador al interior de ADRES, que permita de manera rápida cuantificar el valor glosado de manera definitiva.

Reclamaciones presentadas ante la ADRES con glosas definitivas

Las reclamaciones ante la ADRES, son cuentas de atenciones médicas, gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnizaciones por incapacidad o muerte, producto de accidentes de tránsito de vehículos no identificados o aquellos que no cuentan con póliza SOAT a la fecha del evento, también por eventos catastróficos o actos terroristas.

Para las reclamaciones de servicios médico-quirúrgicos y transporte de víctimas, los prestadores de servicios de salud presentan las reclamaciones a través de la herramienta de radicación electrónica, dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes, y la respuesta a los resultados de la auditoría se genera entre el día 16 y el último día hábil de cada mes; estas reclamaciones pueden darse hasta por 800 salarios mínimos diarios legales vigentes (SMLDV) en el momento del accidente.

Cuando se trate de indemnizaciones por incapacidad permanente y gastos funerarios, víctimas de eventos catastróficos de origen natural o eventos terroristas, son personas naturales quienes radican las cuentas; la cobertura en estas reclamaciones asciende hasta 750 salarios mínimos legales diarios vigentes, aplicables al momento del accidente o evento.

Conforme a la información suministrada por ADRES⁹, se observó que en las vigencias 2020, 2021 y 2022, se presentaron 1.182.870 radicaciones por 1.971.076.136.851 COP, de las cuales se emitió como resultado glosa definitiva en 760.402 reclamaciones por valor de 785.879.145.855 COP, representando el 39,8% del valor reclamado, recursos que no fluyeron en el SGSSS y cuyo detalle se presenta en la tabla siguiente.

⁹ Archivo Excel denominado “AJUSTE 1.2. RECLAMACIONES ECAT”, entregado por ADRES en respuesta a compromiso de mesa de trabajo con el equipo auditor del 13 de noviembre de 2023

Tabla No. 19
 Reclamaciones Vigencias 2020, 2021 y 2022 ADRES
 (Cifras en COP)

Vigencia	Total de reclamaciones	Valor reclamado	Reclamaciones con glosa definitiva	Valor glosa definitiva
2020	253143	381.629.419.312	32995	34.647.104.714
2021	496309	789.532.352.563	224736	231.392.666.799
2022	433418	799.914.364.976	253487	252.487.126.899
2023			249184	267.352.247.444
Totales	1182870	1.971.076.136.851	760402	785.879.145.855

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "AJUSTE 1.2. RECLAMACIONES ECAT"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De las reclamaciones radicadas en las vigencias auditadas, del total radicado, fue reconocido 1.185.196.990.997 COP. Adicionalmente, se presentan resultados de glosa definitiva en la vigencia 2023, para radicaciones presentadas en vigencias anteriores, teniendo en cuenta los tiempos de auditoría a las cuentas por parte de ADRES y de respuestas a las glosas iniciales.

En el análisis de la información se identificaron los seis tipos de glosa más significativos generados en las vigencias auditadas, cabe destacar que en una misma reclamación pueden presentarse varios tipos de glosa.

Tabla No. 20
 Código de glosa más significativos reclamaciones Vigencias 2020, 2021 y 2022 ADRES

Código glosa	Descripción de la glosa	Cantidad de glosas
2103	Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes.	117.591
2008	El reclamante presenta reclamación fuera de los términos definidos por la legislación vigente artículo 24 de la resolución 1645 de 2016 y el Decreto 780 de 2016.	107.733
2102	La reclamación presenta formulario de reclamación incompleto o mal diligenciado.	98.892
4106	La reclamación presentada ya ingresó como respuesta a glosa en paquete anterior.	67.372
4309	La reclamación presenta mayor valor en procedimiento o actividad.	38.127
3110	No se evidencia soporte de procedimiento o actividad.	2.4901

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "AJUSTE 1.2. RECLAMACIONES ECAT"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Los tipos de glosa con mayor representación son: "Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes" con un 15,4% del total de la glosa y "El reclamante presenta reclamación fuera de los términos definidos por la legislación vigente artículo 24 de la resolución 1645 de 2016 y el Decreto 780 de 2016" con un 14.1%. Lo cual, refleja por parte de ADRES la existencia y aplicación de controles frente a los pagos de reclamaciones, pero ineficiencias en Sistema, en cuanto a los procedimientos de facturación y radicación a cargo de los prestadores en razón a la oportunidad de sus gestiones y a la calidad y consistencia de los soportes de las atenciones prestadas.

Se resaltan los 67.372 casos en los cuales las reclamaciones presentadas, ya habían sido radicadas previamente y con respuesta a glosa por parte de la ADRES, lo cual está generado reprocesos de auditoría con mayores costos para el SGSSS, recursos que podrían utilizarse de manera más eficiente para cubrir otras necesidades.

También se identificó para las Empresas Sociales del Estado, que en las vigencias auditadas se presentaron 183.355 reclamaciones por cuantía de 285.306.758.038 COP; de las cuales, 132.529 resultaron con glosa definitiva por 167.490.576.217 COP, representando el 58,7% del total reclamado, cuyo detalle se presenta en la siguiente tabla.

Tabla No. 21
 Reclamaciones ante ADRES por E.S.E. en las vigencias 2020 a 2022
 (Cifras en COP)

	2020	2021	2022	2023	Total
Radicado	45.427	73.803	64.125		183.355
Cuantía	58.463.650.064	118.837.107.339	108.006.000.635		285.306.758.03
Glosado	7497	45931	40209	38.892	132529
Cuantía	9.710.126.223	47.297.677.388	50.094.728.892	60.388.043.71	167.490.576.21

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "AJUSTE 1.2. RECLAMACIONES ECAT"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además de las conclusiones anteriores, del análisis realizado se planteó el siguiente hallazgo.

Hallazgo No. 2 Recobros y reclamaciones reingresados (Responsables MSPS y EPS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud 3 y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

(...)

*No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan ¹⁰.*

(...)

Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar

10 BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023)¹¹.

“(...) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras).”

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.¹²

“(...) Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema (...)”

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.¹³

“(...) Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)”

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023¹⁴, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado *“(...) Implementar un*

¹¹ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

¹² Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

¹³ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

¹⁴ Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos (...).

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.¹⁵

"(...) Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)"

Constitución Política de 1991. "Artículo 209. "La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado".

Ley 100 de 1993 "Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)"

Ley 489 de 1998 "Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)."

El Decreto Ley 403 de 2020. "Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)"

Ley 610 de 2000 "Artículo 3o. Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...)."

Ley 1438 de 2011. "Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud".

¹⁵ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.

Decreto Ley 1281 de 2002 *“Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.*

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

Condición

En recobros, una vez se impone la glosa definitiva, las EPS optan en ocasiones por radicar nuevamente la cuenta, aun cuando no cumple con los requisitos exigidos para su aprobación, destinando recursos para la preparación y radicación de la misma que finalmente no va a ser reconocida y generando también un costo para ADRES que debe efectuar el proceso de auditoría cada vez que la cuenta de recobro es radicada.

La situación descrita genera un costo para la entidad recobrante o reclamante y en general para el SGSSS, lo cual se validó en el archivo denominado *“Ejercicio_costo_Recobros y Reclamaciones”*, en el cual ADRES, dispuso, facturas que fueron radicadas en dos o más oportunidades, encontrando 17.845 facturas con estas características en el periodo auditado.

Los rangos de precios de auditoría de una cuenta en ADRES oscilan entre 4.750 y 38.000 COP y con el contratista Data Tools entre 5.500 y 44.000 COP; sin embargo, como se evidencia a continuación, se está generando un costo adicional al SGSSS, por la múltiple radicación y el valor que se destina a la realización de auditoría de la cuenta de recobros, como se detalla a continuación:

Tabla No. 22
Costo generado al SGSSS en auditorías a recobros
Valores en COP

No de veces radicada	Cantidad de facturas	Valor pagado por Auditoría	Valor que debió pagarse por una sola auditoría	Costo adicional generado
2	15613	158.187.000	79.093.500.00	79.093.500.00
3	1003	15.770.250	5.256.750.00	10.513.500.00
4	774	15.660.000	3.915.000.00	11.745.000.00
5	220	5.760.750	1.152.150.00	4.608.600.00
6	144	4.579.750	763.291.67	3.816.458.33
7	22	817.750	116.821.43	700.928.57
8	16	698.500	87.312.50	611.187.50
9	9	485.500	53.944.44	431.555.56
10	6	292.500	29.250.00	263.250.00
11	1	54.500	4.954.55	49.545.45
12	2	124.500	10.375.00	114.125.00
13	1	77.000	5.923.08	71.076.92
14	8	586.750	41.910.71	544.839.29
15	2	175.750	11.716.67	164.033.33
16	3	286.250	17.890.63	268.359.38
17	1	80.750	4.750.00	76.000.00
18	2	183.750	10.208.33	173.541.67
19	3	315.000	16.578.95	298.421.05
20	2	236.250	11.812.50	224.437.50
21	1	110.250	5.250.00	105.000.00
22	2	308.000	14.000.00	294.000.00
23	1	161.500	7.021.74	154.478.26
24	2	246.000	10.250.00	235.750.00
25	1	128.500	5.140.00	123.360.00
26	2	266.500	10.250.00	256.250.00
31	1	147.250	4.750.00	142.500.00
32	2	328.000	10.250.00	317.750.00
36	1	184.500	5.125.00	179.375.00
	17.845	206.253.000	90.676.177	115.576.822

Fuente: ADRES (2023) Archivo en Excel denominado "Ejercicio_costo_Recobros y Reclamaciones"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Como se observa del análisis realizado, el costo de auditar las 17.845 facturas debió oscilar aproximadamente en 90.676.177 COP, sin embargo, fueron asumidos 206.253.000 COP en las auditorías, con una diferencia de 115.576.822 COP. Además, se identificó la radicación de una misma factura entre 2 y 36 veces; esta última situación correspondió a la factura No. ST-14004, generando un costo de auditoría de 184.500 COP, cuando en condiciones óptimas de eficiencia debió auditarse por una única vez, por un valor entre 4.750 a 44.000 COP.

De igual forma que en los recobros, fueron identificadas reclamaciones radicadas múltiples veces, generando un incremento en los costos de los procesos para las entidades reclamantes, y en general para el SGSSS, lo cual se validó en el archivo denominado "Ejercicio_costo_Recobros y Reclamaciones", en el cual ADRES, dispuso, facturas que fueron radicadas 2 o más oportunidades, encontrando 24 facturas con estas características.

Los rangos de precios de auditoría de una cuenta por concepto de reclamaciones en ADRES o con las empresas de auditoría contratadas (ASD/AGD) oscilan entre 18.338 y 18.750 COP; sin embargo, como se evidencia a continuación, se genera un costo adicional al SGSSS, por la múltiple radicación y el valor que se genera por la realización de auditoría de la cuenta, como se detalla a continuación:

Tabla No. 23
 Costo generado al SGSSS
 (Cifras en COP)

No. factura	Cantidad de veces radicada	Valor pagado por Auditoría	Valor que debió pagarse por una sola auditoría	Costo adicional generado
EL132382	6	110.440	18.407	92,033
EL132774	6	110.440	18.407	92,033
EL140877	6	110.440	18.407	92,033
EL141156	6	110.440	18.407	92,033
EL144583	6	110.440	18.407	92,033
EL146716	6	110.440	18.407	92,033
EL149112	6	110.440	18.407	92,033
EL150011	6	110.440	18.407	92,033
EL153625	6	110.440	18.407	92,033
EL154899	6	110.440	18.407	92,033
EL155204	6	110.440	18.407	92,033
EL157013	6	110.440	18.407	92,033
EL157092	6	110.440	18.407	92,033
FL12082	6	110.440	18.407	92,033
FL12260	6	110.440	18.407	92,033
FL12511	6	110.440	18.407	92,033
C0000000350840	6	110.028	18.338	91,690
2,879,721	5	91.690	18.338	73,352
FV32955	5	91.690	18.338	73,352
FV38692	5	91.690	18.338	73,352
FV40879	5	91.690	18.338	73,352
FV47314	5	91.690	18.338	73,352
FV51780	5	91.690	18.338	73,352
FV54626	5	91.690	18.338	73,352
Total		2.518.898	441.211	2.077.687

Fuente: ADRES (2023) Archivo en Excel denominado "Ejercicio_costo_Recobros y Reclamaciones"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Como se observa del análisis realizado, el costo de auditar las 24 reclamaciones debió oscilar en 441.211 COP; sin embargo, fueron pagados 2.518.898 COP, con una diferencia de 2.077.687 COP que se generó al auditar 5 o 6 veces una misma factura. Se evidenció por ejemplo que la factura EL132382 fue radicada en 6 oportunidades, generando un costo de auditoría de 110.440 COP, cuando debió auditarse una única vez, si la cuenta fuera presentada con los soportes completos y consistentes, de manera que se cargara al Sistema un costo de auditoría entre 18.338 a 18.750 COP.

Causa

Inexistencia de un mecanismo o lineamiento para evitar reprocesos en auditorías de cuentas que ya fueron glosadas definitivamente y se cumplió con el término para dar respuesta. Tampoco existe un límite frente al trámite de cuentas por recobros o reclamaciones, pues se pueden continuar radicando múltiples veces. Además, en recobros se realiza apertura de ventanas de radicación de recobro flexibilizando los requisitos para su reingreso y validación por parte de ADRES. La responsabilidad en este tema le corresponde al **MSPS**.

Prácticas indebidas por parte de las **EPS**, prestadores y personas naturales, que aún con un resultado de auditoría que evidencia glosas definitivas, continúan presentando las cuentas sin subsanar las causas o conociendo la imposibilidad de subsanarlas.

Efecto

Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGGSS por los reprocesos y costos que genera realizar auditoría a los recobros y reclamaciones radicados en múltiples oportunidades.

Adicionalmente, en los estados financieros de las EPS se pueden mantener cuentas por cobrar por recobros pese a que fueron glosados definitivamente.

Respuesta de las entidades

- **Famisanar**

A través de correo electrónico del 05 de enero de 2024, Famisanar EPS, remitió oficio en el que se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas; sin embargo, respecto del reingreso de recobros y reclamaciones, la EPS no se pronunció.

- **Nueva EPS**

A través de correo electrónico del 27 de diciembre de 2023, Nueva EPS S.A., remitió respuesta a las conclusiones y observaciones mediante oficio con SIGEDOC 2024ER0019009. Con relación a la observación frente a los Recobros y reclamaciones, detalló lo siguiente:

“(…) la mayoría de los casos corresponde a cuentas que fueron ingresadas en el proceso de Punto Final (APF), donde por el curso normal de las glosas, el ingreso a este proceso en su mayoría correspondía a una tercera radicación.

Por lo anterior, es importante resaltar que es posible incurrir en estos reingresos, toda vez que las normas y manuales de auditoría relacionados con el proceso de recobros permitieron esta práctica, con el propósito que la entidad recobrante objetara o subsanara las glosas por medio de nuevos soportes documentales o diferentes medios de prueba modificados en los manuales de auditoría.

Ahora bien, en el proceso de APF el costo de la auditoría de los recobros radicados por primera vez y reingresos fue asumido por la entidad recobrante y descontado por la ADRES, sobre los valores aprobados para pago a través del mecanismo de giro directo mediante los contratos de transacción.

Otra de las causas corresponde a las Inconformidades en el proceso de auditoría, dado que la ADRES una vez adoptó el primer Manual Operativo de auditoría, en un término de 20 meses emitió cinco (5) versiones adicionales de manuales de auditoría, lo que implicó cambios en el alistamiento de los recobros conllevando de igual forma al incremento del gasto de administrativo para el reingreso de estos.

Con cada una de las versiones de los Manuales de Auditoría, progresivamente se implementaron nuevas causales de glosa y/o ajustes a las mismas, generando una mayor operatividad para la subsanación y reingreso de las cuentas, así como la divergencia de estas, como ejemplo, con la expedición del Manual de auditoría en su tercera versión, la ADRES creó el formato 7 y requisitos de presentación de recobros de enfermedades huérfanas, lo que generó un reproceso en el alistamiento y duplicidad en la radicación, que de igual forma no subsano la totalidad de las glosas, dejando descubierto el reconocimiento de medicamentos de alto costo con evidencia médica y científica para estas patologías.

Por lo anterior, es importante precisar que esta entidad ha seguido los lineamientos normativos dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social y actuaciones administrativas de la ADRES, a fin de recuperar la totalidad de los recursos de los servicios No PBS suministrados a los afiliados y reconocidos a los prestadores.

- **Coosalud**

A través de correo electrónico del 29 de diciembre de 2023, Coosalud EPS, remitió respuesta de las observaciones, en la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas; sin embargo, respecto del reingreso de recobros y reclamaciones, la EPS no se pronunció.

- **Capital Salud**

A través de correo electrónico del 27 de diciembre de 2023, Capital Salud EPS-S, remitió respuesta a las conclusiones y observaciones mediante oficio con SIGEDOC 2024ER0019007; sin embargo, respecto del reingreso de recobros y reclamaciones, la EPS no se pronunció.

- **Pijaos EPSI**

A través de correo electrónico del 22 de diciembre de 2023, Pijaos EPSI, remitió respuesta de las observaciones, en oficio con radicado EPSO06-AGER-100-2023-127, en la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas; sin embargo, respecto del reingreso de recobros y reclamaciones, la EPS no se pronunció.

- **SNS**

A través de correo electrónico del 10 de enero de 2024, la Supersalud, remitió respuesta de las observaciones, en oficio con radicado 20249000000024261, en

la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas, señalando lo siguiente:

“Se precisa que las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de esta Superintendencia, están supeditadas al marco normativo en salud vigente desarrollado legalmente, dirigido a:

- *Verificar la razonabilidad de la información financiera reportada por los sujetos vigilados relacionada con las cuentas por cobrar y cuentas por pagar por recobros.*
- *Garantizar el reconocimiento del deterioro de las cuentas por cobrar por recobros con sujeción a las políticas contables de las EPS.*
- *Realizar mesas de conciliación entre prestadores y EPS en las que las partes involucradas abordan las glosas sobre facturación radicada.*
- *Monitoreo continuo a las PQRD interpuestas por los prestadores de servicios de salud, agremiaciones y asociaciones.*

Por lo expuesto, se reitera respetuosamente que no es procedente asignar responsabilidades a esta Superintendencia, que no se encuentran definidas legalmente.”

- **MSPS-ADRES**

“(…)

Frente a la causa de la observación “Inexistencia de un mecanismo o lineamiento para evitar reprocesos en auditorías de cuentas que ya fueron glosadas definitivamente y se cumplió con el término para dar respuesta. Tampoco existe un límite frente al trámite de cuentas por recobros o reclamaciones, pues se pueden continuar radicando múltiples veces. Además, en recobros se realiza apertura de ventanas de radicación de recobro flexibilizando los requisitos para su reingreso y validación por parte de ADRES. La responsabilidad en este tema le corresponde al MSPS”, al respecto se precisa que, en la normatividad vigente de Recobros, no establece taxativamente cuantas veces puede ser presentada la cuenta por parte de las EPS, lo que limita a la ADRES para implementar controles de rechazo a la entrada de radicación y de esta manera evitar los múltiples ingresos de una misma cuenta.

- *La radicación de las cuentas es electrónica y a la información registrada en el TXT se le realizan una serie de validaciones que puede generar un rechazo de la cuenta, sin embargo, se ha evidenciado que las EPS generan cambios con respecto a la información inicialmente presentada, lo que dificulta la identificación de las cuentas reingresadas.*
- *En ocasiones, la ADRES ha implementado validaciones de rechazo a la entrada porque corresponden a cuentas que ya han sido presentadas previamente y/o superaron los términos para su presentación, sin embargo, las mismas han sido levantadas, dado que las EPS solicitan que les sea respetado el debido proceso y su derecho a radicar, dado que normativamente no se puede limitar y evitar de esa manera la radicación de la cuenta en múltiples ocasiones.*
- *La flexibilización de los requisitos para el reingreso y validación de la cuenta en las ventanas de radicación se permite, dado que la ADRES realiza el reconocimiento y pago frente a los soportes físicos allegados a la cuenta, puesto que son la prueba de que el servicio en efecto fue prestado al usuario con ellos las EPS demuestran que les procede el reconocimiento y pago, primando estos sobre la información digital que remiten.*
- *Finalmente, el objetivo del Ministerio y la ADRES ha sido la garantía en el flujo de los recursos y el saneamiento de cuentas, por lo tanto, se ha permitido la radicación de las*

cuentas de las EPS, a fin de que las mismas, objeten y subsanen las glosas impuestas y de esta manera efectuar el reconocimiento y pago de la cuenta.

En todo caso, desde la ADRES hay disposición para participar en las mesas de trabajo que se requieran para detallar la situación planteada y buscar alternativas de solución que nos permita al SGSSS ser más eficientes y eficaces en el trámite de las cuentas reingresadas. (...)”

Análisis de la Respuesta

- **Famisanar, Coosalud, Capital Salud EPS-S, Pijaos EPSI**

Respecto del reingreso de recobros y reclamaciones, las EPS no se pronunciaron.

- **Nueva EPS**

Cabe destacar que los resultados esperados en la auditoría de desempeño son, identificar oportunidades de mejora, revisar las ineficiencias del sistema y aspectos frente a la eficiencia en el manejo de los recursos, el impacto de los reprocesos y sobrecostos que estos generan al SGSSS.

La Nueva EPS S.A., manifiesta que referente a las cuentas que fueron ingresadas en el proceso de Punto Final (APF), dado por el curso normal de las glosas, el ingreso a este proceso en su mayoría correspondía a una tercera radicación, también aclara que es posible incurrir en reingresos de cuentas, toda vez que tanto las normas y manuales de auditoría relacionados con el proceso de recobros permitieron esta práctica, con el propósito de que la entidad recobrante objetara o subsanara las glosas por medio de nuevos soportes documentales o diferentes medios de prueba.

Además, manifestó que la ADRES una vez adoptó el primer Manual Operativo de auditoría, en un término de 20 meses emitió cinco (5) versiones adicionales de manuales de auditoría, lo que implicó cambios en el alistamiento de los recobros conllevando de igual forma al incremento del gasto administrativo ocasionado por el reingreso de estos; con cada una de las versiones de los Manuales de Auditoría, progresivamente se implementaron nuevas causales de glosa y/o ajustes a las mismas, generando una mayor operatividad para la subsanación y reingreso de las cuentas; como ejemplo, manifiesta la EPS que en el Manual de Auditoría en su tercera versión, la ADRES creó el formato 7 y requisitos de presentación de recobros de enfermedades huérfanas, lo que generó un reproceso en el alistamiento y duplicidad en la radicación.

En cuanto a los costos por estos reingresos, Nueva EPS S.A. detalla que estos fueron asumidos por el recobrante y descontados en los valores aprobados para pago, resultados de la auditoría, a través de los contratos de transacción y el mecanismo de giro directo, sin que esto subsane las causas.

Es de resaltar que la Nueva EPS manifiesta haber llevado a cabo los procesos de recobro mediante los diferentes mecanismos de radicación de cuentas, conforme a los lineamientos normativos dictados por el MSPS y los de la ADRES, todo esto con el fin de la recuperar los recursos de los servicios No PBS suministrados a los afiliados y que declara, fueron reconocidos a los prestadores.

Por consiguiente, no se desvirtúa lo observado por el equipo auditor sobre los reingresos de las cuentas en cuanto a lo manifestado por la EPS, no obstante, se reflejan deficiencias en la planeación de los lineamientos para el eficiente desarrollo de estos mecanismos, ocasionando ineficiencia en los manejos de los recursos del SGSSS.

- **SNS**

De conformidad con lo indicado por la Supersalud, las acciones de inspección, vigilancia y control se encuentran supeditadas al marco normativo. La entidad hace referencia a (4) acciones de inspección, vigilancia y control. Sobre el particular, no pueden desconocerse algunas de las funciones asignadas a la Supersalud en el Decreto 1080 de 2021, que se encuentran relacionadas con las situaciones expuestas en la observación, como se pueden evidenciar a continuación:

“Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo.

Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud.

Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la gestión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos.

Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, propendiendo porque los actores de este suministren la información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. (...)

Se acepta el comentario de la entidad; sin embargo, se pone a consideración la situación observada ante la SNS como entidad que ha detectado las prácticas indebidas en el flujo de recursos del SGSSS, a fin de que conozca de este tipo de situaciones que se han presentado en la radicación de recobros y reclamaciones ante ADRES, que generan un costo elevado para el Sistema y que pueden resultar en una práctica indebida. Por lo anterior, se ajusta el hallazgo final en este aspecto.

- **MSPS-ADRES**

Los resultados esperados en la auditoria de desempeño son identificar oportunidades de mejora, revisar ineficiencias del Sistema y aspectos frente a la

eficiencia en el manejo de los recursos, el impacto de los reprocesos y sobrecostos que estos generan al SGSSS.

En su respuesta la ADRES manifestó que los limitantes de la entidad para implementar controles de rechazo a la entrada de radicación y de esta manera evitar los múltiples ingresos de una misma cuenta, radican en la normatividad vigente de recobros, puesto que esta no establece taxativamente cuántas veces puede ser presentada la cuenta por parte de las EPS, además manifiesta que la responsabilidad de este tema le corresponde al MSPS.

Adicional a lo anterior la ADRES presentó situaciones que dificultan la identificación de las cuentas alguna vez ya radicadas, permitiendo los reingresos para los recobros y reclamaciones ante esta entidad, por los cambios que realiza la EPS a la información respecto a la inicialmente presentada y la falta de límites para presentar cuentas que han superado los términos, dado que normativamente no se puede limitar y evitar de esa manera la radicación.

Así las cosas, MSPS y ADRES permiten a las EPS radicación de las cuentas con el objetivo de que objeten y subsanen las glosas impuestas y así obtener el reconocimiento y pago.

Ahora bien, se debe reconocer a la ADRES la disposición en el planteamiento y búsqueda de mecanismos que permitan al SGSSS, ser más eficiente y eficaz frente al trámite de las cuentas reingresadas.

Finalmente, en cuanto a mecanismo o lineamiento para evitar reprocesos en auditorías de cuentas que ya fueron glosadas definitivamente y se cumplió con el término para dar respuesta, el MSPS no emitió respuesta frente esta causa observada por la CGR.

Conclusión: Por lo anterior, se configura Hallazgo administrativo.

- **Glosas definitivas entre EPS e IPS**

Según la normatividad vigente aplicable al tema glosas y devoluciones, éstas se encuentran reglamentadas en el Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas de la Resolución 3047 de 2008; norma que reglamenta el Decreto 4747 de 2007. Este manual establece la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas.

Las glosas son definidas por dicho manual como una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la EPS durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud; y la devolución como una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de

salud, encontrada por la EPS durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Los motivos de glosa son: Facturación, Tarifas, Soportes, Autorización, Cobertura, Pertinencia y Devoluciones.

Con respecto a glosas definitivas entre las EPS de la Muestra y las IPS, las cifras presentadas a la CGR por las EPS como glosa definitiva¹⁶ fueron las siguientes¹⁷:

Tabla No. 24
 Cuentas radicadas y Glosas definitivas según EPS de la muestra
 vigencias 2020, 2021 y 2022
 (Cifras en millones de COP¹⁸)

EPS de la Muestra	Vigencia 2020			Vigencia 2021			Vigencia 2022		
	Radicado	Glosa Definitiva	% de Glosa	Radicado	Glosa Definitiva	% de Glosa	Radicado	Glosa Definitiva	% de Glosa
Nueva EPS	8.562.946	6.245	0,07%	11.442.814	7.739	0,07%	15.003.118	6.399	0,04%
Famisanar EPS	2.534.575	57.666	2,28%	3.316.814	70.262	2,12%	4.419.312	72.606	1,64%
Coosalud EPS	6.122.559	66.118	1,08%	56.482.174	83.251	1,50%	38.542.742	77.482	2,00%
Capital Salud EPS-S	731.813	15.351	2,10%	885.541	16.845	1,90%	434.494	10.169	2,30%
Pijaos Salud EPS-I	57.040	6.235	10,93%	103.281	7.991	7,74%	145.609	12.568	8,63%

Fuente: Respuestas: Nueva eps¹⁹, Famisanar EPS²⁰, Coosalud EPS²¹, Capital Salud EPS-S²² y Pijaos Salud EPS-I²³ al punto 3.3, Auditoría de Desempeño flujo de los recursos del SGSSS.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Conforme a los archivos allegados por las EPS de la muestra, la cifra de la glosa definitiva durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 fue de 151.617.455.145 COP, 186.088.787.852 COP, 179.227.015.867 COP, respectivamente, evidenciándose disminución del valor de la glosa definitiva frente al valor de las radicaciones durante las vigencias 2020 y 2021, pero incremento entre el 2021 y 2022.

Sin embargo, conforme a los archivos entregados por las EPS a la CGR se detectaron las siguientes situaciones: No se relacionaron valores de pago, a pesar

¹⁶ Este concepto es mencionado en el Anexo Técnico No 6 y No. 8 de la Resolución 3047 de 2008 del MSPS.

¹⁷ En respuesta al punto 3.3 "Relación de las cuentas radicadas por los prestadores ante la EPS durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 en archivo plano (TXT con delimitador PIPE "|") suministrar un archivo por vigencia y generar el código HASH de los archivos"

¹⁸ Se presenta esta unidad de medida en el informe para poder hacer la comparación con la información reportada por la SNS que fue en miles de millones.

¹⁹ Archivos denominados "Radicación_Vigencia_2020", "Radicación_Vigencia_2021" y "Radicación_Vigencia_2022"

²⁰ Archivos denominados "Resumen_2020", "Resumen_2021" y "Resumen_2022"

²¹ Archivos denominados "Resumen_Rad_Coosalud_2020", "Resumen_Rad_Coosalud_2021" y "Resumen_Rad_Coosalud_2022"

²² Archivos denominados "Resumen_Rad_Coosalud_2020", "Resumen_Rad_Coosalud_2021" y "Resumen_Rad_Coosalud_2022"

²³ Archivos denominados "3.3 RELACIÓN DE CUENTAS RADICADAS ANTE LA EPS 2020", "3.3 RELACIÓN DE CUENTAS RADICADAS ANTE LA EPS 2021" y "3.3 RELACIÓN DE CUENTAS RADICADAS ANTE LA EPS 2022"

de que no se presentó glosa inicial ni glosa definitiva; fechas de orden de pago superiores a tres (3) años; fecha de orden pago, inferior a la fecha de radicación; valor pagado superior al valor de la glosa definitiva; valor radicado y valor pagado iguales pese a existir valor de glosa definitiva y valor pagado inferior al radicado, sin existir valor de glosa definitiva.

Por lo anterior, se requirió aclaración a las EPS de la muestra²⁴, para revisar estas situaciones, en las cuales se presentaron las explicaciones que se relacionan a continuación:

- Facturas que surten proceso de auditoria determinando un valor de glosa definitiva, donde se presenta posterior proceso de conciliación entre los dos actores mediante mecanismos como mesas de flujo o Circular 30, acercamientos comerciales y/o radicación en procesos judiciales, lo cual modifica la cifra catalogada como glosa definitiva.
- Casos donde las cuentas médicas presentan pagos por encima del resultado de la auditoría y al identificar que se produjeron por error, son reversados, generando notas crédito posteriores; con relación a los pagos reversados, pueden quedar fuera de los reportes, datos de movimientos contables realizados posteriormente.
- Al utilizar las llaves para realizar la consulta y extracción de la información se pueden presentar inconsistencias debido a que existen prestadores con el mismo número de factura.
- Descuentos de retenciones que se muestran como un valor menor pagado frente al resultado de la auditoria de la cuenta, que generan posible diferencia en pagos y subestimación en la cifra de glosa definitiva.
- Pagos realizados por Giro Directo, postulados con base en radicación de facturas que no han surtido procesos de auditoría; los cuales, como resultado de la auditoría pueden presentar glosa al momento de extraer el reporte y presentar posibles inconsistencias en fechas de pago y valores pagados.
- Cuentas de toma de muestras COVID cuya radicación fue realizada ante la EPS y fueron pagadas directamente por ADRES.
- Dificultades en la extracción y consolidación de la información.

Teniendo en cuenta la limitación frente a la revisión de la información presentada por las EPS de la muestra, se realizó el análisis con base en lo reportado por la SNS sobre glosas definitivas entre EPS e IPS²⁵; identificándose 878.828 millones COP en 2020; 1.168.961 millones COP en 2021, y 1.395.862 millones COP en 2022, para un total de 3.443.651 millones COP que no fluyeron hacia los prestadores por este concepto, como se detalla a continuación:

Tabla No. 25

²⁴ Se llevaron a cabo reuniones en diciembre de 2023 y enero de 2024 entre el equipo auditor y las EPS para abordar las inquietudes con relación a la información.

²⁵ Respuesta SNS 20249000000585611 del 02-04-2024, Sistema de gestión documental SUPERARGO. Marzo 2024.

Glosas definitivas por EPS según respuesta de SNS Vigencias 2020, 2021 y 2022
Cifras en millones COP

EPS	Radicado	Fecha	Vigencia	Glosa Definitiva
SAVIA SALUD EPS	.20249300400279802	23/01/2024	2020	110.788
			2021	125.857
			2022	131.646
DUSAKAWI A.R.S.I.	.20245400000704852	19/02/2024	2020	7.437
			2021	10.220
			2022	11.264
A.I.C. EPSI	.20249300400248782	22/01/2024	2020	12.206
			2021	16.505
			2022	21.363
MUTUAL SER EPS	.20249300400396752	30/01/2024	2020	40.342
			2021	46.062
			2022	43.182
CAJACOPI SAS	.20249300400275532	23/01/2024	2020	38.132
			2021	47.126
			2022	45.395
COMFAORIENTE	.20249300400540542	08/02/2024	2020	3.902
			2021	4.579
			2022	3.584
CAPITAL SALUD EPS	.20249300400385262	30/01/2024	2020	11.282
			2021	6.113
			2022	4.778
CAPRESOCA E.P.S.	.20249300400221122	19/01/2024	2020	2.876
			2021	2.805
			2022	2.842
COMFENALCO VALLE EPS	.20249300400269102	23/01/2024	2020	0
			2021	13
			2022	244
COOSALUD EPS S.A.	.20249300400267522	23/01/2024	2020	36.495
			2021	50.390
			2022	54.735
ANAS WAYUU EPSI	.20249300400472682	05/01/2024	2020	6.275
			2021	4.719
			2022	2.473
EMSSANAR S.A.S.	.20249300400235462	19/01/2024	2020	147.491
			2021	148.798
			2022	154.223
MALLAMAS EPSI	.20245400000358272	26/01/2024	2020	4.244
			2021	6.844
			2022	7.530
Sanitas EPS	.20249300400274372	23/01/2024	2020	211.506
			2021	265.712
			2022	368.065
EPS S.O.S.	.20249300400547202	09/02/2024	2020	2.908
			2021	1.036
			2022	1.477
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	.20249300400230612	19/01/2024	2020	0
			2021	0
			2022	2.250
EPS FAMISANAR S.A.S	.20249300400250972	22/01/2024	2020	34.104
			2021	45.883
			2022	93.017
EPS SURAMERICANA S.A.	.20249300400265522	23/01/2024	2020	112.871
			2021	243.923
			2022	284.091
NUEVA EPS S.A.	.20249300400276312	23/01/2024	2020	50.325

EPS	Radicado	Fecha	Vigencia	Glosa Definitiva
			2021	78.884
			2022	75.462
PIJAOS SALUD EPSI	.20249300400239552	22/01/2024	2020	5.858
			2021	5.365
			2022	9.118
SALUD TOTAL EPS-S S.A.	.20249300400357212	26/01/2024	2020	39.786
			2021	58.127
			2022	79.123
ALIANSA SALUD EPS S.A.	Se reitera la información.			
COMFACHOCO	Se reitera la información.			
COMPENSAR	Se reitera la información.			
FUNDACION SALUD MIA EPS	.20249300400275782	23/01/2024	La estructura del archivo presenta error, se reitera la información.	
ASMET SALUD EPS S.A.S.	.20249300400505732	06/02/2024	La estructura del archivo presenta error, se reitera la información.	

Fuente: SNS (2024) Oficio 20249000000585611, "Sistema de gestión documental SUPERARGO. Marzo 2024"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De acuerdo con la información dispuesta por la SNS se identificó una tendencia creciente en la glosa definitiva entre EPS e IPS durante el periodo auditado.

Adicionalmente, se estableció por una parte, diferencia entre la información reportada por las EPS de la muestra a la CGR y la de la SNS referente a las glosas definitivas con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2020, 2021 y 2022 y por otra parte, que las cifras resultantes del proceso de auditoría a las cuentas por parte de las EPS de la muestra, determinadas para estas entidades como glosa definitiva, no necesariamente lo son para los prestadores, pues las facturas glosadas por la EPS pueden ser radicadas de nuevo, perdurando en el tiempo la discrepancia en torno a las cuentas por cobrar (prestadores) y por pagar (EPS).

• **Cuentas por Cobrar de IPS con EPS liquidadas**

La Circular 030 de 2013, es una Circular Conjunta entre el MSPS y la SNS, creada con el objetivo de establecer un procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre las EPS e IPS, en cuyos reportes se incluye información de las facturas radicadas pendientes de pago, donde se indican los valores, fechas de presentación y emisión de la factura, los pagos aplicados a la factura, valor y datos de la glosa, entre otros. Las EPS de los regímenes subsidiado y contributivo, las entidades territoriales y las IPS públicas y privadas son las responsables de los reportes. Como resultado del cruce de información, se busca determinar el estado de las cuentas y en caso de presentarse coincidencias, fijar y suscribir los compromisos obligatorios de pago y aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del SGSSS. Dentro de este proceso se excluyen las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar.

Por su parte, la Circular Externa 016 de 2016, emitida por la SNS, establece que sus entidades vigiladas, para efectos de supervisión, deben cargar y reportar la información financiera complementaria, tal como se describe en el numeral VI de

la misma Circular. Entre los archivos requeridos se encuentra el FT003-Cuentas por Cobrar – Deudores, en donde las entidades vigiladas deben reportar de manera detallada la totalidad las cuentas por cobrar, este reporte incluye los datos de identificación del deudor, los diferentes conceptos deudores (POS, PAS, Recobros Etc.), el tipo de deuda, el valor de las cuentas por cobrar pendientes por radicar, las cuentas por cobrar no vencidas, las cuentas por cobrar clasificadas por edades 1-30, 31-60, 61-90, 91-180, 181-360 y mayores a 360, así como el deterioro para cada una de estas edades.

Es importante destacar que, entre las responsabilidades de los actores involucrados (EPS e IPS), se encuentra la obligación de que la información reportada sea consistente con la presentada en la Circular 030, la información de la Circular Única y los estados financieros.

Hallazgo No. 3 Cuentas por cobrar de IPS con EPS liquidadas (Responsables: MSPS -SNS)

Criterios

Constitución Política de 1991.

“Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. (...)

a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”

Ley 489 de 1998 “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).”

El Decreto Ley 403 de 2020. “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*

Ley 610 de 2000 “**ARTÍCULO 3o. GESTION FISCAL.** Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...)”.

Ley 1438 de 2011. “*Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”.

“**Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 *Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.*

3.13 *Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo*”.

Decreto Ley 1281 de 2002 “*Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación*”.

“**ARTÍCULO 1o. EFICIENCIA Y OPORTUNIDAD EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS.** Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garanticen con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país. (...)”.

El informe Nacional de Competitividad 2022-2023²⁶, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado “(...) Implementar un programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos.

Este informe también señala: “(...) se hace evidente la necesidad de evaluar las políticas una vez estas son emitidas e implementadas con el fin de determinar su utilidad, así como el cumplimiento de sus objetivos, determinar posibles efectos no intencionados y permitir la posibilidad de ajustar en caso de que así se requiera. La evaluación ex post de regulaciones es un paso crucial en un adecuado proceso regulatorio que dé lugar a normas de calidad. A pesar de su importancia, los Gobiernos tienen pocos incentivos a evaluar sus propias políticas y la posibilidad de exponer “errores”, por lo cual en muchos países no se establecen mecanismos de evaluación planeada como parte del proceso regulatorio (...) En Colombia, concretamente, no se requiere una evaluación sobre el logro de los objetivos de una ley y este requerimiento se aplica solo en el caso de algunas regulaciones. No obstante, y dada la dificultad de considerar posibles efectos indeseados, la evaluación de efectividad se hace crucial.”.

Circular 016 de 2016. “Por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la circular 047 de 2007 – información financiera para efectos de supervisión” y anexos técnicos. (FT 003).

Circular Conjunta 030 de 2013. “Procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros”.

Ley 1797 de 2016. “por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.

“Artículo 9. Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable.

Resolución 3100 de 2019 del MSPS. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

“Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

3.1. Capacidad técnico-administrativa. Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.

3.2. Suficiencia patrimonial y financiera. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Transporte Especial de Pacientes.

3.3. Capacidad tecnológica y científica. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Profesionales independientes de salud, Entidades con Objeto Social Diferente, Transporte Especial de Pacientes”.

Condición

Información SNS – FT003

²⁶ Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

La CGR mediante oficio 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023, en su numeral 1.4, solicitó a la SNS una relación en archivo de hoja de cálculo (Excel o txt), con corte al 31 de diciembre de cada una de las vigencias auditadas (2020, 2021 y 2022), de las cuentas por cobrar reportadas por los prestadores de servicios de salud, con EPS liquidadas en calidad de deudor, de acuerdo con lo reportado por las entidades en el Formato FT003. La SNS respondió a esta solicitud con el radicado 20239000001955671 del 2 de noviembre de 2023, información sobre la cual, se hace la salvedad acerca del número de entidades reportadas (EPS liquidadas), pues la cifra no coincide con el número de entidades reportadas por el MSPS, tratándose de la misma solicitud. No obstante, lo anterior, del análisis de la información se observó lo siguiente:

A corte de diciembre de 2022 el total de cuentas por cobrar de las IPS con EPS liquidadas (sin incluir las cifras de deterioro) corresponde a 999.686.800.446 COP, distribuido entre 6 EPS, donde la EPS Cafesalud representa el mayor porcentaje con un 49%, seguido de Comfacor con el 14% y Cruz blanca EPS con el 13%, como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla No.26
 Relación de cuentas por cobrar de IPS a EPS liquidadas entre 2020 a 2022/ FT003 SNS
 (Cifras en COP)

NIT Deudor	Razón social Deudor	Cuentas por Cobrar de IPS en pesos colombianos			% 2022
		Vigencia			
		2020	2021	2022	
800140949	Cafesalud EPS S. A	737.952.311.226	682.217.708.314	490.106.989.729	49%
811004055	Emdisalud E.S.S.	187.850.628.608	166.804.509.789	134.697.154.405	13%
812002376	Manexka EPS.I	22.527.747.505	20.810.867.812	16.458.506.791	2%
830009783	Cruz Blanca E.P.S.	207.330.732.233	190.345.599.518	134.744.204.744	13%
890480110	Comfamiliar Cartagena y Bolívar	118.311.591.252	109.407.092.853	87.941.961.032	9%
891080005	Comfacor	203.956.573.245	136.086.005.751	135.737.983.745	14%
Total		1.477.929.584.06	1.305.671.784.037	999.686.800.446	100%

Fuente: SNS (2023)- Radicado 2023900000195567

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Durante las vigencias 2020 a 2022 se evidenció una disminución del 48% frente a las cuentas por cobrar reportadas por las IPS, lo que refleja que durante el proceso de liquidación de las EPS se realizó el pago de acreencias a los acreedores, sin embargo, los recursos que dejaron de pagarse a las IPS no fluyeron en el Sistema y no van a ser cancelados.

Los conceptos deudores que las IPS han reportado incluyen: Plan Obligatorio de Salud, Planes Adicionales de Salud, recobros no POS, reembolsos por

incapacidades diferentes a enfermedad general, SOAT y ARL, Reclamaciones (ECAT) y otros conceptos diversos, como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla No. 27
 Relación de cuentas por cobrar de IPS a EPS liquidadas 2022 por conceptos/ FT003 SNS
 (Cifras en COP)

Razón social Deudor	Cuentas por Cobrar de IPS en pesos colombianos- Vigencia 2022							
	Conceptos							
	Otros	Plan Obligatorio de Salud	Planes adicionales de Salud	Reclamaciones (ECAT)	Recobros No POS	Reembolsos por incapacidades diferentes a enfermedad general	SOAT y ARL	Total general
Cafesalud EPS S.A	69.541.956.380	407.423.939.452	4.275.259.524	61.386.348	2.172.530.540	115.869.499	6.516.047.986	490.106.989.729
Emdisalud E.S.S.	11.502.789.376	121.836.143.499	1.357.101.675		1.119.855			134.697.154.405
Manexka E.P.S.I	2.524.479.419	13.821.555.233			112.472.139			16.458.506.791
Cruz Blanca E.P.S.	16.713.341.998	115.937.325.477	79.591.641	1.791.646.447	145.082.182	77.216.999		134.744.204.744
Comfamiliar Cartagena y Bolívar	8.192.929.393	78.501.816.820	1.224.072.817		23.142.002			87.941.961.032
Comfacor	17.129.825.870	118.501.594.224	21.147.587		16.727.984	387.720	68.300.360	135.737.983.745
Total	125.605.322.436	856.022.374.705	6.957.173.244	1.853.032.795	2.471.074.702	193.474.218	6.584.348.346	999.686.800.446

Fuente: SNS (2023)- Radicado 2023900000195567

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Como se aprecia en la tabla anterior, el concepto más representativo de la deuda es el Plan Obligatorio de Salud, con un valor de 856.022.374.705 COP. Este monto representa el 86% del total adeudado, a pesar de que el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS se realiza mensualmente de acuerdo con el Decreto 923 de 2017 y a través de los procesos de compensación y Liquidación Mensual de Afiliados. También es importante mencionar que la ADRES no reporta Cuentas por Pagar a las EPS por este concepto.

Información MSPS – Circular 030

Mediante oficio 2023EE0186261 del 24/10/23 la CGR solicitó al MSPS en el punto 1.1.1 Indicar las facturas pendientes de pago que reportan las IPS con EPS liquidadas, en un archivo en Excel por cada EPS liquidada a 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022, el MSPS mediante radicado 202330002287351 del 31/10/23 respondió esta solicitud.

Teniendo en cuenta que la Circular Conjunta 030 de 2013 excluye del proceso de saneamiento y aclaración de cuentas a las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar, el MSPS para atender el requerimiento de la CGR, suministró la información disponible en la bodega de datos “Cubo saneamiento de

cartera”, de la cual se tomó la información coincidente²⁷, teniendo los resultados que se muestran a continuación.

Tabla No. 28
 Relación de cuentas por cobrar de IPS a EPS liquidadas entre 2020 a 2022 Coincidente/ Circular Conjunta 030 de 2013-Cubo saneamiento de cartera MSPS
 (Cifras en COP)

NIT Deudor	Razón social Deudor	Cuentas por Cobrar por el Acreedor (IPS)			%
		Vigencia- Coincidente			
		2020	2021	2022	
800140949	Cafesalud EPS	1.821.519.465.514	1.093.203.020.080	1.667.672.500.622	44%
800250119	SaludCoop EPS	704.724.869.010	692.283.956.223	651.573.801.685	17%
811004055	Emdisalud ESS-EPS-S	482.081.922.981	420.779.797.200	446.856.848.069	12%
812002376	Manexka EPS-I	1.176.141.043	1.173.158.243	1.163.752.463	0%
830009783	Cruz Blanca EPS	218.999.570.051	146.887.130.927	205.958.010.117	5%
830074184	Salud Vida EPS	336.830.892.130	288.647.387.787	319.834.050.327	9%
890480110	Comfamiliar Cartagena	88.426.379.480	71.248.327.294	85.724.828.964	2%
890700148	Comfenalco del Tolima	433.746.699	425.829.259	418.282.639	0%
890900842	Comfenalco Antioquia	7.307.096.715	7.113.076.707	7.055.444.142	0%
891080005	Comfacor	393.259.962.746	323.163.596.719	369.638.307.251	10%
900074992	Golden Group S.A. EPS	2.841.593.859	2.835.429.927	2.832.519.967	0%
Total		4.057.601.642.24	3.047.760.712.386	3.758.728.348.268	100%

Fuente: MSPS (2023)- Dirección de Financiamiento Sectorial-Radicado 202330002287351

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A corte de diciembre de 2022 el total de cuentas por cobrar de las IPS con EPS liquidadas corresponde a 3.758.728.348.268 COP, distribuido entre 11 EPS, donde la EPS Cafesalud representa el mayor porcentaje con un 44%, seguida de SaludCoop EPS con el 17% y Emdisalud EPS con el 12%.

Es preciso señalar que en las cifras presentadas por la SNS y el MSPS, se evidencian diferencias significativas en la cantidad de entidades liquidadas y montos de CxC de IPS, lo cual no se justifica toda vez que la solicitud de información por parte de la CGR fue planteada en los mismos términos para ambas entidades.

En la observación planteada se presentaron las cifras coincidentes reportadas por el MSPS de acuerdo con las validaciones que realiza sobre los datos de las dos fuentes (EPS-IPS); sin embargo, en el procesamiento de la información por parte del MSPS, se identifican datos no coincidentes como se detalla a continuación:

Tabla No. 29
 Relación de cuentas por cobrar de IPS a EPS liquidadas entre 2020 a 2022 No Coincidente/ Circular Conjunta 030 de 2013-Cubo saneamiento de cartera MSPS
 (Cifras en COP)

NIT Deudor	Razón social Deudor	Cuentas por Cobrar por el Acreedor (IPS)			% 2022
		Vigencia- No Coincidente			
		2020	2021	2022	
800140680	Unimec EPS	1.482.892	1.681.036	6.053.482	0%
800140949	Cafesalud EPS	1.564.569.256.031	751.548.116.688	1.462.002.920.073	26%

²⁷ Se entiende por información coincidente aquella que contiene la cantidad de facturas que coinciden al validar los siete campos básicos: Tipo de identificación de la ERP, Tipo de identificación de la IPS, Número de identificación de la ERP, Número de identificación de la IPS, Número de la factura, Prefijo de la factura y Fecha de emisión.

NIT Deudor	Razón social Deudor	Cuentas por Cobrar por el Acreedor (IPS)			% 2022
		Vigencia- No Coincidente			
		2020	2021	2022	
800250119	Saludcoop EPS	1.217.873.972.881	1.223.825.343.982	1.153.424.623.857	20%
804001273	Solsalud EPS	208.278.523.184	207.312.738.567	197.864.679.291	3%
805004565	Calisalud EPSS	12.202.788.731	12.134.842.315	12.372.390.889	0%
805021984	Saludcolombia EPS	3.774.027.642	3.737.061.381	3.771.770.333	0%
811004055	Emdisalud ESS-EPS-S	295.344.307.897	254.426.540.381	281.325.043.974	5%
812002376	Manexka EPSI	104.631.449.336	93.380.628.557	101.859.905.898	2%
814000608	Salud Condor -EPS	52.979.893.796	45.799.064.718	41.621.648.467	1%
830006404	Humana Vivir ARS	85.232.589.410	81.854.212.195	81.395.464.732	1%
830009783	Cruz Blanca EPS	436.221.952.129	371.077.830.956	413.915.087.980	7%
830074184	Salud Vida EPS	1.366.957.107.839	1.162.775.188.241	1.314.014.745.903	23%
846000244	Selvasalud S.A. EPS-S	61.033.255.931	60.546.507.852	53.202.361.923	1%
890000381	Comfamiliar Quindío	2.456.558.336	2.263.667.013	2.394.968.116	0%
890201578	Comfenalco Santander	65.705.483	52.087.670	47.733.243	0%
890270275	Comfamiliar Barrancabermeja	16.776.026.146	15.231.571.658	15.117.520.935	0%
890480110	Comfamiliar De Cartagena	236.469.580.622	203.054.301.501	234.959.907.369	4%
890700148	Comfenalco Del Tolima	5.288.718.427	5.177.682.027	4.582.600.784	0%
890900840	Comfamiliar Camacol EPS-S	2.908.315.865	2.897.159.268	2.712.830.086	0%
890900842	Comfenalco Antioquia	36.114.709.956	35.410.407.217	34.636.188.634	1%
891080005	Comfacor	256.849.473.002	194.365.332.571	242.694.959.138	4%
891190047	Comfaca EPSS	61.674.751	61.426.074	26.651.190	0%
900074992	Golden Group S.A. EPS	32.663.954.618	31.586.549.528	31.231.098.575	1%
	Total	5.998.755.324.90	4.758.519.941.396	5.685.181.154.872	100%

Fuente: MSPS (2023)- Dirección de Financiamiento Sectorial-Radicado 202330002287351

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Los datos no coincidentes corresponden a 40.028.009 facturas para el año 2020 representadas en 5.998.755.324.905 COP, 34.308.959 facturas para el año 2021 representadas en 4.758.519.941.396 COP y 39.765.174 facturas para el año 2022 representadas en 5.685.181.154.872 COP, cifras que superan las cuantías coincidentes y que por las discrepancias en las validaciones, son desconocidas en su totalidad en los reportes presentados, a pesar de que estas cifras podrían representar cuentas por cobrar reales de las IPS con EPS, que no se están reconociendo ni teniendo en cuenta para fijar y suscribir los compromisos obligatorios de pago.

CxC con EPS en Proceso de Liquidación

En relación con la información reportada por la SNS, además de las cuentas por cobrar de las IPS con EPS ya liquidadas, también se identificó información sobre cuentas por cobrar de las IPS con EPS que estaban en proceso de liquidación a 31/12/2022, tal como se detalla en la tabla siguiente.

Tabla No. 30
 Relación de cuentas por cobrar de IPS a EPS en proceso de liquidación entre
 2020 a 2022/ FT003 SNS
 (Cifras en COP)

NIT Deudor	Razón social Deudor	Cuentas por Cobrar de IPS			%
		Vigencia			
		2020	2021	2022	
804002105	Comparta EPS-S	375.268.891.200	448.109.816.842	336.582.027.686	11%
805000427	Coomeva SA	1.277.312.138.485	1.154.345.181.703	1.029.173.745.244	34%
818000140	Ambuq EPS-S-ESS	229.433.718.605	195.209.252.577	166.550.454.080	6%
860045904	Comfacundi	39.080.161.760	35.705.849.510	28.754.733.478	1%
891180008	Comfamiliar Del Huila	122.308.761.916	133.497.249.550	152.623.002.193	5%
891280008	Comfamiliar De Nariño	134.139.746.703	135.548.331.644	119.575.578.051	4%
892115006	Comfamiliar De La Guajira	42.131.186.343	42.152.711.228	70.136.524.769	2%
899999107	Convida EPS	139.724.671.263	190.783.991.807	160.242.255.024	5%
901097473	Medimás EPS S.A.S.	1.789.918.062.727	1.854.987.632.852	923.589.604.959	31%
Total		4.149.317.339.000	4.190.340.017.713	2.987.227.925.484	100%

Fuente: SNS (2023)- Radicado 2023900000195567

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A corte de diciembre de 2022 el total de cuentas por cobrar de las IPS con EPS en proceso de liquidación (sin incluir las cifras de deterioro) corresponde a 2.987.227.925.484 COP, distribuido entre 9 EPS, donde la EPS Coomeva representa el mayor porcentaje con un 34%, seguido de Medimás EPS con el 31%.

Las cifras mencionadas representan un riesgo significativo de que estos recursos no fluyan y no se cancelen a las IPS dentro de los procesos de liquidación, teniendo en cuenta que el comportamiento evidenciado en estos procesos para el periodo 2020-2022, muestra que, de las EPS liquidadas, solo el 3,2% de las acreencias reconocidas fueron canceladas, quedando el 96,8% sin pagar. Esta información se estableció a partir de los datos reportados, los cuales provienen de los formatos FT015 y fueron suministrados por la SNS en el oficio 120239000001955671.

Causa

Conforme a lo establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013, las responsabilidades de cada uno de los actores son las siguientes:

MSPS

“

- Apoyar a las Entidades Responsables de Pago - ERP (EPS del régimen contributivo y subsidiado, así como de las Entidades Territoriales) e Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud – IPS tanto públicas como privadas, para acceder y reportar la información a través de la plataforma PISIS del portal SISPRO.

- *Administrar el sistema de información y disponer la mesa de ayuda técnica para dar soporte a las entidades destinatarias de la presente Circular, mediante la plataforma PISIS.*
- *Validar y cargar la información reportada en la base de datos.*
- *Retroalimentar a las entidades vía correo electrónico sobre las inconsistencias de sus archivos.*
- *Disponer la información recibida y procesada en el sistema para ser consultada por parte de los actores, con el propósito de avanzar en la aclaración de cuentas”.*

SNS

“

- *Efectuar en el marco de sus competencias, inspección, vigilancia y control de las acciones adelantadas en virtud del procedimiento establecido en la presente circular.*
- *Realizar el proceso de verificación de los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances.*
- *Efectuar el seguimiento al proceso de aclaración de cuentas y adelantar los procesos sancionatorios correspondientes contra los actores destinatarios de la presente Circular, que incumplan con el reporte de información.*
- *Sin perjuicio de las investigaciones administrativas a que haya lugar por el incumplimiento de la presente Circular, la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación podrá convocar de oficio para realizar audiencias de conciliación a las partes que incumplan los compromisos de pago suscritos”*

IPS

“

- *Reportar con la periodicidad definida en esta Circular a través de la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social, la información de sus facturas por servicios prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud con cargo a las EPS-S, de los afiliados al Régimen Contributivo con cargo a las EPS y de la población pobre no asegurada con cargo a las entidades territoriales, de acuerdo con el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente Circular.*
- *Terminado el plazo para reportar la información de cada periodo, las entidades tendrán máximo dos (2) días calendario para enviar el respectivo archivo corregido. Si se presentaran nuevas inconsistencias en el archivo, la opción es que la entidad envíe la información de la factura con inconsistencias actualizada, en el siguiente reporte.*
- *Revisar y analizar los cruces de su información dispuestos en la plataforma del sistema PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social, previamente a la convocatoria de las mesas de saneamiento de cartera, coordinadas por el Departamento.*
- *Una vez realizada la depuración de facturas o recibidos los pagos, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS deberán depurar sus estados financieros. En el siguiente periodo de reporte de información a través de la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá enviarse las respectivas actualizaciones de las facturas, conforme a los Anexos técnicos que hacen parte integral de la presente Circular”.*

La SNS tiene varias responsabilidades en torno a la función de inspección, vigilancia y control frente al cumplimiento de las normas que regulan el Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el contexto de la Circular Externa 016, la SNS tiene la responsabilidad de supervisar el reporte de información financiera, contable y operativa por parte de las entidades vigiladas. Esto incluye verificar que las entidades cumplan con los formatos, plazos y medios de envío establecidos en la circular.

Es importante mencionar que la SNS también tiene la facultad de imponer sanciones a las entidades que no cumplan con las instrucciones y obligaciones establecidas en la Circular Externa 016 de 2016 y en la Circular Conjunta 030 de 2013.

Teniendo en cuenta las responsabilidades para cada uno de los actores en los diferentes informes, es claro que la validación y administración de la información es desarrollada por el MSPS para el caso de la Circular 030; mientras que la inspección y vigilancia frente al procedimiento desarrollado dentro de la Circular 030 y Circular 016 corresponde a la SNS.

Por lo anterior, la situación observada frente los recursos adeudados a las IPS por parte de las EPS liquidadas es causada por:

Ineficacia del procedimiento establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013, frente a su objetivo de “(...) *Es establecer un procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre las entidades responsables de pago – ERP (EPS del Régimen contributivo y subsidiado, y Entidades Territoriales) e instituciones prestadoras del servicio de Salud – IPS tanto públicas como privadas, y como resultado de estos cruces, determinar el estado de las cuentas; si hay coincidencia, fijar y suscribir los compromisos de pago y aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del Sistema general de seguridad social en salud –SGSSS.(..)*. Lo anterior, toda vez que a pesar de haber sido aplicada esta disposición durante 10 años, no se cumple el propósito de aclaración y saneamiento definitivo de las cuentas, lo cual se evidencia en las cifras de cuentas por cobrar de prestadores que persisten incluso después de la liquidación de las EPS.

Adicionalmente, frente a la información no coincidente reportada por el MSPS a la CGR y cuyas cifras superan las de la información coincidente, no se evidencia que se fijen y suscriban los compromisos de pago y aclare y depure la información conforme lo establece la Circular Conjunta 030.

Las cifras reportadas en los informes presentados a la SNS y al MSPS por parte de los actores involucrados, demuestra que no se está llevando a cabo de su validación de manera efectiva. Las diferencias significativas que se presentan indican que la calidad y la confiabilidad de las cifras entre los actores es cuestionable.

Efecto

Por otro lado, el proceso de liquidación de las EPS es una consecuencia del deterioro progresivo de su situación en los componentes financieros, administrativos, técnicos científicos y jurídicos, según lo evaluado por la SNS y otros entes involucrados en el proceso. Sin embargo, se generan efectos negativos en todos los actores afectados, observándose finalmente un bajo porcentaje de pago a los acreedores frente a las cifras reconocidas, lo que genera desequilibrio financiero, ya que a estos prestadores no se les reconoce el pago de los recursos adeudados.

En referencia a los prestadores de salud, las cifras que no fluyeron de cuentas por cobrar de entidades liquidadas, estarían sobreestimando sus activos. Esto se debe a que, aunque los valores adeudados sean reconocidos por las EPS en el proceso de liquidación, estas cifras no tienen garantía de que serán canceladas después de ser reconocidas, pues dependen de la suficiencia de activos realizables por parte de la EPS para ser pagados. Esta situación genera una incertidumbre que debe reflejarse en la situación financiera de las IPS, por lo tanto, se debería reconsiderar si estas cifras solo serían objeto de deterioro (reconocimiento contable de pérdida de valor, pero dicha cartera es recuperable), o si, por el contrario, previo al concepto del área jurídica de la entidad, esta cartera no es recuperable y debería reconocerse como tal. Esto se debe a que las cifras expresadas en los estados financieros no corresponden a la realidad y podría verse afectada la condición de habilitación de las IPS en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

Respuesta de las Entidades

- **MSPS**

Mediante oficio con radicado No. 202330002778931 del 27 de diciembre de 2023, el MSPS respondió a las observaciones planteadas, de la siguiente manera:

“Es preciso señalar que en las cifras presentadas por la SNS y el MSPS, se evidencian diferencias significativas en la cantidad de entidades liquidadas y montos de CxC de IPS, lo cual no se justifica toda vez que la solicitud de información por parte de la CGR fue planteada en los mismos términos para ambas entidades.” (pág. 39)

Respecto a lo observación en comentario, se precisa que, en la respuesta remitida al requerimiento efectuado en el numeral 1.1.1 de la comunicación 2023EE0186261 de la Contraloría General de la República, se indicó que “(...) teniendo en cuenta que la Circular Conjunta 030 de 2013, excluye del procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas a través del cruce de información entre las Entidades Responsables de Pago – ERP (EPS y entidades territoriales) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, a las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar, cuyo proceso se rige por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -EOSF, se debe tener en cuenta que, para cada vigencia, el grupo de EPS analizado aumenta conforme a los procesos de intervención forzosa adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) (...).”

De lo anterior se precisa que, en la respuesta remitida por el Ministerio, se aclaró a la Contraloría General de la República que en dicho numeral se relacionó la información de las EPS liquidadas y aquellas en proceso de intervención forzosa administrativa para liquidar, para lo cual se efectuó la separación de la información. Igualmente, es pertinente indicar que en el marco de la Circular Conjunta 030 de 2013, en el momento en que las EPS entran en proceso de liquidación dejan de efectuar el reporte de información, teniendo en cuenta los procesos propios a cargo de la SNS, para lo cual, se envió la integralidad de la información reportada por los actores.

Ahora bien, respecto de la afirmación, se solicita aclarar si para ambas entidades se requirió la misma fuente de información, fecha de corte y bajo las mismas consideraciones que se realizaron en las mesas de trabajo llevadas a cabo entre este Ministerio y la Contraloría General de la República.

“Ineficacia del procedimiento establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013, frente a su objetivo de “(...) Es establecer un procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre las entidades responsables de pago– ERP (EPS del Régimen contributivo y subsidiado, y Entidades Territoriales) e instituciones prestadoras del servicio de Salud – IPS tanto públicas como privadas, y como resultado de estos cruces, determinar el estado de las cuentas; si hay coincidencia, fijar y suscribir los compromisos de pago y aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del Sistema general de seguridad social en salud –SGSSS. Lo anterior, toda vez que a pesar de haber sido aplicada esta disposición durante 10 años, no se cumple el propósito de aclaración y saneamiento definitivo de las cuentas, lo cual se evidencia en las cifras de cuentas por cobrar de prestadores que persisten incluso después de la liquidación de las EPS. (pág. 43 y 44).

Adicionalmente, frente a la información no coincidente reportada por el MSPS a la CGR y cuyas cifras superan las de la información coincidente, no se evidencia que se fijen y suscriban los compromisos de pago y aclare y depure la información conforme lo establece la Circular Conjunta 030. (pág. 44)

Las cifras reportadas en los informes presentados a la SNS y al MSPS por parte de los actores involucrados, demuestra que no se está llevando a cabo su validación de manera efectiva. Las diferencias significativas que se presentan indican que la calidad y la confiabilidad de las cifras entre los actores es cuestionable y las acciones que se adelantan de IVC no son suficientes para corregir esta situación.” (pág. 44)

A través de la Circular Conjunta 030 de 2013, se definió un procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas a través del cruce de información entre las Entidades Responsables de Pago – ERP (entidades territoriales y EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, estas últimas habilitadas como IPS en el Registro Especial de Prestadores – REPS.

Siendo así, el Ministerio, de conformidad con las responsabilidades definidas en la mencionada Circular, es el administrador del sistema de información donde se reporta la cartera por parte de cada una de las Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sujetas del reporte de esta Circular.

A partir de ello, esta cartera Ministerial brinda asistencia técnica a las entidades para el cargue y cruce de información, así como la revisión de inconsistencias para contribuir al proceso de aclaración y depuración de cuentas. Así mismo, se dispone del cruce de información de cartera a todos los actores que hacen parte de la mencionada Circular una vez se tiene la información correctamente procesada. Lo anterior, no sin antes mencionar que, es responsabilidad de las EPS, IPS y entidades territoriales, garantizar la veracidad de la información reportada, su actualización y calidad, como deberes y obligaciones de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud consagrados en el artículo 139 de la Ley 1438 de 2011.

No obstante, como se ha señalado a lo largo de esta comunicación, se debe tener en cuenta que la Circular Conjunta 030 de 2013 definió que las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar y liquidadas, quedan excluidas de este proceso de reporte. En consecuencia, la cartera reportada por las EPS en liquidación y liquidadas corresponde a los valores reportados antes de iniciar su proceso liquidatario, situación que debe ser considerada, frente al análisis del valor de la deuda actual por parte de dichas EPS a los prestadores, en el marco de este reporte.

De lo anterior, cabe aclarar, que el Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO, garantiza la trazabilidad de las facturas reportadas por las ERP e IPS vinculadas a este proceso, permitiendo la consulta a nivel de factura de la información reportada por los mismos desde el inicio de este procedimiento hasta el último corte disponible. Así mismo, es importante destacar que la evolución de la cartera en el marco de la Circular Conjunta 030 de 2013, es analizada, a nivel de los saldos de cartera, la cual es actualizada trimestralmente por los actores, proceso que también involucra, la depuración de información inconsistente por parte de estos.

Es importante señalar que, este Ministerio con el objetivo de fortalecer los procesos de análisis y reporte de la información de los actores vinculados a la Circular Conjunta 030 de 2013, ha dispuesto de material de apoyo en la página web, así como informes trimestrales de cartera publicados, para el seguimiento a la información de la cartera reportada en el marco de la citada circular, los cuales pueden ser descargados a través del [siguiente link:](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Circular-30-de-2013.aspx)
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Circular-30-de-2013.aspx>.

Finalmente es importante señalar que, en el marco de las competencias normativas de los diferentes actores, así como de las contenidas en la Circular Conjunta 030 de 2013, es competencia de IPS y ERP efectuar la depuración de la información y suscribir los acuerdos de pago a los que haya lugar, en el marco del proceso de saneamiento. Igualmente, es pertinente precisar que, este Ministerio no tiene competencia para realizar las funciones de inspección, vigilancia y control que conlleve a que los actores realicen la depuración de la información reportada al sistema de salud.

- **Superintendencia Nacional de Salud.**

A través de correo electrónico del 10 de enero de 2024, la Supersalud, remitió respuesta de las observaciones, en oficio con radicado 20249000000024261, en

la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas, señalando lo siguiente:

“En el Sistema general de Seguridad Social en Salud para el ámbito específico del aseguramiento, se identifica la participación de variados actores, que desde su concepción jurídica conllevan la coexistencia de formas legales tales como los ramos, programas y entidades prestadoras de Salud; pudiendo ser estas sociedades autónomas o subordinadas de otro ente económico o simplemente una línea de negocio de una organización.

Como resultado de este último se tienen dentro del universo de aseguradores la intervención en el mercado de las Cajas de Compensación Familiar, las que tienen dentro su estructura autorización expresa para operar líneas de negocio de salud que incluye un Programa de Entidad Promotora de Salud – EPS – y una o más Instituciones Prestadoras de Salud – IPS –; formas que se reconocen financieramente como centros de costos diferentes que maniobran jurídicamente como parte de una misma persona jurídica y por tanto desde lo tributario se reconocen con un mismo Número de Identificación Tributaria.

Así es dable concebir que en el reporte del Archivo Tipo FT003 “Cuentas por Cobrar”, un proceso liquidatorio incluya deudas con un tercero que tiene el mismo de identificación tributaria, esto es deudor y acreedor con el mismo NIT, tal como se aprecia en la tabla incluida en el documento sobre el cual versa esta aclaración.

*Relación de cuentas por cobrar del mismo acreedor y deudor de 2020 a 2022/ FT003 SNS
(Cifras en COP)*

ID Acreedor	Razón social	ID Deudor	Vigencia			Total general
			2020	2021	2022	
800140949	Cafesalud EPS S. A	800140949	3.984.613	109.441		4.094.054
860045904	Comfacundi	860045904	6.217.932.967	5.341.396.738		11.559.329.705
890480110	Comfamiliar Cartagena y Bolívar	890480110	31.448.424.727	29.604.668.054	30.565.393.969	91.618.486.750
891080005	Comfacor	891080005	193.372.682			193.372.682
Total			37.863.714.989	34.946.174.23	30.565.393.96	103.375.283.19

Se concluye así, que este hecho no evidencia inconsistencias en la información reportada, ni demuestra que falten filtros que aseguren que los actores suban información para reportar, ni la ausencia de garantías en la calidad de esta. Por tanto, los reconocimientos financieros incluidos en la tabla elaborada por el equipo auditor de la Contraloría General de la República surgen producto de servicios de salud prestados por la IPS propias o por temas de compromisos financieros internos aceptados entre líneas de negocio para el caso de las Cajas de Compensación Familiar o con organizaciones con las que se tiene alguna relación de control, en cumplimiento de la rigurosidad que exige el marco normativo en materia financiera, por lo tanto, se solicita el retiro de la observación.

-Cuentas por pagar y cuentas por cobrar reportadas por entidades liquidadas: La entidad hace referencia al proceso de liquidación y sus etapas, y frente a la situación planteada, refiere el seguimiento que realiza la oficina de liquidaciones de la Superintendencia, de los reportes de los liquidadores o contralores, y del cumplimiento de las normas en el proceso liquidatorio. Sin embargo, frente a las cuentas por pagar y cuentas por cobrar de entidades liquidadas, la SNS no se pronuncia.”.

Respecto a esta observación, se reitera al organismo de control, que como se indicó en su momento, el estado de entidad liquidada conlleva la terminación de la existencia legal

y por ende la desaparición de la persona jurídica y desde luego la cesación de sus funciones. Ante la culminación del proceso liquidatorio se aplican las reglas del Capítulo 6 de la Parte 9 del Decreto 2555 de 2010; situación que se puede dar, por el cumplimiento del término máximo de la medida, o por la realización total del objetivo de la liquidación, o por la declaración de no cumplimiento de la condición de equilibrio económico del proceso de liquidación forzosa administrativa. Evento en el que operan las disposiciones de los artículos 9.1.3.6.3 al 9.1.3.6.6 del Decreto 2555 de 2010.

Corresponde a la Oficina de Liquidaciones, en el caso de existir situaciones jurídicas no definidas que redunden directamente en los derechos de los acreedores, la función de velar por que se adelanten las tareas de recaudo de activos por realizar tal es el caso de cobro de cartera pendiente. De modo semejante, la labor encomendada de pagos en acatamiento de los reconocimientos hechos por el liquidador mediante sus actos de poder y que se circunscriben al criterio de preferencia para compromisos excluidos de la masa de existir y al de prelación de créditos para acreencias de la masa de liquidación de carácter oportuno y del pacinore (pago del Pasivo Cierto No Reclamado).

De lo que se sigue, que esta Superintendencia continúa de ser así su competencia de inspección, vigilancia y control bajo las funciones otorgadas por el Decreto 1080 de 2021 en el numeral 10 del artículo 11, el cual indica que: “ARTÍCULO 11. FUNCIONES DE LA OFICINA DE LIQUIDACIONES. Son funciones de la Oficina de Liquidaciones, las siguientes:(...)10. Requerir información o documentación a los mandatarios, fiducias, patrimonios autónomos y personas naturales o jurídicas encargadas de realizar actividades encomendadas para desarrollo posterior a la liquidación de los sujetos vigilados.”

Como bien, se señala en el comunicado de observaciones y conclusiones Auditoría de Desempeño al Flujo de los Recursos del SGSSS, vigencias 2020, 2021 y 2022 de la Contraloría General de la República; las disposiciones de reporte de cuentas por pagar de la Circular Conjunta 030 de 2013 dejan de surtir efecto para el caso de ramos, programas o entidades promotoras de salud que cumplan con el principio financiero de “entidad en liquidación”. Es necesario aclarar también, que el seguimiento y cruce de información ordenada en la circular 030 de 2013 aplica hasta la terminación de la liquidación, más no en los procesos de mandato, fiducias, patrimonios autónomos. En este caso es donde se ejerce la función prevista en el numeral 10 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021.

Lo anterior, en franca contraposición al principio de “negocio en marcha” del Marco Conceptual de las NIIF expedido por la International Accounting Standards Boards – IABS por sus siglas en inglés, aceptado en Colombia mediante la Ley 1314 de 2009 y reglamentada por el Decreto Único 2420 de 2015, el cual a su vez para temas de liquidaciones se anexó en a la Parte 1 del Libro 1 como Título 5 con la expedición del Decreto 2101 de 2016.

En relación con el párrafo anterior se infiere entonces la existencia de dos marcos normativos financieros diferentes, uno para el caso de entidades que desarrollan su objeto social y otro para entidades que enfrentan su disolución. En consecuencia, aunque los dos tipos de organización deben seguir preparando y presentando información financiera que cumpla con las características cualitativas fundamentales de utilidad y teniendo por ende que garantizar su relevancia y representación fiel; se observa un cambio en las

políticas contables, producto de una realidad que se ha transformado; de lo que se sigue la imposibilidad de cumplir con la característica de mejora de comparabilidad.

Es así como un programa, ramo o entidad promotora de salud que se encuentra activa aplica según sus políticas contables y financieras diferentes bases de medición de los hechos económicos, mientras que aquellas que ahora se identifican “en liquidación”, se abocan a medir sus activos y pasivos por la base de Valor Neto de Liquidación, que resulta ser únicamente el efectivo y equivalentes al efectivo que la entidad tendrá que pagar para cancelar la obligación más los costos en los que incurrirá para realizar dicha cancelación, una vez adelantados los procesos de auditoría que permiten hacer la calificación y graduación de las acreencias.

No obstante, es de resaltar que por la Circular Conjunta 030 de 2013 reportan información las EPS activas y una vez empiezan el proceso liquidatorio dejan de actualizar estos datos, por lo que al establecerse con certeza y firmeza en actos administrativos el valor reconocido sobre las reclamaciones de los acreedores por parte del liquidador o ante la realización de pagos prorrateados o totales de dichas obligaciones, tales variaciones no se integran al sistema como reporte de cuentas por pagar de la circular en mención y queda como valor histórico el del último trimestre informado.

Por último, se observa que ante la terminación del proceso liquidatorio se suscitan diferentes efectos entre los cuales se encuentra la desaparición de la existencia legal de la persona jurídica y con ello, de no mediar situaciones jurídicas no definidas, se denota la consumación de los activos realizables; que no es más, que la imposibilidad de continuar realizando pagos por cualquier concepto al haber usado la totalidad de los dineros que representaban los derechos y beneficios económicos que tenía la ahora liquidada EPS. Ante este panorama quienes se hicieron parte en calidad de acreedores deben aplicar los preceptos y causales de reconocimiento de deterioro financiero a manera de depuración contable con reflejo en sus estados financieros y desde luego en los reportes de cuentas por cobrar en obediencia del artículo 9 de la Ley 1797 de 2016 para el sector salud, del Marco Conceptual de la información financiera 2018 y de las disposiciones de la Circular Conjunta 030 de 2013.

Ello expone las diferencias observables al momento de comparar las cifras de las cuentas por cobrar exhibidas por los prestadores, frente a las cuentas por pagar de la Circular 030 de 2016 y del FT015 “Directorio de acreedores, pasivo cierto no reclamado y pagos” solicitado por la Circular Externa 047 de 2007 modificada por la Circular Externa 016 de 2016 que debe ser entregado de forma exclusiva por vigilados que no cumplen con el principio de negocio en marcha.

Así las cosas, se encuentra procedente que el organismo de control ajuste la interpretación del marco normativo aplicable según el estado de la personalidad jurídica de las entidades que son sujetas a inspección, vigilancia y control de esta Superintendencia y en su lugar se desestimen las observaciones señaladas.

Análisis de respuesta de las entidades

- **Ministerio de Salud y Protección Social**

En relación con la conclusión de las cuentas por cobrar de las IPS con EPS liquidadas, que ascienden a 3.758.728.348.268 COP según la Circular 030, el MSPS ha aclarado que las entidades bajo intervención forzosa administrativa para liquidar no están obligadas a reportar en esta circular. Por lo tanto, las cifras presentadas no representan los saldos finales, ya que corresponden a deudas existentes al inicio del proceso de liquidación. Sin embargo, aunque estas cifras pueden no reflejar la realidad debido a que se trata de entidades liquidadas, es importante reconocer que el MSPS también debe estar informado sobre estos procesos. Es esencial que todos los actores del sistema proporcionen datos y cifras reales para una representación precisa de la situación.

Frente a la conclusión de los 5.685.181.154.872 COP correspondientes a datos no coincidentes de la Circular 030, a pesar de que la aclaración y depuración de la información no coincidente es una obligación estricta de los actores, no se encontró evidencia de que esta información estuviera disponible en su totalidad, como se indicó en la respuesta. Aunque los actores que reportan a través de la plataforma PISIS del SISPRO tienen la información disponible, al consultar los informes de resultados trimestrales publicados en la página web del Ministerio, solo se mencionaron los datos coincidentes. Por lo tanto, teniendo en cuenta que los actores podían cumplir o no con sus obligaciones de depuración, la información no coincidente no fue considerada para estos resultados.

En respuesta a la observación sobre las diferencias significativas entre la Circular 030 de 2013 del MSPS y el FT003 de la SNS, en relación con las cuentas por cobrar de las IPS con EPS liquidadas, la aclaración del MSPS señala que las EPS en proceso de liquidación no están obligadas a reportar en la Circular. Sin embargo, la información evaluada corresponde a las cuentas por cobrar reportadas por las IPS, que aún están activas, y no a las EPS liquidadas, motivo por el cual la razón de estas diferencias no está clara.

Por otro lado, en referencia a la ineficacia del procedimiento establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013, que no logra cumplir con el propósito de aclaración y saneamiento definitivo de las cuentas a pesar de haberse aplicado durante 10 años, es importante destacar que, aunque la Circular establece las responsabilidades para cada uno de los actores, en particular al MSPS, que tiene la responsabilidad de administrar el sistema de información, no se puede ignorar que dentro de las funciones establecidas para esta entidad en el artículo 2 del Decreto 4107 de 2011, se encuentra: *‘Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social’*. Esto sugiere que, aunque la IVC de este procedimiento de aclaración de cartera corresponde a la SNS, es responsabilidad del MSPS evaluar la eficacia, efectividad y eficiencia.

- **SUPERSALUD**

En relación a las conclusiones planteadas frente a las cifras de cuentas por cobrar de las IPS con EPS liquidadas, la SNS no se pronunció, por lo cual se validaron.

Por otra parte, en referencia a la calidad de la información reportada por los actores y la ineficacia de los filtros implementados por la SNS, en donde se identificaron casos en los que una misma EPS figura como acreedor y deudor, se acepta la aclaración y se retira el comentario.

En respuesta a la observación planteada sobre las diferencias significativas entre la Circular 030 de 2013 y el FT003 del SNS, en relación con las cuentas por cobrar de las IPS con EPS liquidadas, la aclaración de la SNS señala que las EPS en proceso de liquidación no están obligadas a reportar en la Circular 030; sin embargo, la información evaluada corresponde a las cuentas por cobrar reportadas por las IPS que aún están activas, y no a las EPS liquidadas; lo cual denota que no se ha realizado la depuración de los datos reportados, lo que era un propósito de la Circular 30 y frente a la cual, la SNS en el marco de sus competencias debe ejercer la IVC de las acciones adelantadas en virtud del procedimiento establecido en la circular; así como verificar los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances y realizar el seguimiento al proceso de aclaración de cuentas y adelantar los procesos sancionatorios correspondientes contra los actores destinatarios de la presente Circular, que incumplan con el reporte de información.

Sin embargo, en referencia a la ineficacia del procedimiento establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013, que no logra cumplir con el propósito de aclaración y saneamiento definitivo de las cuentas a pesar de haberse aplicado durante 10 años, es importante destacar que la SNS tiene la responsabilidad de IVC. Esto incluye llevar a cabo el proceso de verificación de los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances. Además, dentro de sus objetivos, establecidos en el artículo 39 de la Ley 1122 de 2007, se encuentra *‘Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo’*, de lo cual, no se evidenció un desarrollo eficaz como lo indican las cifras presentadas en los reportes de esta Circular.

Conclusión: Se valida la observación y se configura como hallazgo.

- **Cuentas por Cobrar de EPS con entidades Liquidadas (Circular 30 - FT Cuentas por Cobrar SNS)**

En el proceso de liquidación de entidades, los acreedores deben presentar sus reclamaciones en contra de la entidad intervenida para los fines de su devolución y cancelación de conformidad con lo establecido en el artículo 9.1.3.2.1 del Título 3 Capítulo 2 del Decreto 2555 de 2010 y, en su caso, el artículo 23 del Decreto Ley 254 de 2000.

Por lo tanto, los acreedores están obligados a cumplir con los plazos y procedimientos establecidos por la normativa vigente. Esto asegura que sus reclamaciones se incluyan en las sumas del pasivo a cargo de la entidad en liquidación, respetando el orden de prelación de los créditos.

Cuando los acreedores se presentan de manera extemporánea o no se presentan en absoluto, sus créditos o acreencias se consideran como un pasivo cierto no reclamado. El pago de estos dependerá de la disponibilidad de recursos una vez que se hayan cancelado los créditos a cargo de la masa de la liquidación.

Por otra parte, la legalización de anticipos por parte de las EPS y IPS según lo establecido en la Ley 1797 de 2016 en su artículo 9 y la Resolución 724 de 2008 de la SNS, indica que: *“la depuración y conciliación de cuentas debe realizarse en un plazo máximo de 90 días, cuya legalización no debe ser superior a tres (3) meses contados a partir de la fecha de otorgamiento de los mismos y deben tener relación de causalidad con el objeto social, salvo los casos en que amerite la ampliación de dicho plazo”*. Asimismo, es responsabilidad de las EPS y IPS conciliar permanentemente las cuentas por cobrar y pagar entre ellas, y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros.

La Resolución 724 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud. “(...) Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud (...) Capítulo IV, descripción y Dinámicas, Cuenta: 1330 Anticipos y avances. Presenta en la Descripción: *“Registra el valor de los adelantos efectuados en efectivo por el ente económico a personas naturales o jurídicas, con el fin de recibir beneficios o contraprestación futura de acuerdo con las condiciones pactadas, incluye conceptos tales como anticipos a proveedores, a contratistas, a trabajadores, a agentes de aduana y a concesionarios, cuya legalización no debe ser superior a tres (3) meses contados a partir de la fecha de otorgamiento de los mismos y deben tener relación de causalidad con el objeto social”*.

El Decreto 2555 de 2010. *“Por el cual se recogen y reexpiden las normas en materia del sector financiero, asegurador y del mercado de valores y se dictan otras disposiciones”* hace referencia en el Capítulo 2 a la determinación del pasivo a cargo de la institución financiera en liquidación. Y el Decreto 254 de 2000. *“Por el cual se expide el régimen para la liquidación de las entidades públicas del orden nacional”*, en el Capítulo 1 refiere lo pertinente a acreencias y reclamaciones.

A partir de la información recibida de las EPS sobre cuentas por cobrar con entidades liquidadas y las aclaraciones realizadas²⁸, se observó lo siguiente:

²⁸ La CGR Mediante solicitud con fecha del 26/10/2023 solicitó a las 5 EPS de la muestra, Nueva EPS con radicado 2023EE0187680, Famisanar EPS con radicado 2023EE0187627, Pijaos Salud EPSI con radicado 2023EE0187638, Capital Salud EPS con radicado 2023EE0187647 y Coosalud EPS con radicado 2023EE0187655, en su numeral 1.1 relación en Excel de las cuentas por cobrar de la EPS con entidades Liquidadas, para las vigencias 2020, 2021 y 2022, así mismo indicar las gestiones realizadas por la EPS para la recuperación de estos recursos. En cuanto a la respuesta a esta solicitud las EPS respondieron de la siguiente manera: Nueva EPS el 02/11/23, Famisanar EPS el 02/11/23, Pijaos Salud EPSI con radicado EPSI06-AGER-100-2023-105 del 02/11/23, Capital Salud con radicado DI-DG-CT-203-2023 el 02/11/23 y Coosalud el 24/11/23.

Tabla No. 31
 Relación de cuentas por cobrar con entidades liquidadas vigencia 2022 /EPS muestra
 (Cifras en COP)

Razón Social EPS	Cuentas por Cobrar con Entidades Liquidadas	%
Nueva EPS	1.208.908.659 ²⁹	96%
Famisanar EPS	33.204.767	3%
Pijaos Salud EPSI	7.397.606	1%
Capital Salud EPS ³⁰	5.171.550	0%
Total	1.254.682.582	100%

Nota: La EPS Coosalud envió la información de manera extemporánea el 24/11/23, cuando el plazo establecido era el 02/11/23 y finalmente indicó no tener cuentas por cobrar con entidades liquidadas.

Fuente: EPS de la Muestra (2023).

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A corte de diciembre de 2022 el total de cuentas por cobrar de las EPS de la muestra con entidades liquidadas corresponde a 1.254.682.582 COP, donde Nueva EPS representa el mayor porcentaje con un 96%.

Se resalta el caso de Famisanar EPS, la entidad indica que no tiene más cuentas por cobrar y no presenta soportes de la gestión de cobro de estas, ya que no se presentaron a la reclamación de las acreencias en la liquidación. Al respecto, la entidad en su respuesta indicó que las cuentas por cobrar correspondían a incapacidades con las EPS Medimás, Cruz Blanca y Coomeva, las cuales fueron asumidas, por lo cual, no contaban con soporte de gestión de cobro.

- **Deudas reconocidas (carteras vencidas) que no se pagan a prestadores (incobrables) (Circular 30 – FT 003 SNS)**

Hallazgo No. 4 Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días (Responsables: EPS – SNS)

Criterios

Constitución Política de 1991

“Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”

Decreto 1281 de 2002. *“Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.*

²⁹ Nueva EPS al respecto indicó que la cifra de 1.208.908.659 COP correspondía a anticipos pendientes de legalización al 31 de diciembre de 2022; sin embargo, al 26 de diciembre de 2023, y teniendo en cuenta el desarrollo del plan de recuperación de anticipos implementado por la EPS, la cifra se redujo a 513.659.190 COP, lo cual, evidencia una gestión efectiva en la legalización del 57,51% de sus cuentas por cobrar con entidades liquidadas.

³⁰ Capital señaló que, al corte del 31 de diciembre de 2022, no tenía cuentas por cobrar con ninguna entidad liquidada, aparte de las reportadas por concepto de licencias e incapacidades. Asimismo, la entidad mostró la disminución que ha experimentado en este concepto durante los años 2020, 2021 y 2022.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”

“Artículo 2. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación

a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; (...)”

Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 37. Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos: “(...)

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.”

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud³¹

(...)

Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema (...)

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública³²

(...)

Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)

Recomendaciones de política aplicada al sistema de pago en salud para mejorar la sostenibilidad y el acceso de la población en Ecuador. Organización Internacional del Trabajo para los Países Andinos. ³³Abril de 2022.

“En general, se considera que un sistema de pagos debe: combinar mecanismos de pago; incentivar la integración sanitaria (redes integradas); administrar el riesgo financiero equitativamente; gestionar equitativamente a los proveedores; fomentar las decisiones clínicas adecuadas; garantizar la viabilidad y sostenibilidad del proveedor; permitir predicción presupuestaria al financiador; y simplificar la carga administrativa.

(...) es necesario revisar el flujo de financiamiento de los recursos con la organización de la provisión de servicios actual, haciendo un análisis de los problemas que enfrentan los proveedores en el acceso y gestión de los recursos. Asimismo, es vital poder identificar los problemas que genera la gestión del presupuesto de salud en los proveedores”

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023³⁴.

³¹ Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

³² Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

³³ Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_845314.pdf

³⁴ Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

“(…) El financiamiento estable es importante para planificar con eficacia y prevenir cualquier escasez que socave la prestación de servicios (OMS, 2019).

El financiamiento de la salud es, en esencia, una función simple pero integral de un sistema de salud: recaudar y gastar dinero en la atención de salud. Sin embargo, esta función tiene el potencial para hacer mucho más. Puede hacer que los fondos estén disponibles en los lugares correctos y crear incentivos financieros para que los proveedores se aseguren de que todos tengan acceso a una salud pública y atención de salud individual eficaces (OMS, 2010). El financiamiento de la salud es clave para facilitar las interacciones entre los proveedores y la población en general, por medio de innumerables acciones, como quién paga por la atención, cuándo pagan, cuánto pagan, a quién pagan y de quién obtienen servicios, y qué tipos de servicios pueden recibir.

Es importante determinar las ineficiencias, ya sea del sistema o sus componentes, porque permite alcanzar objetivos con menos recursos o bien que el sistema produzca más con los mismos recursos.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.³⁵

“(…)”

Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno.”

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach³⁶.

“ The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(…) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(…) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Condición

De conformidad con la información dispuesta por el MSPS, Circular 30 de 2013³⁷ con corte diciembre de 2020, 2021 y 2022; las cuentas por pagar de ERP a IPS superior a 360 días y las cuentas por cobrar de IPS a EPS mayor a 360 días, fueron las siguientes:

³⁵ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

³⁶ Consulta realizada en https://www.dnp.gov.co/LaEntidad/_subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-gobierno-ddhh-paz/Paginas/bases-de-la-politica-de-mejora-normativa.aspx. Fecha consulta 16/12/2023

³⁷ Ministerio de Salud, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Circular-30-de-2013.aspx>

Tabla No. 32
 Cuentas con edad superior a 360 días por régimen
 (Cifras en COP)

Vigencias	Contributivo		Subsidiado	
	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS
2020	5.079.339.455.848	9.717.450.463.902	2.454.576.757.693	4.066.692.908.174
2021	4.754.794.569.789	9.959.699.373.113	2.436.258.425.192	4.148.466.318.934
2022	6.351.438.048.993	12.016.870.263.418	3.167.526.390.643	4.762.504.688.272

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Respecto de las cifras, se evidencia que los valores adeudados con antigüedad superior a 360 días, resultan representativos para el SGSSS, y no han fluido hacia los prestadores, así mismo, que en las vigencias auditadas se han incrementado los saldos tanto desde la perspectiva de la ERP como de los prestadores, en los regímenes contributivo y subsidiado.

Frente a las EPS de la muestra, se procedió a verificar la información "Resultados Circular No. 30 de 2013 - régimen contributivo y subsidiado coincidencias" dispuesta por el MSPS^[7] y la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero y por edades, encontrando para cada una de ellas lo siguiente:

Nueva EPS

Se evidenció que las cuentas por pagar de EPS a IPS mayores a 360 días y las cuentas por cobrar de IPS a EPS mayores a 360 días se incrementaron de diciembre 2020 a 2021, mientras, que de 2021 a 2022 presentaron una disminución como se puede detallar a continuación:

Tabla No. 33
 Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

	2020		2021		2022	
	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS
RC	1.729.814.305.789	2.848.374.416.886	1.898.417.564.935	3.169.180.934.335	1.867.283.512.658	2.792.505.854.755
RS	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022" dispuesto en página web.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, se solicitó a la EPS, relación de las cuentas por pagar durante las vigencias auditadas, y al respecto mediante oficio con código VAF-042-23 del 15 de noviembre de 2023, la EPS allegó base de datos en Excel, denominada "1.2. Relación de las cuentas por pagar de la entidad discriminada por tercero" con el detalle de las cuentas por pagar por edades, cuyo valor para aquellas cuentas mayores a 360 días es el siguiente:

Tabla No. 34
 Detalle Cuentas mayores a 360 días

(Cifras en COP)

Vigencia	CXP Mayor a 360 días
2020	1.134.141.307.391
2021	449.831.722.367
2022	66.122.102.942

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado "1.2. Relación de las cuentas por pagar de la entidad discriminada por tercero".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además, en atención a la información dispuesta en Circular 30 reportada por la EPS como cuentas por pagar mayores a 360 días frente a la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero, se presentan las siguientes diferencias:

Tabla No. 35
 Diferencia Saldos Cuentas por pagar mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	Saldo ERP Circular 30	Saldo reportado por la ERP a CGR	Diferencia
2020	1.729.814.305.789	1.134.141.307.391	595.672.998.398
2021	1.898.417.564.935	449.831.722.367	1.448.585.842.568
2022	1.867.283.512.658	66.122.102.942	1.801.161.409.716

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado "1.2. Relación de las cuentas por pagar de la entidad discriminada por tercero" y MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022" dispuesto en página web.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Pijaos EPS

Se evidenció que las cuentas por pagar de EPS a IPS mayores a 360 días y las cuentas por cobrar de IPS a EPS mayores a 360 días se incrementaron año tras año como se puede detallar a continuación:

Tabla No. 36
 Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

	2020		2021		2022	
	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS
RC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
RS	4.437.528.373	15.811.637.264	6.590.740.458	17.667.065.788	8.625.325.538	27.400.516.621

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Se solicitó a la EPS, relación de las cuentas por pagar, durante las vigencias auditadas, y al respecto mediante oficio con radicado EPSI06-AGER-100-2023-105 del 02 de noviembre de 2023, la EPS allegó archivos en Excel, con el detalle de las cuentas por pagar por edades.

De los soportes allegados, se evidencia que el comportamiento de las cuentas por pagar mayores a 360 días es el siguiente:

Tabla No. 37
 Detalle Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	CXP Mayor a 360 días
2020	6.564.307.553
2021	7.793.436.112
2022	9.081.200.244

Fuente: Pijaos Salud EPSI (2023) Archivo Excel denominado "RELACION DETALLADA DE CUENTAS POR PAGAR POR EDADES Y TERCEROS DIC 2020,2021 y 2022".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además, en atención a la información dispuesta en Circular 30 reportada por la EPS como cuentas por pagar mayores a 360 días frente a la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero, se presentan las siguientes diferencias:

Tabla No. 38
 Diferencia Saldos Cuentas por pagar mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	Saldo ERP Circular 30	Saldo reportado por la ERP a CGR	Diferencia
2020	4.437.528.373	6.564.307.553	2.126.779.180
2021	6.590.740.458	7.793.436.112	1.202.695.654
2022	8.625.325.538	9.081.200.244	455.874.706

Fuente: Pijaos Salud EPSI (2023) Archivo Excel denominado "RELACION DETALLADA DE CUENTAS POR PAGAR POR EDADES Y TERCEROS DIC 2020,2021 y 2022" y MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022" dispuesto en página web.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Coosalud EPS

Se evidenció que las cuentas por pagar de ERP a IPS mayores a 360 días disminuyeron, mientras que desde lo dispuesto por las IPS como cuentas por cobrar tuvo un incremento del 2020 al 2021, y una disminución para el cierre de 2022, como se puede detallar a continuación:

Tabla No. 39
 Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

	2020		2021		2022	
	Saldo ERP	Saldo IPS	Saldo ERP	Saldo IPS	Saldo ERP	Saldo IPS
RC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
RS	125.236.074. 803	177.357.272.4 57	82.320.696. 503	311.230.796.7 26	78.843.587. 243	169.099.036.1 03

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Ahora bien, se solicitó a la aseguradora que reportara las cuentas por pagar por tercero, discriminando las edades de cartera, sin embargo, en archivo Excel denominado "Punto 1.2", dispuso cuentas por pagar de 30, 60, 90 y mayor a 90, sin que reporte cuentas por pagar superior a 360 días.

Lo anterior, dista de lo reportado en Circular 30 de 2013, por cuanto para las vigencias 2020 y 2021, Coosalud figura dentro de las 10 EPS con mayor cantidad de facturas pendientes de pago con antigüedad superior a 360 días. A continuación, se detalla la información de la vigencia 2020:

Tabla No. 40
 EPS que reportan mayores deudas con prestadores y/o proveedores Subsidiado Cartera >360
 (Cifras en COP)

EPS	Suma de ERP Saldo Factura
Emdisalud	301.492.875.431
Salud Vida EPS	299.873.476.600
Ambuq	254.220.505.148
Comparta	228.284.557.263
Caja de Compensación Familiar de Córdoba	223.060.237.723
Convida	192.209.831.454
Comfacundi	143.670.179.835
Asmet Salud EPS SAS	187.254.796.976
Coosalud	125.236.074.803
Capital Salud EPS-S S.A.S.	66.889.629.885
Total	1.957.138.417.928

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Capital Salud

Se evidenció que las cuentas por pagar de EPS a IPS mayores a 360 días disminuyeron en las 3 vigencias y las cuentas por cobrar de IPS a EPS mayores a 360 días presentaron una disminución de 2020 a 2021 y aumento de 2021 a 2022 como se detalla a continuación:

Tabla No. 41
 Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

	2020		2021		2022	
	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS
RC	NA	NA	NA	NA	NA	NA
RS	66.889.629.885	246.703.240.331	51.004.048.013	55.496.611.093	11.492.656.872	85.555.755.857

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente se solicitó a la aseguradora que reportara las cuentas por pagar por tercero, discriminando las edades de cartera, a lo cual la entidad allegó oficio con radicado DI-DG-CT-203-2023 del 02 de noviembre de 2023, y proporcionó archivo Excel denominado "1.2 Cuenta por pagar 2020-2021-2022" con el siguiente detalle:

Tabla No. 42
 Detalle Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	CXP Mayor a 360 días
2020	39.216.359.747

2021	35.637.955.977
2022	17.175.026.309

Fuente: Capital Salud EPSS (2023) Archivo Excel denominado "1.2 Cuenta por pagar 2020-2021-2022".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además, en atención a la información dispuesta en Circular 30 reportada por la EPS como cuentas por pagar mayores a 360 días frente a la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero, se presentan las siguientes diferencias:

Tabla No. 43
 Diferencia Saldos Cuentas por pagar mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	Saldo ERP Circular 30	Saldo reportado por la ERP a CGR	Diferencia
2020	66.889.629.885	39.216.359.747	27.673.270.138
2021	51.004.048.013	35.637.955.977	15.366.092.036
2022	11.492.656.872	17.175.026.309	5.682.369.437

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "1.2 Cuenta por pagar 2020-2021-2022" y MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022" dispuesto en página web.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Famisanar

Se evidenció que las cuentas por pagar de EPS a IPS mayores a 360 días y las cuentas por cobrar de IPS a EPS mayores a 360 días, se incrementaron cada vigencia, como se evidencia a continuación:

Tabla No. 44
 Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

	2020		2021		2022	
	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS	Saldo factura ERP	Saldo factura IPS
RC	219.101.411.819	695.206.605.229	309.184.774.834	886.024.088.840	311.339.588.718	947.082.491.115
RS	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fuente: MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Ahora bien, se solicitó a la aseguradora que reportara las cuentas por pagar por tercero, discriminando las edades de cartera, encontrando que, para las vigencias auditadas, proporcionó archivo Excel denominado "Cuentas por pagar 2020-2021-2022 Final" con el siguiente detalle:

Tabla No. 45
 Detalle Cuentas mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	CXP Mayor a 360 días
2020	139.480.898.899
2021	110.976.304.057
2022	88.146.098.818

Fuente: Famisanar EPS (2023) Archivo Excel denominado "1.2 Cuenta por pagar 2020-2021-2022".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además, en atención a la información dispuesta en Circular 30 reportada por la EPS como cuentas por pagar mayores a 360 días frente a la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero, se presentan las siguientes diferencias:

Tabla No. 46
 Diferencia Saldos Cuentas por pagar mayores a 360 días
 (Cifras en COP)

Vigencia	Saldo ERP Circular 30	Saldo reportado por la ERP a CGR	Diferencia
2020	219.101.411.819	139.480.898.899	79.620.512.920
2021	309.184.774.834	110.976.304.057	198.208.470.777
2022	311.339.588.718	88.146.098.818	223.193.489.900

Fuente: Famisanar EPS (2023) Archivo Excel denominado "1.2 Cuenta por pagar 2020-2021-2022" y MSPS (2023) Archivo Excel denominado "Tablas-informe-resultados-diciembre-2020,2021 y 2022" dispuesto en página web.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En virtud de lo expuesto se evidencia que no han sido efectivas las medidas adoptadas por las EPS para disminuir la cartera con antigüedad superior a 360 días, así como tampoco, las gestiones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, por cuanto de conformidad con la información de Circular No. 30 reportada al MSPS, se evidencia para las vigencias auditadas, que en las EPS Pijaos y Famisanar el comportamiento de las cuentas mayores a 360 días, fue incrementando cada vigencia y para Nueva EPS incrementó de 2020 a 2021.

En cuanto a Coosalud, se encontró que, desde el reporte de los prestadores, hubo un incremento de las cuentas superiores a 360 días de 2020 a 2021, al igual que en Capital Salud, que el incremento surgió de diciembre 2021 a 2022.

Por lo anterior se evidencia que el comportamiento de las cuentas mayores a 360 días, para todas las EPS de la muestra mostró un aumento de la cartera al menos en un periodo auditado.

Adicionalmente se encontró que frente a lo reportado en Circular 30, y la información dispuesta por las EPS de la muestra ante solicitud realizada por la CGR, presenta diferencias en las cifras.

Causa

Atribuibles a la SNS

De acuerdo con las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, sus acciones no impactan en la corrección del comportamiento de cartera morosa que resulta contrario a la norma, ni en el proceso de aclaración de cuentas, por lo cual persisten cuentas por pagar que alcanzan una edad que supera los 360 días.

Atribuibles a la EPS:

Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS, y debilidades administrativas y financieras al interior de la EPS para garantizar el saneamiento de las deudas con los prestadores.

Efecto

Dada la situación financiera de algunos aseguradores, las posibles medidas de intervención e incluso los procesos de liquidación de los mismos, existe riesgo alto de pérdida de los recursos comprometidos en cartera.

De igual forma, se genera desequilibrio financiero en los prestadores, dado que el recurso no fluye de manera oportuna, con la consecuente afectación en la prestación de los servicios de salud con calidad.

Desequilibrio financiero en el SGSSS; iteración de prácticas contrarias al buen gobierno y gestión fiscal de los recursos del SGSSS.

Se mantienen en los estados financieros de los prestadores y/o proveedores las cuentas por cobrar superiores a 360 días, sin que exista garantía de reconocimiento de estos recursos dada la antigüedad de la cartera.

Respuesta de las Entidades

Nueva EPS

Nueva EPS dio respuesta con oficio P.127-2023 sin fecha, radicado SIGEDOC 2024ER0019009 manifestando:

(...)

Con relación a la tabla "Cuentas mayores a 360 días", esta información no es coincidente con lo reportado por Nueva EPS, en la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, en esta reposa la información reportada por los diferentes actores del SGSSS. Nueva EPS reportó los siguientes saldos al corte 31 de diciembre de cada vigencia en lo que corresponde a las deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días (...).

Las diferencias presentadas en los datos relacionados pueden obedecer:

El informe no contempla los pagos y/o abonos realizados por la EPS a los prestadores de servicios de salud que se encuentran en curso de legalización (anticipos) lo cual puede generar diferencias en el saldo reportado, hasta que estos pagos no sean legalizados en su totalidad.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que la diferencia entre el valor "Saldo ERP Circular 30" y "Saldo reportado por la ERP a CGR" corresponde a que los saldos por IPS de la Circular 030 se reportan como un valor bruto, puesto que este formato no permite descontar los saldos de los anticipos existentes para cada tercero, mientras que el en saldo reportado por Nueva EPS en las cuentas por pagar, si se descuenta el valor de los

anticipos existentes para cada tercero que no fueron incluidos en el proceso de legalización por documento y números de documentos específicos y por otras situaciones como: facturas aplicadas en giro directo, operaciones de financiamiento sectorial como compra de cartera, legalización de anticipos de tutela, anticipos por giro directo y actas de acuerdo de pago por conciliación de cartera.
(...)

Como se puede observar no existe Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS, y debilidades administrativas y financieras al interior de la EPS, ya que se garantiza el saneamiento de las deudas con la red de prestadores.

Así mismo, no se presentan prácticas indebidas por parte de las EPS, en razón a que se realiza el pago de las cuentas reconocidas a prestadores y/o proveedores de servicios de salud.

No se presenta riesgo en la aseguradora, que indique pérdida de los recursos comprometidos en cartera, como se puede observar se mantiene un control adecuado de los recursos.

Se mantiene el equilibrio financiero en los prestadores, dado que el recurso fluye de manera permanente, sin existir afectación en la prestación de los servicios de salud, los cuales se realiza con oportunidad y calidad.

Pijaos

A través de correo electrónico del 22 de diciembre de 2023, Pijaos EPSI, remitió respuesta de las observaciones, en oficio con radicado EPSO06-AGER-100-2023-127, con SIGEDOC 2023ER0244992 de diciembre 22 de 2023 en la que se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas, señalando lo siguiente:

“(…)

C. Deudas reconocidas (carteras vencidas) que no se pagan a prestadores (Incobrables) (Circular 30 - FT 003 SNS)

La entidad Pijaos Salud EPS-1 se permite informar que una vez revisada la tabla diferencia de saldos cuentas por pagar mayores a 360 días, las mismas se presentan por varias razones:

Cuando se realiza el cargué de la información a la plataforma PISIS, siempre nos genera una validación que consiste en "la entidad (IPS) no figura como entidad válida para FEPA en el SISPRO", como se muestra en la imagen 1. (...)

Es decir que no toda la información que se encuentra en las cuentas por pagar se puede reportar al aplicativo PISIS, lo que genera una diferencia entre la información contable que se reporta en circular 030 y la información contable registrada en los estados financieros de la entidad, por la validación ya mencionada.

Lo que indica que la responsabilidad de que la información sea coincidente con circular 030 no es de la EPS-I PIJAOS SALUD sino de la Plataforma PISIS, que no deja cargar los prestadores aun siendo estos habilitados para Giro Directo.

Teniendo en cuenta lo indicado en la Ley 1122 de 2007 (Art. 13). Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación; Pijaos Salud en cumplimiento a lo indicado por la Ley gira los pagos de la cápita de manera anticipada y reconoce en sus estados financieros el valor correspondiente a cada mes, independientemente si el prestador realiza la radicación de la factura dentro del mismo mes.

Lo anterior genera diferencia teniendo en cuenta que en SISPRO se reporta solamente las facturas que fueron radicadas durante cada trimestre y las respectivas actualizaciones. En la imagen 2 se puede observar que facturas de la cápita del periodo de diciembre del 2021 fueron radicadas en el año 2022, es decir estas facturas solo se reportan en el periodo que corresponda de acuerdo a la fecha de radicación. (...)

Esta inconsistencia se presenta debido a que los prestadores de servicios de salud no radican oportunamente las facturas en el periodo que corresponde para ser reportadas por la EPS-I en Circular 030.

Es importante también resaltar que las edades en las facturas cargadas en Circular 030 son difíciles de calcular y comparar con la información que se registra contablemente en el sistema de información de la EPS-I, debido a que en el reporte de circular 030 se reporta la fecha de emisión y fecha de presentación de la factura.

Sin embargo, como lo indica la Ley 1438 del 2011 y Resolución 3047 de 2008 las facturas en su proceso de auditoría pueden ser objeto de glosa total o parcial y pueden ser levantadas por la EPS-I dentro del proceso de respuesta y/o conciliación de glosa. Es por esto que las fechas de vencimiento de los saldos de las glosas conciliadas aceptadas por la EPS-I inician desde el momento de la respuesta y/o conciliación y no desde el momento de la radicación de la factura. (...)

Como se puede evidenciar en la imagen 3 la factura tiene diferentes fechas de vencimiento, ya que al surtir el proceso de auditoría fue glosada, el prestador dio respuesta subsanando la glosa parcial y posterior se realizó la conciliación con la IPS en donde la EPS-I volvió a aceptar una parte del valor glosado.

De acuerdo a lo observado en la anterior tabla se concluye que no es viable calcular los vencimientos de una factura reportada en circular 030 frente a las cuentas por pagar por edades efectivamente registradas en la contabilidad de la entidad y por estas razones se presentan las diferencias en los saldos acumulados auditados por la contraloría.

Por lo anteriormente expuesto como se puede evidenciar en la Tabla Diferencia Saldos Cuentas por pagar mayores a 360 días, la entidad Pijaos Salud EPS-1 ha estado constantemente depurando y actualizando la información que reporta en la plataforma PISIS, es por esta razón que la diferencia ha venido descendiendo; sin embargo, como ya se manifestó existen algunas diferencias que no son subsanables por las validaciones de la plataforma PISIS y por los procesos que se tienen establecidos en la entidad en cumplimiento a la normatividad vigente.

Coosalud

A través de correo electrónico del 29 de diciembre de 2023, Coosalud EPS, remitió respuesta de las observaciones, en la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas, señalando lo siguiente:

“Frente a la observación Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días.

Le comunicamos que el pasivo con proveedores de servicios de salud incluye glosas, por ello el saldo se encuentra en proceso de depuración con la red de servicio dada las glosas realizadas de conformidad con el procedimiento legal vigente.

De otro lado, las diferencias entre los valores reportados por las IPS en el marco de las notificaciones de la circular 030 es una situación ya conocida por la entidad y expuesta en diversos escenarios con el Ministerio de Salud, no obstante, desde Coosalud EPS. se han venido adelantando jornadas de conciliación a nivel nacional, que apuntan al saneamiento y depuración de cartera por parte de los proveedores de servicios de salud, teniendo en cuenta que la red de servicio está reportando cuentas superiores por cobrar toda vez que no actualizan sus estados de cartera, reportando información de cuentas por cobrar que exceden lo valores reales”.

Capital Salud EPS-S

Capital Salud EPS-S dio respuesta con oficio DI-DG-CT-215-2023 del 27/12/2023 radicado con SIGEDOC 2024ER0019007 en la CGR, en los siguientes términos:

“Frente a la observación “se evidencia qua no han sido efectivas las medidas adoptadas por las EPS para disminuir la cartera con antigüedad superior a 360 días” Capital Salud EPS-S se permite precisar que, como se evidencia en información suministrada por la Contraloría General de la Republica - CGR entre 2020 y 2022 se logró una disminución del 56%, producto de conciliación de. cartera con prestadores, liquidación de contratos, conciliación de glosa y todas las actividades encaminadas a la depuración de cuentas. (...).

Adicional a ello, en el saldo mayor a 360 a diciembre de 2022 el 39% corresponde a facturación de laboratorios COVID-19 los cuales no son responsabilidad de pago de la EPS- S si no que por norma la ADRES de auditar y pagar directamente a los prestadores, otro ítem importante en este saldo es la glosa por conciliar que. a diciembre de 2022 ascendía a \$5.745.095.616 con el 33% y que a 30 de noviembre de:2023 está en \$1.861.104.393 disminuyendo en un 68% producto de los esfuerzos de conciliación con los prestadores. (...).

Frente a la observación “en atención a la información dispuesta en Circular 30 reportada porta EPS como cuentas por pagar mayores a 360 días frente a la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero (...)”.

Dentro del proceso de depuración y saneamiento de cartera que se realiza con los prestadores, comparados con los reportes de circular 030 la EPS-S se ha evidenciado que la principal diferencia obedece a que las IPS no actualizan sus saldos en el reporte de circular 030, además que existen varias. IPS liquidadas que aun presentan saldo es este reporte y la EPS ya no tiene cuentas por pagar pendientes con estos prestadores por lo tanto es pertinente que el MSPS realice la depuración necesaria.

Al realizar un comparativo frente a los valores reportados por la IPS en Circular 030 durante los últimos 3 trimestres se evidencia que a pesar de que se han adelantado las conciliaciones de cartera, las IPS no actualizan la información reportada en el Ministerio con la frecuencia solicitada por la norma especialmente la de vigencias anteriores (...).

Por lo anterior, para el mes de octubre de 2023, Capital Salud EPS-S envió derechos de petición a los prestadores, solicitando se realice la depuración de Circular 030 en el reporte a realizarse al Ministerio con corte a septiembre de 2023 y se continúa adelantando los procesos de conciliación y depuración de cartera con los prestadores para el saneamiento de los saldos de SISPRO. (Se adjuntan soportes de circularización).

Otras causales de diferencia obedecen a:

- *Aplicación de pagos y pagos sin descargar por parte de los prestadores.*
- *Diferencias en los tiempos de registro contable de la factura, por ejemplo, para la IPS la factura quedó procesada en un mes y en la EPS fue radicada en un periodo posterior.*
- *Identificación de facturas devueltas y no radicadas en la EPS, incluidas en los estados de cuenta del prestador.*
- *Registro de Glosas iniciales en la EPS, no reflejadas en la IPS.*
- *Registro de Respuesta glosa y Conciliaciones de glosa en la EPS, no reconocidas por el prestador o registradas en periodos diferentes.*
- *Diferencias en Valor inicial de la factura presentado por la IPS, los prestadores no relacionan en el valor de factura los correspondiente a copagos y cuotas moderadoras.*
- *En el reporte de Circular 030, las diferencias con algunos prestadores obedecen a que las IPS no actualizan la información reportada en el Ministerio con la frecuencia solicitada por la norma.*

De acuerdo con lo anterior, se solicita evaluar los argumentos expuestos por la EPS-S y de desestime la observación efectuada por el equipo auditor.”

Famisanar

A través de correo electrónico del 05 de enero de 2024 con SIGEDOC 2023ER0227294, Famisanar EPS, remitió oficio en el que se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas, señalando lo siguiente:

“(...

3. Deudas reconocidas (carteras vencidas) que no se pagan a prestadores (incobrables) (Circular 30-FT 003 SNS)

OBSERVACIÓN (CGR): Se evidenció que las cuentas por pagar de EPS a IPS mayores a 360 días y las cuentas por cobrar de IPS a EPS mayores a 360 días, se incrementaron cada vigencia, como se evidencia a continuación:

(...)

Respuesta EPS FAMISANAR SAS: Las diferencias mencionadas entre la Circular 030 reportada por EPS Famisanar y el reporte de la Circular 030 de la IPS obedecen principalmente a las siguientes causas:

- *La EPS reporta las facturas en estado DEVUELTO y de radicados ANULADOS con saldo factura igual a \$0 mientras que el prestador presenta las mismas facturas con el saldo completo como pendiente.*
- *Las IPS presentan en Circular 030/13 facturas que no están efectivamente radicadas ante la EPS.*
- *Las IPS presentan en Circular 030/13 facturas que han sido validadas mediante RIPS pero que no han completado la entrega de soportes o la corrección de la información de los RIPS por lo que para la EPS no se consideran efectivamente radicadas.*
- *Las IPS no actualizan la información de glosas aceptadas en Circular 030/13.*
- *Se ha detectado que las IPS no actualizan la información de saldo de manera oportuna en Circular 030/13 acorde con los pagos realizados por la EPS.*

Por esto, EPS Famisanar SAS ha venido adelantando acercamientos con las IPS mediante agendamiento de mesas de trabajo, con el propósito de orientar y apoyar a las IPS en la forma como deben actualizar los datos de la Circular 030/13. De esta manera se busca coincidencia en cantidad de facturas y en valor entre lo reportado por las IPS y lo informado por la EPS; es así como durante el 2023 se solicitaron cerca de 70 mesas con las IPS.

(...)

OBSERVACIÓN (CGR): Ahora bien, se solicitó a la aseguradora que reportara las cuentas por pagar por tercero, discriminando las edades de cartera, encontrando que, para las vigencias auditadas, proporcionó archivo Excel denominado "Cuentas por pagar 2020-2021-2022 Final" con el siguiente detalle:

Respuesta EPS FAMISANAR SAS: Por otro lado, en la tabla denominada Detalle Cuentas mayores a 360 días, la Contraloría General de la República refleja los saldos de las cuentas por pagar mayores a 360 días, conforme con la información reportada por Famisanar EPS en el requerimiento 2023EE0187627 del pasado 26 de octubre de 2023, donde se solicitó: (...)

"1.2, Relación de las cuentas por pagar de la entidad discriminada por tercero correspondientes a las vigencias (2020,2021 y 2022) en formato Excel y con los siguientes campos: Nombre del proveedor o IPS, NIT, concepto, Entre 1-60, Entre 61-90, Entre 91-180, Entre 181 a 360, y mayor a 360 días, valor total y explique las razones de su comportamiento"

Al respecto es importante aclarar que en dicha respuesta se remitieron las cuentas por pagar por edades de la EPS incluyendo las cuentas administrativas y obligaciones financieras las cuales fueron descontadas del análisis efectuado por el Ente de Control. En complemento a lo anterior se resalta que se deben descontar los saldos de cuentas por pagar PAC y cuentas por pagar de incapacidades, obligaciones que por su naturaleza no son reportados conforme en lo señalado en el literal a del numeral 4.4 de la Circular 030/13.

En la siguiente tabla se efectúa el cálculo de las cuentas por pagar mayores a 360 días conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

Como se observa se presenta una reducción en los saldos de las cuentas por pagar mayor a 360 días.

OBSERVACIÓN (CGR): Además, en atención a la información dispuesta en Circular 30 reportada por la EPS como cuentas por pagar mayores a 360 días frente a la información suministrada por la EPS a la CGR que contiene el detalle de la relación de las cuentas por pagar por tercero, se presentan las siguientes diferencias:

Respuesta EPS FAMISANAR SAS: Respecto a la Tabla denominada Diferencia Saldos Cuentas por pagar mayores a 360 días en donde se evidencian diferencias entre la información reportada en Circular 030/13 y la información remitida en respuesta a requerimiento 2023EE0187627 se aclara que las diferencias se pueden deber a:*

- La edad de la cartera estimada por el Ministerio de Salud y Protección Social se basa en la fecha de emisión de la factura, mientras que la edad reportada en la respuesta del requerimiento se estima con base en la última fecha de radicación de la factura en la EPS.*
- En la Circular 030/13 se reporta la facturación radicada del trimestre y se efectúan las actualizaciones sobre facturación radicada en periodos anteriores, mientras que en la información reportada como respuesta al requerimiento de Cuentas por pagar mayores a 360 días se incluyen las facturas radicadas, liquidadas y contabilizadas pendientes de pago; es decir en la respuesta al requerimiento de Cuentas por pagar mayores a 360 días no se incluyen las facturas radicadas y que están en auditoría o pendientes de auditoría.*

Es importante mencionar que las facturas radicadas que están en auditoría o pendientes de auditoría se reflejan dentro del pasivo de la Entidad como Reservas técnicas conocidas no liquidadas y no conocidas o como provisión de glosa. Por su naturaleza dicho pasivo se considera como deuda no vencida ya que no es exigible su pago sin surtir todos los procesos de liquidación y conciliación con la IPS.

OBSERVACIÓN (CGR): En virtud de lo expuesto se evidencia que no han sido efectivas las medidas adoptadas por las EPS para disminuir la cartera con antigüedad superior a 360 días, así como tampoco, las gestiones realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, por cuanto de conformidad con la información de Circular No. 30 reportada al MSPS, se evidencia para las vigencias auditadas, que en la EPS Famisanar del comportamiento de las cuentas mayores a 360 días, fue incrementando cada vigencia.

Por lo anterior se evidencia que el comportamiento de las cuentas mayores a 360 días, para todas las EPS de la muestra mostró un aumento de la cartera al menos en un periodo auditado.

Adicionalmente se encontró que frente a lo reportado en Circular 30, y la información dispuesta por las EPS de la muestra ante solicitud realizada por la CGR, presenta diferencias en las cifras.

Respuesta EPS FAMISANAR SAS: El 96% de las cuentas por pagar con saldo mayor a 360 días se encontraba a cargo de ADRES y corresponde a obligaciones no financiadas con la UPC de conformidad a la normatividad vigente. Una vez los recursos son girados por ADRES y recibidos por la EPS se entregan a la Red de prestadores como se observa durante el año 2021 y 2022.

*En virtud de lo expuesto las cuentas por pagar con más de 360 días se han reducido tal como se evidencia en la siguiente tabla:
(...)*

- **SNS**

La Supersalud, remitió respuesta de las observaciones, en oficio con radicado 20249000000024261 con SIGEDOC 2023ER0243562, en la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas; sin embargo, sobre la presente observación comunicada, la entidad no se pronuncia.

Análisis de respuesta

Nueva EPS

La EPS señala que la información presentada por la CGR en la tabla “*Cuentas mayores a 360 días*”, no es coincidente; se procedió a realizar nuevamente la validación de los datos reportados en la Circular 30, reiterando los datos de la observación.

De otra parte, la EPS presenta comparativo entre la información de los saldos de *ERP Circular 30* vigencias 2020, 2021 y 2022 y el “*saldo reportado por la ERP a la CGR*”, evidenciándose igualmente diferencias, que según la Nueva EPS corresponden a que las “*IPS reportan como un valor bruto, (...) mientras que el saldo reportado por Nueva EPS en las cuentas por pagar, se descuenta el valor de los anticipos existentes para cada tercero que no fueron incluidos en el proceso de legalización por documento y números de documentos específicos y por otras situaciones como: facturas aplicadas en giro directo, operaciones de financiamiento sectorial como compra de cartera, legalización de anticipos de tutela, anticipos por giro directo y actas de acuerdo de pago por conciliación de cartera*”; situaciones que ratifican lo manifestado en la observación como causa relacionada con la ineficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS, y debilidades administrativas y financieras al interior de la EPS para garantizar el saneamiento de las deudas con los prestadores.

Frente a la causa “*prácticas indebidas por parte de las EPS al no realizar el pago oportuno de las cuentas reconocidas a prestadores y/o proveedores*” se retira de la observación al corresponder a situaciones que deben ser analizadas de manera particular entre EPS y prestadores.

Finalmente, no se comparte lo afirmado por la EPS donde se indica “*se mantiene el equilibrio financiero en los prestadores, dado que el recurso fluye de manera permanente (...)*”, al presentarse una alta cartera registrada por las IPS y por pagar

a cargo de la ERP. De otra parte, frente a la causa referente a que se mantienen en los estados financieros de los prestadores y/o proveedores las cuentas por cobrar superiores a 360 días, sin que exista garantía de reconocimiento de estos recursos dada la antigüedad de la cartera, la EPS no se pronunció.

Pijaos EPSI

De conformidad con lo indicado por la EPS, en el cargue de la información en PISIS, les genera una inscripción que señala *“la entidad (IPS) no figura como entidad válida para FEPA en el SISPRO”*, razón por la cual la información de las cuentas por pagar de manera completa no se carga en el aplicativo, y genera diferencia entre la información contable de Circular 030 y lo registrado al interior de la EPS.

Sobre el particular, aducen que la responsabilidad de que la información no resulte coincidente reside en la plataforma PISIS. Sobre el particular, la entidad dispone en el oficio de respuesta imagen en la que se establece la inscripción señalada, sin embargo, la EPS no allega soporte que permita establecer que han existido comunicaciones con el MSPS, en las cuales hayan puesto en conocimiento las dificultades presentadas para el cargue de la información, más aún cuando la normatividad establece una carga para las EPS de la veracidad de la información que reportan en el aplicativo, por lo cual el argumento no resulta de recibo.

En cuanto a los contratos de capitación, la entidad refiere que da cumplimiento al pago anticipado y registra de igual forma en sus estados financieros, sin embargo, en el aplicativo SISPRO, la EPS reporta las facturas radicadas en el trimestre, pero los prestadores no realizan la radicación oportuna, razón por la cual se presentan diferencias, colocando como ejemplo las facturas de cápita de diciembre de 2021, que fueron radicadas en 2022. Al respecto cabe resaltar que la observación se encuentra relacionada con las cuentas por pagar con antigüedad superior a 360 días, es decir que, pese a la tardía radicación de los prestadores, no existiría una cartera superior a 360 días puesto que el pago al prestador fue realizado de manera anticipada y por ende a nivel contable no debería reflejarse una cuenta con esta antigüedad, por lo que el argumento de Pijaos no desestima lo observado.

Otro de los argumentos esbozados por la entidad, es la dificultad para calcular las edades en las facturas, por cuanto en Circular 30 se reporta fecha de emisión de la factura y de presentación de la misma, sin contemplar el proceso de auditoría, glosa total o parcial y la posibilidad de levantamiento de la glosa, por lo que debe calcularse la fecha de vencimiento de los saldos, desde el momento de la respuesta y/o conciliación y no desde el momento de la radicación de la factura, razón por la cual las edades se registran de manera diferente en la contabilidad de la entidad.

No obstante, lo anterior, al validar la información presentada por la EPS se evidencian cuentas por pagar mayor a 360 días por un valor de 9.081.200.244 al

cierre de la vigencia 2022, lo cual demuestra que a nivel interno de la entidad si hay cuentas que tienen una antigüedad superior.

Frente a lo expuesto por la EPS, es preciso indicar que la observación no se enfocaba en las diferencias que se presentan entre lo reportado en Circular 30 y la información entregada por Pijaos, que si bien resultan de relevancia, en virtud del principio de publicidad y transparencia, no era el foco de la observación, por el contrario, se establece que dada la información existente de cuentas por pagar con antigüedad superior a 360 días, se evidencia un incremento al menos en un periodo auditado, demostrando debilidades en la EPS en el pago oportuno de sus obligaciones, así como en el saneamiento de cartera con los prestadores.

Coosalud EPS

Frente a la condición dispuesta para la EPS Coosalud, no se evidencia en la respuesta proporcionada por la entidad con SIGEDOC 2024ER0000804, argumentos que permitan desvirtuar la situación encontrada.

Lo anterior, por cuanto se dispone que, en la información reportada por la EPS, no establecen cartera superior a 360 días, lo cual dista de la información reportada en Circular 30 de 2013, y se establece que Coosalud, se encuentra como una de las EPS con mayor cartera superior a 360 días.

Sobre el particular la entidad dispone *“De otro lado, las diferencias entre los valores reportados por las IPS en el marco de las notificaciones de la circular 030 es una situación ya conocida por la entidad y expuesta en diversos escenarios con el Ministerio de Salud (...)”* sin embargo los datos que fueron establecidos en la observación corresponden al saldo de factura reportado por la ERP, por lo cual, no es de recibo lo afirmado por Coosalud.

Capital Salud EPS-S

Una vez analizada la respuesta recibida de Capital Salud EPS-S y sus soportes se retira de la observación la afirmación *“se evidencia que no han sido efectivas las medidas adoptadas por las EPS para disminuir la cartera con antigüedad superior a 360 días”* al concluir que la EPS ha logrado durante las últimas tres vigencias en estudio disminuir sus cuentas por pagar con sus prestadores en un 56,21% producto del pago, depuración y seguimiento de sus cuentas.

Frente a las diferencias aduce la EPS que corresponden principalmente a que las *“IPS no actualizan sus saldos en el reporte de circular 30 además que existen varias. IPS liquidadas que aun presentan saldo es este reporte y la EPS ya no tiene cuentas por pagar pendientes con estos prestadores por lo tanto es pertinente que el MSPS realice la depuración necesaria, igualmente, la EPS relaciona otras causales a las cuales*

se atribuye las diferencias como: pagos sin descargar por parte de los prestadores, glosas no reflejadas en la IPS, facturas devueltas no radicadas, entre otras; no obstante, la EPS debe continuar adelantando las gestiones que permitan sanear, aclarar y depurar sus cuentas, así como, en los casos que corresponda firmar los compromisos de pago.

Famisanar

La EPS se refiere a las diferencias que se presentan entre el saldo reportado por Famisanar y lo reportado por los prestadores, señalando las principales causas de estas diferencias, entre estas el registro de los prestadores de facturas con saldo completo, pese a haber sido devueltas o anuladas, o cuando no han sido efectivamente radicadas.

La entidad indica que ha adelantado mesas de trabajo con los prestadores para apoyar en el cargue de datos de la Circular 30, señalando el número de mesas durante la vigencia 2023.

Frente a las diferencias en la información reportada en Circular 030 de 2013 y lo reportado a la CGR, indican que existen algunas situaciones que causan estas diferencias, entre estas el cálculo de la edad de la cartera que, para el MSPS, se estima a partir de la fecha de emisión de la factura, mientras que, en el reporte a la Contraloría, fue estimada con base en la última fecha de radicación de la factura en la EPS. Así mismo en el reporte de Circular 30, se contabilizan las facturas radicadas y que están en auditoría o pendientes de auditoría y a la CGR reportaron las facturas radicadas, liquidadas y contabilizadas pendientes de pago.

Ahora bien, indican que el 96% de las cuentas con saldo mayor a 360 días, corresponden a obligaciones No UPC a cargo de ADRES, señalando *“Una vez los recursos son girados por ADRES y recibidos por las EPS se entrega a la Red de prestadores como se observa durante el año 2021 y 2022”*.

Adicionalmente refieren que las cuentas por pagar mayores a 360 días se han reducido y presentan en una tabla, las causas de no haber realizado el pago, entre estas que las obligaciones no hacen parte de presupuestos máximos, estos corresponden a NO PBS acuerdo de punto final giro directo Adres, facturas COVID, embargado, giro sujeto a disponibilidad de presupuestos máximos.

Sobre los argumentos expuestos por la entidad, resulta de relevancia que, dentro de las causales o motivos para no efectuar los pagos, la mayor cantidad de recursos, se concentran en la causal *“No hace parte de presupuestos máximos, estos corresponden a NO PBS acuerdo de punto final giro directo ADRES”*, facturas COVID, y presupuestos máximos. No obstante, la entidad no allega soportes que permitan corroborar los argumentos expuestos, así como la gestión que han realizado para que ADRES realice el pago de las obligaciones y a su vez la EPS salde sus

cuentas con los prestadores, por lo cual, no se desvirtúa lo observado y se valida como hallazgo.

SNS

Sobre la observación comunicada la entidad no se pronuncia. Al respecto, es preciso indicar que en el marco de sus competencias y específicamente frente a lo señalado en la Circular 30 numeral 4.2. le corresponde: “(...) *b. Realizar el proceso de verificación de los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances y c. Efectuar el seguimiento al proceso de aclaración de cuentas y adelantar los procesos sancionatorios correspondientes contra los actores destinatarios de la presente Circular, que incumplan con el reporte de información*”.

Por lo cual se mantiene lo observado y se valida como hallazgo.

4.3.1.2. Acciones por parte del MSPS y SNS frente a flujo de recursos

- **Acciones del MSPS para aportar a la garantía del flujo oportuno de los recursos del SGSSS.**

De acuerdo con lo reportado por el MSPS, en el 2020 inició acciones para modificar el Decreto 4747 de 2007, con la finalidad de ajustar los aspectos contractuales de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y los responsables de pago, e incluir medidas de protección al usuario y mecanismos de seguimiento a los acuerdos de voluntades.

Por lo anterior, refieren que mediante la expedición del Decreto 441 de 2022, fueron recogidas varias situaciones y se brindaron claridades normativas, en aras de mejorar las relaciones entre los actores, en diferentes aspectos, entre estos las glosas.

De manera concreta, frente a las glosas señalan que se incluyeron elementos reglamentarios consistentes en:

- *Actualización de disposiciones operativas respecto a los procesos de pago y conciliación de glosas, integrando la factura electrónica en salud como un soporte de pago.*
- *Armonización del contenido de pagos, glosas y radicación con la información de Factura Electrónica en Salud y los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.*

Así mismo, refieren que fueron realizadas acciones de socialización y asistencia técnica a: prestadores privados y públicos, proveedores de tecnologías, asociaciones de usuarios y ERP, a través de mesas de socialización de los cambios normativos y fue publicado el ABC del Decreto 441 de 2022.

Por otra parte, se solicitó al MSPS indicar las gestiones realizadas para garantizar

el flujo de recursos, frente a 6 situaciones específicas (Glosas definitivas entre EPS e IPS, glosas definitivas entre ADRES y EPS, CXP y CXC reportadas por entidades liquidadas, carteras vencidas con prestadores que son superiores a 360 días, recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades liquidadas que no fueron objeto de reintegro y recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades respecto de los cuales no ha sido realizado reintegro), y de acuerdo con la respuesta proporcionada por la entidad, se estructuró el siguiente hallazgo:

Hallazgo No. 5. Gestiones MSPS frente al flujo de recursos del SGSSS. (Responsable MSPS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud³⁸ y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

“(…) Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023³⁹, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado *“(…) Implementar un programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos.*

Este informe también señala: *“La OCDE (2021) afirma que cada regulación puede ser vista como un experimento debido a la incertidumbre existente sobre la manera en que las normas pueden afectar a los ciudadanos y a las empresas en la práctica. De esa forma, se hace evidente la necesidad de evaluar las políticas una vez estas son emitidas e implementadas con el fin de determinar su utilidad, así como el cumplimiento de sus objetivos, determinar posibles efectos no intencionados y permitir la posibilidad de ajustar en caso de que así se requiera. La evaluación ex post de regulaciones es un paso crucial en un adecuado proceso regulatorio que dé lugar a normas de calidad. A pesar de su importancia, los Gobiernos tienen pocos incentivos a evaluar sus propias políticas y la posibilidad de exponer “errores”, por lo cual en muchos países no se establecen mecanismos de evaluación planeada como parte del proceso regulatorio (...) En Colombia, concretamente, no se requiere una evaluación sobre el logro de los objetivos de una ley y este requerimiento se aplica solo en el caso de algunas regulaciones. No obstante, y dada la dificultad de considerar posibles efectos indeseados, la evaluación de efectividad se hace crucial. Además de su rol definitivo en garantizar regulación efectiva, las evaluaciones ex post son también útiles para construir apoyo del público hacia las*

³⁸ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023

³⁹ Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

regulaciones y aumentar la confianza en las acciones del Gobierno, en la medida en que aumentan los canales de transparencia y rendición de cuentas y se hacen explícitos la conducta y los incentivos que quiere modificar la regulación”.

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).”

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos.(...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*”

Manual de la Política de Mejora Normativa. Departamento Nacional de Planeación.⁴⁰

“La política de Mejora Normativa tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, a fin de lograr que las normas expedidas por la Rama Ejecutiva del Poder Público, en los órdenes nacional y territorial, revistan los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio y reglamentario que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social.

Principios de la Mejora Normativa:

Además de los instrumentos y herramientas que se plantean desde el ciclo de gobernanza regulatoria, la Política sigue unos principios a través de los cuales se establecen esos fines que deben perseguirse mediante su implementación, como ejes rectores de su misionalidad. En esta medida, la regulación deberá ser:

- *Eficaz: debe ser adecuada y suficiente para resolver el problema identificado y cumplir los objetivos para los cuales fue creada.*
- *Eficiente: debe lograr mayores beneficios que costos para el cumplimiento de sus objetivos.*

⁴⁰ Consulta realizada en <https://www.dnp.gov.co/LaEntidad/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-gobierno-ddhh-paz/Paginas/bases-de-la-politica-de-mejora-normativa.aspx>. Fecha consulta 16/12/2023

- *Medible (evidencia): es importante hacer análisis previos y prospectivos que permitan establecer potenciales impactos de la regulación, y en esa medida, hacer seguimientos posteriores a la implementación de las regulaciones para establecer el cumplimiento de objetivos.*

Ciclo de Gobernanza Regulatoria (CGR)

7. Evaluación de las regulaciones.

El inventario de la regulación es amplio en todos los países, pues típicamente se ha acumulado al paso de los años y sus efectos en la economía pueden estar generalizados. Si bien, buena parte de este inventario regulatorio genera beneficios importantes, su efectividad variará y en ocasiones los costos podrían ser más de los necesarios para alcanzar un objetivo de política (OCDE, 2018). El potencial de que la regulación tenga impactos significativos tanto positivos como negativos requiere que sea evaluada cuidadosamente de forma sistemática y periódica a fin de identificar eventuales fallas en la implementación de la regulación, dando lugar a la actualización, reemplazo o modificación de la misma de acuerdo con el contexto y las circunstancias que se presenten.

Las evaluaciones permiten a los encargados de formular políticas comprender el cumplimiento e inventario de la regulación, considerando el cumplimiento de objetivos, identificando si se han cumplido, analizando si los objetivos iniciales de política se alcanzaron y el costo de implementación de dicha regulación. Los organismos de implementación e inspección juegan un papel fundamental, debido a que son ellos quienes recaban y manejan los datos que son necesarios para evaluar la regulación, contando con la facultad de rediseñar la regulación para hacerla más eficiente.

Evaluación ex post:

Esta herramienta permite, con posterioridad a la entrada en vigor de una regulación, examinar de manera sistemática su relevancia, su efectividad, su impacto (costos-beneficios) y resultados, con el fin de determinar la permanencia, la modificación o la derogatoria de la respectiva regulación en el ordenamiento jurídico. Su importancia radica en que determina si la evaluación ha cumplido los objetivos para los cuales fue creada y que tan eficiente ha sido en ello, es posible que los objetivos se estén cumpliendo, pero los costos de su implementación sean muy altos y se requiera rediseñar la regulación para hacerla más eficiente (OCDE, 2018b). Adicionalmente, en las evaluaciones ex post se identifican efectos anticipados y no anticipados de la regulación que ayudan a determinar si la regulación es rentable y consistente con los objetivos planteados. De esta manera la evaluación ex post permite generar aprendizajes acerca de la forma como se puede mejorar el diseño y la implementación de nuevas regulaciones”.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023.⁴¹

“(...) el seguimiento, el análisis y la evaluación periódicos de los sistemas de salud adquieren una gran importancia, sobre todo con la finalidad de comprender cabalmente cuáles son los principales puntos fuertes y deficiencias.

⁴¹ Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

Cualquier esfuerzo por integrar los servicios tendrá que integrarse a la gobernanza más general de los sistemas de salud. Esto debería incluir el desarrollo de un marco regulatorio apropiado y sistemas de desempeño y seguimiento, y otorgar la misma importancia a las funciones de financiamiento y generación de recursos para garantizar los recursos financieros, físicos y humanos necesarios para crear sistemas de prestación de servicios más integrados (Nolte y McKee, 2008b).

Además, dado que los sistemas de salud a nivel mundial se encuentran en diferentes etapas de integración de los servicios, los enfoques para su evaluación serán diferentes. También lo será la gama de posibles indicadores de que disponen las autoridades y los profesionales para dar seguimiento y comprender el desempeño de la atención integrada (Comisión Europea, 2017).

El logro de un sistema de salud sólido y resiliente implica acciones de política que deben emprenderse sobre la base de la mejor evidencia disponible. Esto requiere el seguimiento regular de los sistemas de salud para aprovechar sus puntos fuertes y superar cualquier deficiencia manifiesta.”

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023). ⁴²

“(...) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras).”

Condición

Mediante oficio del 31/10/2023 con radicado No. 202330002287351 el MSPS realiza un recuento normativo con relación a la destinación específica de los recursos que financian la salud. Posteriormente, presenta antecedentes de la Ley 1122 de 2007, entre los cuales se planteaba: El tiempo de rotación de cartera superior a 120 días pese a la obligación de cancelar las facturas en 35 días siguientes a la radicación; altos niveles de glosa u objeción transitoria que muestran falta de estandarización de los procesos de interrelación entre prestadores y pagadores; demoras por parte de las “ARS” para cancelar cuentas; necesidad de mejorar el flujo de pagos y simplificar los trámites; las ARS reciben pagos anticipados y pagan tardíamente. Con el proyecto de la Ley 1122 se

⁴² Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

buscaba brindar un mayor flujo de capital a IPS ahogadas por dificultades de cartera y propiciar el flujo oportuno de los recursos.

Como actuaciones concretas frente a las glosas de EPS con IPS, el MSPS plantea el inicio en 2020 de las acciones para modificar el Decreto 4747 de 2007 que regula la relación entre prestadores y responsables de pago; las cuales, derivaron en la expedición del Decreto 441 de 2022 para mejorar las relaciones contractuales entre las partes incluidos temas asociados a auditorías y pagos.

A pesar de las acciones antes indicadas, el Decreto 441 expedido el 28 de marzo de 2022, lleva un año y 7 meses (a octubre de 2023) sin la expedición del acto administrativo que operativice elementos del Decreto mencionado, cuando se identifica la agudización de la problemática de flujo de recursos evidenciada en las cifras y edades de cartera con los prestadores; así como en las glosas no conciliadas entre EPS e IPS.

Adicionalmente al indagar sobre las gestiones realizadas por el MSPS frente a: “i) *Glosas definitivas entre ADRES y EPS*, ii) *Cuentas por pagar y cuentas por cobrar de entidades liquidadas (EPS e IPS)*, iii) *carteras de EPS con prestadores superiores a 360 días o en deterioro, cartera de EPS con prestadores que terminan siendo incobrables (liquidación de la entidad)*, iv) *recursos reconocidos sin justa causa por ADRES que no fueron objeto de reintegro*” no hubo un pronunciamiento por parte de la entidad, por lo cual no se observan gestiones realizadas frente a estas situaciones para las vigencias auditadas.

Causas

Falta de evaluación de los resultados de la normatividad expedida por el MSPS frente al flujo de recursos del SGSSS para determinar sus resultados en términos de eficiencia y eficacia.

Demora en la reglamentación del Decreto 441 de 2022 para articular las relaciones entre aseguradores y prestadores.

Demora y/o ausencia de acciones en las vigencias auditadas por parte del MSPS frente a la problemática entre EPS e IPS en torno a las glosas, a la cartera superior a 360 días, a las cuentas por pagar y por cobrar de entidades liquidadas (EPS-IPS), así como frente al reintegro de recursos reconocidos sin justa causa a sujetos activos y liquidados.

Tampoco se identifican indicadores o estudios del MSPS, respecto de las situaciones descritas anteriormente que permitan orientar la oportuna toma de decisiones, en el marco de sus funciones de orientación, coordinación y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De igual forma, se observa ineficacia normativa pues a pesar de estar reglado el procedimiento de trámite de glosas, pagos, cartera y reintegros, no ha sido eficaz para garantizar el flujo de recursos entre los actores del SGSSS.

Efecto

Respecto de las glosas (formuladas entre ADRES y EPS y entre EPS e IPS) se presentan reprocesos de facturación y auditoría de cuentas que generan costos no calculados por el Sistema y sin acciones efectivas por parte de los actores para solucionar oportunamente esta problemática.

Persiste en el tiempo el desacuerdo entre los actores en torno a las facturas y pagos que terminan generando morosidad en las cuentas y barreras en el flujo de recursos.

Ante la ausencia de acciones efectivas y oportunas se materializa el riesgo de no recuperación de los recursos reconocidos sin justa causa.

Respuesta de la entidad

El MSPS dio respuesta con oficio 202330002778931 fechado el 27/12/2023 indicando:

(...)

“En atención a las observaciones realizadas por la Contraloría en este aparte, a continuación, se amplía información relacionada con este punto, así como algunas precisiones frente a lo expresado por esa entidad de control, así:

- Demora en la reglamentación del Decreto 441 de 2022 para articular las relaciones entre aseguradores y prestadores:

Al respecto, como se expresó en la comunicación inicial, si bien el ejercicio de modificación y actualización del derogado Decreto 4747 de 2007 se realizó desde el año 2020 y su materialización se da en el año 2022 con la expedición del Decreto 441 de 2022, este proceso de actualización no se realizó exclusivamente para el Decreto, sino en simultaneidad con la Resolución 3047 de 2008, acto administrativo que se encuentra vigente actualmente, adoptando el Manual de Glosas y Devoluciones que hoy es aplicado entre entidades responsables de pago y prestadores de servicios de salud.

(...)

Ahora bien, el proceso de actualización normativa se realizó en cumplimiento de lo establecido en el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 -Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo- y en el artículo 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, razón por la cual los proyectos modificatorios de los mencionados proyectos de Decreto y Resolución fueron publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, inicialmente en el mes de octubre de 2020, luego en el mes de marzo de 2021, con el fin de recibir las observaciones pertinentes para articular las disposiciones propuestas con las necesidades reales del sector frente a la regulación de los aspectos contractuales, las medidas de protección al usuario y la garantía del acceso a los servicios y tecnologías en salud.

Al respecto, es menester mencionar que, una vez surtido el proceso de consulta pública y mesas de trabajo con los diferentes agentes del SGSSS, el Ministerio expidió el Decreto 441 del 28 de marzo de 2022, el cual deroga el mencionado Decreto 4747 de 2007, recopilado en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016,

actualizando las disposiciones para que las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, celebren acuerdos de voluntades que atiendan a la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos financieros pertinentes.

El necesario desarrollo de los mecanismos administrativos que se derivan de este proceso, se encuentra establecidos en la actualidad por la Resolución 3047 de 2008, “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”. La mencionada Resolución 3047 de 2008 igualmente se encuentra en proceso de actualización y ajuste, sometida a consulta pública en múltiples ocasiones, desde el año 2022 e incluso en el 2023, (la última en el mes de julio de 2023), lo que derivó en la necesidad de ajustar este proyecto de acto administrativo para dar mayor claridad a los temas relacionados con el seguimiento de los acuerdos de voluntades y la necesaria articulación con las nuevas disposiciones normativas sobre Factura Electrónica en Salud y Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud.

(...)

En igual sentido, en concordancia con la Resolución 1036 de 2022, modificada por la Resolución 2806 de 2022 que reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS, se hizo necesario incluir en la modificación de la Resolución 3047 de 2007 el RIPS en el listado estándar de soportes y, adicionalmente, establecer las causas de glosas que obedecen a la auditoría médica que superan el alcance de las validaciones de estructura, contenido y relación definidas mediante la Resolución 1557 de 2023.

De esta manera, no es acertado afirmar que el Ministerio no cuente con los elementos para que, tanto prestadores de servicios de salud como entidades responsables de pago, tengan estandarizados sus procesos de auditoría y conciliación de glosas, toda vez que este proceso se encuentra reglamentado desde la expedición de la Resolución 3047 de 2008, siendo obligación de las partes, atender a los tiempos y obligaciones que allí se encuentran dispuestas. El proceso de expedición de una nueva resolución que modifique a la Resolución 3047 de (sic) 2007 apunta a procesos de mejora y articulación con los avances en temas como Facturación Electrónica en Salud y la implementación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud en su nueva versión.

Por otro lado, la obligación de garantizar que estas disposiciones se cumplan, no corresponde a las competencias de este Ministerio, establecidas en el Decreto 4107 de 2011, sino a las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, quien es la entidad competente para hacer que se cumplan las medidas implementadas en el MSPS. (...).

Finalmente, respecto a las gestiones indagadas por la Contraloría respecto a “i) Glosas definitivas entre ADRES y EPS, ii) Cuentas por pagar y cuentas por cobrar de entidades liquidadas (EPS e IPS) , iii) carteras de EPS con prestadores superiores a 360 días o en deterioro, cartera de EPS con prestadores que terminan siendo incobrables (liquidación de la entidad), iv) recursos reconocidos sin justa causa por ADRES que no fueron objeto de reintegro” es preciso indicar que el mencionado Decreto 441 de 2022 solamente tiene alcance al relacionamiento contractual entre Entidades Responsables de Pago (EPS, ARL y Entidades Territoriales) con Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de

Tecnologías en Salud, sobrepasando la competencia y los temas solicitados respecto a las glosas entre EPS y ADRES. Por otro lado, como se mencionó previamente, es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud garantizar que se dé cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el flujo de recursos en el SGSSS, lo que incluye los temas asociados a glosas, cuentas por cobrar y cartera de EPS, de acuerdo a lo establecido en el artículo 38 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 135 de la Ley 1438 de 2011 que le otorgaron facultades de Inspección, Vigilancia y Control, fortalecidas mediante la Ley 1949 de 2019, que establece la función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud como ente encargado para la materia. Siendo así, este Ministerio se estaría extralimitando en sus competencias, toda vez que es una función asignada a la Superintendencia Nacional de Salud”.

Análisis de la respuesta

El MSPS aduce que el proceso de actualización normativa se realizó en cumplimiento de Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en el artículo 2.1.2.1.14 del Decreto 1081 de 2015, así mismo, que una vez surtido el proceso de consulta pública y mesas de trabajo, el Ministerio expidió el Decreto 441 del 28 de marzo de 2022, sin embargo, no se pronuncia frente a la expedición del acto administrativo que operativice elementos del Decreto mencionado, como se expuso en lo observado por la CGR, igualmente, señaló el Ministerio que la Resolución 3047 de 2008 se encuentra en proceso de actualización y ajuste lo que evidencia lo observado por la CGR.

Frente a los procesos de auditoría y conciliación de glosas, el MSPS señaló que se encuentran estandarizados y reglamentados desde la expedición de la Resolución 3047 de 2008, cuyo deber de garantizar que se cumplan las disposiciones corresponde a la SNS; no obstante, de acuerdo con lo manifestado por el mismo Ministerio, la Resolución 3047 de 2008 se encuentra en proceso de actualización y ajuste; por lo anterior, desde su función como ente regulador, el Ministerio debe realizar con oportunidad la evaluación y seguimiento de la normatividad expedida frente al flujo de recursos del SGSSS para determinar sus resultados en términos de eficiencia y eficacia. Adicionalmente, debido a los altos niveles de glosa u objeción transitoria, el MSPS en conjunto con la SNS deben evaluar y procurar el flujo oportuno de los recursos del SGSSS, desde sus competencias.

De otra parte, frente glosas definitivas, cuentas por pagar y cuentas por cobrar y recursos reconocidos sin justa causa, manifestó el Ministerio que el Decreto 441 de 2022 solamente tiene alcance al relacionamiento contractual entre Entidades Responsables de pago con Prestadores y Proveedores de Tecnologías en Salud, sobrepasando la competencia y los temas solicitados respecto a las glosas entre EPS y ADRES. Por otro lado, indica que es competencia de la SNS garantizar que se dé cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el flujo de recursos en el SGSSS; sin embargo, se reitera que el Ministerio desde la función administrativa está al servicio de los intereses generales, por tanto, debe buscar el buen uso y destino de los recursos del SGSSS.

Finalmente, frente a la falta de evaluación de los resultados de la normatividad; demora y/o ausencia de acciones en las vigencias auditadas por parte del MSPS, respecto de la problemática entre EPS e IPS en torno a las glosas, a la cartera superior a 360 días, a las cuentas por pagar y por cobrar de entidades liquidadas (EPS-IPS); al reintegro de recursos reconocidos sin justa causa a sujetos activos y liquidados, así como, la falta de indicadores y la ineficacia normativa en el trámite de glosas, pagos, cartera y reintegros, el MSPS no se pronunció al respecto.

Por lo anterior se valida el hallazgo.

- **Acciones de la SNS para aportar a la garantía del flujo oportuno de los recursos del SGSSS.**

La SNS mediante comunicación del 02/11/2023, frente al tema de conflictos derivados de glosas entre EPS e IPS, en el marco de sus competencias de la función jurisdiccional y de conciliación (artículo 6 Ley 1949 de 2019), mediante las cuales actúa como juez; presentó una estadística de 304 demandas jurisdiccionales radicadas por prestadores contra EAPB, con pretensiones por 159.789.027.105 COP, de las cuales se ordenaron en sentencias 757.346.222 COP (4,7%); reportando 29 procesos activos, 24 terminados con sentencia y 251 con otra clase de providencia.

Esto indica que, en materia de recursos, en los fallos se reconoce un porcentaje bajo de las pretensiones de los prestadores; lo que estaría confirmando en su mayoría las glosas o devoluciones decididas por las EPS, generando finalmente un desgaste institucional con los costos que se generan para el Estado, en el trámite de los procesos jurisdiccionales y de conciliación en cabeza de la SNS. Adicionalmente, de 304 demandas, 251 (82%) fueron reportadas por parte de la SNS con otra clase de providencia.

Por otra parte, se solicitó a la SNS, que indicara las gestiones realizadas para garantizar el flujo de recursos, frente a 6 situaciones específicas (Glosas definitivas entre EPS e IPS, glosas definitivas entre ADRES y EPS, CXP y CXC reportadas por entidades liquidadas, carteras vencidas con prestadores que son superiores a 360 días, recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades liquidadas que no fueron objeto de reintegro y recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades respecto de los cuales no ha sido realizado reintegro), y de acuerdo con la respuesta proporcionada por la entidad, se proyectó la observación que se detalla a continuación:

Hallazgo No. 6. Gestiones de la SNS frente al flujo de recursos del SGSSS. (Responsable: SNS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud y específicamente frente al caso de Colombia⁴³ señaló que:

“(...) Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

“Artículo 30. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).”

Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 37. Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

“(...)”

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...).”

⁴³ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach.⁴⁴

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial. ⁴⁵

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

Condición.

Mediante oficio radicado No. 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023, se requirió a la SNS, indicar las gestiones realizadas de acuerdos con sus competencias para garantizar el flujo de recursos del SGSSS y allegar los respectivos soportes, frente a las siguientes situaciones:

“(...

a) Glosas definitivas entre EPS e IPS.

b) Glosas definitivas entre ADRES y EPS.

c) CXP y CXC reportadas por entidades liquidadas.

d) Carteras vencidas con prestadores que son superiores a 360 días.

e) Recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades liquidadas que no fueron objeto de reintegro.

f) Recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades respecto de los cuales no ha sido realizado reintegro”.

Al respecto, la SNS dio respuesta mediante radicado No. 20239000001955671 del 02 de noviembre de 2023, en la que refirió frente a cada uno de los puntos lo siguiente:

1. Glosas definitivas entre ADRES y EPS: La entidad en la respuesta realiza un recuento de la normatividad relacionada con presupuestos máximos, señalando las responsabilidades de los actores; sin embargo, frente a las

⁴⁴ Consulta realizada en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

⁴⁵ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

gestiones realizadas por la SNS, manifestó que adelantó auditoria a la ADRES en la vigencia 2022 para verificar la implementación de la normativa de presupuestos máximos, pero frente a la situación de glosas entre ADRES y EPS, no se pronunció. Lo que demuestra la ausencia de gestiones de acuerdo a sus competencias frente al flujo de recursos del SGSSS.

2. Cuentas por pagar y cuentas por cobrar reportadas por entidades liquidadas: La entidad hace referencia al proceso de liquidación y sus etapas, y frente a la situación planteada, refiere el seguimiento que realiza la oficina de liquidaciones de la Superintendencia, de los reportes de los liquidadores o contralores, y del cumplimiento de las normas en el proceso liquidatorio. Sin embargo, frente a las cuentas por pagar y cuentas por cobrar de entidades liquidadas, la SNS no se pronuncia.
3. Carteras vencidas con prestadores que son superiores a 360 días: La entidad refiere que realiza seguimiento a las PQRDS interpuestas por los prestadores, relacionadas con el flujo de recursos del SGSSS, especialmente frente al no pago, barreras en la radicación y otras prácticas indebidas, señalando por EPS los requerimientos efectuados durante las vigencias 2021 (septiembre a diciembre) y 2022 (enero a diciembre).

Al respecto se evidencia que, en el reporte, no fueron presentadas acciones para la vigencia 2020, así como tampoco para los meses de enero a agosto de 2021. Adicionalmente, no fueron entregados soportes, que permitan evidenciar que las gestiones sean directamente relacionadas con la cartera superior a 360 días.

4. Recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades liquidadas que no fueron objeto de reintegro y recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades respecto de los cuales no ha sido realizado reintegro: De acuerdo con el oficio de respuesta, la entidad adelantó auditoria documental a ADRES, frente al reintegro de recursos al SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa. Al respecto indican que fue solicitado plan de mejoramiento, ejecutado en la vigencia 2021 y concluido en junio de 2022, relacionado con *“la falta de calidad y continuidad en la información que remite la ADRES a la Supersalud, relacionada con los procesos administrativos que debía resolver la SNS sobre reintegro de recursos al SGSSS”*. Así mismo, que fue requerido a la ADRES el envío mensual de una base de datos sobre los reintegros por parte de los actores.

De otra parte, fue remitido archivo Excel denominado *“Anexo 1.7 literales e y f”*, en el cual, registran los actos administrativos expedidos por la SNS y ADRES, en el que se evidencia el capital a reintegrar, el valor reintegrado y el saldo pendiente. Frente a lo indicado por la entidad, no fue allegado el resultado del seguimiento al plan de mejoramiento, así como el análisis realizado frente al reporte mensual de ADRES, ni las acciones eficaces realizadas frente a los saldos pendientes por reintegrar.

De acuerdo con lo señalado por la entidad, se evidencia ineficacia de las gestiones frente a las situaciones descritas, lo cual es contrario a las funciones dispuestas en el Decreto 1080 de 2021, especialmente las siguientes:

- *Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo.*
- *Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud.*
- *Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la gestión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos.*
- *Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- *Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- *Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o quien administre estos recursos, incluidos los Regímenes Especial y de Excepción contemplados en la Ley 100 de 1993.*

De conformidad con la respuesta dada por la SNS frente a las gestiones realizadas de acuerdo con sus competencias para garantizar el flujo de recursos del SGSSS, respecto de las situaciones descritas anteriormente, no se evidencia que las mismas sean eficientes, efectivas y eficaces en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del SGSSS.

Ahora bien, respecto de los valores de glosas definitivas, mediante oficio con radicado No. 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023, fue solicitada a la Superintendencia Nacional de Salud la siguiente información:

“(…)

1.2. Indicar los valores de las glosas definitivas generadas entre EPS y prestadores para las vigencias 2020, 2021 y 2022. De no contar con esta información indicar las razones por las cuales no se realiza seguimiento frente a estos recursos del SGSS. (...)”

Mediante oficio con radicado No. 20239000001955671 del 02 de noviembre de 2023, la Superintendencia dio respuesta al requerimiento en los siguientes términos:

“Con referencia a las Entidades de Aseguramiento en Salud, se informa que la fuente de información financiera corresponde a la que las entidades vigiladas, reportan a la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de lo ordenado en la Circular Externa 0016 de 2016 y sus modificatorias, con las condiciones y periodicidad allí establecidas para efectos de supervisión.

En virtud de dicha circular para efectos de supervisión, reportan entre otros sujetos vigilados, como responsables de la calidad, consistencia y razonabilidad de los datos, las Entidades Promotoras de Salud EPS activas, mediante el Archivo Tipo FT001 “Catalogo de Información Financiera para efectos de supervisión” en la plataforma nRVCC dispuesta para tal fin por la superintendencia.

La información que se debe incluir en el citado Archivo Tipo FT001 corresponde a todos los saldos de la entidad desagregadas por la línea de negocio, información que se encuentra certificada por el representante legal, contador público y revisor fiscal de cada entidad.

Por lo expuesto, frente a la glosa definitiva, debido a que la organización de la información que registran las EPS se encuentra reportada bajo la estructura del Archivo Tipo FT001, con los cuales ya cuenta la Contraloría y que se pueden acceder en el siguiente link; <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datosabiertos/search?tags=cat%C3%A1logo>, conforme al esquema predeterminado en los anexos técnicos de información financiera que exige a las entidades reportar, la Superintendencia cuenta con los saldos del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos desagregadas por la línea de negocio”.

A través de correo electrónico del 07 de noviembre de 2023 le fue solicitado al enlace de la Superintendencia Nacional de Salud, la siguiente aclaración frente a la respuesta proporcionada al numeral 1.2 “Teniendo en cuenta la respuesta proporcionada, se solicita indicar de acuerdo con los campos que tiene el formato FT001, en cual de estos podemos identificar el valor de glosa definitiva, ya que al validar la información que allí se dispone, no es claro para este ente de control, como se determinan las glosas definitivas en dicho archivo ya que contiene los siguientes campos:

- *OBJECTID*
- *Nit*
- *Razón social*
- *Código concepto*
- *Valor Catálogo*
- *Denominación*
- *Corte de información*
- *Fecha consulta de información”.*

Como respuesta a la solicitud de aclaración, la SNS, remite oficio con radicado No. 20239000002131691, en que indica: “En este punto, respetuosamente se reitera lo señalado en la respuesta inicial de la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud, indicando que la información que registran las EPS se encuentra reportada bajo la estructura del Archivo Tipo FT001, conocidos por la Contraloría y de acceso en el enlace: <https://mapas.supersalud.gov.co/arcgisportal/apps/sites/#/datosabiertos/searchtags=cat%C3%A1logo>, que conforme al esquema es predeterminado en los anexos técnicos de información financiera que exige a las entidades reportar a la Superintendencia, correspondiendo a los saldos del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos desagregadas por la línea de negocio, en consecuencia la estructura de dicho reporte no contiene campos ni valores asociados de glosas definitivas”.

En virtud de lo anterior, se evidencia que la entidad no cuenta con medición de cifras relevantes para el flujo de recursos del sistema, como son las glosas definitivas que se generan entre prestadores y aseguradores, frente a las cuales, en la presente auditoría se ha identificado un monto de recursos que no fluye en el SGSSS, el cual no es objeto de monitoreo o seguimiento, ni se identifica como un riesgo para el SGSSS, de manera que se adopten las acciones necesarias para mitigarlo.

Causas

Falta de medición, seguimiento y monitoreo de información relevante sobre el flujo de recursos, así como la identificación de riesgos que impactan en el SGSSS.

Falta de vigilancia y control frente al cumplimiento de las normas que regulan el SGSSS por parte de los sujetos vigilados.

Inefectividad de los resultados de las gestiones de IVC de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de los procesos de glosas entre EPS e IPS, carteras vencidas superiores a 360 días, pagos y reconocimiento sin justa causa.

Efecto

Desequilibrio financiero en el SGSSS; iteración de prácticas contrarias al buen gobierno y gestión fiscal de los recursos del SGSSS.

Respuesta de la entidad

A través de correo electrónico del 10 de enero de 2024, la Supersalud, remitió respuesta de las observaciones, en oficio con radicado 20249000000024261, en la se refirió a las conclusiones y observaciones comunicadas, señalando lo siguiente:

Glosas definitivas entre ADRES y EPS:

Para lo indicado en esta observación, se reitera al ente de control que están plenamente soportadas las gestiones de esta Superintendencia, ya que en atención de las acciones de inspección y vigilancia propias de esta entidad se realizó una auditoría a la ADRES en la vigencia 20221, en donde, se verificó la implementación de la normativa respecto al proceso de reintegro de recursos y la gestión sobre los presupuestos máximos y servicios y tecnologías no financiados con cargo a estos, lo que, está estrechamente relacionado con el flujo de recursos del SGSSS, y el seguimiento concluyó satisfactoriamente en julio de la vigencia 2023.

En este orden de ideas, atentamente se solicita trasladar la observación a la ADRES considerando las funciones y competencias atribuidas por ley.

Cuentas por pagar y cuentas por cobrar reportadas por entidades liquidadas:

Respecto a esta observación, se reitera al organismo de control, que como se indicó en su momento, el estado de entidad liquidada conlleva la terminación de la existencia legal y por ende la desaparición de la persona jurídica y desde luego la cesación de sus funciones. Ante la culminación del proceso liquidatorio se aplican las reglas del Capítulo 6 de la Parte 9 del Decreto 2555 de 2010; situación que se puede dar, por el cumplimiento del término máximo de la medida, o por la realización total del objetivo de la liquidación, o por la declaración de no cumplimiento de la condición de equilibrio económico del proceso de liquidación forzosa administrativa. Evento en el que operan las disposiciones de los artículos 9.1.3.6.3 al 9.1.3.6.6 del Decreto 2555 de 2010.

Corresponde a la Oficina de Liquidaciones, en el caso de existir situaciones jurídicas no definidas que redunden directamente en los derechos de los acreedores, la función de velar por que se adelanten las tareas de recaudo de activos por realizar tal es el caso de cobro de cartera pendiente. De modo semejante, la labor encomendada de pagos en acatamiento de los reconocimientos hechos por el liquidador mediante sus actos de poder y que se circunscriben al criterio de preferencia para compromisos excluidos de la masa de existir y al de prelación de créditos para acreencias de la masa de liquidación de carácter oportuno y del pacinore (pago del Pasivo Cierto No Reclamado).

De lo que se sigue, que esta Superintendencia continúa de ser así su competencia de inspección, vigilancia y control bajo las funciones otorgadas por el Decreto 1080 de 2021 en el numeral 10 del artículo 11, el cual indica que: “ARTÍCULO 11. FUNCIONES DE LA OFICINA DE LIQUIDACIONES. Son funciones de la Oficina de Liquidaciones, las siguientes:(...)10. Requerir información o documentación a los mandatarios, fiducias, patrimonios autónomos y personas naturales o jurídicas encargadas de realizar actividades encomendadas para desarrollo posterior a la liquidación de los sujetos vigilados.”

Como bien, se señala en el comunicado de observaciones y conclusiones Auditoría de Desempeño al Flujo de los Recursos del SGSSS, vigencias 2020, 2021 y 2022 de la Contraloría General de la República; las disposiciones de reporte de cuentas por pagar de la Circular Conjunta 030 de 2013 dejan de surtir efecto para el caso de ramos, programas o entidades promotoras de salud que cumplan con el principio financiero de “entidad en liquidación”. Es necesario aclarar también, que el seguimiento y cruce de información ordenada en la circular 030 de 2013 aplica hasta la terminación de la liquidación, más no en los procesos de mandato, fiducias, patrimonios autónomos. En este caso es donde se ejerce la función prevista en el numeral 10 del artículo 11 del Decreto 1080 de 2021.

Lo anterior, en franca contraposición al principio de “negocio en marcha” del Marco Conceptual de las NIIF expedido por la International Accounting Standards Boards – IABS por sus siglas en inglés, aceptado en Colombia mediante la Ley 1314 de 2009 y reglamentada por el Decreto Único 2420 de 2015, el cual a su vez para temas de liquidaciones se anexó en a la Parte 1 del Libro 1 como Título 5 con la expedición del Decreto 2101 de 2016.

En relación con el párrafo anterior se infiere entonces la existencia de dos marcos normativos financieros diferentes, uno para el caso de entidades que desarrollan su objeto social y otro para entidades que enfrentan su disolución. En consecuencia, aunque los dos tipos de organización deben seguir preparando y presentando información financiera que cumpla con las características cualitativas fundamentales de utilidad y teniendo por

ende que garantizar su relevancia y representación fiel; se observa un cambio en las políticas contables, producto de una realidad que se ha transformado; de lo que se sigue la imposibilidad de cumplir con la característica de mejora de comparabilidad.

Es así como un programa, ramo o entidad promotora de salud que se encuentra activa aplica según sus políticas contables y financieras diferentes bases de medición de los hechos económicos, mientras que aquellas que ahora se identifican “en liquidación”, se abocan a medir sus activos y pasivos por la base de Valor Neto de Liquidación, que resulta ser únicamente el efectivo y equivalentes al efectivo que la entidad tendrá que pagar para cancelar la obligación más los costos en los que incurrirá para realizar dicha cancelación, una vez adelantados los procesos de auditoría que permiten hacer la calificación y graduación de las acreencias.

No obstante, es de resaltar que por la Circular Conjunta 030 de 2013 reportan información las EPS activas y una vez empiezan el proceso liquidatorio dejan de actualizar estos datos, por lo que al establecerse con certeza y firmeza en actos administrativos el valor reconocido sobre las reclamaciones de los acreedores por parte del liquidador o ante la realización de pagos prorrateados o totales de dichas obligaciones, tales variaciones no se integran al sistema como reporte de cuentas por pagar de la circular en mención y queda como valor histórico el del último trimestre informado.

Por último, se observa que ante la terminación del proceso liquidatorio se suscitan diferentes efectos entre los cuales se encuentra la desaparición de la existencia legal de la persona jurídica y con ello, de no mediar situaciones jurídicas no definidas, se denota la consumación de los activos realizables; que no es más, que la imposibilidad de continuar realizando pagos por cualquier concepto al haber usado la totalidad de los dineros que representaban los derechos y beneficios económicos que tenía la ahora liquidada EPS. Ante este panorama quienes se hicieron parte en calidad de acreedores deben aplicar los preceptos y causales de reconocimiento de deterioro financiero a manera de depuración contable con reflejo en sus estados financieros y desde luego en los reportes de cuentas por cobrar en obediencia del artículo 9 de la Ley 1797 de 2016 para el sector salud, del Marco Conceptual de la información financiera 2018 y de las disposiciones de la Circular Conjunta 030 de 2013.

Ello expone las diferencias observables al momento de comparar las cifras de las cuentas por cobrar exhibidas por los prestadores, frente a las cuentas por pagar de la Circular 030 de 2016 y del FT015 “Directorio de acreedores, pasivo cierto no reclamado y pagos” solicitado por la Circular Externa 047 de 2007 modificada por la Circular Externa 016 de 2016 que debe ser entregado de forma exclusiva por vigilados que no cumplen con el principio de negocio en marcha.

Así las cosas, se encuentra procedente que el organismo de control ajuste la interpretación del marco normativo aplicable según el estado de la personalidad jurídica de las entidades que son sujetas a inspección, vigilancia y control de esta Superintendencia y en su lugar se desestimen las observaciones señaladas.

Recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades liquidadas que no fueron objeto de reintegro y recursos reconocidos sin justa causa por ADRES a entidades respecto de los cuales no ha sido realizado reintegro

En ejercicio de las acciones de inspección y vigilancia, esta Superintendencia desarrolla auditorías a sus vigilados, como a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES. Por tanto, en el marco de lo establecido en la Ley 1949 de 2019, la Delegada para Entidades Territoriales, Generadores, Recaudadores y Administradores de Recursos del SGSSS, inició auditoría documental a la ADRES sobre reintegro de recursos SGSSS por parte de las EPS e IPS, apropiados o reconocidos sin justa causa. Como resultado de la auditoría, la Superintendencia solicitó a la ADRES un plan de mejoramiento, que fue aprobado y ejecutado en la vigencia 2021, y concluido en junio 2022, relacionado con la falta de calidad y continuidad en la información que remite la ADRES sobre los procesos administrativos de reintegro de recursos al SGSSS.

Ahora bien, como resultado de la auditoría al flujo de recursos del SGSSS de la ADRES, esta Superintendencia aprobó plan de mejoramiento con las siguientes acciones a ejecutar:

Desarrollar mensualmente una mesa técnica con el fin de armonizar la información que dé cuenta de las gestiones desarrolladas frente al procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa por los actores del Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Validación de la información que permita identificar los registros contables de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa

Actualizar en la base de Excel la información de los registros que dé cuenta de las gestiones desarrolladas frente al procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa por los actores del Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Adicional a las actividades propuestas por la ADRES, la Superintendencia Nacional de Salud solicitó la formulación de una acción de mejora frente al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, en el marco de la Circular Externa 06 de 2018, respecto al proceso operacional “reintegro de recursos del SGSSS”, y la remisión periódica de lo siguiente: Aplicación e instrumentalización de la Política de riesgo; Matriz de identificación y controles; Sistema de Generación de Alertas Tempranas periódicas, registro de las mismas y aplicación de acciones correctivas inmediatas; Aplicación de acciones correctivas y de mejora, implementadas a partir de los eventos de materialización del riesgo; Análisis y cálculo de los factores de riesgos y su exposición frente a posibles pérdidas (que afecta o no los estados financieros) a causa de la materialización del riesgo operativo que dio lugar a adelantar los procesos de reintegro de recursos al SGSSS o, la no recuperación de recursos al SGSSS.

En desarrollo del plan de mejoramiento, la ADRES reportó dos bases de Excel con los registros que dieron cuenta de la gestión realizada frente al procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa por los actores del SGSSS, teniendo en cuenta dos procedimientos:

El reintegro de recursos fundamentado en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, bajo el procedimiento indicado en la Resolución 4358 de 10 de octubre de 2018, que derogó la Resolución 3361 de 3 de septiembre de 2013, en el que se distinguían dos etapas: la primera a cargo del administrador fiduciario del FOSYGA o de cualquier entidad o autoridad pública que, en el ejercicio de sus competencias o actividades como

participante o actor en el flujo de caja, detecte, solicite y proceda a adelantar el procedimiento arriba señalado; y la segunda etapa, que precisa, “procede la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes”. (Fundamento 4.1).

Posteriormente, a partir de la expedición de la Resolución 1716 de 27 de junio de 2019, se definió el procedimiento en el que no interviene la Superintendencia y es realizado autónomamente por parte de la ADRES.

La ADRES presentó informes mensuales de avance en ejecución del plan de mejoramiento, entre enero a junio de 2022 y se llevaron a cabo seis (6) mesas técnicas, en las que se evaluaron las actividades del plan. Con el último informe de avance, la Superintendencia dio por cumplido y concluido el plan de mejoramiento mencionado. Como resultado y para fines de seguimiento y monitoreo, se acordó entre las partes, el envío mensual del registro en formato Excel de los procesos, herramienta que ha sido utilizada hasta la fecha para conocer el estado de avance de la restitución de recursos al SGSSS.

Del mismo modo, se indica que, de acuerdo con la solicitud inicial realizada por la Contraloría, en respuesta al numeral 1.7 se adjuntó archivo Excel denominado “Anexo 1.7 literales E.F” en el que se suministró la información respecto a órdenes de reintegro de recursos expedidos tanto por la Superintendencia como por la ADRES, lo que muestra las acciones de inspección y vigilancia por parte de esta entidad en cuanto al reintegro de recursos del sistema.

Por último, se debe resaltar que, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 entre la Superintendencia y la ADRES fueron expedidas 1.940 resoluciones, que ascendieron a un valor de \$278.154.000.000 millones, de los que la Superintendencia expidió 920 resoluciones por valor de \$62.094.000 millones. Adicionalmente, se identifican 1.433 resoluciones por valor de \$210.575.000.000 millones con reintegro total entre las que se encuentran entidades en liquidación o liquidadas como son: Cafesalud, Comfacor, Comparta, Coomeva y Cruz Blanca, entre otras, resaltando que, la ADRES en el marco de sus competencias es la encargada de adelantar las acciones correspondientes para recaudar los recursos ordenados a reintegrar de conformidad con la Resolución 1716 de 2019.

En este orden de ideas, atentamente se solicita al Ente de Control que las observaciones relacionadas en este punto sean retiradas, dado que las competencias sobre estos aspectos recaen en otras entidades, y la actuación de Inspección, Vigilancia y Control, nada tiene que ver con gestión fiscal.

Glosas definitivas que se generan entre prestadores y aseguradores.

Conforme la respuesta emitida a través del radicado 20239000002131691, desde la Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud de la Superintendencia, se reitera que de acuerdo con los archivos reportados en virtud de las Circulares Externas expedidas por la Superintendencia con fines de supervisión, en particular la Circular Externa 016 de 2016 y sus modificatorias, no se cuenta con el detalle de las glosas definitivas; lo anterior, teniendo en cuenta que la información que registran las EPS se encuentra reportada bajo la estructura del Archivo Tipo FT001 -catálogo de información financiera, conocidos por la Contraloría y de acceso público.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta que el esquema es predeterminado en los anexos técnicos que exige a las entidades reportar a la Superintendencia, correspondiente a los saldos del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos desagregadas por línea de negocio, no se cuenta en la estructura de dicho reporte con los campos ni los valores asociados con las glosas definitivas, teniendo en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

La información financiera que reportan las EPS ante la Superintendencia Nacional de Salud se enmarca en la Circular Externa 016 de 2016, en aplicación de los nuevos marcos técnicos normativos definidos por los reguladores de los Grupos 1, 2 y 3 (Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Comercio, Industria y Turismo) y por el regulador de las entidades que aplican el Régimen de Contabilidad Pública (Contaduría General de la Nación).

En este contexto, se recuerda que conforme al párrafo 4.26 del Marco Conceptual de las NIIF para PYMES, un pasivo “es una obligación presente de la entidad de transferir un recurso económico como resultado de sucesos pasados”. Asimismo, el párrafo 4.27 del documento en mención precisa que “para que exista un pasivo, deben satisfacerse los tres criterios siguientes: (a) la entidad tiene una obligación (véanse los párrafos 4.28 a 4.35); (b) la obligación es transferir un recurso económico (véanse los párrafos 4.36 a 4.41); y (c) la obligación es una obligación presente que existe como resultado de sucesos pasados (véanse los párrafos 4.42 a 4.47)”.

Ahora bien, de acuerdo con lo anterior, las glosas formuladas por las EPS que ya han agotado las instancias administrativas definidas por la ley para ser exigibles por parte del prestador y que, en consecuencia, se consideran glosas no subsanables, son partidas que no cumplen con la definición de pasivo, toda vez que no constituyen una obligación presente de la EPS de transferir un recurso.

Por lo anterior, la información financiera que las EPS preparan con sujeción a los marcos normativos contables vigentes no debe incluir datos relativos a glosas definitivas con prestadores. En este contexto, respetuosamente se solicita el retiro de la observación”.

Análisis de respuesta de la SNS

Glosas definitivas entre ADRES y las EPS

Respecto de las glosas definitivas entre ADRES y las EPS, la entidad refiere que sus gestiones se encuentran debidamente soportadas, dado que realizaron auditoria a ADRES en 2022, sobre “la implementación de la normativa respecto al proceso de reintegro de recursos y la gestión sobre los presupuestos máximos y servicios y tecnologías no financiados con cargo a estos (...)”. Refieren que se debe trasladar la observación a ADRES, sin embargo, la situación observada, está enfocada en las gestiones de la entidad frente a las problemáticas que le atañen por las funciones y competencias que le fueron asignadas.

Al respecto, no se evidencian argumentos adicionales a los expuestos previamente a la comunicación de la observación, que permitan desvirtuar la

situación observada, por lo cual frente a las glosas definitivas se mantiene lo planteado.

Cuentas por pagar y cuentas por cobrar reportadas por entidades liquidadas:

Sobre el particular nuevamente la entidad hace referencia al proceso de liquidación y las competencias de la oficina de liquidaciones, señalando que se trata de dos marcos financieros diferentes, que operan uno cuando se encuentra el negocio en marcha y otro para las entidades que se encuentran en el proceso de liquidación.

Así mismo refieren que por la Circular 30, reportan las EPS activas y que una vez inicia el proceso de liquidación dejan de actualizar los datos, ocurriendo que la información posterior, como las reclamaciones de los acreedores, los pagos parciales o totales, no se reportan al sistema, ya que dicha información la toman como valor histórico.

Es así como a lo largo del documento, la entidad brinda explicaciones del proceso liquidatorio, de los efectos del mismo, entre estos la depuración contable de los acreedores y las diferencias entre los reportes de la Circular 30 y el FT015.

Al respecto, los argumentos expuestos por la entidad, permiten corroborar que las cifras que son reportadas de CXP y CXC por entidades liquidadas, no se les realiza seguimiento, no se evidencia que, en cumplimiento de las funciones de la SNS, vele por la eficiencia en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del SGSSS.

Se encuentra que, pese a que las entidades siguen reportando cuentas con entidades liquidadas, no existe seguimiento oportuno y eficaz para la depuración de las cuentas, así como tampoco que se realice validación de las cifras que son reportadas en Circular 30 y que constituyen un pasivo que no serán objeto de reconocimiento, para los casos de los sujetos liquidados en que exista imposibilidad de que continúen realizando pagos por agotamiento de los activos.

Se resalta que estos valores impactan las cifras del SGSSS que no son depuradas, y no existe control o seguimiento efectivo por parte de la SNS, de conformidad con la respuesta brindada, recalcando que no solo constituyen sujetos vigilados por la SNS las EPS, sino también los prestadores públicos y privados, por lo cual la información que ellos reportan también debe ser objeto de validación y seguimiento, como se indica en el oficio de respuesta en el cual se refiere dentro de las acciones de inspección, vigilancia y control *“Verificar la razonabilidad de la información financiera reportada por los sujetos vigilados relacionada con las cuentas por cobrar y cuentas por pagar por recobros”*.

Recursos reconocidos sin justa causa por ADRES

La entidad hace referencia a la Auditoria realizada a ADRES en 2021 y el plan de mejoramiento que fue concluido en 2022, frente a la falta de calidad y continuidad en la información que remite ADRES sobre los procesos de reintegro de recursos al SGSSS. En esta oportunidad, la entidad indica cuales fueron las acciones aprobadas en el plan de mejora presentado por ADRES, refiriendo que luego de la realización de 6 mesas técnicas, y con el último informe presentado, se dieron por cumplidas las acciones.

Refieren el número de resoluciones expedidas por parte de ADRES y las expedidas por parte de la Superintendencia, indicando que de conformidad con la Resolución 1716 de 2019, es ADRES la competente para adelantar las acciones para el recaudo de los recursos ordenados a reintegrar, por lo cual solicitan que se retire la observación, dado que la competencia recae en otras entidades.

Glosas definitivas que se generan entre prestadores y aseguradores. Frente al tema, la entidad refiere que no cuenta con el detalle de glosas definitivas, por cuanto las EPS reportan la información en la estructura del FT001 Catalogo de Información financiera.

Adicionalmente, conceptualizan el concepto de pasivo y los criterios para que este exista, señalando que las glosas no son partidas que cumplan las características de pasivo, por lo cual, en materia contable las EPS no deben incluir estos datos.

Al respecto, se reitera lo indicado en la observación, por cuanto se evidenció en el desarrollo de la auditoría, que el valor glosado, no se encuentra medido o no es objeto de seguimiento, en los reportes que deben realizar las EPS, considerando que estas cifras resultan significativas para el SGSSS y pueden constituirse en un riesgo, ya que corresponden a recursos que no fluyen, sin que exista algún tipo de seguimiento, resaltando que dentro de las funciones de la Supersalud frente a sus vigilados se encuentra:

“Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo. Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud.

Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la gestión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos.

Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Así las cosas, dentro de las funciones de la entidad se encuentra no solo la vigilancia del cumplimiento de las normas, sino también frente a la gestión de riesgos, y evitar que se produzca el abuso de la posición dominante entre los actores, que en este caso puede ocurrir entre las EPS y los prestadores. Por lo cual, sin tener medición respecto de las cifras y los motivos de glosa, estas glosas carecen de seguimiento a pesar del impacto que tienen en el flujo de los recursos, resaltando que, para la CGR estos son aspectos de mejora para el SGSSS, y para los actores que lo componen, entre estos la SNS.

4.3.1.3. Resultado de las liquidaciones de EPS: valores reconocidos y pagados

La Circular Externa 016 de 2016, emitida por la SNS, establece que sus entidades vigiladas para efectos de supervisión deben cargar y reportar la información financiera complementaria, tal como se describe en el numeral VI de la misma Circular. Entre los archivos requeridos se encuentra el FT015-Directorio, Acreencias, Pasivos incierto No Reclamado y pago, en donde las entidades en proceso de liquidación deben reportar los datos de identificación del acreedor, los conceptos de acreencia (Laborales, fiscales, Etc.), el tipo, oportunidad y calificación de la acreencia, los valores reclamados, reconocidos y pagados, la relación de los actos administrativos y el saldo a pagar.

Por otra parte, en los procesos de liquidación de las EPS, los acreedores deben presentar sus acreencias al Agente Especial Liquidador. Este último tiene la responsabilidad de reconocer o rechazar dichas acreencias como créditos a cargo de la entidad en liquidación.

Durante este proceso, se realizan una serie de pasos que incluyen la aceptación, rechazo, calificación y graduación de los créditos, los cuales son fundamentales para determinar la cantidad adeudada a cada acreedor y el orden en el que se pagarán estas obligaciones; es importante destacar que el liquidador es quien revisa las acreencias y toma la decisión final sobre si se reconocen o no como créditos. Por lo tanto, puede ocurrir que la cifra inicialmente presentada por el acreedor no coincida con la cifra finalmente reconocida para el pago.

Frente al resultado de las liquidaciones de EPS en las vigencias auditadas, se estableció el siguiente hallazgo:

Hallazgo No. 7. Valores reconocidos vs pagados por EPS liquidadas (Responsables: MSPS y SNS)

Criterios

Constitución Política de 1991.

“Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...).”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).”

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...).”

Ley 610 de 2000 “Artículo 3o. Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo

e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...).”

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo”.

Decreto Ley 1281 de 2002 *“Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”*.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país. (...)

Circular 016 de 2016. *“Por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la circular 047 de 2007 – información financiera para efectos de supervisión” y anexos técnicos. (FT015).*

Decreto 2702 de 2014. *“Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones”*.

Artículo 4. Disposiciones generales de las condiciones financieras y de solvencia.

Artículo 5. Capital mínimo.

Artículo 6. Patrimonio adecuado.

Artículo 7. Reservas técnicas.

Artículo 7. Reservas técnicas.

Artículo 8. Inversión de las reservas técnicas.

Artículo 9. Plazo para cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.

Condición

Mediante oficio 2023EE0186258 se solicitó a la SNS, conforme a la información reportada mediante el formato FT015, la información de los *valores reconocidos y pagados por las EPS liquidadas en su totalidad (terminada la existencia legal) en las vigencias 2020, 2021 y 2022*. La Superintendencia respondió mediante *“Oficio de respuesta SNS 120239000001955671*. En la base de datos denominada *“anexo 1.8 liquidaciones.xlsx”* allegada por la SNS se detalla que las entidades liquidadas en su totalidad en las vigencias 2020, 2021 y 2022, fueron COMFACOR, MANEXKA, CRUZ BLANCA, CAFESALUD y EMDISALUD.

De acuerdo con lo informado por la SNS, en la información de las EPS CRUZ BLANCA y CAFESALUD, donde se reportaron pagos, no se dispuso la información del campo requerido en el oficio de solicitud, *“Fecha de pago”*, por lo que se requirió realizar el ajuste y adicionar la columna faltante. Al respecto, la Superintendencia respondió mediante oficio Rad No: 20239000002032351 así:

“Respecto de lo solicitado, se aclara que los vigilados por esta Superintendencia reportan información según lo establecido en la Circular Única 047 de 2007 modificada por la Circular 016 de 2016; disposiciones que reglamentan las directrices de presentación de la información financiera del proceso liquidatorio.

*Para el caso de acreencias los reportes se deben hacer según las especificaciones del formato FT015 – “Directorio de acreedores, pasivo cierto no reclamado y pagos”; mediante la plataforma NRVCC. Así las cosas, quien reporta sólo pueden entregar los datos correspondientes a los campos integrados en los respectivos metadatos, entre los cuales cabe anotar que no se encuentra la variable “Fecha de pago”. En este contexto la Superintendencia Nacional de Salud **no cuenta con detalle de fechas de pago de acreencias.**” (Negrita fuera de texto)*

Igualmente, para las entidades COMFACOR, MANEXCA y EMDISALUD, de las cuales no se reportaron pagos, se solicitó aclarar si estos quedaron pendientes o el proceso culminó sin pago alguno. La respuesta de la SNS fue la siguiente:

“Frente a la inquietud de no reporte de pagos, hace referencia a que, al momento de celebrar quien tenía la responsabilidad para realizar reportes en las plataformas de la Superintendencia, eran las EPS independiente de su estado, en tal sentido, las EPS en liquidación tienen la obligación de reportar los cambios (en este caso), de las acreencias y cargarlos en los aplicativos dispuestos para ello, hasta la terminación de la existencia legal, tanto del programa de Salud (en los casos de las cajas de compensación) como de las EPS. Ahora bien, tratando de los contratos celebrados entre los liquidadores y mandatarios, estos se rigen por las normas de derecho privado, y no generan la carga de dato alguno con destino a esta entidad.

Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud no cuenta con lo requerido respecto de las entidades COMFACOR, MANEXCA Y EMDISALUD.”

Así las cosas, analizada la base de datos allegada por parte de la SNS, de las acreencias de las EPS liquidadas en su totalidad en las vigencias 2020, 2021 y 2022, frente al reconocimiento y pago de las acreencias de las cinco entidades liquidadas en dicho periodo, se encontró que, de lo reconocido en los procesos liquidatorios de estas EPS, se pagó solamente el 3.2%, quedando el 96,8% que ascendió a 2.078.874.692.636 COP sin pagar, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla No. 47
Total acreencias, porcentajes valor reconocido y valor pagado
(Cifras en COP)

Concepto	Totales	Porcentaje
Cantidad de acreencias reconocidas	8204	
Valor total reconocido	2.148.381.317.152	100%
Valor total pagado	69.506.624.516	3,2%
Recurso que no fluyó en las vigencias 2020 a 2022	2.078.874.692.636	96,8%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

La siguiente tabla muestra el comportamiento de las acreencias por cada una de las cinco entidades que ya no se encuentran en funcionamiento, presentando por cada una de ellas, la cantidad de acreencias reconocidas, el valor total, lo pagado

y la cifra que no fluyó después de llevarse a cabo todo el proceso de liquidación de las mismas.

Tabla No. 48
 Pago acreencias por EPS liquidadas vigencias 2020 a 2022
 (Cifras en COP)

EPS liquidada	COMFACOR	MANEXKA	CRUZ BLANCA	CAFESALUD	EMDISALUD
Cantidad de acreencias reconocidas	1138	494	274	4663	1635
Valor total reconocido	297.907.175.581	33.416.468.059	243.604.750.033	1.368.529.587.352	204.923.336.127
Valor total pagado	-	-	2.800.632.218	66.705.992.298	-
Recurso que no fluyó en las vigencias 2020 a 2022	297.907.175.581	33.416.468.059	240.804.117.815	1.301.823.595.054	204.923.336.127

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En relación a los valores pagados por cada una de estas entidades se identificaron los porcentajes frente al total y frente al proceso individual de liquidación, de los recursos que no llegaron a sus proveedores, acreedores y/o talento humano como se presenta a continuación.

Tabla No. 49
 Porcentaje no pago acreencia frente al total

EPS liquidada	COMFACOR	MANEXKA	CRUZ BLANCA	CAFESALUD	EMDISALUD
Porcentaje no pago EPS frente a total	14%	2%	12%	63%	10%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 50
 Porcentaje no pago acreencia frente al proceso de liquidación

EPS Liquidada	COMFACOR	MANEXKA	CRUZ BLANCA	CAFESALUD	EMDISALUD
Porcentaje de pago por EPS	0%	0%	1,2%	4,9%	0%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Ahora bien, durante el proceso de radicación de acreencias, estas se presentan según concepto y conforme a la información suministrada de los comportamientos en cifras y porcentaje en las entidades liquidadas como se detallan a continuación.

Concepto 01: = Laborales

Se destaca que, para este concepto de acreencia, la EPS EMDISALUD, fue la entidad con el mayor porcentaje de recursos que no fluyeron en el SGSSS.

Tabla No. 51
 Concepto acreencia laborales
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	-	-	-	0%
MANEXKA	2.228.184.386	-	2.228.184.386	16,26%
CRUZ BLANCA	5.180.000	-	5.180.000	0,04%
CAFESALUD	3.182.772	3.082.772	100.000	0,001%
EMDISALUD	11.466.170.695	-	11.466.170.695	83,70%
Totales	13.702.717.853	3.082.772	13.699.635.081	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 02: = Fiscales

Igualmente, para este concepto de acreencia (fiscales) la EPS EMDISALUD, fue la entidad con el 100% de los recursos sin pago.

Tabla No. 52
 Concepto acreencia fiscales
 (Cifras en COP)

EPS liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	-	-	-	0%
MANEXKA	-	-	-	0%
CRUZ BLANCA	-	-	-	0%
CAFESALUD	14.033.521	14.033.521	-	0%
EMDISALUD	415.380.999	-	415.380.999	100%
Totales	429.414.520	14.033.521	415.380.999	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 03: = Devolución de aportes SGSSS

Para el caso del concepto de acreencia Devolución de aportes SGSSS, la EPS CAFESALUD fue la entidad con mayor recurso sin pagar con un 64%.

Tabla No. 53
 Concepto acreencia devolución de aportes SGSS
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR			-	0%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA	936.200	211.500	724.700	36%
CAFESALUD	26.611.626	25.295.901	1.315.725	64%
EMDISALUD			-	0%
Totales	27.547.826	25.507.401	2.040.425	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 04: = Prestaciones económicas

EMDISALUD EPS, para este concepto presentó 1.127.753.435 COP que corresponden recursos que no fluyeron hacia sus acreedores.

Tabla No. 54
 Concepto acreencia prestaciones económicas
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	500.229.836	-	500.229.836	22%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA	2.921.498.195	2.790.772.570	130.725.625	6%
CAFESALUD	10.258.998.914	9.790.482.173	468.516.740	21%
EMDISALUD	1.127.753.435	-	1.127.753.435	51%
Totales	14.808.480.380	12.581.254.744	2.227.225.636	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 05: = Obligaciones financieras

Para esta acreencia CRUZ BLANCA presento un 75% que equivalen a 3.209.691.540 COP, en recursos no pagados.

Tabla No. 55
 Concepto acreencia obligaciones financieras
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR			-	0%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA	3.209.691.540	-	3.209.691.540	75%
CAFESALUD	1.041.682.942	-	1.041.682.942	25%
EMDISALUD			-	0%
Totales	4.251.374.482	-	4.251.374.482	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 06: = Contratos de prestación de servicios de salud modalidad Cápite

En cuanto a las acreencias referentes a las deudas por contratos de salud modalidad Cápite, los recursos que no fluyeron hacia los prestadores fueron de 119.148.744.060 COP, y EMDISALUD presenta el mayor porcentaje.

Tabla No. 56
 Contratos de prestación de servicios de salud modalidad Cápite
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR			-	0%
MANEXKA	29.760.061.890	-	29.760.061.890	25%
CRUZ BLANCA			-	0%
CAFESALUD			-	0%
EMDISALUD	89.388.682.170	-	89.388.682.170	75%
Totales	119.148.744.060	-	119.148.744.060	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 07: = Contratos de prestación de servicios de salud modalidad Evento

Para el caso de los recursos adeudados por concepto de contratos de prestación de servicios de salud modalidad evento fue CAFESALUD la EPS que presento la mayor cifra de recursos que no fluyeron con 804.804.621.385 COP.

Tabla No. 57
 Contratos de prestación de servicios de salud modalidad Evento
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR			-	0%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA			-	0%

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
CAFESALUD	840.220.389.565	35.415.768.180	804.804.621.385	100%
EMDISALUD			-	0%
Totales	840.220.389.565	35.415.768.180	804.804.621.385	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 08: = Contratos de servicios de salud

Frente a estas acreencias los recursos que no fluyeron hacia los prestadores fueron 388.117.574.101 COP

Tabla No. 58
 Contratos de servicios de salud
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	187.398.915.242	-	187.398.915.242	48%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA	198.568.925.749	-	198.568.925.749	51%
CAFESALUD			-	0%
EMDISALUD	2.149.733.109	-	2.149.733.109	1%
Totales	388.117.574.101	-	388.117.574.101	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 09: = Reintegros al FOSYGA

Para este concepto de acreencias, los recursos que no fluyeron corresponden a la EPS COMFACOR con 764.727.833 COP:

Tabla No. 59
 Reintegros al FOSYGA
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	764.727.833	-	764.727.833	100%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA	-	-	-	0%
CAFESALUD	547.235.611	547.235.611	-	0%
EMDISALUD	-	-	-	0%
Totales	1.311.963.444	547.235.611	764.727.833	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 10: = Fondo de Compensación Cuenta de Alto Costo

Para este concepto de acreencias no se presentaron radicaciones en las 5 EPS que fueron liquidadas en su totalidad en las vigencias 2020, 2021 y 2022.

Concepto 11: = Entes Territoriales - Liquidación de Contratos

Referente a estas acreencias corresponde el 100% de los recursos reconocidos y no pagados a la EPS CAFESALUD, con 229.953.427 COP.

Tabla No. 60

Entes Territoriales - Liquidación de Contratos
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR			-	0%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA			-	0%
CAFESALUD	233.005.047	3.051.620	229.953.427	100%
EMDISALUD	-	-	-	0%
Totales	233.005.047	3.051.620	229.953.427	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 12: = Obligaciones por procesos en curso

Referente al concepto de procesos en curso, los recursos que no fluyeron hacia los acreedores, ascendieron a 107.853.836.062 COP de los cuales el 68% fueron de la EPS COMFACOR.

Tabla No. 61
 Obligaciones por procesos en curso
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	73.673.823.376	-	73.673.823.376	68%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA			-	0%
CAFESALUD	1.130.738.699	1.645.504	1.129.093.195	1%
EMDISALUD	33.050.919.491	-	33.050.919.491	31%
Totales	107.855.481.566	1.645.504	107.853.836.062	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Concepto 13: = Otras reclamaciones no incluidas en los conceptos anteriores

En lo que corresponde a este concepto, de los recursos que no fluyeron hacia los acreedores el 83% fueron de CAFESALUD con 494.148.311.639 COP.

Tabla No. 62
 Otras reclamaciones
 (Cifras en COP)

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR	35.569.479.294	-	35.569.479.294	6%
MANEXKA	1.428.221.784	-	1.428.221.784	0%
CRUZ BLANCA	84.795.945	-	84.795.945	0%
CAFESALUD	515.053.708.655	.905.397.016	494.148.311.639	83%
EMDISALUD	67.324.696.228	-	67.324.696.228	11%
Totales	619.460.901.905	20.905.397.016	598.555.504.890	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Finalmente, se resalta que hay diferencias en materia de información ya que se presenta concepto de acreencia "15", por la EPS CRUZ BLANCA cuando los conceptos parametrizados en el formato FT015 son del 1 al 13, cuyo detalle se presenta en la tabla siguiente.

Concepto 15:

 Tabla No. 63
 Otras reclamaciones
 Cifras en COP

EPS Liquidada	Valor Total reconocido	Valor Total Pagado	Valor no fluyó	Porcentaje
COMFACOR			-	0%
MANEXKA			-	0%
CRUZ BLANCA	38.813.722.403	9.648.148	38.804.074.255	100%
CAFESALUD			-	0%
EMDISALUD			-	0%
Totales	38.813.722.403	9.648.148	38.804.074.255	100%

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Por otra parte, la SNS señala en sus aclaraciones que no dispone de las fechas de pago y que frente a los valores en cero tampoco cuenta con esta información; sin embargo, la CGR requirió a esta entidad, los informes de liquidación de las EPS mencionadas anteriormente y en ellos se evidencia que si cuenta con información sobre los pagos realizados por agente liquidador. Lo anterior evidencia inconsistencia entre lo reportado por la SNS a la CGR con fuente el Formato FT 015 y lo informado por esta misma entidad en los informes de rendición de cuenta final o cierre de los procesos de liquidación. Situación que evidencia la debilidad en el seguimiento que realiza la SNS frente a estos procesos.

Causa

Las EPS, según lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, están obligadas a cumplir con condiciones financieras y de solvencia, estas incluyen el capital mínimo, el patrimonio adecuado, la constitución de la reserva técnica y la inversión de la reserva técnica; sin embargo, a pesar de ser un requisito esencial para la habilitación y permanencia de estas entidades en el SGSSS, las condiciones financieras no siempre se cumplen por las EPS, lo que desencadena la afectación negativa frente a la solvencia para financiar la prestación de los servicios y es una de las principales causas de liquidación de las EPS.

La **SNS**, encargada de la inspección, vigilancia y control de estas entidades, no ha generado acciones contundentes y definitivas frente al incumplimiento de estos indicadores. Sus planes de acción y seguimientos a las medidas adoptadas pueden tomar en promedio de 2 a 4 años frente a las situaciones críticas que originaron las medidas especiales, lo que resulta en intervenciones inoportunas, pues cuando se actúa ya la EPS no cuenta con los recursos necesarios para cancelar sus acreencias. Por lo tanto, no se evidencia eficacia en las

intervenciones de carácter preventivo ni en la eficiencia de las estrategias y mecanismos dispuestos en el SGSS para subsanar las razones que conducen a la intervención de las EPS.

Además, se evidenció deficiencia en el seguimiento de los procesos de liquidación: no se observaron las fechas de pago de las acreencias por parte de las EPS liquidadas en las respuestas proporcionadas por la SNS, justificado por la ausencia de esta información en el archivo tipo FT015. Sin embargo, la SNS tiene acceso a las rendiciones de cuentas finales presentadas y radicadas por los agentes liquidadores.

Por último, en el diseño del SGSSS no se contempla el riesgo financiero ni acciones para mitigarlo cuando las EPS entran en cesación de pagos. **(MSPS)**

Efecto

Impacto negativo en el flujo eficaz, efectivo y oportuno de los recursos del SGSSS y afectación en la sostenibilidad financiera y liquidez de los prestadores y proveedores del Sistema, con afectación final en la calidad de los servicios para los usuarios.

Respuesta de las entidades

Ministerio de Salud y Protección Social

En cuanto a que en el diseño del SGSSS no se contempla el riesgo financiero, ni acciones para mitigarlo cuando las EPS entran en cesación de pagos, el MSPS no emitió respuesta a esta observación, por lo que se validó.

Superintendencia Nacional de Salud

La entidad dio respuesta en los siguientes términos:

“Señala el Organismo de Control que se presenta imposibilidad de observar las fechas de pago de las acreencias por parte de las EPS liquidadas en las respuestas proporcionadas por la Superintendencia, ya que ese dato no hace parte del metadato en el archivo tipo FT015 “Directorio de acreedores, pasivo cierto no reclamado y pagos”. Sin embargo, se alude que la Superintendencia tiene acceso a las rendiciones de cuentas finales presentadas y radicadas por los agentes liquidadores.

De facto la Circular Externa 047 de 2007 modificada por la Circular Externa 016 de 2016 en la estructura de la información a ser reportada por parte de los vigilados en condición de liquidación, sólo requiere el valor de los pagos realizados como parte del cumplimiento del objeto de pago de pasivos; sin embargo, es igualmente pertinente referir la existencia de los documentos de rendición de cuentas, en el que se compila el desempeño de la

gestión en los cuatro componentes del proceso, a saber: administrativo, financiero, jurídico y técnico científico. Allí el liquidador informa de forma clara, concreta y eficaz las actuaciones, logros obtenidos y situaciones jurídicas pendientes con miras a la terminación del proceso de liquidación; pero sin que se llegue a la pormenorización de cada actuación.

Desde lo económico como parte de la rendición de cuentas se incluye la información financiera que ha sido preparada y presentada por el representante legal y el contador; ello es, los estados financieros principales con una desagregación en detalle de carácter meramente contable a nivel de cuentas, subcuentas y terceros de los actos de gestión de los negocios, bienes y haberes de la entidad intervenida, y del pago de las acreencias y la restitución de bienes y sumas excluidas de la masa de la liquidación; reporte que se aúna al resumen de datos que tiene como fuente los archivos tipo de la Circular Externa 016 de 2016 correspondientes a partidas como cuentas por cobrar, directorio de acreedores y ejecución presupuestal; en cumplimiento del objetivo de utilidad de la información financiera, según lo descrito en el párrafo 21 de la Ley 2101 de 2016, el Decreto Ley 663 de 1993 y las disposiciones del Capítulo 8 de la Parte 9 del Decreto 2555 de 2010.

El numeral 3 del artículo 297 del Decreto Ley 663 de 1993 lista contenido de la rendición de cuentas así:

“Artículo 297. (...) 3. Contenido de la rendición de cuentas. La rendición de cuentas contendrá:

- a. Balance General.*
- b. Estado de ingresos y gastos por el período comprendido en la rendición de cuentas.*
- c. Informe de actividades realizadas durante el período.*
- d. El dictamen del contralor sobre los estados financieros.*
- e. Los documentos e informes adicionales que el liquidador estime necesarios.*

El balance general y el estado de ingresos y gastos serán firmados por el liquidador, refrendados por el contralor y contendrán las normas y anexos correspondientes.

Los documentos y comprobantes que permitan la verificación de las cuentas estarán, durante el término del traslado, a disposición de la Junta y de los demás acreedores.

Los estados financieros se prepararán de acuerdo con las normas generales vigentes en materia contable.

De ello resulta necesario advertir que la norma no exige que se incluyan precisiones tales como las fechas en las que se realizaron todos y cada uno de los pagos, razón esta por la que respetuosamente se solicita desestimar la observación presentada por el Ente de Control, dado que no es imperativa la divulgación de las fechas de pago de las acreencias por parte de las EPS liquidadas”.

Análisis de la Respuesta de las entidades

A pesar de que el formato FT015 no exige la notificación de la fecha de pago, la observación comunicada se enfocó en la falta de seguimiento a los procesos de

liquidación. La SNS en su respuesta argumentó que realiza un seguimiento a este proceso liquidatorio, sin embargo, no se presenta evidencia de ello, la atención se concentró principalmente en los informes de rendición de cuentas, sin abordar aspectos más allá de estos.

En cuanto a la calidad de la información reportada por los actores en el formato FT015, se encontró una discrepancia, específicamente, la EPS CRUZ BLANCA reportó el concepto de acreencia “15”, a pesar de que los conceptos parametrizados van del 1 al 13. No se obtuvo respuesta de la SNS sobre este asunto, sin embargo según el artículo 4 del Decreto 1080 de 2021, la SNS tiene la función de “..inspeccionar, vigilar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando que los actores proporcionen información de calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia”.

Por otra parte, frente a la falta de acciones contundentes y definitivas de IVC en las intervenciones de carácter preventivo y en las estrategias y mecanismos dispuestos en el SGSS para subsanar las razones que conducen a la intervención de las EPS, no se encontró respuesta de la SNS.

Finalmente, en cuanto a que en el diseño del SGSSS no se contempla el riesgo financiero, ni acciones para mitigarlo cuando las EPS entran en cesación de pagos, el MSPS no emitió respuesta a esta observación.

Conclusión: Se valida la observación como hallazgo.

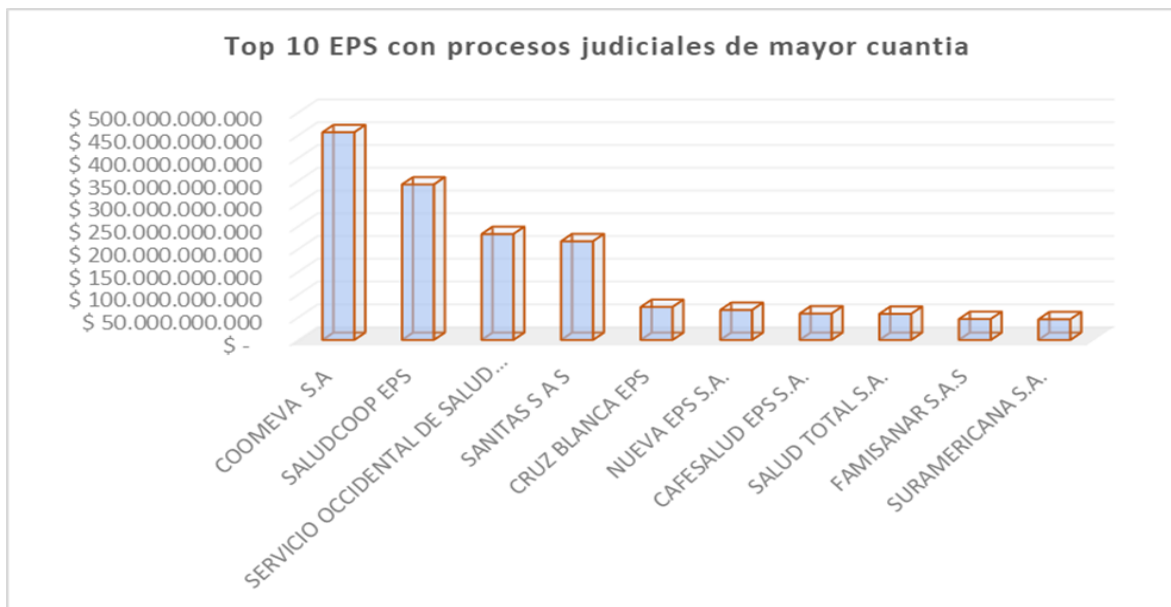
4.3.1.4. *Procesos judiciales por glosas o cuentas por pagar a prestadores o proveedores de servicios de salud con corte a diciembre de 2022 en ADRES y EPS de la muestra.*

• Procesos judiciales contra ADRES por glosas o CXP

De conformidad con la información allegada por ADRES, se evidenció que, a 31 de diciembre de 2022, había un total de 1.284 procesos judiciales activos, en contra de esta entidad, relacionados con recobros de las EPS, motivados por el “*INCUMPLIMIENTO EN EL RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS INCLUIDOS O NO EN EL POS*”.

Los 1.284 procesos suman 1.826.414.929.147 COP en las pretensiones, cuantía que se concentra en algunas EPS como se indica a continuación

Imagen No. 12
EPS con mayores pretensiones en procesos judiciales en contra de ADRES al cierre de 2022
(Cifras en COP)



Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Punto 1.5. Contraloría".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

También se evidenció que algunas EPS, han impetrado contra ADRES, un número considerable de demandas, como por ejemplo Sanitas que tiene 706 procesos contra la entidad, Salud Total con 102 demandas o incluso Coomeva con 60 demandas, que representan el valor más alto de pretensiones, que asciende a 456.204.933.321 COP.

De la información entregada por ADRES, se evidenció que la radicación de demandas para obtener el reconocimiento y pago de servicios NO UPC, tuvo un incremento a partir del 2015, teniendo el pico más alto en 2019, y empezó a decrecer de tal manera que para la vigencia 2022 se observó un decrecimiento exponencial, con 35 demandas admitidas en dicho año; situación que coincide con la implementación de presupuestos máximos en marzo de 2020, figura que asignó un presupuesto a las EPS del régimen contributivo y subsidiado para que se garantice la prestación de servicios y tecnologías en salud no financiados con UPC.

Por otra parte, de la información reportada por ADRES, se estableció que se encuentran activos procesos judiciales que datan incluso del año 2005, sin que al cierre de la vigencia 2022, se haya proferido sentencia, como se evidencia a continuación:

Tabla No. 64
Relación año radicación vs cantidad de procesos

Año de admisión	Cantidad de procesos
2005	1
2006	1
2007	1
2008	3
2009	6
2010	4

Año de admisión	Cantidad de procesos
2011	4
2012	9
2013	14
2014	23
2015	133
2016	186
2017	131
2018	176
2019	269
2020	170
2021	118
2022	35
Total general	1284

Fuente: SNS (2023) Anexo 1.8 liquidaciones.xlsx Oficio 120239000001955671

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, frente a los recursos que se encuentran sujetos a validación de la autoridad judicial, han transcurrido para algunos procesos 10 o más años, sin que exista un fallo que defina si los recursos van a fluir en el SGSSS.

En conclusión, por el concepto de recobros se identificó 1.826.414.929.147 COP, correspondientes a las pretensiones de los procesos en contra de ADRES, recursos que no fueron reconocidos por esta entidad a las aseguradoras y que no habían fluido en el Sistema al cierre de 2022; sin que ello signifique que estos recursos debían ser pagados en su totalidad, por cuanto al interior de ADRES, se surte un proceso de auditoría frente a los recobros radicados, y mediante este, se determina el cumplimiento de requisitos para que proceda o no el reconocimiento y pago del recobro.

Se establece esta cifra, como representativa, frente a la problemática del no reconocimiento de los servicios y medicamentos No financiados por la UPC, valor que puede estar impactando los estados financieros de las EPS, y frente a los cuales no existe certeza que a través del accionar judicial sean reconocidos en su totalidad.

Por último, no puede desconocerse que, al acudir a la vía judicial, se generan costos adicionales, ya que los demandantes persiguen, además del pago de las facturas recobradas, el reconocimiento de intereses moratorios, indexación, costas y agencias en derecho, e incluso el pago de gastos administrativos que se generaron por el no reconocimiento de los valores recobrados. Esto genera ineficiencia en el uso de los recursos.

Sentencias por Glosas o CXP (ADRES)

Durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, fueron proferidas en total 77 sentencias entre fallos adversos y favorables, relacionadas con glosas o Cuentas por Pagar por ADRES de recobros; encontrando que los fallos adversos representan un 87% de las providencias y corresponden a 67 sentencias con cuantía en las pretensiones de 33.522.005.077 COP, con el siguiente detalle:

Tabla No. 65
 Fallos 2020,2021 y 2022 en contra de ADRES
 (Cifras en COP)

Año del pago	Valor pretendido	Cantidad de procesos	Valor pagado
2020	12.308.405.605	13	3.850.594.011
2021	1.347.782.702	8	1.639.936.986
2022	19.865.816.770	46	31.477.446.861
Total general	33.522.005.077	67	36.967.977.859

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Punto 1.6. Contraloría" y "AJUSTE 1.6"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, es posible establecer por un lado que, en la vigencia 2022, fueron expedidos la mayor cantidad de fallos de las tres vigencias y por otro lado que, el valor pagado resulta superior al valor pretendido; sin embargo, deben tenerse en cuenta dos aspectos, en primer lugar, que en los fallos no se dispuso en todas las oportunidades el reconocimiento de todo lo pretendido en las demandas, y en segundo lugar que los recobros reconocidos fueron objeto de indexación o reconocimiento de intereses moratorios.

Ahora bien, con el fin de verificar de los recobros presentados ante ADRES, el valor que realmente fue reconocido, se verificaron 58 providencias, para determinar el valor recobrado por la EPS, el recurso que fluyó en el Sistema, y el que no fluiría, como se indica a continuación:

Tabla No. 66
 Detalle sentencias en contra de ADRES Vigencia 2020
 (Cifras en COP)

No. proceso	Contraparte	Valor recobrado	Recurso que Fluyó (Reconocido)	Recurso que no Fluyó (No reconocido)
2011-00021	Comfenalco Antioquia	1.043.860.559	978.569.260	65.291.299
2014-00463	EPS Sanitas SAS	104.547.521	44.592.352	59.955.169
2014-00496	EPS Sanitas SAS	65.132.689	22.201.864	42.930.825
2014-00673	Salud Total SA EPS	269.520.719	189.688.256	79.832.463
2015-00040	Empresas Públicas de Medellín ESP	129.006.013	101.540.706	27.465.307
2015-00121	Salud Total SA EPS	102.419.580	13.340.160	89.079.420
2015-00263	EPS Sanitas SAS	57.928.257	6.991.639	50.936.618
2015-00479	EPS Sanitas SAS	849.150.979	89.280.730	759.870.249
2016-00058	EPS Sanitas SAS	17.992.616	2.058.467	15.934.149
2016-00061	EPS Sanitas SAS	28.539.706	18.473.865	10.065.841
2016-00264	EPS Sanitas SAS	6.872.493.095	290.424.652	6.582.068.443
Total		9.540.591.734	1.757.161.951	7.783.429.783

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Punto 1.6. Contraloría" y "AJUSTE 1.6"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, el valor recobrado, que no fue reconocido por ADRES, y tampoco a través de la instancia judicial en 2020 fue de 7.783.429.783 COP.

Tabla No. 67
 Detalle sentencias en contra de ADRES Vigencia 2021
 (Cifras en COP)

No. proceso	Contraparte	Valor recobrado	Recurso que Fluyó (Reconocido)	Recurso que no Fluyó (No reconocido)
2013-00667	Empresas Públicas de Medellín Esp	225.480.069	225.480.069	0
2014-00318	EPS Sanitas Sas	38.424.020	15.785.185	22.638.835
2014-01032	Comfenalco Antioquia	185.589.409	88.056.642	97.532.767
2016-00140	Salud Total Sa EPS	2.141.95	2.141.995	0
2016-00145	EPS Sanitas Sas	212.643.182	56.835.606	155.807.576
2020-00735	EPS Famisanar Sas	351.204.101	685.346	350.518.755
2020-00741	EPS Famisanar Sas	615.548.446	173.257.267	442.291.179
Total		1.631.055.201	562.242.110	1.068.789.112

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Punto 1.6. Contraloría" y "AJUSTE 1.6"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Así las cosas, el valor recobrado, que no fue reconocido por ADRES, y tampoco a través de la instancia judicial en 2021 fue de 1.068.789.112 COP.

Tabla No. 68
 Detalle sentencias en contra de ADRES, Vigencia 2022
 (Cifras en COP)

No. proceso	Contraparte	Valor recobrado	Recurso que Fluyó (Reconocido)	Recurso que no Fluyó (No reconocido)
2012-01046	EPS Y Medicina Prepagada Suramericana SA Sura	479.863.269	406.331.921	73.531.348
2013-00648	EPS Y Medicina Prepagada Suramericana SA Sura	541.866.338	539.819.170	2.047.168
2013-01131	Comfenalco Antioquia	242.745.149	129.976.080	112.769.069
2013-01150	Comfenalco Antioquia	506.207.578	464.505.199	41.702.379
2013-01170	Comfenalco Antioquia	927.885.972	811.320.419	116.565.553
2013-01400	Comfenalco Antioquia	222.490.434	207,152,490	15.337.944
2014-00413	Salud Total EPS	2.009.260.950	1.785.022.010	224.238.940
2014-00414	EPS Sanitas Sas	156.289.524	5.528.693	150.760.831
2014-00457	EPS Sanitas Sas	273.462.082	43.994.182	229.467.900
2014-00480	Salud Total Sa EPS	200.579.668	26.437.006	174.142.662
2014-00481	EPS Sanitas Sas	209.745.130	19.291.600	190.453.530
2014-00494	EPS Sanitas Sas	72.788.850	65.092.729	7.696.121
2014-00618	Nueva Empresa Promotora De Salud Sa	264.320.560	64.198.527	200.122.033
2014-00636	EPS Famisanar Sas	1.416.419.884	869.088.741	547.331.143
2014-00639	EPS Sanitas Sas	312.704.615	88.203.000	224.501.615
2014-00668	Compañía De Medicina Prepagada Colsanitas Sa	12.232.218	1,122,051	11.110.167
2014-00718	Empresas Públicas De Medellín Esp	78.427.565	59.937.740	18.489.825

No. proceso	Contraparte	Valor recobrado	Recurso que Fluyó (Reconocido)	Recurso que no Fluyó (No reconocido)
2014-01640	Comfenalco Antioquia	296.872.805	28.259.278	268.613.527
2015-00039	EPS Sanitas Sas	70.918.399	70.918.399	0
2015-00335	EPS Sanitas Sas	245.224.216	245.224.216	0
2015-00361	EPS Sanitas Sas	1.204.268.818	212.484.476	991.784.342
2015-00370	EPS Sanitas Sas	311.855.841	106.046.067	205.809.774
2015-00416	EPS Sanitas Sas	424.194.907	221.814.093	202.380.814
2015-00453	EPS Sanitas Sas	591.271.105	446.486.583	144.784.522
2015-00459	EPS Sanitas Sas	346.996.418	61.402.310	285.594.108
2015-00626	Salud Total Sa EPS	54.763.216	28.998.172	25.765.044
2015-00651	EPS Sanitas Sas	311.402.705	229.815.655	81.587.050
2016-00100	EPS Sanitas Sas	33.151.475	13.435.053	19.716.422
2016-00320	Salud Total Sa EPS	76.837.280	70.937.280	5.900.000
2016-00331	Salud Total Sa EPS	562.729.922	374.506.344	188.223.578
2016-00388	EPS Sanitas Sas	63.913.215	45.822.169	18.091.046
2016-00414	EPS Sanitas Sas	352.543.603	100.868.620	251.674.983
2016-00531	Salud Total Sa EPS	241.271.644	209.783.577	31.488.067
2016-00541	EPS Sanitas Sas	113.193.071	102.247.813	10.945.258
2016-00568	Salud Total Sa EPS	85.763.361	25.030.834	60.732.527
2016-00649	EPS Sanitas Sas	35.335.315	1.442.290	33.893.025
2018-00137	EPS Sanitas Sas	67.196.873	27.260.176	39.936.697
2018-00159	EPS Famisanar Sas	2.211.240.222	37.894.500	2.173.345.722
2018-00593	EPS Sanitas Sas	161.859.312	92.353.273	69.506.039
2019-00262	EPS Sanitas Sas	824.711.935	267.960.838	556.751.097
Total		16.614805.444	8.608.013.574	8.006.791.70

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Punto 1.6. Contraloría" y "AJUSTE 1.6"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, el valor recobrado, que no fue reconocido por ADRES, y tampoco a través de la instancia judicial en 2022 fue de 8.006.791.870 COP.

Por lo anterior, frente a los fallos judiciales expedidos en las vigencias 2020, 2021 y 2022, se pudo establecer que el valor recobrado total fue de 27.786.452.379 COP, y el valor que fluyó en el SGSSS fue de 10.927.417.635 COP, por lo que la cifra finalmente no reconocida por ADRES, ni a través de sentencia, fue de 16.859.010.765 COP; cuentas que incumplieron los requisitos establecidos en el Manual de Auditoría de Recobros; no obstante, las EPS interpusieron demandas donde se ratificó la decisión inicial de la ADRES.

Ahora bien, al acudir a la vía judicial, se generan costos adicionales para el Sistema, relativos a la preparación o contestación de las demandas o asesorías legales; además que los demandantes persiguen no solo el pago de las facturas recobradas; sino el reconocimiento de intereses moratorios, indexación, costas y agencias en derecho, e incluso el pago de gastos administrativos que se generaron por el no reconocimiento de los valores recobrados.

Al respecto, se solicitó a ADRES que remitiera desagregado los valores pagados por las sentencias, por lo cual remitieron archivo Excel denominado “*PAGOS 2020 A 2023 RECOBROS*” en el cual se pudo determinar los valores reconocidos por otros conceptos además del capital ordenado en la sentencia, encontrando el siguiente detalle:

Tabla No. 69
 Gastos ordenados en fallos judiciales en contra de ADRES
 (Cifras en COP)

Vigencia	Intereses liquidados	Indexación	Costas y/o agencias en derecho	Peritaje
2020	1.020.190.614	442.261.799	35.055.689	0
2021	955.229.897	21.982.771	45.625.913	8.662.268
2021	17.418.265.949	1.526.656.801	251.304.054	10.917.818
Total	19.393.686.461	1.990.901.371	331.985.656	19.580.086

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado “*PAGOS 2020 A 2023 RECOBROS*”.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En virtud de lo anterior, se evidencia que el reconocimiento de recobros mediante sentencia genera un costo adicional para el SGSSS y de manera específica al interior de ADRES, ya que se ve obligada al reconocimiento de intereses moratorios, agencias en derecho, indexación y costas procesales, que representaron 21.736.153.574 COP en los procesos relacionados con recobros que fueron fallados y pagadas las sentencias en las vigencias auditadas.

Fallos favorables para ADRES

En cuanto a los fallos favorables para la ADRES en las vigencias auditadas se encontró lo siguiente:

Tabla No. 70
 Sentencias Favorables ADRES
 (Cifras en COP)

Fecha del fallo	Demandante	No. de proceso	Valor Económico Solicitado
2020	Edilberto Cárdenas Vanegas	11001310503520160068600	240.424.727
	Entidad Promotora de Salud Sanitas S A S	25000232600020100028101	2.173.367.916
	Salud Total S.A. Entidad Promotora de Salud	11001310503820160038300	48.975.317
2021	Asociación Mutual Emssanar (Mutual Emssanar)	76001310501220140038700	33.028.478
	Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A	25000232400020100022501	4.869.821.038
	Emssanar	76001310501120160019400	199.805.528
	Entidad Promotora de Salud Sanitas S A S	25000232600020080044401	16.542.481.215
	Nueva EPS.S.A.	11001310503720170058100	312.928.192
2022	Entidad Promotora de Salud Sanitas S A S	11001310501020160011900	48.180.229
		11001310501020160011900	1.518.065.983
Total		10	25.987.078.623

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Punto 1.6. Contraloría" y "AJUSTE 1.6"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, se evidencia que, de acuerdo con las providencias, no se reconocerán y pagaran a los demandantes un total de 25.987.078.623 COP, por lo cual se establece que es un recurso que no fluirá en el SGSSS por considerarse en sede judicial que no se encontraba debidamente soportado, lo cual genera duda frente a la prestación efectiva de estos servicios y/o tecnologías, además de los costos administrativos que conlleva ejercer la defensa judicial en este tipo de procesos que denotan ineficiencias en las EPS.

Conclusiones análisis de sentencias ADRES

De conformidad con la verificación realizada a las sentencias que fueron proferidas en las vigencias auditadas, se encontró que los motivos de glosa que fueron alegados por ADRES, fueron los siguientes:

- Los valores objeto de recobro ya han sido pagados.
- Falta de soportes.
- Incluido en el POS.
- Recobros ya han sido cancelados con cargo al POS.
- Extemporáneo.
- Prescripción.
- No se adjuntó fallo de tutela.
- Servicio no corresponde a lo ordenado en el fallo.
- No coincide el CTC con lo entregado.
- No fue calculado en debida forma.
- No se anexo factura del proveedor.
- Prestaciones no ordenadas por tutela o CTC.
- Incumplimiento de requisitos administrativos.
- Factura no tiene constancia de pago al proveedor.
- Factura no corresponde al valor efectivo del servicio.
- No hay evidencia de la entrega del medicamento.

Se evidenció que en varios fallos se determinó por parte de la autoridad judicial la prescripción de los recobros solicitados por los demandantes, por lo cual en algunas sentencias se ordenó el reconocimiento parcial de los recobros pretendidos, así mismo los despachos determinaron la procedencia de algunas de las glosas impuestas por ADRES, ante la ausencia de soportes documentales o soportes congruentes, y glosa de extemporaneidad fundada, por lo cual de la totalidad de los valores recobrados solo se condenaba al pago de algunos de los ítems cobrados.

De los 58 fallos que fueron analizados, se evidenció que en el 93% se ordenó el reconocimiento parcial de los recobros, mientras que en 4 sentencias se reconoció la totalidad de lo recobrado por la entidad, lo que demuestra que pese a acudir a la vía judicial, los recursos recobrados no son reconocidos en un 100%.

Por otro lado, resulta de relevancia que frente a los ítems y recobros en los cuales se ordena el pago, los despachos judiciales establecen que fueron impuestas glosas infundadas, o que los recobros se encontraban ajustados a derecho, injustamente negados y que no se encontraban prescritos, o incluso en fallo de segunda instancia del proceso 2014-00668, el Tribunal dispuso *“(…) y en cuanto a su causación, debe tenerse en cuenta que en efecto la glosa “Como consecuencia del acta de CTC o fallo de tutela se incluyen prestaciones contenidas en los planes de beneficios”, no tiene fundamentación objetiva (…)”*

Adicionalmente se evidenció, que el costo que se genera para ADRES, por concepto de intereses moratorios, indexación y agencias en derecho, resulta representativo puesto que en las vigencias auditadas ADRES tuvo que reconocer y pagar por estos conceptos 21.736.153.574 COP cifra que resulta representativa, por cuanto los valores a recobrar ascendían a 27.786.452.379 COP.

Lo anterior, representa una ineficiencia en el sistema que está generando un costo para ADRES, así como un costo para las EPS que acuden a instancias judiciales, sin que con ello se garantice que el recurso les sea reconocido, como por ejemplo en los 7 fallos que fueron favorables para ADRES y con los cuales, se buscaba el reconocimiento de 25.987.078.623 COP, o incluso en aquellos fallos adversos para la entidad, puesto que como quedó demostrado en líneas anteriores, solo en el 7% se reconoció la totalidad de lo recobrado.

Como posibles causas de esta situación, se plantea lo siguiente:

De conformidad con las causales de glosa identificadas, algunas reiteradas son la ausencia de soportes, extemporaneidad y recobros ya cancelados, por lo cual se puede establecer que existen falencias en las EPS, en sus procesos administrativos. En ese sentido, podría indicarse que la ineficiencia es atribuible a las EPS; sin embargo, como se evidencia en el análisis realizado a los procesos judiciales iniciados contra ADRES por motivo de recobros, se evidencia que, en

algunas de las decisiones de los jueces, se establece que la glosa impuesta por ADRES, fue injustificada o infundada. Por lo cual, puede establecerse que el procedimiento para realizar la auditoría por parte de ADRES también puede presentar debilidades, lo que ha conllevado al establecimiento de glosas algunos casos en los que no correspondía.

De acuerdo con lo indicado por ADRES, en sede judicial, los jueces no tienen en cuenta algunos requisitos establecidos en el proceso de auditoría de recobros dispuesto al interior de la entidad, por lo que, pese a que la auditoría arroja un resultado acorde al no aprobar el pago del recobro, en sentencia disponen que no se tenga en cuenta dicho requisito y se ordena el reconocimiento.

Al respecto se llevó a cabo mesa de trabajo el 4/12/2023 con la Oficina Asesora Jurídica de ADRES, con el fin de aclarar los argumentos de los despachos judiciales para conceder las peticiones y ordenar el pago de los recobros a las aseguradoras. Sobre el particular, en la reunión sostenida con la entidad, se indicó que, en la jurisdicción laboral, los jueces no tienen en cuenta las glosas administrativas, dando prelación a si el servicio prestado se encuentra o no incluido en el plan de Beneficios, así mismo que la principal causal de glosa, es la extemporaneidad, sin embargo, el término de prescripción no es tenido en cuenta.

Frente a estas situaciones, la entidad procede a explicar algunas situaciones concretas de fallos en los cuales los fundamentos de los despachos han pasado por alto los requisitos para el reconocimiento de recobros por parte de ADRES, con los siguientes ejemplos:

Tabla No. 71
Detalle procesos

No. de proceso	Fundamentos de la sentencia
05001310501020130037300	Respecto de la glosa de extemporaneidad señala el despacho que dicha glosa no exonera el deber de pagar el servicio prestado, máxime cuando se entregó el recobro con los documentos requeridos, como fallos de tutela que ordenan la prestación de los servicios recobrados de manera integral. Finalmente, el juez condena a la Adres al pago de 132 recobros y exonera a la entidad al pago de las que fueron objeto de glosa POS.
11001310503620150042000	Los argumentos que manifiesta la juez para emitir sentencia inician con una breve descripción del funcionamiento del sistema de salud, UPC y coberturas, al igual que el marco normativo especial establecido en el procedimiento administrativo de recobros. Hizo énfasis en el dictamen pericial que indicaba el análisis realizado ítem por ítem recobrado en la acción judicial, y procedió a efectuar la lectura, recobro por recobro de las falencias y glosas impuestas, conforme al soporte probatorio y al dictamen pericial. Menciona que las glosas impuestas no cuentan con respaldo probatorio, ya que debió atender el pago en virtud de que son glosas erradas, pues los servicios recobrados fueron prestados efectivamente, sin observar ningún otro medio probatorio.

Fuente: ADRES (2023) Archivo Excel denominado "Recobros Desfavorables 2023".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De acuerdo con estos dos ejemplos, se evidencia en el primero de los casos que no se tiene en cuenta la glosa de extemporaneidad, señalando que lo relevante es el deber de pagar el servicio prestado y en el segundo de los casos, de igual forma refiere la importancia de que se prestaron los servicios, sobre cualquier otro medio de prueba.

Por otra parte, se conoció otro aspecto de relevancia en el análisis de los fallos para el reconocimiento de recobros, son los conflictos de competencia para conocer los recobros de EPS a ADRES, han afectado la oportunidad en el flujo de recursos de recobros, y generado que el reconocimiento de intereses moratorios resulte costoso para el SGSSS, ya que los procesos que iniciaron antes del 2014, fueron conocidos como reparación directa en la jurisdicción contenciosa administrativa, posteriormente en 2015, en providencia No. 11001010200020150098500. [Magistrada Ponente: Doctora María Mercedes López Mora], el Consejo Superior de la Judicatura, Sala Disciplinaria, dispuso que era competencia de la jurisdicción laboral, lo cual tuvo como resultado que los despachos laborales, interpusieran conflictos de competencia.

Posteriormente en el 2021, la Corte Constitucional, expidió el Auto No. 389, mediante el cual procedió a resolver el conflicto de competencia suscitado entre la jurisdicción laboral y la contenciosa, por demanda interpuesta por la EPS Sanitas contra ADRES, señalando: *“El conocimiento de los asuntos relacionados con los recobros de servicios y tecnologías en salud no incluidos en el POS, hoy PBS, corresponde a los jueces contencioso administrativos, en virtud de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 104 de la Ley 1437 de 2011, por cuanto a través de estos se cuestiona por parte de una EPS un acto administrativo proferido por la ADRES”*.

Así las cosas, se evidencia que el conflicto de competencia que se ha suscitado entre las jurisdicciones laboral y contenciosa administrativa, ha generado que las demandas que pretenden el reconocimiento de los recobros a ADRES, sean falladas tras años en los despachos judiciales, y representen un costo superior, por el reconocimiento de intereses, aspecto que ha sido considerado en la línea de defensa de ADRES, que se ha enfocado en lo dispuesto en el artículo 235 parágrafo 5 de la Ley 1955 de 2019, que establece que en recobros no debe reconocerse intereses sino indexación, sin embargo los despachos al tratarse de demandas que se interpusieron antes de la expedición de la norma, ordenan el reconocimiento de intereses.

Adicionalmente existen diferentes criterios de los jueces, frente al reconocimiento de intereses, por una parte, una postura en la que se establece que se deben reconocer intereses desde la fecha de radicación de la IPS a la EPS (Juez 16 Laboral de Bogotá) y por otra parte una posición en la que se reconocen desde la radicación de la EPS ante ADRES, y una tercera línea, que ha sido utilizada por el Juez 12 Laboral de Bogotá, en la que se aplica una analogía a la reparación directa.

Este tipo de situaciones revelan un aspecto fuera del ámbito de los sujetos de control de competencia de la Contraloría, y corresponde a los despachos judiciales, sin embargo, en este informe se considera un aspecto relevante, por la afectación que tiene en el flujo de los recursos, así como por los costos que generan al SGSSS por la demora en la toma de decisiones y el impacto que tiene en el reconocimiento de intereses a las EPS por parte de ADRES.

- Procesos Judiciales en las EPS de la muestra

NUEVA EPS

Frente a los procesos judiciales activos y de conformidad con la información reportada en archivo denominado “*Contraloría respuesta 1.4*”, con corte al 31 de diciembre de 2022, se encontraban activos 33 procesos en contra de la entidad, con una cuantía total de las pretensiones de 39.603.395.993 COP, discriminados así:

Tabla No. 72
 Relación por tipo de proceso judicial NUEVA EPS a 31/12/2022
 (Cifras en COP)

Tipo de proceso	Cantidad de procesos	Cuantía
Ejecutivo	18 ⁴⁶	4.246.323.373
Coactivo	17	35.357.072.620
Total		39.603.395.993

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado “Contraloría respuesta 1.4”.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En cuanto a los motivos de los procesos en contra de la entidad, se encuentra el siguiente detalle:

Tabla No. 73
 Relación por tipo de proceso judicial Nueva EPS a 31/12/2022
 (Cifras en COP)

Motivo	Cantidad de procesos	Cuantía
Cuentas por pagar	12	33.426.523.525
Factura	21	6.176.872.468
Total		39.603.395.993

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado “Contraloría respuesta 1.4”.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Se evidenció que, del total de procesos adelantados, se encuentra que 19 fueron incoados por Empresas Sociales del Estado (ESE), por una cuantía de 36.053.888.019 COP, es decir el 91 % frente al total de lo pretendido, por lo cual, solo el 9% corresponde a prestadores de la red privada, encontrando que los 5 procesos más representativos son con ESE⁴⁷, como se detalla a continuación:

⁴⁶ Nueva EPS en su respuesta detalló que, referente a la relación remitida por la entidad comprendía 18 procesos ejecutivos y no 16 como indico la CGR, la diferencia se presenta en los procesos acumulados en juzgado segundo laboral de circuito de Barranquilla, es decir precisando que la cuantía de estos si es por 4.246.323.373 COP

⁴⁷ En su respuesta, Nueva EPS indicó que las ESE como entidades descentralizadas desarrollan actividades de gestión y no de autoridad, por lo que no se pueden investir de atribuciones exorbitantes para recaudar de manera rápida las

Tabla No. 74
 Cinco procesos más representativos en contra de Nueva EPS
 (Cifras en COP)

Demandante	Tipo de proceso	Motivo	Cuantía de las pretensiones
ESE Unidad de Salud San Francisco de Asís	Coactivo	Cuentas Por Pagar	16.125.231.473
ESE Hospital San Antonio de Padua Simití	Coactivo	Cuentas Por Pagar	4.969.697.799
ESE Camú San Rafael Sahagún	Coactivo	Cuentas Por Pagar	2.663.023.474
ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Coactivo	Cuentas Por Pagar	1.911.956.804
ESE Hospital Local Nuestra Señora del Socorro de Sincé Sucre	Coactivo	Cuentas Por Pagar	1.612.126.166
Total			27.282.035.716

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado "Contraloría respuesta 1.4".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, existen procesos judiciales cuya fecha de admisión data de más de 10 años atrás⁴⁸, como se observa a continuación:

Tabla No. 75
 Procesos por fecha de admisión en contra de Nueva EPS
 (Cifras en COP)

Año de admisión	Cuantía de las pretensiones	Cantidad de procesos
2010	-	1
2013	97.470.000	1
2014	70.480.200	1
2015	14.924.424	1
2016	53.579.201	2
2018	1.996.571.444	2
2019	86.226.974	1
2020	67.613.400	1
2021	1.115.561.848	3
2022	36.100.968.500	20
Total general	39.603.395.993	33

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado "Contraloría respuesta 1.4".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De la anterior tabla se puede evidenciar que en la vigencia 2022, se concentra la mayor cantidad de procesos, ya que en este año fueron adelantados 20 procesos.

Frente a los procesos con sentencia y de conformidad con la información reportada por la entidad, en archivo denominado "1.5. *Procesos Judiciales*", durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, fueron proferidos 79 fallos, de los cuales 74 corresponden a procesos de cobro coactivo y 5 ejecutivos. De acuerdo con la

obligaciones contractuales o deudas que se encuentran a su favor, ocasionando un desequilibrio en los procesos coactivos iniciados toda vez que con su actuar arbitrario están violando el principio de equidad, el debido proceso, los principios de imparcialidad y desconociendo la potestad del juez natural y este es el hecho que si está generando detrimento a los recursos de la salud.

⁴⁸ Nueva EPS S.A. señaló que la CGR está tomando para la vigencia 2018 los procesos acumulados, aunque los mismos se iniciaron en la vigencia 2019, siendo estos los instaurados por UNLAB, La Clínica La Asunción Congregación de las Hermanas Franciscanas y Hermanadas de la Caridad Dominicas De la Presentación De La Santísima Virgen. Referente a este a este punto, la entidad no hace referencia de manera específica a la conclusión dispuesta por la CGR, puesto se refieren a las vigencias 2018 y vigencia 2019 y no a los radicados en el año 2010 y la mayor concentración del año 2022.

respuesta presentada por la entidad, se ajustaron las cifras y el detalle es el siguiente:

Tabla No. 76
 Procesos Judiciales con Sentencia Nueva EPS vigencias 2020, 2021 y 2022
 Valores ajustados (Cifras en COP)

Vigencia	Cantidad de procesos	Cuantía	Valor pagado	Diferencia
2020	25	92.429.942.662	19.890.281.598	72.539.661.064
2021	11	10.475.107.623	-	10.475.107.623
2022	43	92.938.882.997	17.296.643.102	75.642.239.896
Total	79	195.843.933.282	37.186.924.700	158.657.008.583

Fuente: Nueva EPS (2023) Archivo Excel denominado "1.5. Procesos Judiciales".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

FAMISANAR EPS

En relación con los procesos judiciales activos y de conformidad con la información reportada en archivo denominado "*Relación de procesos judiciales o jurisdiccionales en contra de la entidad activos a 31 de diciembre de 2022*", con corte al 31 de diciembre de 2022, se encontraban activos 18 procesos en contra de la entidad, con una cuantía total de las pretensiones de 30.448.474.842 COP, discriminados así:

Tabla No. 77
 Relación por tipo de proceso Famisanar EPS
 (Cifras en COP)

Tipo de proceso	Cantidad de procesos	Cuantía
Ejecutivo Civil	11	29.708.477.090
Jurisdiccional	7	739.997.752
Total		30.448.474.842

Fuente: Famisanar EPS (2023) Archivo Excel denominado "*Relación de procesos judiciales o jurisdiccionales en contra de la entidad activos a 31 de diciembre de 2022*".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En cuanto al motivo de los procesos, reportaron que la totalidad, son de cuentas por pagar, evidenciando que 10 procesos fueron incoados por 7 ESE, por una cuantía de 1.127.754.943 COP, que equivale al 3,7 %, por lo cual, se evidencia que resulta más significativos los procesos adelantados por la red privada. Los cinco procesos más representativos son con las siguientes IPS:

Tabla No. 78
 Top 5 procesos contra la EPS
 (Cifras en COP)

Número del Proceso	Demandante	Tipo de Proceso	Motivo	Cuantía
11001310303420180042200-	Unión Temporal Red de Atención Integral al Cáncer Centro Nacional de Oncología U.T.	Ejecutivo civil	Factura por pagar	23.777.124.252

Número del Proceso	Demandante	Tipo de Proceso	Motivo	Cuantía
11001310304020210038000-	Clínica Medical SAS	Ejecutivo civil	Factura por pagar	2.575.519.327
20001310300420210024400-	Instituto Cardiovascular del Cesar S.A.	Ejecutivo civil	Factura por pagar	2.318.290.999
68001310300520210018700-	Hospital Universitario de Santander	Ejecutivo civil	Factura por pagar	353.925.321
J-2020-1472	Clínica Medical SAS	Jurisdiccional	Factura por pagar	531.527.548
Total				29.556.387.447

Fuente: Famisanar EPS (2023) Archivo Excel denominado "Relación de procesos judiciales o jurisdiccionales en contra de la entidad activos a 31 de diciembre de 2022".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En cuanto a los procesos con sentencia, mediante oficio 2023EE0187627 del 2 de noviembre de 2023, la EPS Famisanar señaló para el punto 1.5 relacionado con los procesos judiciales o jurisdiccionales con sentencia en las vigencias 2020, 2021 y 2022, lo siguiente: *"No aplica el reporte de esta información, dado que se evidenció que existieron dos procesos, pero en los mismos operó la figura del desistimiento."* En virtud de lo anterior, no hay fallos con los cuales realizar validación.

Frente a estas conclusiones, a Famisanar EPS, le fue comunicado a la entidad un recuento de la información de los procesos judiciales en contra de la EPS, mostrando el detalle de los procesos con corte al 31 de diciembre de 2022, que, para este caso, se encontraban activos 18 procesos con una cuantía en las pretensiones de 30.448.474.842 COP, de los cuales 5 resultaron más representativos.

Al respecto, la entidad en su comunicación, indica que remite anexo, con las observaciones realizadas a los procesos, en el cual se encuentra, una tabla de los 5 procesos que fueron detectados por el equipo, como los más significativos contra la EPS, y al respecto la entidad, presenta algunas observaciones.

Sobre el proceso No. 11001310303420180042200 refirieron que se encuentra en curso y suspendido para verificación de la facturación entre las partes. En cuanto al proceso 11001310304020210038000, indican que terminó por transacción suscrita en 2023; al respecto no fue remitido el contrato. Frente al proceso 20001310300420210024400 indican que terminó, que fue radicado por la IP el memorial de solicitud de terminación con la transacción. Dicha transacción se aceptó por el despacho y se pagó totalmente la obligación. Y, en relación con el proceso 68001310300520210018700, terminó por el pago total de la obligación y por último en cuanto al proceso J-2020-1472, refieren que en sentencia la Superintendencia declaró que se encontraba superada la situación que dio objeto a la controversia.

Adicionalmente, las observaciones realizadas por la EPS no desvirtúan las conclusiones que fueron presentadas, por cuanto no se evidencia que el inicio de los procesos por parte de los prestadores haya sido por razones injustificadas,

pues, por el contrario, en su mayoría los procesos han finalizado por el pago de las obligaciones.

Ahora bien, se encontró que los procesos han presentado movimientos y terminaron en 2023, por lo cual, para el periodo auditado, se encontraban en curso y los valores pretendidos constituían recursos que no habían fluido a los prestadores.

Por otro lado, dentro de las conclusiones se expuso un análisis realizado frente a las sentencias de procesos contra ADRES, y el porcentaje de reconocimiento de los recobros, aspecto que no fue objeto de pronunciamiento por parte de la EPS. CAPITAL SALUD EPS- S

Sobre los procesos judiciales activos y de conformidad con la información allegada en archivo denominado “Informe numerales 1.4”, con corte al 31 de diciembre de 2022, se encontraban activos 61 procesos en contra de la EPS, con una cuantía total de las pretensiones de 65.253.914.244 COP, discriminados así:

Tabla No. 79
 Relación por tipo de proceso
 (Cifras en COP)

Tipo de proceso	Cantidad de procesos	Cuantía
Cobro coactivo	29	51.344.097.444
Ejecutivo laboral	1	93.521.563
Ejecutivo laboral	5	849.380.264
Ejecutivo singular	20	12.099.468.314
Jurisdiccional	5	847.946.659
Verbal sumario	1	19.500.000
Total		65.253.914.244

Fuente: Capital Salud EPSS (2023) Archivo Excel denominado “Informe numerales 1.4”.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En cuanto al motivo de los procesos, el mayor número corresponde a cobro de facturas por prestación de servicios de salud con 53 procesos, evidenciando que 42 procesos son con 34 Empresas Sociales del Estado, por una cuantía de 54.967.239.713 COP, que equivale al 84,2 %, evidenciando así, que para las vigencias 2020, 2021 y 2022, los mayores demandantes fueron IPS públicas.

Así mismo se validó, que de los 5 procesos más representativos 4 son con las Entidades del sector público como se detalla a continuación:

Tabla No. 80
 Top 5 procesos contra la EPS
 (Cifras en COP)

Demandante (s)	Clase de proceso	Radicado	Motivo	Valor de la pretensión
Fundación cardio infantil- instituto de cardiología	Ejecutivo singular	11001310301020210046300	Pago de 467 facturas	2.614.749.115
ESA solución salud	Ejecutivo singular	11001310304120190057600	Cobro de facturas por concepto de	2.210.743.978

Demandante (s)	Clase de proceso	Radicado	Motivo	Valor de la pretensión
			prestación de servicios de salud	
Subred integrada de servicios de salud centro oriente	Cobro coactivo	N/a	Cobro de facturas por concepto de prestación de servicios de salud	3.583.080.452
Subred integrada de servicios de salud sur occidente	Cobro coactivo	2018-003	Cobro de facturas por concepto de prestación de servicios de salud	22.200.538.732
Subred integrada de servicios de salud sur occidente	Cobro coactivo	2016-001	Cobro de facturas por concepto de prestación de servicios de salud	21.784.586.038
Total				52.393.698.315

Fuente: Capital Salud EPSS (2023) Archivo Excel denominado "Informe numerales 1.4".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En lo relativo a los procesos con sentencia y de conformidad con la información entregada por la entidad, en archivo denominado "Informe numerales 1.5", durante las vigencias 2021 y 2022, fueron proferidos 1 fallos de cobro coactivo y 3 fallos en segunda instancia, los cuales corresponden a procesos ejecutivos, con el siguiente detalle:

Tabla No. 81
 Fallos proferidos EPS Capital
 (Cifras en COP)

Demandante (s)	Radicado	Valor de la pretensión	Sentido del fallo de segunda instancia	Valor de la sentencia ejecutoriada
CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - HOY-COORPORACIÓN CLÍNICA-CLÍNICA PRIMAVERA	11001310300720160072802.	1.092.854.673	Desfavorable	286.587.928
CLÍNICA MEDILASER	11001310303720180025400.	241.780.927	Desfavorable	
FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA	11001310303720180025400	1.995.084.225	Desfavorable	
E.S.E HOSPITAL LAUREANO PINO DE SAN JOSE DE LA MONTAÑA	Resolución 38 de 2021	101.343		74.476

Fuente: Capital Salud EPSS (2023) Archivo Excel denominado "Informe numerales 1.5".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De la tabla anterior cabe destacar que para los dos casos donde existe la sentencia ejecutoriada, si bien se realizará pago por parte de la EPS, frente a las pretensiones se presenta una diferencia de 806.293.612 COP, recursos que no fluyeron hacia los prestadores de Salud.

PIJAOS EPS-I

Sobre los procesos judiciales activos y de conformidad con la información reportada en archivo denominado “*REPORTE DE PROCESOS JUDICIALES Y JURISDICCIONALES VIGENCIA 2020-2021-2022 (CONTRALORIA)*”, con corte al 31 de diciembre de 2022, se encontraban activos 13 procesos en contra de la entidad, con una cuantía total de las pretensiones de 6.667.506.547 COP, discriminados así:

Tabla No. 82
Relación por tipo de proceso
(Cifras en COP)

Tipo de proceso	Cantidad de procesos	Cuantía
Coactivo	1	1.847.167
Declarativo	1	153.566.439
Declarativo de glosas	1	9.382.687
Demanda jurisdiccional	1	5.112.404
Ejecutivo	6	5.735.820.761
Ejecutivo singular	3	761.777.089
Total		6.667.506.547

Fuente: Pijaos Salud EPSI (2023) Archivo Excel denominado “*REPORTE DE PROCESOS JUDICIALES Y JURISDICCIONALES VIGENCIA 2020-2021-2022 (CONTRALORIA)*”.
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Respecto a los motivos de los procesos adelantados contra la entidad, se encuentra el siguiente detalle:

Tabla No. 83
Relación por tipo de proceso
(Cifras en COP)

Motivo	Cantidad de procesos	Cuantía
Cobro de facturas por prestación de servicios en salud	9	6.387.422.422
Devoluciones o glosas	1	5.112.404
Glosas	1	9.382.687
Seguridad social cobro facturas servicios SS	1	153.566.439
Solicita se libre orden de pago	1	112.022.595
Total		6.667.506.547

Fuente: Pijaos Salud EPSI (2023) Archivo Excel denominado “*REPORTE DE PROCESOS JUDICIALES Y JURISDICCIONALES VIGENCIA 2020-2021-2022 (CONTRALORIA)*”.
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Del total de procesos adelantados, se encontró que 8 fueron de ESE, por una cuantía de 5.937.223.879 COP es decir el 89% frente al total de lo pretendido, por lo cual, el 11% corresponde a prestadores de la red privada, encontrando que los 4 procesos más representativos son con ESE como se muestra a continuación:

Tabla No. 84
 Procesos con mayor representación
 (Cifras en COP)

Número de proceso	Demandante	Tipo de proceso	Motivo	Pretensiones
73001310500520110043400	E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE	Ejecutivo	Cobro de facturas por prestación de servicios en salud	1.803.010.069
73001310500420110065000	E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE	Ejecutivo	Cobro de facturas por prestación de servicios en salud	1.735.130.841
73001310500420130006200	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE	Ejecutivo	Cobro de facturas por prestación de servicios en salud	1.686.650.818
73001310500320200024501	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	Declarativo	Seguridad social cobro facturas servicios ss	153.566.439
Total				5.378.358.167

Fuente: Pijaos Salud EPSI (2023) Archivo Excel denominado "REPORTE DE PROCESOS JUDICIALES Y JURISDICCIONALES VIGENCIA 2020-2021-2022 (CONTRALORIA)".
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En lo relativo a Procesos con sentencia y de conformidad con la información entregada por la entidad, en archivo denominado "REPORTE DE SENTENCIA DE PROCESOS VIGENCIA 2020-2021-2022 (CONTRALORIA)", durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, fueron proferidos 6 fallos, con el siguiente detalle:

Tabla No. 85
 Fallos proferidos Pijaos Salud
 (Cifras en COP)

Numero de proceso	Demandante	Tipo de proceso	Pretensiones	Valor pagado	Diferencia
73001400300320190005900	FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL	Declarativo	60.760.852	60.760.852	-
73001402301220150068900	CLINICA MINERVA SA	Ejecutivo Singular	67.228.024	-	67.228.024
CO-2020-00022	E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE	Coactivo	1.264.074.590	1.264.074.590	-
CO-2019-00015	E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE	Coactivo	4.820.545.676	740.561.630	4.079.984.046
73001310500520110043400	E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS	Ejecutivo	1.803.010.069	-	1.803.010.069

Numero de proceso	Demandante	Tipo de proceso	Pretensiones	Valor pagado	Diferencia
	ACOSTA DE IBAGUE				
73001310300520150002800	CLINICA MINERVA SA	Ejecutivo Singular	446.453.807	-	446.453.807
Total			8.462.073.018	2.065.397.072	6.396.675.946

Fuente: Pijaos Salud EPSI (2023) Archivo Excel denominado "REPORTE DE PROCESOS JUDICIALES Y JURISDICCIONALES VIGENCIA 2020-2021-2022 (CONTRALORIA)".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Como se describe en la tabla anterior, referente a los casos donde se presentaron pagos por la EPS, frente a estos y las pretensiones se presenta una diferencia de 6.396.675.946 COP, recursos que no fluyeron en el SGSSS.

En la respuesta de la entidad frente a estas conclusiones, se refiere a los procesos judiciales en los que actúan como demandantes ESE, entre estos los 3 procesos del Hospital Federico Lleras, frente a los cuales refiere que las pretensiones fueron reconocidas y pagadas en uno de los procesos, allegando contrato de transacción.

De la validación del contrato de transacción, se evidencia que las facturas objeto del proceso judicial datan de 2011, y ascendían a 1.436.198.502 COP de capital y 1.694.426.262,72 por concepto de intereses, liquidación efectuada en mayo de 2018. Esta situación resulta relevante por cuanto se evidencia que transcurrieron 7 años para que el prestador recibiera el pago por la prestación de servicios a usuarios de Pijaos. Así mismo se evidencia que los intereses resultan más altos que el costo de las facturas.

Frente a los dos procesos restantes indican que se surtió conciliación con el prestador, frente al capital adeudado, sin embargo, las pretensiones de los procesos suman 3.489.660.887 COP, y el valor conciliado asciende a 1.837.843.498 COP, existiendo un saldo por concepto de intereses que no ha sido objeto de conciliación.

Sobre el particular, la EPS refiere que los intereses cuatuplican el valor de capital, refiriendo que es *"una cifra exorbitante e impagable de acuerdo al flujo de recursos recibidos por la entidad PIJAOS SALUD EPSI"* y que, pese a los acercamientos con el área jurídica del hospital, no han sido posible negociaciones con los abogados externos, por los honorarios y primas de éxito.

Frente a lo señalado por la EPS, los costos que se generan con el accionar judicial, son un aspecto que se evidenció por parte de la CGR; sin embargo, es el riesgo que se genera por las falencias del asegurador en el pago oportuno de las obligaciones contraídas con los prestadores, por lo que, al no cumplir con los plazos dispuestos en la norma, se ven obligados a reconocer y pagar intereses de mora.

En ese sentido, las debilidades financieras y administrativas de las EPS y la falta de oportunidad en el pago han generado que el costo de la prestación de servicios de salud se incremente exponencialmente.

En cuanto a lo indicado por la EPS frente al proceso del Hospital Moncaleano, si bien fue realizado el pago y puede existir una glosa por el valor de 27.184.055 COP, no se puede desconocer la situación que conllevó al inicio de un proceso judicial para que la EPS realizara el pago de lo adeudado a la ESE, esto es el incumplimiento del plazo dispuesto en la norma.

COOSALUD

Sobre los procesos judiciales activos y de conformidad con la información reportada en archivo denominado “PROCESOS JUDICIALES (1)”, con corte al 31 de diciembre de 2022, se encontraban activos 53 procesos en contra de Coosalud, todos son de tipo *Ejecutivo*, con una cuantía total de las pretensiones de 54.136.535.997 COP, discriminados así:

Tabla No. 86
 Relación por motivo y tipo de proceso judicial Coosalud a 31/12/2022
 (Cifras en COP)

Tipo de proceso	Motivo	Cantidad de procesos	Cuantía
1258 EJECUTIVO	PRESUNTAS FACTURAS POR PAGAR	53	54.136.535.997
Total			54.136.535.997

Fuente: Coosalud EPS (2023) Archivo Excel denominado “PROCESOS JUDICIALES (1)”.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, se validaron los procesos judiciales por fecha de admisión, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 87
 Procesos por fecha de admisión en contra de Nueva EPS
 (Cifras en COP)

Año de admisión	Cuantía de las pretensiones	Cantidad de procesos
2019	825.729.784	6
2020	9.419.204.030	8
2021	25.402.839.353	18
2022	18.488.762.830	21
Total	54.136.535.997	53

Fuente: Coosalud EPS (2023) Archivo Excel denominado “PROCESOS JUDICIALES (1)”.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De la anterior tabla se puede evidenciar que en la vigencia 2022, se concentra la mayor cantidad de procesos, ya que en este año fueron adelantados 21 procesos.

Así mismo se validó, que la “FUNDACION CLINICA DEL NORTE” con 5 procesos adelantados en contra de la entidad sumando pretensiones por valor de 15.390.367.790 COP, representando el 28,4% del total pretendido, como se detalla a continuación:

Tabla No. 88

Relación mayor cuantía en pretensiones
(Cifras en COP)

Número Del Proceso	Demandante	Motivo	Pretensiones
13001310300720190009000	9004218956 FUNDACIÓN CLINICA DEL NORTE	Presuntas Facturas por Pagar	2.470.322.110
13001310300720190009000	9004218956 FUNDACIÓN CLINICA DEL NORTE	Presuntas Facturas por Pagar	9.028.674.618
13001310300720190009000	9004218956 FUNDACIÓN CLINICA DEL NORTE	Presuntas Facturas por Pagar	3.361.841.550
13001310300720190009000	9004218956 FUNDACIÓN CLINICA DEL NORTE	Presuntas Facturas por Pagar	105.332.040
13001310300120220001500	9004218956 FUNDACIÓN CLINICA DEL NORTE	Presuntas Facturas por Pagar	424.197.472
Valor pretensiones			15.390.367.790

Fuente: Coosalud EPS (2023) Archivo Excel denominado "PROCESOS JUDICIALES (1)".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En lo relativo a los Procesos con sentencia y de conformidad con la información entregada por la entidad, en archivo denominado "*PROCESOS JUDICIALES (1)*", de los procesos a 31 de diciembre de 2022, fueron proferidos 15 fallos en la vigencia 2023, los cuales corresponden a procesos ejecutivos, con el siguiente detalle:

Tabla No. 89
Fallos proferidos Coosalud EPS
(Cifras en COP)

Sentencias	Pretensiones	Valor pagado	Diferencia (no flujo)	Porcentaje que no flujo
15	21.770.454.693	1.621.095.635	20.149.359.058	92,5%
Total			20.149.359.058	92,5%

Fuente: Coosalud EPS (2023) Archivo Excel denominado "PROCESOS JUDICIALES (1)".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Como se describe en la tabla anterior, referente a las Sentencias judiciales de procesos en contra de la EPS, la diferencia entre lo pretendido y lo pagado representa el 92,5% lo cual suma 20.149.359.058 COP, siendo estos recursos que no fluyeron en el SGSSS.

En su respuesta, Coosalud indicó que, dentro de los procesos en contra más significativos, se encontraban 5 cuyo demandante era la Fundación Clínica del Norte, con una cuantía de las pretensiones de 15.390.367.790 COP. Frente a las conclusiones expuestas en la comunicación, la entidad se refiere de manera concreta a los procesos judiciales iniciados por la Fundación Clínica del Norte, finalizaron sin condena para Coosalud. Adicionalmente, la entidad indica que, en los procesos adicionales, fueron presentadas excepciones de pagos, glosas, facturas no radicadas, y facturas sin soportes. Lo expuesto por la EPS, permite establecer que en 2023 los fallos adversos a los prestadores aumentaron y el valor que no fluyó en el sistema resulta superior, corroborando las conclusiones a las cuales se había llegado.

Consolidación de análisis de procesos judiciales en las EPS de la muestra

A 31 de diciembre de 2022 en virtud del no reconocimiento y pago de facturas por servicios de salud prestados, las entidades Nueva EPS, Famisanar, Capital Salud y Pijaos Salud, presentaban 178 procesos judiciales activos, con una cuantía total de las pretensiones de 196.109.827.623 COP, recursos sobre los cuales no existe certeza de que fluyan en el Sistema. Además, se evidencia que existe concentración de estos valores en las Empresas Sociales del Estado con 79 de estos procesos y cuantía de pretensiones por 101.176.586.654 COP que representa un 52% del total pretendido.

Se evidenció en las vigencias 2020, 2021 y 2022, para las mismas entidades, se proferieron 102 sentencias en contra con diferencia de 184.333.995.909 COP, entre lo pretendido y lo pagado, que corresponden a recursos que no fluyeron en el SGSSS, frente al cual los prestadores buscaban el reconocimiento; sin embargo, no se aprobó el pago ni por parte de las auditorías de las EPS ni en los procesos judiciales.

Finalmente, la radicación de demandas para obtener el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados evidencia el desacuerdo entre los actores, genera desgaste en las entidades y mayores costos al demandante y el demandado en procesos administrativos asumidos con recursos del SGSSS, además del costo para el estado en el sistema judicial para adelantar estos procesos. Costos sobre los cuales no se evidencia el monitoreo ni seguimiento por parte del Sistema, lo cual se tendrá en cuenta en el abordaje de la pregunta No. 6 de la presente auditoría

4.3.2. Pregunta No. 2- Se realiza seguimiento a los recursos con flujo inoportuno y se adelantan gestiones efectivas para mejorar su asignación y oportuno giro para cubrir los servicios de salud?

4.3.2.1. Recursos de recobros, cobros y reclamaciones, a cargo de la administración de la ADRES

Hallazgo No. 8 Oportunidad en el reconocimiento y pago de recobros – No UPC - y reclamaciones-ADRES. (Responsable: ADRES)

Criterios

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “ARTÍCULO 167. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al

cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la Institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

Ley 1955 de 2019 “ARTÍCULO 237. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Con el fin de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Gobierno nacional definirá los criterios y los plazos para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo. (...).

ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. (...).

ARTÍCULO 245. ACUERDOS DE PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD. Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud, la ADRES podrá, de manera transitoria y durante la vigencia de la presente Ley, suscribir acuerdos de pago con las EPS para atender el pago previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo prestados únicamente hasta el 31 de diciembre de 2019. Estos acuerdos de pago se registrarán como un pasivo en la contabilidad de la ADRES y se reconocerán como deuda pública y se podrán atender ya sea con cargo al servicio de la deuda del Presupuesto General de la Nación o mediante operaciones de crédito público. Este reconocimiento será por una sola vez, y para los efectos previstos en este artículo.

De atenderse con operaciones de crédito público, la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público administrará, en una cuenta independiente, el cupo de emisión de deuda que se destine a la atención de las obligaciones de pago originadas en este artículo. Para los efectos previstos en este inciso, la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional estará facultada para realizar las operaciones necesarias en el mercado monetario y de deuda pública.

PARÁGRAFO 1o. La ADRES será la entidad responsable de realizar las auditorías requeridas, así como el pago a las EPS o a las entidades que estas ordenen, de conformidad con los acuerdos de pago suscritos. Si durante el proceso de auditoría se llegase a presentar valores en exceso a los pagados, las EPS deberán proceder al reintegro de los recursos correspondientes.

PARÁGRAFO 2o. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del presente artículo, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como el Ministerio de Salud y Protección

Social deberán asignar en las vigencias presupuestales con posterioridad a la expedición de la presente Ley, los recursos suficientes para el pago a las EPS, por las Acreencias adquiridas por servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo”.

Decreto 521 del 06/04/2020 del MSPS “Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo”

“Artículo 11. Auditoría de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC objeto del saneamiento. La ADRES o el tercero que se contrate para el efecto, a través de un proceso de auditoría, verificará que los ítems sometidos al proceso de saneamiento cumplan los requisitos esenciales establecidos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y en el artículo anterior del presente decreto.

Inicialmente, realizará validaciones automáticas a la información presentada por las entidades recobrantes en la estructura definida por la ADRES. Aquellas que hayan aprobado las validaciones automáticas deberán ser incluidas en el contrato de transacción respectivo. En caso de no superar dichas validaciones, la ADRES comunicará el resultado a las entidades recobrantes, con el fin de que estas decidan si desean volver a presentar los ítems que no hayan cumplido con estas validaciones.

Si los ítems objeto de las validaciones automáticas no hacen parte de las pretensiones de una demanda, para que proceda su pago, la entidad recobrante deberá suscribir el contrato de transacción. Algunos de los ítems que hayan superado las validaciones automáticas podrán requerir validaciones adicionales que determine la ADRES, y deberán ser incluidos en un contrato de transacción, previo al resultado de las mismas. Tanto los ítems que aprobaron todas las validaciones automáticas, como aquellos que requieran validaciones adicionales, deberán ser incluidos en contratos de transacción para que proceda su pago.

Si los ítems objeto de las validaciones automáticas hacen parte de las pretensiones de una demanda, la entidad recobrante decidirá si suscribe el contrato de transacción por la totalidad de los ítems incluidos en ellas. Si la entidad recobrante no acepta suscribir el contrato de transacción por la totalidad de los ítems, se dará por terminado el proceso de saneamiento, sin lugar a pago alguno. Algunos de los ítems que hayan superado las validaciones automáticas podrán requerir validaciones adicionales, de acuerdo a lo que determine la ADRES, cuyo resultado también será comunicado a las entidades recobrantes.

Parágrafo. La ADRES podrá contratar terceros para adelantar todo o parte del proceso de auditoría de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo que se someten al proceso de saneamiento previsto en este decreto”.

(...)

Artículo 24. Procedimiento de Pago. Una vez expedida la resolución de reconocimiento y orden de pago, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional- realizará el registro de la operación presupuestal de servicio de deuda en el SIIF Nación a favor de la ADRES.

En caso de que el pago se realice con recursos provenientes de una emisión de Títulos de Tesorería TES Clase B, la disposición de recursos se hará de conformidad con el mecanismo que determine la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional, la cual en ningún caso generará efecto presupuestal.

Los giros se efectuarán por parte de la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la ADRES, quien los girará a los beneficiarios que las entidades recobrantes hayan señalado en los términos del artículo 18 del presente decreto. El giro a los beneficiarios lo realizará la ADRES una vez aprobadas las modificaciones presupuestales y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de los recursos.

Decreto 687 del 22/05/2020 “por el cual se modifica el numeral 6 del artículo 3 y el artículo 5 del Decreto 1333 de 2019” Artículo 2 numeral “6. Dispuestos los recursos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, esta realizará los giros correspondientes a los beneficiarios establecidos en el acuerdo de pago, incluidos los que se contemplen para la realización del giro directo, en los cinco (5) días calendario siguientes a la expedición de la resolución por parte de la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público de que trata el numeral anterior”.

Decreto 507 de 2022 del MSPS “Por el cual se modifica el Decreto 521 de 2020, en relación con los plazos para presentar los recobros al proceso de saneamiento por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo y se dictan otras precisiones” artículo 2 señala (...) “El término para adelantar el proceso de validaciones automáticas, validaciones adicionales, el consolidado de los resultados de auditoría por entidad recobrante y la verificación de calidad de los resultados de auditoría, será máximo de 90 días calendario, contados a partir de la radicación de los documentos requeridos para el saneamiento. Parágrafo. Tratándose de las validaciones de que trata el inciso 3° de este artículo, las entidades recobrantes podrán radicar las correcciones o ajustes a las cuentas presentadas. Para el efecto, la ADRES habilitará la radicación de estas y determinará su plazo de presentación, el cual no podrá ser superior a un mes ni inferior a diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha en que se comuniqué el resultado de auditoría.”

Resolución 2152 del 10/03/2020 de la ADRES “por la cual se establece el proceso de verificación, control y pago de algunos de los servicios y tecnologías no financiados con cargo al presupuesto máximo, de que tratan los artículos 9° y 10 de la Resolución número 205 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social” (...).

ARTÍCULO 20. INICIO DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO. *Conforme al cronograma que defina la ADRES se efectuará la revisión en Mipres y sus módulos para identificar aquellas tecnologías o servicios que no se encuentren financiadas con cargo a los presupuestos máximos de que trata el presente acto administrativo, y procederá a activar el proceso de verificación, control y pago (...).*

Resolución 1885 de 2018 del MSPS: (...) Artículo 57. Subsanción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría. Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro

de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

La corrección deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro/cobro allegados inicialmente, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría.

*Si la ADRES dispone de la información soporte para el recobro/cobro no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.
(...)*

Artículo 62. Plazo para adelantar las etapas del proceso de preauditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente. La ADRES deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante, dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del periodo de radicación en el que fue presentado el correspondiente recobro/cobro.

Dentro del mismo término, se efectuará el pago a las entidades recobrantes o a los proveedores autorizados por estas, cuando la auditoría integral arroje como resultado la aprobación del recobro/cobro. El pago se realizará a la cuenta bancaria registrada ante ADRES.

Resolución 1645 del 03/05/2016 “por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones”

Manual Operativo y de Auditoría V5. Capítulo 6.

Manual Operativo y de Auditoría No Presupuestos Máximos V2 de la ADRES.

Manual Operativo y de Auditoría V5 – Capítulo 5 de la ADRES.

Manual Operativo y de Auditoría para el reconocimiento y pago de servicios de salud y gastos derivados de accidentes de tránsito de vehículos no identificados o sin póliza SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el ministerio de salud y protección social.

Condición

Acuerdo de Punto Final - APF –

Conforme al análisis realizado en los archivos remitidos **PUNTO 2.1_RECIBROS_ALCANCE**, se observó dentro de la línea de radicación de

recobros Acuerdo de Punto Final - APF - tiempos entre la radicación y pago superiores a los 262 días, tal como se observa en la tabla:

Tabla No. 90
 Tiempos Recobros - Acuerdo de Punto Final

Estadística	Radicación Vs Aprobación en días 2020	Radicación Vs Aprobación en días 2021	Radicación Vs Aprobación en días 2022
Límite Inferior	43	60	53
Límite Superior	187	262	140
Promedio	112	145	83
Mediana	106	147	78
Moda	104	151	126

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A continuación, se presentan los casos más relevantes de los tiempos entre la radicación, aprobación y giro:

Vigencia 2020 APF

- 62 casos donde transcurrieron 187 días entre la fecha de radicación (16/08/2020) y la fecha de aprobación (19/02/2021), para las siguientes EPS: Coomeva, Nueva EPS, Salud Total y Sanitas.
- 22 casos donde transcurrieron 156 días entre la fecha de radicación (22/09/2020) y la fecha de aprobación (24/02/2021) y 204 días frente a la fecha de giro (14/04/2021) para las EPS Medicina Prepagada Suramericana S.A. SURA y Salud Total S.A. E.P.S.

Vigencia 2021 APF

- 22 casos donde transcurrieron 262 días entre la fecha de radicación (10/02/2021) y la fecha de aprobación (30/10/2021), para Sanitas E.P.S.
- 44 casos donde transcurrieron 261 días entre la fecha de radicación (11/02/2021) y la fecha de aprobación (30/10/2021), para Salud Total S.A. E.P.S., Coomeva E.P.S y Sanitas E.P.S.
- 145 casos donde transcurrieron 144 días entre la fecha de radicación (12/11/2021) y la fecha de aprobación (05/04/2022) y 357 días frente a la fecha de giro (04/11/2022) para las EPS Aliansalud E.P.S, Cafesalud E.P.S., Nueva EPS S.A. – entre otras.

Vigencia 2022 APF

- 10 casos donde transcurrieron 140 días entre la fecha de radicación (21/10/2022) y la fecha de aprobación (10/03/2023), para Capital Salud EPS-SAS.

Corriente y No Presupuestos Máximos - NPM –

Frente al mecanismo Corriente y No Presupuestos Máximos - NPM - se observan tiempos máximos de aprobación de hasta 854 días, así:

Tabla No. 91
 Tiempos Recobros – Corriente y NPM

Estadística	Radicación Vs Aprobación en días 2020	Radicación Vs Aprobación en días 2021	Radicación Vs Aprobación en días 2022
Límite Inferior	20	100	61
Limite Superior	854	284	148
promedio	344	126	93
Mediana	306	128	93
Moda	117	128	94

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Vigencia 2020 Corriente

- 30 casos donde transcurrieron 777 días entre la fecha de radicación (09/01/2020) y la fecha de aprobación (23/02/2022) y 846 días frente a la fecha de giro (04/05/2022) para Salud Total S.A. E.P.S., Sanitas E.P.S. Nueva EPS S.A., entre otras.
- 25 casos donde transcurrieron 771 días entre la fecha de radicación (09/01/2020) y la fecha de aprobación (147/02/2022) y 846 días frente a la fecha de giro (04/05/2022) para Salud Total S.A. E.P.S., Sanitas E.P.S. Nueva EPS S.A., Servicio Occidental De Salud S.O.S., entre otras.

Vigencia 2021 NPM

- 13 casos donde transcurrieron 238 días entre la fecha de radicación (30/06/2021) y la fecha de aprobación (23/02/2022) y 307 días frente a la fecha de giro (03/05/2022) para Salud Total S.A., E.P.S., Policía Nacional Sanidad, entre otras.

Vigencia 2022 NPM

- 10 casos donde transcurrieron 147 días entre la fecha de radicación (29/11/2022) y la fecha de aprobación (24/04/2023) y 204 días frente a la fecha de giro (21/06/2023) para Compensar E.P.S., Nueva Empresa Promotora de Salud EPS S.A., Coosalud E.P.S. EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A., Asociación Mutual Ser E.S.S., Alianza Medellín EPS y Savia Salud EPS.

Reclamaciones

Frente a las reclamaciones presentadas por los prestadores y/o proveedores y que reportan pago se evidenció:

- Para el año 2020 se presentaron radicaciones cuyo tiempo máximo de aprobación fue 549 días desde el momento de la radicación, y en promedio las aprobaciones estuvieron por los 186 días.
- Para el año 2021, las radicaciones tuvieron un tiempo máximo de 498 días hasta la aprobación para pago, con un promedio de 144 días desde su radicación.
- En el año 2022, el tiempo máximo fue de 374 días desde la radicación hasta la aprobación, con un promedio de 152 días.

Tabla No. 92
 Tiempo de aprobación de Reclamaciones con Pago (en días)

Días transcurridos entre la radicación y la aprobación			
Estadística	2020	2021	2022
Límite Inferior	1	6	2
Límite Superior	549	498	374
promedio	186	144	152
Mediana	173	135	145
Moda	173	125	139

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, en el 2022 se registraron 2.017 reclamaciones aprobadas, pero sin pago al 01/11/2023, con los siguientes tiempos transcurridos entre la radicación y la aprobación.

Tabla No. 93
 Tiempo entre la radicación de la reclamación y la aprobación – Sin pago (en días)

Estadística	No. de días entre radicación y aprobación vigencia 2022
Límite Inferior	335
Límite Superior	427
Promedio	370
Mediana	370
Moda	366

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Causa

Inexistencia de términos para la verificación, control y pago para los mecanismos de APF y NPM, al inicio de los procesos, cuyos ajustes fueron realizados sobre la marcha, así como demoras en el proceso de auditoría para el reconocimiento y pago de los recobros por los mecanismos de APF, corriente, NPM y reclamaciones. **(Responsable: ADRES)**

Efecto

Inoportunidad en el flujo de los recursos hacia las EAPB, prestadores y proveedores, en contravía de los principios de economía, eficiencia y eficacia.

Respuesta de la ADRES

Con oficio No. 20241103495901 del 02/07/2024 la ADRES dio respuesta así:

“En atención a las observaciones realizadas respecto de los tiempos se emite respuesta por cada línea de radicación en los siguientes términos:

Acuerdo de Punto Final:

La normatividad expedida por el Gobierno Nacional para Acuerdo de Punto Final, no estableció los tiempos en los cuales se debe surtir cada una de las etapas del procedimiento del recobro, es decir, no determinó el tiempo que debía transcurrir entre la fecha de radicación y fecha de culminación de la auditoría, lo anterior en atención a la complejidad de las cuentas involucradas en el mecanismo (...).

En conclusión, los paquetes tramitados en virtud del Decreto 521 del 2020, es decir hasta la radicación de abril del 2022 se auditaron observando la productividad definida y atendiendo como se indicó el tipo de cuenta involucrada en el paquete. Ahora bien, en cuanto a la radicación efectuada de mayo de 2022 en adelante se auditó observando los tiempos establecidos en el Decreto 507 del 2022, es decir 90 días¹ calendario, contados a partir de la radicación de los documentos requeridos para el saneamiento.

Por lo expuesto a continuación se da explicación de los tiempos observados por la CGR, así:

Vigencia	Paquete	Tiempos reportados CGR	Aclaración
2020	APF_MYT04_0920	156	Cuentas que correspondían al rezago causado por el acaecimiento del contrato 080. Las mismas por solicitud de las EPS fueron trasladadas a APF y el trámite de auditoría debía efectuarse atendiendo las reglas de Respuesta a Glosa, situación que complejizó la auditoría.
	APF_PJ_0820	187	Cuentas involucradas en Procesos Judiciales, para su auditoría se requiere la trazabilidad completa de proceso judicial y su análisis correspondiente para determinar si existe o no prescripción jurídica de la cuenta
2021	APF_1121	144	Paquete con cuentas de varios ítems, con ingresos previos que complejizó la auditoría
	APF_0621-0721	144	Paquete con cuentas de varios ítems, con ingresos previos que complejizó la auditoría
	APF_PJ_0521	262 261	Cuentas involucradas en Procesos Judiciales, para su auditoría se requiere la trazabilidad completa de proceso judicial y su análisis correspondiente para determinar si existe o no prescripción jurídica de la cuenta
2022	APF_RNG_1022_1122	140	Este paquete correspondió a la última ventana de radicación de APF y solo contenía reingresos, por lo tanto, se requería del cierre de auditoría de los paquetes ordinarios de APF para iniciar su auditoría, así como insumos adicionales con la traza completa del trámite efectuado al recobro reingresado y ello complejizó la auditoría.

Fuente: Elaboración Propia Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES

Corriente 2020

Respeto a los casos reportados por la CGR, se precisa que los tiempos observados corresponden a dos paquetes que hicieron parte del rezago generado por el incumplimiento del contratista 080- 2018, situación que ya ha sido observada previamente por parte de la CGR y que generó un plan de mejoramiento por parte de la ADRES, el cual se cerró con su respectivo cumplimiento.

Por lo expuesto, se solicita a la CGR no observa nuevamente situaciones que previamente había sido objeto de auditoría y ya habían sido subsanadas por la ADRES.
(...)

Reclamaciones:

Respecto a reclamaciones se precisa que para adelantar el trámite de reconocimiento y pago de reclamaciones, la ADRES requiere contratar una firma que adelante el proceso de revisión y verificación de cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en la Resolución 1645 de 2016, razón por la cual, durante la vigencia 2020 suscribió con las firmas GRUPO ASD S.A.S. y AGS Colombia S.A.S., los contratos de Prestación de Servicios 261-2020 y 262-2020 respectivamente, los cuales adelantaron el proceso de revisión de criterios y verificación de requisitos de las reclamaciones radicadas entre mayo de 2018 y noviembre de 2021.

Teniendo en cuenta la vigencia de los contratos referidos en el párrafo anterior, en el segundo semestre de 2021 se inició el proceso de cotización a proveedores y estudio de mercado para la adjudicación del nuevo contratista de reclamaciones; sin embargo, debido a que no era posible iniciar el proceso de selección con vigencias futuras, en enero de la presente vigencia y una vez se contó con la disponibilidad presupuestal para el año 2022, se publicaron los pliegos para iniciar el proceso de licitación pública LP-01-2022 en la plataforma SECOP II, el cual concluyó el 10 de mayo de 2022, con la suscripción del contrato 386 de 2022 con la firma Grupo ASD S.A.S. Ahora bien, debido a que entre enero y julio de 2022 se incrementó en un 34% la radicación de reclamaciones con respecto al comportamiento histórico que fue base para la estimación del pliego de condiciones mismo periodo, para garantizar el trámite de auditoría de las reclamaciones radicadas hasta el 31 de diciembre de 2022; la ADRES adelantó el trámite de adición del contrato 386 de 2022.

No obstante, la Dirección de Otras Prestaciones adelantó las siguientes actividades por lo tiempos de auditoría, en concordancia con los compromisos adquiridos en el plan de mejoramiento suscrito con la Superintendencia Nacional de Salud:

Reporte de Materialización del Riesgo:

El 29 de abril de 2022, desde la Dirección de Otras Prestaciones se realizó el reporte de materialización del riesgo por la inoportunidad en la auditoría de reclamaciones que se generó debido al tiempo.

El objetivo es analizar las medidas a implementar para que el proceso de selección y contratación de la firma que adelanta el proceso de revisión y verificación de cumplimiento de requisitos no impacte los tiempos de la auditoría de las reclamaciones.

Cronograma de trámite de paquetes:

De manera paralela, una vez se adjudicó el contrato 386 de 2022, junto con el contratista y en el marco de las obligaciones contractuales se estableció un plan de trabajo que permitió que el rezago de reclamaciones que se encontraban sin auditoría a la fecha de la suscripción del contrato, esto es diciembre de 2021 a octubre de 2022, fuera tramitado en el menor tiempo posible. (...).

Análisis de respuesta

La respuesta de la ADRES ratifica la causa del hallazgo al señalar que la normatividad expedida por el Gobierno Nacional para APF, no estableció los tiempos que debía surtir cada una de las etapas del procedimiento del recobro, en atención a la complejidad de las cuentas; sin embargo, a partir de mayo de 2022 se auditó observando los tiempos establecidos en el Decreto 507 del 2022 referido a 90 días calendario contados a partir de la radicación de los documentos requeridos para el saneamiento, dejando de presente la definición de tiempos en el proceso.

Frente a los tiempos reportados, refiere la ADRES que corresponden a cuentas involucradas en procesos judiciales que requieren trazabilidad completa, cuentas con varios ítems con ingresos previos y paquetes de la última ventana de radicación que requerían cierre de auditoría, situaciones que afectan el flujo oportuno de los recursos hacia las EAPB, prestadores y proveedores.

Con relación a lo observado por la línea NPM la entidad no se pronunció.

Para la línea de reclamaciones señala la ADRES los procesos contractuales para la revisión y verificación de cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en la Resolución 1645 de 2016, igualmente, indica la materialización del riesgo por la inoportunidad en la realización de la auditoría de reclamaciones y el objetivo de analizar las medidas a implementar para que el proceso de selección y contratación no impacte los tiempos de la auditoría de las reclamaciones, situación que requiere acciones oportunas que contribuyan al giro de los recursos a prestadores y proveedores.

Por lo anterior se valida el hallazgo.

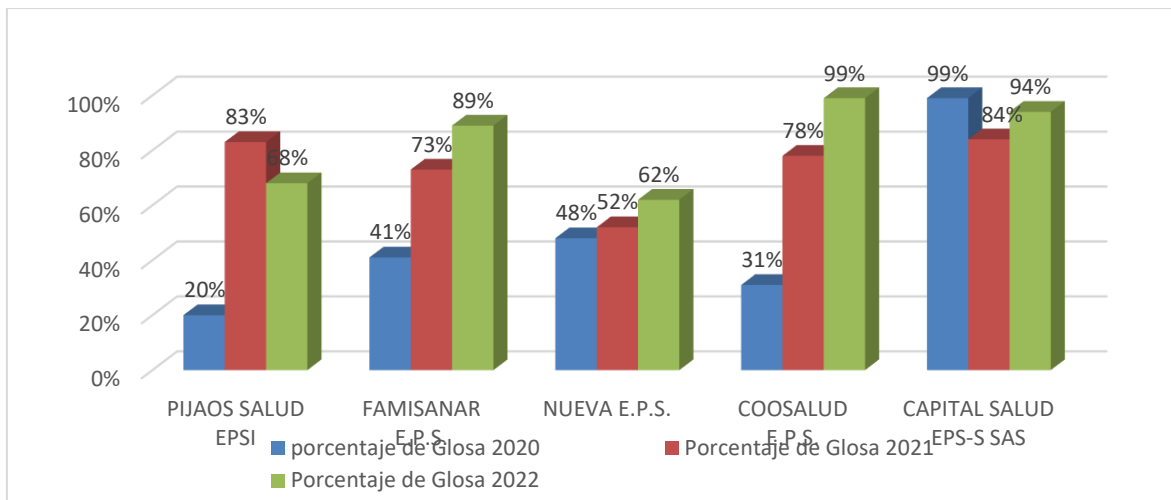
Glosas a cuentas de recobros ADRES - EPS

Glosas APF

De la información suministrada por ADRES que contiene la relación de las cuentas radicadas por las EPS del RC y RS por concepto de recobros por Acuerdo de Punto Final - APF - con corte 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022, se identificó el siguiente comportamiento en el porcentaje de glosas aplicadas por ADRES⁴⁹ a las EPS de la selectiva, así:

Imagen No. 13
Comportamiento de Glosa por EPS – Línea APF

⁴⁹ El porcentaje de glosa corresponde al valor glosado por la ADRES sobre lo recobrado por la EPS.



Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Se observa como el comportamiento de la glosa para cada una de las EPS, es ascendente, llamando la atención Famisanar EPS donde presentó un nivel de glosa del 41% para el 2020 y en el 2022 del 89%, Capital Salud EPS-S donde mantuvo una glosa superior al 90% en las vigencias 2020 y 2022 y Coosalud pasó del 78% en el 2021 al 99% para el 2022.

Como principal glosa por el mecanismo de APF, la ADRES identificó la causal de prescripción o caducidad jurídica siendo la más representativa, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No. 94
Línea de radicación
Acuerdo de Punto Final

No.	APF		
	Clasificación glosa	recobros	%
1	Prescripción o caducidad jurídica	230.124	21,61%
2	Consistencia de la Información	177.773	16,70%
3	Reliquidación	164.002	15,40%
4	Cobertura	148.471	13,94%
5	Suministro	105.449	9,90%

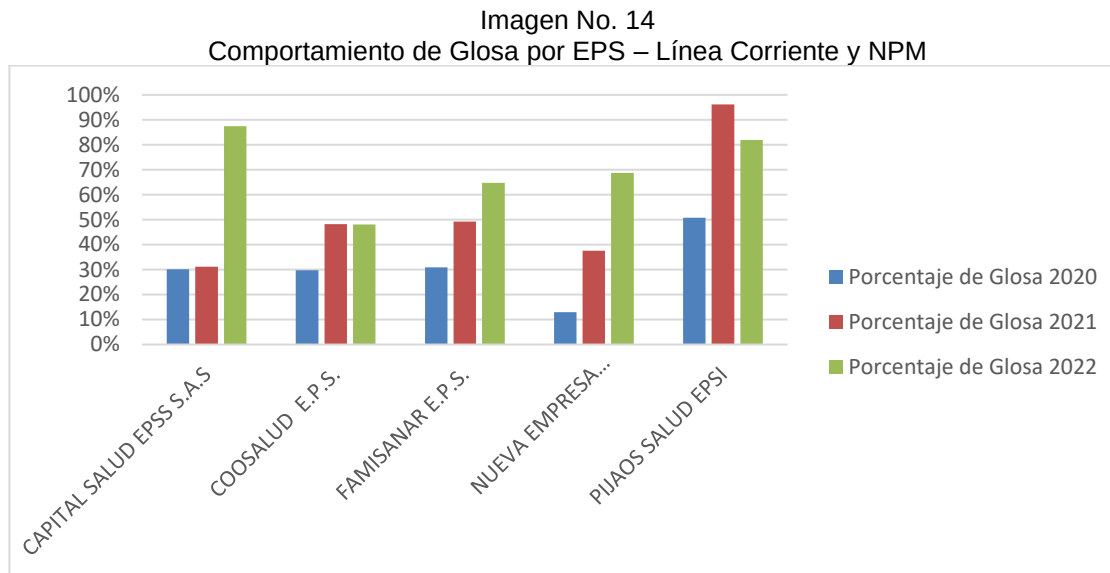
Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

El 38,31% de la glosa se concentra en el recobro/cobro por prescripción o caducidad jurídica de acuerdo con la comunicación de resultados soporte de prestación del servicio y por inconsistencia en la información.

Glosa corriente y NPM

Frente al comportamiento de la glosa por el mecanismo corriente y No Presupuestos Máximos - NPM - con corte 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022, se identificó el siguiente comportamiento en el porcentaje de glosas aplicadas por ADRES a las EPS de la selectiva, así:



Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Al igual que el anterior mecanismo, se desataca como el comportamiento de la glosa es ascendente, donde para Capital Salud EPS-S pasó del 31% en 2021 al 87% en 2022 y Famisanar del 49% (2021) al 65% (2022). Como principales causales de glosa identificadas por ADRES para la línea corriente, se tienen las siguientes:

Tabla No. 95
Línea de radicación: Corriente

No.	CORRIENTE		
	Clasificación glosa	Recobros	%
1	Reliquidación	45.182	28,66%
2	Reconocimiento ADRES	38.373	24,34%
3	Cobertura	17.603	11,16%
4	Validaciones Generales	13.833	8,77%
5	Suministro	11.977	7,60%

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Frente a este comportamiento de la glosa con relación a las cuentas radicadas por concepto de recobros por la línea APF y corriente, señaló Famisanar⁵⁰ EPS las siguientes situaciones:
(...)

⁵⁰ Oficio Famisanar s/n del 04/07/2024 suscrito por la Agente Especial Interventora

2. Sobre lo expuesto frente a lo observado en el comportamiento de glosa con relación a las cuentas radicadas por las EPS por concepto de recobros en Acuerdo de Punto Final - APF - con corte 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022, en donde particularmente se menciona que FAMISANAR muestra una tendencia ascendente de la glosa para el año 2022 (89%) comparado con los años anteriores, es importante contextualizar que este comportamiento principalmente se dio de cara a los resultados obtenidos de la auditoría en el proceso de acuerdo punto final procesos judiciales (APF_PJ); frente a lo cual la EPS consideró como una glosa no justificada y de la misma manera fue expuesta en varias ocasiones frente a la ADRES desde el momento en que se recibieron los primeros resultados en mayo del 2022.

3(...) FAMISANAR presentó una glosa en el 2022 por APF_PJ (...) por una causal de glosa que no es imputable a la EPS, sino que es el resultado de medidas adoptadas por la Administración de Justicia con impacto directo en el movimiento de los procesos al interior de la Rama Judicial, que no ha permitido su ubicación permanente en un solo Despacho, ocasionando múltiples radicaciones que dificultaron la identificación de los procesos, pero no impidieron la verificación de su existencia; de igual manera en algunos casos los procesos surten en la actualidad conflictos de competencia o cuyo auto admisorio de la demanda según reporte de ADRES no le han sido notificados, todo lo cual dificultó la realización de los cálculos relacionados con la prescripción o caducidad (motivo principal de glosa). al tratarse de asuntos inherentes a la ritualidad de un proceso judicial y no a la pertinencia, como tampoco a la procedencia del reconocimiento y aprobación de cuentas de recobro en el marco de la auditoría realizada en APF, la EPS planteó que de la misma forma como se están evaluando las novedades referentes a la suscripción de los contratos de transacción de APF_PJ sobre recobros aprobados que se encuentran reclamados en procesos judiciales, se evaluarán nuevamente los recobros con resultado de auditoría no aprobados con este concepto de glosa: "...con la información disponible, ya sea la aportada por la entidad recobrante o la verificada en la página de la rama judicial no es posible efectuar los cálculos relacionados con la prescripción o caducidad (APF202002)"; tomando en cuenta que en su totalidad, se trata de cuentas de recobro reclamadas en procesos actualmente en curso y sin sentencia judicial que de fondo haya puesto fin a la controversia.

4. En diferentes oportunidades a través de comunicados y reuniones con ADRES, FAMISANAR ha expuesto sobre esta situación que incrementó la causal de glosa de prescripción o caducidad jurídica, así:

- a. La EPS ha dado cumplimiento a todos y cada uno de los requerimientos técnicos y documentales que fueron ordenados por ADRES y en ese sentido en las radicaciones que se llevaron a cabo para APF_PJ durante los años 2021 y 2022.
- b. Se dio a conocer por parte de la EPS, los argumentos por los cuales se consideró que el contenido del formato 3 (formato relación de recobros inmersos en procesos judiciales), que si bien en cada radicación se aportó debidamente diligenciado no resultaba suficiente para contextualizar la realidad y las novedades jurídico-procesal en que las controversias sobre recobros transitan, y que, a pesar de ser reportadas por la entidad, no fueron objeto de validación por parte de la ADRES.
- c. Como consecuencia, la EPS realizó una revisión juiciosa de cada proceso jurídico y aportó en el 2022 los soportes documentales de los trámites judiciales con el fin de garantizar la validación integral de inexistencia de novedades que afectaran la solución de continuidad del trámite judicial, y suplir de esta manera las deficiencias de la información a reportar en el Formato 3, si bien la ADRES dio respuestas a las

inquietudes, estas no llevaron a viabilizar una solución efectiva que permitiera recuperar este recurso.

5. Producto de la particularidad en la situación expuesta frente a la realidad procesal propia de la administración de la rama judicial conllevó a que actualmente se realizaran mesas con ADRES para el entendimiento durante el año 2023 y 2024, complementación y aclaración sobre la información de los procesos judiciales que permita mejorar la metodología para la emisión de los contratos de transacción, hecho que corrobora la dificultad existente para la interpretación y validación de la información en la que se basó la auditoría para el proceso de APF_PJ.

6. Durante el periodo entre la publicación de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, no hubo un mecanismo que permitiera la radicación ante la ADRES, ocasionando el riesgo que sobre los recobros operara una posible prescripción, y por ello se acudieran a los mecanismos jurídicos establecidos para tal fin.

7. Los tiempos que transcurrieron para la radicación de los recobros en el mecanismo de APF y Corriente también se vieron afectados por el reproceso de reconstrucción que estableció la ADRES para el rezago de los recobros que durante los años 2018 y 2019 no tuvieron resultados de auditoría y donde la EPS debió implementar un proceso operativo de grandes magnitudes para lograr aplicar a dicho mecanismo y volver a radicar los recobros corrientes.

8. La ADRES adoptó el MANUAL OPERATIVO Y DE AUDITORIA mediante la Resolución 2707 de 2020, estableciendo los criterios para el reconocimiento de los servicios y tecnologías no cubiertos por la UPC del régimen contributivo. Este manual ha contado con cinco (5) actualizaciones por parte de la ADRES, evidenciándose entre ellas que los criterios e instrucciones contaron con reformas de tipo técnico y conceptual generando cambios de manera constante en las condiciones y requisitos inicialmente establecidos, creando afectaciones operativas y de planeación dentro de la EPS que actuó como entidad recobrante e intermediaria frente a los prestadores de servicios de salud. (...)"

Conforme a lo expuesto, la verificación y presentación de los recobros/cobros por concepto de APF, corriente y NPM realizadas por las EAPB ante la ADRES, y que generaron no conformidades (Glosas) y a su vez reprocesos y anulaciones de cuentas, tienen origen, entre otros factores, como lo menciona la EPS en situaciones inherentes a los procesos judiciales por medidas adoptadas por la Administración de Justicia con impacto directo en el movimiento de los procesos al interior de la Rama Judicial, que no permiten su ubicación permanente en un solo Despacho, ocasionando múltiples radicaciones y conflictos de competencia o cuyo auto admisorio de la demanda, según reporte de ADRES, no le ha sido notificado, adicionalmente, a las debilidades del formato 3 (formato relación de recobros inmersos en procesos judiciales), que no permitía presentar la realidad y las novedades jurídico-procesales.

Menciona igualmente, Famisanar que los mecanismos de APF y Corriente se vieron afectados por el reproceso de reconstrucción que estableció la ADRES, para el rezago de los recobros que durante los años 2018 y 2019 no tuvieron resultados de auditoría y donde la EPS debió implementar un proceso operativo

de grandes magnitudes para lograr aplicar a dicho mecanismo y volver a radicar los recobros corrientes, así como, a un periodo donde no hubo un mecanismo que permitiera la radicación ante la ADRES y cambios en el Manual Operativo de Auditoria (cinco actualizaciones) que generaron afectaciones operativas y de planeación dentro de la EPS, elementos internos atribuibles a las EPS y ADRES y externos a la administración de justicia que impactan el flujo de los recursos en el Sistema.

4.3.2.2. *Reintegros al SGSSS (Reintegros que en 2019 estaban pendientes de la SNS y pasaron a la ADRES)*

Hallazgo No. 9 Proceso de recursos reconocidos sin justa causa por concepto de UPC, No UPC y reclamaciones (Responsables ADRES y SNS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud y específicamente frente al caso de Colombia⁵¹ señaló que:

*“(...) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aún así mejorar la salud de la población. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan⁵² (...)”*

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. (...) a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente(...)”

Ley 489 de 1998 “ARTICULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

El Decreto Ley 403 de 2020. “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

⁵¹ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre fe 2023

⁵² Ibidem.

a) *Eficiencia:* En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) *Eficacia:* En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) *Economía:* En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 *Eficiencia.* Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.13 *Sostenibilidad.* Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo”.

Ley 1753 de 2015 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”:

“Artículo 73. Procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud.

(...) Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna”.

Ley 1797 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

“Artículo 12. Prelación de créditos en los procesos de liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, (IPS), y de las entidades promotoras de salud (EPS). <aparte subrayado condicionalmente exequible> En los procesos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud, incluso los que están en curso, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se aplicará la siguiente prelación de créditos, previo el cubrimiento de los recursos adeudados al Fosyga o la entidad que haga sus veces si fuere el caso (...)

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“ARTÍCULO 1o. EFICIENCIA Y OPORTUNIDAD EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se

garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

(...)

ARTÍCULO 3°. REINTEGRO DE RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS SIN JUSTA CAUSA. Modificado por el art. 7 de la Ley 1949 de 2019. Cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud detecte que se presentó apropiación sin justa causa de los mismos, solicitará la aclaración del hallazgo a la persona involucrada, para lo cual remitirá la información pertinente, analizará la respuesta dada por la misma y, en caso de establecer que se configuró la apropiación o reconocimiento sin justa causa de recursos, ordenará su reintegro, actualizado al Índice de Precios al Consumidor, IPC, dentro de los plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez quede en firme el acto administrativo que ordena el reintegro, de conformidad con el procedimiento definido, la ADRES o quien haga sus veces o cualquier entidad o autoridad pública que, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, compensará su valor contra los reconocimientos que resulten a favor del deudor por los diferentes procesos que ejecuta ante la entidad. En todo caso, los valores a reintegrar serán actualizados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que recibe los recursos, este deberá reintegrarlos actualizados con el Índice de Precios al Consumidor (IPC), en el momento en que detecte el hecho (...).

Artículo 15. Protección de los recursos del Fosyga. Sin perjuicio de las directrices que impartan el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, corresponde al administrador fiduciario del Fosyga adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los que considere indispensables para proteger debidamente los recursos del Fosyga, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos. (...).

Resolución No. 1716 del 27 de junio de 2019 del MSPS “Por la cual se establece el procedimiento de reintegros de los recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud, apropiados o reconocidos sin justa causa”.

Artículo 3°. Inicio del procedimiento.

Artículo 4°. Solicitud de aclaración.

Artículo 5°. Respuesta a la solicitud de aclaración.

Artículo 6°. Elaboración de informe.

Artículo 7°. Orden de reintegro.

Artículo 8°. Modificado por el art. 1, Resolución 995 de 2022. Reintegro de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

Artículo 14. Modificado por el art. 4, Resolución 995 de 2022. Consecuencias del incumplimiento del reintegro de recursos.

The United Republic of Tanzania, National Audit Office. Performance Audit Report on Controls of Payments made by NHIF to Accredited Healthcare Facilities⁵³.

“(…)

[5.2 Recomendaciones de auditoría

5.2.3. *Acciones correctivas sobre reclamaciones no auténticas (genuinas) para reducir las pérdidas financieras.*

2. *Fortalecer el mecanismo de recuperación que garantice que el monto declarado fuera recuperado de los Establecimientos de Salud con malas prácticas.]”*

Condición

Del estudio de información, análisis y confirmación de los recursos reconocidos sin justa causa identificados por ADRES y/o Fosyga; se observaron saldos pendientes de reintegrar al Sistema a 31 de diciembre de 2022, como resultado de las auditorías a los procesos de reconocimiento y pago por UPC, No UPC y reclamaciones, así:

• UPC

La ADRES ordenó reintegrar o recuperar recursos por 2.077.621.658.012 COP, de esta cantidad, las EPS reintegraron 1.167.538.245.322 COP, quedando un saldo pendiente de reintegrar por 910.083.412.690 COP, concentrado en las siguientes EPS que representan el 84% de los recursos pendientes de reintegrar:

Tabla No. 96
 Recursos ordenados a reintegrar UPC
 Cifras en COP

NIT	Sujeto de control o razón social	Total ordenado a reintegrar o recuperar	Valor Total reintegrado o recuperado	Valor Total pendiente de reintegrar
804002105	EPS COMPARTA	201.693.646.161	19.252.896.191	182.440.749.970
830074184	EPS SALUDVIDA	138.194.512.991	2.109.625	138.192.403.366
818000140	EPS AMBUQ	141.473.811.565	17.384.758.284	124.089.053.281
	EPS COMFACOR	111.536.067.152	11.641.428.794	99.894.638.358
901021565	EPS EMSSANAR	175.777.823.865	102.609.340.665	73.168.483.200
811004055	EPS EMDISALUD	84.599.008.467	23.889.564.460	60.709.444.007
900226715	EPS COOSALUD	170.473.273.273	138.459.191.424	32.014.081.849

⁵³ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de: <https://www.nao.go.tz/reports/view/performance-audit-report-on-controls-of-payments-made-by-nhif-to-accredited-healthcare-facilities>

NIT	Sujeto de control o razón social	Total ordenado a reintegrar o recuperar	Valor Total reintegrado o recuperado	Valor Total pendiente de reintegrar
900156264	NUEVA EPS	144.760.082.070	119.373.056.481	25.387.025.588
900935126	EPS ASMET SALUD	136.296.102.572	111.017.734.703	25.278.367.869
TOTAL		1.304.804.328.115	543.630.080.629	761.174.247.487

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, se observaron demoras entre de fecha de la auditoria y la fecha del acto administrativo que ordenó el reintegro, para efectos de ilustración se anotan algunos casos:

Tabla No. 97
 Tiempo transcurrido desde el reconocimiento de la UPC
 hasta la expedición del acto administrativo
 Cifras en COP

Sujeto de control o razón social	Fecha auditoría	Periodo auditado	Fecha de Acto Administrativo	Valor Total pendiente de reintegrar (\$)
EPS COMPARTA	01/01/2017	julio 2013 a octubre 2016	2022	104.467.120.103
EPS AMBUQ	01/01/2017	julio 2013 a octubre 2016	2021	82.361.486.351
EPS SALUDVIDA	01/01/2017	julio 2013 a octubre 2016	2020	56.314.974.233
EPS EMSSANAR	01/01/2017	julio 2013 a octubre 2016	2021	28.889.628.785
EPS EMSSANAR	01/05/2018	Mayo de 2016 a mayo de 2018	2021	28.093.044.763
EPS COMPARTA	01/06/2016	abril 2011 a julio 2015	2019	21.225.161.392
EPS AMBUQ	01/03/2018	Marzo de 2016 a febrero de 2018	2022	20.156.435.119
EPS SAVIA SALUD	01/01/2017	julio 2013 a octubre 2016	2021	14.486.051.894
EPS COOSALUD	01/01/2017	julio 2013 a octubre 2016	2022	14.274.238.099
EPS COMPARTA	01/03/2018	Marzo de 2016 a febrero de 2018	2022	13.083.684.116

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A corte 31 de diciembre de 2022 la ADRES como resultado del proceso de “recursos apropiados o reconocidos sin justa causa” por concepto de reclamaciones y No UPC ordenó reintegrar 249.775.727.482 COP (16.325.219.503 COP por reclamaciones y 233.450.507.978 COP por No UPC), de los cuales se reintegraron recursos por 177.295.488.372 COP, (Reclamaciones 10.996.999.350 COP y 166.298.489.022 No UPC); y pendientes de reintegrar 72.480.239.110 COP, concentrado en los siguientes sujetos:

Tabla No. 98
 Recursos ordenados a reintegrar NO UPC
 Cifras en COP

Sujeto de control o razón social	Valor Total ordenado a reintegrar o recuperar Capital + IPC	Valor Total reintegrado o recuperado Capital + IPC	Valor Total pendiente de reintegrar Capital + IPC
EPS COOMEVA	44.993.403.257,48	31.373.047.837,97	13.620.355.419,52
EPS SURA	22.277.060.367,01	9.626.017.204,07	12.651.043.162,94
NUEVA EPS	51.894.430.848,71	39.918.252.806,95	11.976.178.041,76
EPS SANITAS	19.531.613.629,94	12.221.118.859,76	7.310.494.770,18

Sujeto de control o razón social	Valor Total ordenado a reintegrar o recuperar Capital + IPC	Valor Total reintegrado o recuperado Capital + IPC	Valor Total pendiente de reintegrar Capital + IPC
EPS SALUD TOTAL	17.835.957.326,19	11.872.228.152,78	5.963.729.173,41
EPS CRUZ BLANCA	6.880.503.401,21	2.441.633.355,81	4.438.870.045,40
EPS FAMISANAR	14.440.835.613,64	10.375.255.902,89	4.065.579.710,75
EPS MEDIMAS	2.093.546.398,95	484.802,39	2.093.061.596,56
EPS SOS	6.853.771.770,79	4.896.317.801,52	1.957.453.969,27
EPS COMPARTA	1.848.638.422,74	11.684.047,00	1.836.954.375,74
TOTAL	188.649.761.036,65	122.736.040.771,12	65.913.720.265,53

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 99
 Recursos ordenados a reintegrar por Reclamaciones
 Cifras en COP

NIT	Sujeto de control o razón social	Valor Total ordenado a reintegrar o recuperar	Valor Total reintegrado o recuperado	Valor Total pendiente de reintegrar
824001252	CLINICA ERASMO LTDA.	552.816.521	7.749.343	545.067.178
900140502	CLINICA PRADERA LIFE IPS LIMITADA	534.014.319	-	534.014.319
802008821	METROCLINICA GAMAR LTDA	412.129.571	-	412.129.571
800037021	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.	403.119.956	22.714.510	380.405.446
900206971	I.P.S. ARCANGEL ZADKIEL LTDA	361.337.517	-	361.337.517
900558595	FUNDACION MEDICA CAMPELL	317.409.998	43.386.193	274.023.806
802001522	CLINICA CONSOLACION FERIZ RIVAS LTDA	249.334.023	-	249.334.023
900008328	CLINICA INTEGRAL DE EMERGENCIAS LAURA DANIELA S.A.	216.718.705	4.961.686	214.387.185
819002533	METROSALUD IPS LTDA.	163.149.161	-	163.149.161
830501250	CLINICA MADRE LAURA S.A.S	73.675.712	-	142.049.121
TOTAL		3.283.705.484	78.811.733	3.275.897.327

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, se observó inoportunidad en la expedición de los actos administrativos por parte de la ADRES, evidenciado desde la fecha de la auditoría hasta la fecha de la resolución, así:

Tabla No. 100
 Tiempo transcurrido desde la fecha de auditoría hasta la resolución de reintegro reclamaciones

Sujeto de control o razón social	Entidad que emite la resolución (ADRES/SUPERSALUD)	Concepto O Motivo - Auditoría	Fecha auditoría	Periodo auditado	Fecha de Acto Administrativo (Orden o Resolución)	Fecha de Acto Administrativo recurso de reposición	Fecha de reintegro o recuperación
EPS CAFESALUD	ADRES	NO UPC	17/03/2020	CGR VIMIZIM	11/10/2021	6/04/2022	
EPS COOMEVA	ADRES	NO UPC	17/09/2020	01/06/2019-31/07/2020	2/05/2022	27/12/2022	

EPS COOMEVA	ADRES	NO UPC	5/11/2020	SNS PLAN MEJORA	4/08/2021	12/05/2022	
EPS COOMEVA	ADRES	NO UPC	6/11/2020	SNS PLAN MEJORA	4/08/2021	4/04/2022	
NUEVA EPS	ADRES	NO UPC	17/09/2020	01/06/2019-31/07/2020	9/06/2022		20/08/2021

Fuente: ADRES (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Causas

Las anteriores situaciones tienen lugar por la inoportuna expedición de los actos administrativos y las gestiones ineficaces e ineficientes para el recaudo.
(Responsable: ADRES)

Efecto

Riesgo potencial o material de pérdida de derechos a favor del SGSSS representados por ADRES.

Respuesta de las entidades

• ADRES

Con oficio No. 20241103495901 del 02/07/2024 la ADRES dio respuesta así:

“(…)

El procedimiento administrativo especial de reintegro está compuesto por etapas, las cuales integran diferentes actividades administrativas, con el objeto de analizar la totalidad de los ítems que integran los recobros o reclamaciones presentadas a la ADRES para establecer, de forma objetiva, la pertinencia de la restitución de los recursos involucrados en el trámite administrativo.

Entendido lo anterior, esta Administradora se pronunciará a continuación sobre lo que manifestó la Contraloría General de la República en el oficio respecto a cada procedimiento, así:

Reintegro de Recursos del Aseguramiento – UPC

(…) entre las EPS relacionadas por la Contraloría se encuentran algunas que actualmente se encuentran en liquidación o liquidadas (...). En todos los casos esta Entidad Administradora culminó las etapas establecidas en el artículo 3 del Decreto 1281 de 2002 modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019 y la Resolución 1716 de 2019, de acuerdo con la gestión de cada EPS, teniendo en cuenta la posibilidad de opciones de pago en las que no hay lugar a la expedición de actos administrativos con la orden de reintegro.

No obstante, para el caso de las EPS en liquidación o liquidadas, la ADRES se presentó en los procesos liquidatorios de manera oportuna, advirtiendo su posición preferente, dispuesta en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016 y bajo los términos de la Resolución 574 de 2017, actualmente derogada por la Resolución 784 de 2024.

En la misma observación la Contraloría indica que: “se observaron demoras entre de fecha de la auditoría y la fecha del acto administrativo que ordenó el reintegro y casos donde se cuenta con la fecha de la auditoría pero la fecha del acto administrativo se encuentra en blanco”.

Respecto a este punto, se informa que en el archivo Excel “PT TIEMPOS REINTEGROS PARA OBSERVACIÓN” se identificaron 1.006 procesos de reintegro que presentan la casuística informada, sin embargo, al realizar la validación de estos se actualizaron 14 procesos con el acto administrativo quedando 992 procesos, los cuales se detallan en el siguiente cuadro.

Estados mayo 2024	Procesos de reintegro sin Acto Administrativo
Aclaración de registros antes de expedir AA que Ordena	2
EPS Liquidada, valores en proceso jurídico	106
No tiene AA no presento recurso de reposición	466
Reintegro total antes de expedir AA	418
Total General	992

Fuente: Grupo de Reintegros – SLA

(...)

Reintegro de Recursos de Reclamaciones y No UPC

Tiempos entre la fecha de auditoría y la fecha del acto administrativo que ordena el reintegro.

Como se indicó previamente, el procedimiento de reintegro se encuentra conformado por diferentes etapas, las cuales, a su vez, están integradas por actividades administrativas que permiten establecer, de forma objetiva, si le asiste el deber de reintegro a las personas naturales o jurídicas involucradas en el procedimiento administrativo.

En ese orden de ideas, la ADRES en la etapa de elaboración de informe analiza cada uno de los ítems que integra los recobros o reclamaciones involucrados en el procedimiento de reintegro y determina si se efectuó una apropiación o reconocimiento injustificado de recursos. Lo anterior, con el objeto de establecer técnicamente si le asiste a la persona natural o jurídica el deber de reintegro de recursos.

De otra parte, si en desarrolló del análisis técnico no se encuentra la información necesaria para determinar objetivamente el deber de reintegro, la ADRES expedirá un auto, por medio del cual solicitará los soportes documentales necesarios para determinar tal situación.

En virtud de lo anterior, los procedimientos administrativos de reintegro pueden requerir un mayor tiempo, dado que, en virtud del principio de eficacia, la ADRES deberá velar porque el procedimiento de reintegro logre su finalidad, la cual consiste en establecer si asiste el deber de reintegro de recursos al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la persona natural o jurídica.

Gestiones ineficaces o ineficientes para el recaudo

El procedimiento administrativo especial de reintegro se encuentra reglado y establece los plazos y condiciones para que la persona natural o jurídica reintegre los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud apropiados o reconocidos sin justa causa.

En ese sentido, el artículo 1 de la Resolución 995 de 2022 que modificó el artículo 8 de la Resolución 1716 de 2019 estableció las opciones que tendrá la persona natural o jurídica para el reintegro de los recursos (...). Adicionalmente, el artículo 4 de la Resolución 995 de 2022 que modificó el artículo 14 de la Resolución 1716 de 2019 precisó las acciones que deberá adelantar la ADRES frente al incumplimiento en el reintegro de recursos por parte de la persona natural o jurídica (...).

De acuerdo con lo anterior, la ADRES debe adelantar las actuaciones administrativas que están en su competencia para el reintegro de los recursos, acciones que fueron realizadas por esta Administradora para los procedimientos de reintegros relacionados en la observación.

Por lo anterior, adjunto a la presente comunicación se remite un archivo Excel denominado «Observaciones auditoría desempeño flujo de recursos», el cual detalla en la hoja de cálculo «Reintegros», frente a los procedimientos de reintegro, las restituciones de recursos que efectuaron las personas naturales o jurídicas; no obstante, es importante aclarar que estas restituciones fueron efectuadas posterior al período que fue objeto de solicitud por parte de la contraloría.

Falta de coordinación entre la ADRES y la SNS

Sobre el particular, es prudente indicar que, de conformidad con lo descrito en el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, la Superintendencia Nacional de Salud contó con la competencia para culminar los procedimientos administrativos de reintegro que adelantó el Administrador Fiduciario del FOSYGA; razón por la cual, en primer lugar, esta Administradora no relacionó el período de auditoría, dado que esta información es del resorte de la SNS.

No obstante, atendiendo la observación de la Contraloría General de la República, la ADRES consultó cada uno de los actos administrativos que expidió la Superintendencia Nacional de Salud para los procedimientos de reintegro e incorporó en el archivo Excel adjunto denominado «Observaciones auditoría desempeño flujo de recursos», en la pestaña «período auditado», el período de auditoría para cada procedimiento de reintegro.

- **SNS**

La SNS dio respuesta con oficio No. 20249000001365041 del 05/07/2024 suscrito por la Secretaría General en los siguientes términos:

“ (...)

La Superintendencia Nacional de Salud, en virtud de los principios de legalidad, competencia administrativa, y debido proceso, al expedir la orden de reintegro, o al resolver un recurso, no puede abrogarse la competencia que el Legislador o el Ejecutivo asignó a otras autoridades. Por ejemplo, en materia de la determinación de las sumas apropiadas o reconocidas sin justa causa, los registros a los cuales se aplica la firmeza, el cobro de intereses moratorios, entre otras, son atribuciones que pertenecen actualmente a la ADRES.

En atención a la naturaleza de los recursos involucrados en el trámite de reintegro recursos de la salud, el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia establece que “(...) No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.”, esto es, que los recursos destinados a atender las necesidades del servicio de salud y asegurar la efectividad del derecho no pueden ser utilizados para propósitos diferentes a los relacionados con la seguridad social.

Por otra parte, con la vigencia de la Ley 1949 de 2019, el artículo 7 que modificó el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, designó a la ADRES como responsable de iniciar el procedimiento de reintegro y emitir los actos administrativos que determinan la obligación a favor del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, así como las acciones correspondientes para el reintegro efectivo de los recursos. Esto fue reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante las Resoluciones 1716 de 2019 y 995 de 2022, respectivamente. Motivo por el que no puede endilgarse a la Superintendencia una acción de resultado respecto de competencias atribuidas expresamente a la ADRES y particularmente en las vigencias que aborda el organismo de control 2020, 2021 y 2022, en las que esa entidad es responsable de la expedición de los actos administrativos a los que hace referencia la observación.

(...)

Por lo expuesto, se solicita respetuosamente retirar la observación presentada, dado que se endilgan responsabilidades que no le corresponden a esta Superintendencia. Además, que están demostradas las actuaciones de inspección y vigilancia frente al monitoreo y seguimiento de los procesos de reintegro de recursos”.

Análisis de respuesta

- **ADRES**

La ADRES manifiesta que dentro de las EPS relacionadas en la observación se encuentran algunas en liquidación o liquidadas, donde de manera oportuna se han presentado en los procesos liquidatorios advirtiendo su posición preferente, pese a ello la CGR observa que dichos recursos no han sido reintegrados al Sistema generando riesgo potencial o material de pérdida de derechos.

Con relación a las demoras entre de fecha de la auditoria y la fecha del acto administrativo que ordenó el reintegro explica la ADRES el estado de cada registro que se encuentra sin acto administrativo, por lo que se acepta los argumentos presentados, sin embargo, frente a los casos de demoras entre de fecha de la auditoria y la fecha del acto administrativo que ordenó el reintegro no se pronunció.

Frente a los tiempos entre la fecha de auditoría y la del acto administrativo que ordena el reintegro de Recursos de Reclamaciones y No UPC manifiesta la ADRES que puede requerir un “mayor tiempo, dado que, en virtud del principio de eficacia, la ADRES deberá velar porque el procedimiento de reintegro logre su finalidad, la cual consiste en establecer si asiste el deber de reintegro de recursos al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la persona natural o jurídica”, justificación que no es aceptada por la CGR al observarse demoras en la

realización de las auditorías como se presentó en la observación que impacta el flujo de recursos.

La ADRES respecto a las gestiones ineficaces e ineficientes para el recaudo señala que el procedimiento de reintegro se encuentra reglado y establece los plazos y condiciones para que la persona natural o jurídica reintegre los recursos del SGSSS apropiados o reconocidos sin justa causa; igualmente, manifiesta que adelantó todas las acciones administrativas para el reintegro de los recursos, pese a ello se observó que dichas gestiones no han logrado el reintegro oportuno de los recursos poniendo en riesgo la recuperación de los mismos.

Finalmente, con relación a la falta de coordinación entre la ADRES y la SNS, indica la ADRES que, la SNS contó con la competencia para culminar los procedimientos administrativos de reintegro que adelantó el Administrador Fiduciario del FOSYGA; razón por la cual, no relacionó el período de auditoría, pero que atendiendo la observación de la CGR, la ADRES consultó cada uno de los actos administrativos e incorporó el período de auditoría para cada procedimiento de reintegro; revisados los archivos se retira lo referente a la falta de la fecha.

- **SNS**

Dentro de la respuesta la SNS informa que son competencias expresamente de la ADRES y particularmente por las vigencias abordadas por la CGR 2020, 2021 y 2022, en las que es responsable de la expedición de los actos administrativos la ADRES; si bien, se acepta este argumento y se ajusta el hallazgo en la causa, es de precisar que las resoluciones para las vigencias anteriores al traslado de competencia a la ADRES, fueron emitidas por la Superintendencia⁵⁴.

En conclusión, se valida el hallazgo ajustando la causa del mismo.

4.3.2.3. . Recursos pruebas COVID radicados en ADRES

Hallazgo No. 10 Oportunidad en el reconocimiento y giro de recursos pruebas COVID-19 (Responsables: MSPS – ADRES- EPS)

Criterio

Constitución Política de 1991. “*Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.*

Ley 100 de 1993 “*ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. (...) a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros*

⁵⁴ Según tabla suministrada y denominada “*Tiempo transcurrido desde el reconocimiento de la UPC hasta la expedición del acto administrativo*”

disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)

Ley 489 de 1998 “**ARTICULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA.** La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

Ley 1438 de 2011. “*Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo”.

Decreto Ley 1281 de 2002 “*Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación*”.

“ARTÍCULO 1o. EFICIENCIA Y OPORTUNIDAD EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.(...)”

El Decreto Ley 403 de 2020. “**Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control FISCAL.** La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*

Condición

Según la información suministrada por la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la ADRES, con corte 04 de septiembre de 2023, se identificaron recursos pendientes de validar por 286.181.578.185 de pruebas COVID – 19 por parte de ADRES, presentadas por las EAPB, así:

Tabla No. 101
 Valores pruebas Covid reportadas por EPS
 Cifras en COP

EPS que reportó la información	Valor reportado por pruebas realizadas en el marco de la emergencia	Valor reportado por pruebas realizadas con posterioridad a la emergencia sanitaria	Total reportado pendiente de validar
ALIANSA SALUD	6.067.996.704	1.704.997.963	7.772.994.667
AMBUQ	673.538.914	-	673.538.914
ANASWAYUU	6.876.565	226.950.346	233.826.911
ASMET SALUD	2.174.838.406	683.701.318	2.858.539.724
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	4.750.296.502	951.044.375	5.701.340.877
CAJACOPI	10.681.768.302	10.800.616.374	21.482.384.676
CAPITAL SALUD	1.786.807.684	1.054.745.953	2.841.553.637
CAPRESOCA	-	22.008.956	22.008.956
COMFACUNDI	47.850.000	-	47.850.000
COMFAMILIAR CHOCO	66.790.892	-	66.790.892
COMFAMILIAR HUILA	670.803.901	44.301.941	715.105.842
COMFAMILIAR NARIÑO	1.086.441.909	-	1.086.441.909
COMFAORIENTE	91.397.338	393.631.079	485.028.417
COMFASUCRE	2.033.029.912	-	2.033.029.912
COMFENALCO VALLE	411.942.196	480.974.324	892.916.520
COMPARTA	735.441.048	-	735.441.048
COMPENSAR	20.157.465.618	5.686.431.079	25.843.896.697
CONVIDA	4.426.430.421	31.673.056	4.458.103.477
COOMEVA	690.811.335	-	690.811.335
COOSALUD	7.146.730.466	20.659.972.513	27.806.702.979
DUSAKAWI	226.481.768	141.007.889	367.489.657
ECOOPSOS	261.177.276	110.828.916	372.006.192
EMSSANAR	435.628.564	1.247.921.380	1.683.549.944
FAMISANAR	13.342.430.373	3.796.614.801	17.139.045.174
FERROCARRILES NACIONALES	355.304.038	-	355.304.038
FUNDACIÓN SALUD MÍA	51.325.400	188.633.565	239.958.965
MALLAMAS	1.256.116.865	172.900.026	1.429.016.891
MEDIMAS	9.160.789.951	-	9.160.789.951
MUTUALSER	12.982.019.532	6.794.819.541	19.776.839.073
NUEVA EPS	36.445.083.204	6.813.992.904	43.259.076.108
PIJAOS SALUD	42.096.181	41.193.894	83.290.075
S.O.S.	691.761.642	-	691.761.642
SALUD TOTAL	23.503.999.277	10.704.606.910	34.208.606.187
SANITAS	13.107.258.129	20.737.861.652	33.845.119.781
SAVIA SALUD	1.996.242.764	840.774.905	2.837.017.669
SURA	6.644.072.897	7.640.326.551	14.284.399.448
Total	184.209.045.974	101.972.532.211	286.181.578.185

Fuente: ADRES (2023) Dirección de Liquidaciones y Garantías.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Al indagar sobre esta situación en las EPS de la muestra se confirmaron valores radicados ante la ADRES de cuentas por pruebas Covid 19 pendientes de validar por parte de ADRES, así:

- **Famisanar EPS**

De acuerdo con la información suministrada por Famisanar EPS, se reportaron 10.416.293.614,82 COP de cuentas por pruebas COVID realizadas, que al cierre de 2022 la EPS había radicado ante ADRES, sin validación por parte de esta entidad, de los cuales, el 99% corresponde a Pruebas COVID realizadas entre el 26 de agosto de 2020 y el 30 de junio de 2022 (10.416.293.614,82 COP) y el 1% (79.990.303,38 COP) a Pruebas COVID de antes del 26 de agosto de 2020.

Del valor de cuentas por pruebas Covid radicadas por FAMISANAR EPS ante la ADRES, entre 2020 y 2022 por 207.229.505.545 COP, ADRES validó 196.733.257.627 y sobre este valor validado, pagó a la EPS 13.327.271.565,60 y a las IPS 181.1252437.136,18 COP; es decir que al cierre de 2022, 2.280.548.925 COP estaban pendientes de pago a las IPS, correspondientes a cobros radicados ante ADRES entre 2021 y 2022 y validados por ADRES.

- **Capital Salud EPS**

De acuerdo con la información suministrada por CAPITAL SALUD, se reportaron 17.031.263.829 COP de cuentas por pruebas COVID realizadas por la EPS entre 2021 y 2022, de los cuales 17.029.025.627 (99,9%) reportaron validación y pago por parte de ADRES y el 0,013% registró valor pendiente de validar y pagar a la EPS (CxC).

- **Pijaos Salud EPS I**

De acuerdo con la información suministrada por PIJAOS SALUD, se reportaron 164.659.287 COP de cobros realizados por los prestadores por concepto de pruebas Covid-19 realizadas entre 2020 y 2022, de los cuales el valor radicado por la EPS ante la ADRES asciende a 115.261.932 COP, sobre el cual, la EPS reporta la validación por parte de ADRES de 82.120.859 COP y el pago de 2.066.705,64, lo cual indica cobros validados y no pagados por ADRES.

- **Coosalud EPS**

De acuerdo con la información suministrada por COOSALUD, se reportaron 14.632.190.692 COP de cuentas por pruebas COVID realizadas, que entre 2021 y 2022 la EPS radicó ante ADRES, de los cuales, 13.438.562.321 COP (92%) reportaron validación y pago por parte de ADRES y 1.193.628.371 (8%) registró valor pendiente de validar y pagar correspondiente a cuentas radicadas en 2021 y 2022.

- Nueva EPS

De acuerdo con la respuesta de la Nueva EPS, a 31 de diciembre de 2022 ADRES reconoció las cuentas radicadas por concepto de pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 por 198.045.205.249 COP y 653.674.225.608 COP por canastas de servicios y tecnologías para la atención del COVID – 19 y no se registran cuentas por cobrar por estos conceptos.

Adicionalmente, frente a los recursos que reportó ADRES denominados “faltante” incluido en el reporte del proceso de Canastas COVID, correspondientes a 5.396.909.431 COP pendientes de giro a dos EPS se identificaron las siguientes situaciones:

- Comparta en Liquidación (5.326.289.288 COP)

El 30/12/2021 Comparta en Liquidación solicitó a ADRES indicaciones para disponer de los 5.396.909.431 COP asignados y al respecto, ADRES había requerido al MSPS con la comunicación el 10/11/2021, requerimiento del cual no se recibe respuesta. Posteriormente, Comparta, el 16/11/2022 solicitó nuevamente el pago de 5.326.289.288 y ADRES traslada la solicitud al MSPS el 29/11/2022. A su vez, el Ministerio trasladó la solicitud a la SNS el 01/12/2022. ADRES, el 05/10/2023, solicitó respuesta a la SNS del documento trasladado por el MSPS y al no recibir respuesta, remite comunicación del 20/10/2023 a Comparta en Liquidación solicitando la programación de recursos asignados por concepto de Canastas COVID, Resolución 1585 de 2021.

Finalmente, el 06/12/2023, la SNS informa que se devuelve al MSPS la comunicación del 01/12/2022 bajo el criterio: “emitir una instrucción en ese sentido escapa de la órbita de competencias de la Superintendencia Nacional de Salud”, ya que las Resoluciones que determinaron el valor a reconocer, también “*facultó a la ADRES para establecer los términos y condiciones operativas para efectuar el giro de los recursos a los beneficiarios de tales recursos*”. EL 19/01/2024, la EPS responde el requerimiento que realiza la ADRES del 20/10/2023 y solicita la dispersión del valor 5.326.289.288 COP a 77 prestadores programados por la EPS, de tal manera que los giros se realizaron el 25/01/2024. Entre la solicitud de la EPS y el pago a los prestadores, transcurrieron dos años, durante los cuales se evidencian comunicaciones sin respuesta oportuna entre ADRES – MSPS y SNS.

- Coomeva en Liquidación (70.620.143 COP)

Según ADRES, Coomeva realizó la programación del giro a prestadores y por solicitud del MSPS, de las IPS beneficiarias del giro ADRES tuvo que excluir a 3 IPS que no contaban con servicios habilitados; al respecto, la EPS solicitó a la ADRES el 23/08/2022, “*programar pagos sin contemplar el orden de prelación establecido en el Decreto 2555 de 2010 podrían ser considerado como una afectación, al disminuir la masa activos de la entidad, afectando la prenda general de los acreedores*”.

Así las cosas y teniendo en cuenta la situación actual de Coomeva EPS S.A en Liquidación, solicitamos se determine y se nos informe como se deberá proceder frente al tema de canastas COVID.” Mediante comunicación del 13/09/2022, ADRES trasladó esta solicitud al MSPS y a su vez, el Ministerio trasladó la solicitud a la SNS el 25/11/2022.

Al no recibir respuesta, ADRES remitió comunicación el 19/10/2023 a Coomeva en Liquidación, solicitando la programación de recursos pendientes de giro por concepto de Canastas COVID, Resoluciones 1585 y 2390 de 2021.

El 06/12/2023 la SNS informa que devuelve al MSPS la comunicación del 25/11/2022 bajo el criterio: “emitir una instrucción en ese sentido escapa de la órbita de competencias de la Superintendencia Nacional de Salud”, ya que las Resoluciones que determinaron el valor a reconocer, también “facultó a la ADRES para establecer los términos y condiciones operativas para efectuar el giro de los recursos a los beneficiarios de tales recursos”. Al 16/02/2024 ADRES informó a la CGR que no se tiene respuesta por lo que el valor 70.620.143 COP se encuentra pendiente de programación para giro. Por tanto, ha transcurrido un año y medio sin que se realice el giro de los recursos a los prestadores.

Por otro lado, frente a la EPS Savia Salud la ADRES indicó que se tiene pendiente de programación 379.848 COP, valor que corresponde a una IPS excluida del giro como resultado de la validación realizada por el MSPS; frente a lo cual, el 19/10/2023, la ADRES solicitó a la EPS la programación de estos recursos, pero a la fecha no se ha recibido respuesta.

Causas

- El proceso de validación, reconocimiento y pago de pruebas COVID-19 se realiza una vez se cuenta con la asignación presupuestal realizada a la ADRES por parte del MSPS y MHCP; es decir que las EPS han radicado cuentas ante la ADRES por pruebas COVID – 19 realizadas por los prestadores; sin embargo, la ADRES no valida estas cuentas hasta tanto no sean asignados los recursos para su reconocimiento y pago. Este manejo es contrario al del presupuesto público en Colombia, donde primero se apropian los recursos y luego se comprometen, obligan y pagan. **(Responsable: MSPS-ADRES)**

Adicionalmente, para la EPS los valores de las cuentas radicadas por los prestadores y validadas por pruebas Covid son una cuenta por cobrar ante la ADRES a favor de los prestadores, para ADRES estas cuentas no se causan hasta tanto no se cuente con los recursos asignados por el MSPS para el pago.

- Demora en la gestión para la asignación de recursos a reconocer por pruebas COVID (Responsable: MSPS).

- Demora en la validación de cuentas por parte de ADRES evidenciada en la información reportada por las EPS así:

Famisanar EPS: De las pruebas Covid-19 realizadas antes del 26/08/2020, cuando aplicó pago a la EPS y giro directo al prestador y radicadas por la EPS ante la ADRES por 17.676.831.018 COP; el 77% correspondientes a 13.616.300.644 COP registraron validación por parte de ADRES en un término superior a 60 y hasta 275 días.

Capital Salud EPS: Al comparar la fecha de validación por parte de ADRES con la fecha de radicación por parte de la EPS ante la ADRES, se identificó que, frente a cuentas por 3.948.314.464 de las pruebas COVID realizadas que representan el 23% del total radicado por Capital Salud entre 2020 y 2022, la validación por parte de ADRES se realizó en un término superior a 60 y hasta 295 días.

Pijaos Salud EPS I: De acuerdo con la información suministrada en el archivo en Excel denominado "RTA 2.1 PIJAOS" en relación con los días entre la radicación y la validación por parte de la ADRES, se registran desde 61 hasta 140 días para validar cuentas por 7.508.075 COP.

Coosalud EPS: Al comparar la fecha de validación por parte de ADRES con la fecha de radicación por parte de la EPS ante la ADRES, se identificó que, frente a cuentas por 3.125.340.603 de las pruebas COVID realizadas que representan el 21% del total radicado por Coosalud entre 2021 y 2022, la validación por parte de ADRES se realizó en un término entre 223 y 322 días.

- Demora en radicación de cuentas ante la ADRES por parte de las EPS y reprocesos, es el caso de Pijaos Salud EPS I, donde a partir de la información suministrada a la CGR, se identifican cuentas por pruebas COVID realizadas entre 2020 y 2022 por 49.397.355 no radicadas ante ADRES por parte de la EPS por no encontrarse cargadas en SISMUESTRAS. El valor de las cuentas no radicadas por la EPS ante la ADRES representa el 30% de las cuentas presentadas por las IPS. Adicionalmente, lo reportado por la EPS indica hasta 7 fechas de radicación ante la ADRES, explicando en múltiples casos, que se cargaron facturas por menor valor, reprocesadas y glosadas por ADRES porque ya se habían cobrado; situación que evidencia deficiencias en los procedimientos para el cobro oportuno de estos valores. (Responsable EPS Pijaos Salud EPS-I).
- Desarticulación entre ADRES – MSPS y SNS al evidenciarse solicitudes de Comparta y Coomeva en Liquidación, cuya respuesta se dilató en el tiempo, transcurriendo hasta dos años para el pago a los prestadores. (Responsable: ADRES – MSPS y SNS).

Efecto

Ineficiencia e ineficacia en el flujo de recursos hacia los prestadores, afectando sus condiciones financieras y de solvencia para atender los servicios de salud.

Respuesta de las entidades

- **ADRES**

Con oficio No. 20241103495901 del 02/07/2024 la ADRES dio respuesta así:

Validación, reconocimiento y pago de pruebas COVID-19

Frente al manejo del presupuesto, se advierte que, en efecto, para comprometer a la Entidad con el reconocimiento de las pruebas COVID-19, es necesario previamente contar con la apropiación de recursos en el presupuesto de la ADRES, los cuales son dispuestos por el Gobierno Nacional (Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud y Protección Social).

En este sentido, las disposiciones de las Resoluciones 72587 y 72588 de 2022 expedidas por la ADRES en desarrollo del proceso de reconocimiento de pruebas COVID-19, son claras al señalar que la financiación de este mecanismo está supeditada a la disponibilidad presupuestal asignada a esta Entidad Administradora. (...).

Ahora bien, en el caso en el que la ADRES adelante validaciones a la información reportada por las EPS, sin contar con el respectivo respaldo presupuestal, generaría obligaciones a favor de las EPS, IPS o laboratorios según corresponda, situación contraria al principio de presupuesto público.

Al respecto se trae a colación lo dispuesto por el Consejo de Estado al respecto de la disponibilidad presupuestal al precisar que “El propósito de la disponibilidad presupuestal es garantizar que los recursos del Estado se administren con responsabilidad, en este caso evitando que los administradores públicos -como cualquier persona irresponsable-, asuman obligaciones sin capacidad de pago”

Vale la pena advertir que una vez la ADRES contó con la disponibilidad presupuestal, adelantó el proceso de validaciones y efectuó los pagos correspondientes a aquellos recursos aprobados en este proceso.

(...)

En tal sentido a cierre de la vigencia 2022 solo se encontraba pendiente de validar la información reportada por las EPS a partir del 12 de diciembre del mismo año, en observancia de lo dispuesto en las resoluciones 72587 y 72588 de 2022.

Para el caso de las EPS Famisanar y Coosalud entre el 12 y el 31 de diciembre de 2022 se encontraban los siguientes recursos pendientes de validación, evidenciándose que no había reportes de Capital Salud y Pijaos Salud: (...).

Es necesario señalar que los anteriores recursos no alcanzaron a ser validados en la vigencia 2022 debido al cierre presupuestal de la ADRES, estos surtieron el trámite correspondiente en la vigencia 2023.

- **SNS**

La SNS dio respuesta con oficio No. 20249000001365041 del 05/07/2024 en los siguientes términos:

“En los casos de Coomeva y Comparta para poder establecer los niveles de responsabilidad de los liquidadores y la Superintendencia Nacional de Salud, es necesario partir de la naturaleza de su relación. Eso significa, para el caso, que se trata de una relación de descentralización por colaboración o atribución de funciones administrativas a los particulares.

(...) En definitiva, por la naturaleza de su régimen (descentralización) es responsabilidad directa de los liquidadores, el cumplimiento de los deberes de coordinación y rendición de cuentas ante la ADRES.

Así las cosas, en estos procedimientos administrativos la Superintendencia Nacional de Salud ni debe participar ni le corresponde cumplir una función de mediación; motivo por el que se solicita respetuosamente al Organismo de Control retirar la observación, ya que sugerir la intervención en actuaciones que le corresponden directamente a un tercero, se excede de las competencias establecidas en el Decreto 1080 de 2021, conforme a lo establecido en la normatividad especial que rige la materia”.

- **MSPS**

El MSPS dio respuesta con oficio 2024300000144221 del 02/07/2024, manifestando:

“(...) en el marco de la competencia de este Ministerio se realizó la definición del procedimiento de reconocimiento de las pruebas, en cuyos actos administrativos se especificó, en virtud del parágrafo 1 del artículo 20 del Decreto Ley 538 de 2020, la fuente de pago (excepcional FOME), y se definió que, para adelantar el proceso de reconocimiento se requería contar con la disposición de los recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al Ministerio de Salud y Protección Social, para que este último realizará la transferencia a la ADRES, lo cual, cumplido por esta cartera.

(...) De acuerdo con lo anterior, en el marco de la competencia de este Ministerio se realizó la definición del procedimiento de reconocimiento de las pruebas, en cuyos actos administrativos se especificó, en virtud del parágrafo 1 del artículo 20 del Decreto Ley 538 de 2020, la fuente de pago (excepcional FOME), y se definió que, para adelantar el proceso de reconocimiento se requería contar con la disposición de los recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al Ministerio de Salud y Protección Social, para que este último realizará la transferencia a la ADRES, lo cual, cumplido por esta cartera.

Ahora bien, en la observación formulada se indica Causa: Demora en la gestión para la asignación de recursos a reconocer por pruebas COVID (Responsable: MSPS).

En este sentido y teniendo en cuenta lo indicado, respecto de la gestión de los recursos ante el FOME, a continuación, se presenta la traza de las actuaciones realizadas por el Ministerio:

- Una vez expedido el Decreto Ley 538 de 2020, se solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público MHCP la asignación de recursos a través de oficio 202032000745201 del 21 de mayo de 2020, en el cual, se estableció el valor general de la canasta de atenciones para COVID -19, del que hacen parte las pruebas.

- El 19 de junio de 2020 en atención a las inquietudes planteadas por el MHCP se remitió el cronograma de ejecución de los recursos del FOME a través de oficio 202020000925361 y el primero de julio de 2020, se realizó un alcance al cronograma y se informó la necesidad de recursos para atender la emergencia por COVID-19 a través de oficio 202030000978471. En dicho oficio se informó el valor requerido para la financiación de las pruebas para el periodo de julio a diciembre de 2020. En virtud de lo anterior, el FOME, a través de certificación de la secretaría técnica, informó que aprobó financiar “Canastas de pruebas para los meses de julio y agosto de 2020 por TRESCIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA MILLONES DE PESOS MTCE (\$390.590.000.000).

(...)

De acuerdo con lo anterior, este Ministerio adelantó las gestiones necesarias y de manera oportuna ante el FOME y ante el MHCP para que se dispusieran los recursos para el pago de las pruebas y que los mismos fueran transferidos a la ADRES. No obstante, esta Cartera dependía de los tiempos y disponibilidad de recursos fiscales que para el efecto apropiara el MHCP, teniendo en cuenta que, los mismos eran recursos excepcionales y que este Ministerio no contaba con recursos propios que permitieran financiar dichos servicios. Se anexa copia de los oficios anteriormente referidos.

(...)

Frente al manejo del presupuesto, se advierte que, en efecto, para comprometer a la Entidad con el reconocimiento de las pruebas COVID-19, es necesario previamente contar con la apropiación de recursos en el presupuesto de la ADRES, los cuales son dispuestos por el Gobierno Nacional (Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud y Protección Social).

En este sentido, las disposiciones de las Resoluciones 72587 y 72588 de 2022 expedidas por la ADRES en desarrollo del proceso de reconocimiento de pruebas COVID-19, son claras al señalar que la financiación de este mecanismo está supeditada a la disponibilidad presupuestal asignada a esta Entidad Administradora. Lo mismo ocurre con las validaciones a su cargo (artículos 12 de la Resolución 72587 de 2022 y 6 de la Resolución 72588 del mismo año). Sea del caso indicar que los actos administrativos en mención no fueron objeto de suspensión provisional o alguna medida que afectase su aplicación, de manera que no le corresponde a la ADRES apartarse de su mandato, en concordancia con los artículos 6 y 121 constitucionales.

Ahora bien, en el caso en el que la ADRES adelante validaciones a la información reportada por las EPS, sin contar con el respectivo respaldo presupuestal, generaría obligaciones a favor de las EPS, IPS o laboratorios según corresponda, situación contraria al principio de presupuesto público.

(...)

Desarticulación entre ADRES – MSPS y SNS al evidenciarse solicitudes de Comparta y Coomeva en Liquidación, cuya respuesta se dilató en el tiempo, transcurriendo hasta dos años para el pago a los prestadores. Para el caso de las EPS COMPARTA y COOMEVA en liquidación se debe señalar que estos recursos no corresponden a pruebas COVID-19 sino a recursos por concepto de canastas COVID de que tratan las Resolución 1585 y 2390 de 2021.

La distinción referida es relevante, por cuanto en los actos administrativos señalados no se hizo referencia de manera clara a los supuestos en que las EPS fuesen parte de procesos de liquidación. Es preciso aclarar que en el caso de las EPS COMPARTA y COMEVA – principalmente en la primera – se observan obligaciones a favor del Sistema General de Seguridad Social en Salud que, en todo caso, implican para la ADRES en desarrollo de su función de administrador de los recursos, garantizar su salvaguarda. (...).

- **Capital Salud EPS-S**

La EPS dio respuesta con oficio DI-DG-CT-073-2024 del 02/07/2024, así:

“De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite informar y aclara que los valores referenciados como radicados y aprobados corresponden a las vigencias 2021 y 2022.

(...)

Como se puede observar la EPS-S ha gestionado el 98.54% de las facturas radicadas por nuestros proveedores, es decir que, tenemos en proceso de validación para presentación ante la ADRES \$ 419,515,769.

(...)

Es de resaltar que, Capital Salud EPS-S ha adelantado los trámites pertinentes ante la administradora de recursos con el fin de favorecer el flujo de caja de los prestadores de servicios de salud. No obstante, como es de conocimiento los recursos aún pendientes de validación están sujetos a disponibilidad presupuestal tal y como está definido en el marco normativo vigente.

Es importante mencionar que la entidad está comprometida con el pago oportuno a sus prestadores de servicios de salud, y continuará trabajando en agilizar los procesos para garantizar la atención de sus afiliados. Además, la EPS se encuentra en constante comunicación con las instituciones de salud para resolver cualquier inconveniente y garantizar una atención de calidad a sus usuarios.

Del mismo modo, la entidad ha realizado el acompañamiento al proveedor con el fin de sensibilizarlo de la importancia del reporte que genera en SISMUESTRA de las pruebas COVID; este debe ser consistente y oportuno, ya que es una de las principales causas de que las facturas sean rechazadas por la administradora de recursos. Aspecto este del cual queremos llamar la atención del equipo auditor en el sentido de que logre apreciar que el trámite de estos recursos y/o pagos a nuestro(s) proveedores, implica un proceso de corresponsabilidad operativa en el sentido en el que ellos tiene la carga demostrativa en términos documentales de cumplir con todos y cada uno de los requisitos de ley para la aprobación de estas cuentas, aspectos este que en ocasiones no se hace en forma adecuada generando los reprocesos en un bajo porcentaje como hoy sucede; situación

que para nada es del resorte de la EPS-S y es ahí donde solicitamos en forma respetuosa esta consideración sea revisada nuevamente haciendo la abstracción, evaluación y análisis de los que en la fase operativa pasa e identificando consecuentemente que no es responsabilidad nuestra la presentación de este tipo de observaciones.

- **Coosalud EPS**

“Frente a la oportunidad en el reconocimiento y giro de recursos pruebas COVID-19, no se advierte observación de la que se predique responsabilidad alguna de Coosalud EPS S.A., en consecuencia, nos abstenemos de efectuar pronunciamiento al respecto”.

- **Pijaos**

“De acuerdo a observaciones al Excel denominado “RTA 2.1 PIJAOS” realizada por la contraloría general de la nación donde informan: demora en radicación de cuentas ante el ADRES por concepto de pruebas Covid-19 realizadas entre 2020 y 2022. Nos permitimos informar que la NO radicación ante la ADRES no corresponde a \$49.397.355 como menciona la contraloría, de este total EPSI Pijaos Salud realizó validación y comparación de cuentas radicadas y pagadas por el ADRES; identificando facturas radicadas y otras con estado actual pagadas por la administradora de recursos del sistema general de seguridad en salud ADRES”.

- **Nueva EPS**

“De acuerdo a la información suministrada por la CGR se confirman los valores radicados y recocidos por concepto de pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico de SARS CoV2 por 198.045.205.249 COP y 653.674.225.608 COP por canastas de servicios y tecnologías para la atención del COVID - 19 con corte al 31 de diciembre de 2022”

Análisis de respuesta

- **ADRES**

La ADRES manifiesta que en el caso de adelantar validaciones a la información reportada por las EPS, sin contar con el respectivo respaldo presupuestal, generaría obligaciones a favor de las EPS, IPS o laboratorios, contraria al principio de presupuesto público; la respuesta ratifica lo observado frente a la no validación de cuentas, pese a que en los proveedores se ha generado la obligación y en algunos casos el pago, dejando en evidencia las debilidades en el procedimiento financiero y presupuestal para el reconocimiento y pago de Pruebas COVID.

- **SNS**

Argumenta la SNS que es responsabilidad directa de los liquidadores, el cumplimiento de los deberes de coordinación y rendición de cuentas ante la ADRES y por ende no participa ni debe cumplir una función de mediación. Sin embargo, el aspecto cuestionable para la SNS tiene que ver con la demora en las

respuestas a las solicitudes realizadas por el MSPS y ADRES. Por tanto, se mantiene el comentario de la CGR.

- **MSPS**

El MSPS frente a la oportunidad en el reconocimiento y giro de recursos pruebas COVID-19, señaló el marco a través del cual se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica con ocasión de la pandemia originada por la COVID – 19 y las medidas que implementó el Gobierno Nacional para conjurar la crisis, entre ellas la creación del Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME con el objeto, entre, otros de atender las necesidades de recursos para la atención en salud, igualmente, el Ministerio indicó la traza de las actuaciones adelantadas ante el MHCP y el FOME para la consecución de los recursos, manifestando que dependía de los tiempos y disponibilidad de recursos fiscales que apropiara el MHCP, pese a ello, se resalta que con la liquidación y cierre del FOME se acentuó la demora para la asignación de recursos a reconocer por pruebas COVID, afectando finalmente el flujo de los recursos hacia los prestadores.

- **Capital Salud EPS-S, Coosalud y Nueva EPS**

La respuesta de Capital Salud EPS-S aclara que los valores corresponden a 2021 y 2022, se ajusta la vigencia dentro de la observación, igualmente se aceptan los argumentos presentados frente a las gestiones para la oportuna radicación de las cuentas ante ADRES. De otra parte, Nueva EPS ratifica los valores radicados y reconocidos por ADRES y Coosalud advierte que no percibe observación a cargo de la EPS por lo que se abstiene de efectuar pronunciamiento, conforme a las situaciones descritas no harán parte de acciones de mejora para estas EPS.

- **Pijaos**

La repuesta de la EPS indica que el valor mencionado por la CGR no corresponde a lo No radicado, sin embargo, no se allegan soportes que permitan verificar lo indicado por Pijaos Salud, por lo cual se ratifica la demora en la radicación y por ende la causa del hallazgo.

Se valida el hallazgo.

4.3.2.1. Recursos embargados en cuentas maestras

De conformidad con las diferentes fuentes de información⁵⁵, se evidencia que por EPS y vigencia, las medidas cautelares de embargo sobre cuentas maestras alcanzaron las siguientes cifras:

Tabla No. 102
 Recursos embargados
 (Cifras en COP)

EPS	2020	2021	2022
Asmet	27.530.990	-	-
Ecoopsos	3.000.000.000	-	-
Ferrocarriles	4.526.207.582	-	2.426.229.567
Nueva EPS	4.841.099.665	565.615.435	20.746.799.886
Coosalud	5.432.839.437	14.498.088.393	882.016.211
Pijaos	-	-	11.712.484.594
Capital Salud	-	269.450.049	1.541.973.921
Total	17.827.677.674	15.063.703.828	35.767.530.258

Fuente: Nueva EPS, Coosalud, Pijaos, Capital Salud y SNS (2023).

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De acuerdo con lo anterior, en la vigencia 2022, las medidas cautelares alcanzaron la cifra más alta, encontrando que la medida más significativa recayó sobre las cuentas maestras de Nueva EPS.

Las medidas cautelares practicadas respecto de cuentas maestras de las EPS de la muestra (Nueva EPS, Coosalud, Pijaos y Capital salud), de conformidad con lo indicado por las aseguradoras, representaron una afectación en el flujo de recursos hacia los prestadores durante las vigencias auditadas, generando en algunos casos imposibilidad para realizar el pago a los prestadores y menor fluidez para cumplir con sus compromisos financieros.

Dicha situación, fue reiterada en las vigencias auditadas, encontrando que, para algunas de las aseguradoras, como Nueva EPS, Capital Salud, Pijaos y Coosalud, en su mayoría las medidas fueron impetradas por Empresas Sociales del Estado en procesos de cobro coactivo.

En cuanto a la información suministrada por ADRES, no refirieron afectación frente a todas las EPS de la muestra, reportando inconvenientes en los procesos de compensación de (4) EPS (Comfachoco, Coosalud, Medimás y Coomeva), especialmente en el 2021, no obstante, al no ser parte en los procesos adelantados contra las aseguradoras, no dispone de datos como el despacho, fechas de inicio y levantamiento de la medida, y el valor del embargo.

Es de resaltar que de las cinco EPS de la muestra, cuatro reportaron medidas de embargo en sus cuentas maestras en alguna de las vigencias, evidenciando que los recursos objeto de estas medidas cautelares, fueron representativos, puesto que en las tres vigencias alcanzaron 70.470.335.730 COP, situación que afectó el flujo de recursos hacia los prestadores.

55 Archivos Excel allegados por las EPS (Nueva EPS, Coosalud, Pijaos y Capital Salud) e información dispuesta por la SNS (Radicado No. 2023900000202092)

4.3.2.4. Recursos girados de PM

Hallazgo No. 11 Resoluciones de asignación y de ajuste de Presupuestos Máximos. (Responsable MSPS)

Criterios

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones el congreso de Colombia”. (...)”

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país. (...)”

Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

“(…)

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*”

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.⁵⁶

“11. Garantizar que los mecanismos de ejecución ofrezcan respuestas apropiadas a todas las sospechas de infracciones de las normas de integridad pública por parte de funcionarios públicos y de todas las demás personas o entidades implicadas en las infracciones, en concreto:

(...) c) fomentando la transparencia dentro de las entidades del sector público y de cara a los ciudadanos en relación con la eficacia de los mecanismos de aplicación y la resolución de casos, concretamente, elaborando datos estadísticos relevantes que respeten la confidencialidad y otras disposiciones jurídicas relevantes”.

Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas. Alcaldía Mayor de Bogotá.⁵⁷

“El seguimiento a las políticas públicas es una actividad que requiere de una estructura institucional que lo soporte, que le permita continuidad en el tiempo y que desarrolle sus componentes funcionales y operativos.

Todo sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados debe cumplir con cinco condiciones (Kusek & Rist, 2004), a saber: la apropiación, la administración, el mantenimiento, la credibilidad y la oportunidad.

La oportunidad consiste en tres aspectos: la frecuencia con la que se recolecta la información, la actualización de la información y la accesibilidad, es decir, la disponibilidad de la información para apoyar la toma de decisiones administrativas”.

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado.⁵⁸

“La OCDE (2021a) afirma que cada regulación puede ser vista como un experimento debido a la incertidumbre existente sobre la manera en que las normas pueden afectar a los ciudadanos y a las empresas en la práctica. De esa forma, se hace evidente la necesidad de evaluar las políticas una vez estas son emitidas e implementadas con el fin de determinar su utilidad, así como el cumplimiento de sus objetivos, determinar posibles efectos no intencionados y permitir la posibilidad de ajustar en caso de que así se requiera. La evaluación ex post de regulaciones es un paso crucial en un adecuado proceso regulatorio que dé lugar a normas de calidad. A pesar de su importancia, los Gobiernos tienen pocos incentivos a evaluar sus propias políticas y la posibilidad de exponer “errores”, por lo cual en muchos países no se establecen mecanismos de

⁵⁶ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

⁵⁷ Disponible en:

https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_el_seguimiento_evaluacion_de_politicas_publicas.pdf

⁵⁸ Disponible en: Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

evaluación planeada como parte del proceso regulatorio (...) En Colombia, concretamente, no se requiere una evaluación sobre el logro de los objetivos de una ley y este requerimiento se aplica solo en el caso de algunas regulaciones. No obstante, y dada la dificultad de considerar posibles efectos indeseados, la evaluación de efectividad se hace crucial. Además de su rol definitivo en garantizar regulación efectiva, las evaluaciones ex post son también útiles para construir apoyo del público hacia las regulaciones y aumentar la confianza en las acciones del Gobierno, en la medida en que aumentan los canales de transparencia y rendición de cuentas y se hacen explícitos la conducta y los incentivos que quiere modificar la regulación”.

Manual de la Política de Mejora Normativa. Departamento Nacional de Planeación.⁵⁹

“La política de Mejora Normativa tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, a fin de lograr que las normas expedidas por la Rama Ejecutiva del Poder Público, en los órdenes nacional y territorial, revistan los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio y reglamentario que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social.

Ciclo de Gobernanza Regulatoria (CGR)

7. Evaluación de las regulaciones.

El inventario de la regulación es amplio en todos los países, pues típicamente se ha acumulado al paso de los años y sus efectos en la economía pueden estar generalizados. Si bien, buena parte de este inventario regulatorio genera beneficios importantes, su efectividad variará y en ocasiones los costos podrían ser más de los necesarios para alcanzar un objetivo de política (OCDE, 2018). El potencial de que la regulación tenga impactos significativos tanto positivos como negativos requiere que sea evaluada cuidadosamente de forma sistemática y periódica a fin de identificar eventuales fallas en la implementación de la regulación, dando lugar a la actualización, reemplazo o modificación de la misma de acuerdo con el contexto y las circunstancias que se presenten.

Las evaluaciones permiten a los encargados de formular políticas comprender el cumplimiento e inventario de la regulación, considerando el cumplimiento de objetivos, identificando si se han cumplido, analizando si los objetivos iniciales de política se alcanzaron y el costo de implementación de dicha regulación. Los organismos de implementación e inspección juegan un papel fundamental, debido a que son ellos quienes recaban y manejan los datos que son necesarios para evaluar la regulación, contando con la facultad de rediseñar la regulación para hacerla más eficiente.

Evaluación ex post:

Esta herramienta permite, con posterioridad a la entrada en vigor de una regulación, examinar de manera sistemática su relevancia, su efectividad, su impacto (costos-beneficios) y resultados, con el fin de determinar la permanencia, la modificación o la

⁵⁹ Consulta realizada en https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-gobierno-ddhh-paz/Paginas/bases-de-la-politica-de-mejora-normativa.aspx. Fecha consulta 16/12/2023

derogatoria de la respectiva regulación en el ordenamiento jurídico. Su importancia radica en que determina si la evaluación ha cumplido los objetivos para los cuales fue creada y que tan eficiente ha sido en ello, es posible que los objetivos se estén cumpliendo, pero los costos de su implementación sean muy altos y se requiera rediseñar la regulación para hacerla más eficiente (OCDE, 2018b). Adicionalmente, en las evaluaciones ex post se identifican efectos anticipados y no anticipados de la regulación que ayudan a determinar si la regulación es rentable y consistente con los objetivos planteados. De esta manera la evaluación ex post permite generar aprendizajes acerca de la forma como se puede mejorar el diseño y la implementación de nuevas regulaciones”.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023).⁶⁰

“(...) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras).”

Condición.

Los techos máximos de conformidad con la normatividad, buscan la eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, y suplir el mecanismo de recobro, en el cual la aseguradora asumía el costo del servicio No UPC y posteriormente, una vez surtido el proceso de auditoría ante ADRES, el recurso le era reconocido. Por lo cual, con los presupuestos máximos, se genera un flujo de recursos mensual a las aseguradoras.

Mediante oficio con radicado 2023EE0186261 se solicitó al MSPS, la información de las resoluciones de asignación y ajuste de presupuestos máximos para las vigencias 2020, 2021 y 2022; al respecto fue allegado archivo Excel denominado “2.2. Relación resoluciones asignación presupuesto máximo 2020-2022”.

De la vigencia 2020⁶¹, se evidenció que la resolución inicial fue expedida el 17 de febrero de 2020 para 39 EPS, con un primer ajuste el 22 de diciembre, para 31 aseguradoras, un segundo ajuste para 28 entidades, realizado en octubre del siguiente año (2021). A continuación, se detallan algunos ejemplos de este comportamiento:

Tabla No. 103

⁶⁰ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>.

⁶¹ Anexo No. 1. Detalle Resoluciones iniciales y ajustes.

Comportamiento Ajustes 2020

Res. Inicial - Ajuste	EPS	Número de Resolución	Fecha Resolución	Tiempo transcurrido entre inicial y ajuste
Inicial	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	206	17/02/2020	Inicial
Ajuste	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	2459	22/12/2020	309
Ajuste	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	2540	19/12/2022	1036
Inicial	CAPITAL SALUD	206	17/02/2020	Inicial
Ajuste	CAPITAL SALUD	2459	22/12/2020	309
Ajuste	CAPITAL SALUD	1743	29/10/2021	620
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S. A	206	17/02/2020	Inicial
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S. A	2459	22/12/2020	309
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S. A	1756	29/10/2021	620
Inicial	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	206	17/02/2020	Inicial
Ajuste	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	2459	22/12/2020	309
Ajuste	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	1747	29/10/2021	620
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S. A	206	17/02/2020	Inicial
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S. A	2459	22/12/2020	309
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S. A	1755	29/10/2021	620
Inicial	PIJAOS SALUD EPSI	206	17/02/2020	Inicial
Ajuste	PIJAOS SALUD EPSI	2459	22/12/2020	309

Fuente: MSPS (2023) 2.2. *Relación resoluciones asignación presupuesto máximo 2020-2022*.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con lo anterior, en cuatro (4) de las EPS de la muestra⁷ se observó que se realizaron dos ajustes a la asignación de presupuestos máximos, el primero de estos en diciembre de 2020, es decir habiendo transcurrido 309 días desde la resolución inicial de asignación, y un segundo ajuste efectuado en octubre del siguiente año, con 620 días transcurridos. Adicionalmente de la validación realizada, se encontró el caso de Asociación Indígena del Cauca, con una resolución inicial y dos ajustes, el último de estos acaeció en diciembre de 2022, es decir dos años después de la vigencia del presupuesto.

En cuanto a la vigencia 2021, se realizó asignación en enero de 2021 a 38 EPS, para los primeros 4 meses del año, posteriormente el 11 de mayo, se expide resolución asignando el techo para los meses restantes para 37 aseguradoras, y en diciembre del mismo año, se realiza un primer ajuste de lo asignado para 33 de estas.

Para 36 EPS, se observó un segundo ajuste en octubre de 2022, un tercer ajuste de la asignación, fue realizado en febrero de 2023 a (27) EPS y en septiembre de ese mismo año para cinco (5) aseguradoras.

A continuación, se detalla el comportamiento de los ajustes realizados en las EPS de la muestra y el caso específico de Comfamiliar del Huila, que presenta ajuste en septiembre de 2023, es decir más de dos años posteriores a la asignación inicial del presupuesto:

Tabla No. 104
Comportamiento Ajustes 2021

Res. Inicial - Ajuste	EPS	Número de Resolución	Fecha Resolución	Tiempo transcurrido entre inicial y ajuste
Inicial	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	043	21/01/2021	Inicial
Inicial	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	594	11/05/2021	Inicial
Ajuste	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	2327	24/12/2021	227
Ajuste	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	1952	13/10/2022	520
Ajuste	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	1400	12/09/2023	854
Inicial	CAPITAL SALUD	043	21/01/2021	Inicial
Inicial	CAPITAL SALUD	594	11/05/2021	Inicial
Ajuste	CAPITAL SALUD	2307	24/12/2021	227
Ajuste	CAPITAL SALUD	1955	13/10/2022	520
Ajuste	CAPITAL SALUD	232	17/02/2023	647
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	043	21/01/2021	Inicial
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	594	11/05/2021	Inicial
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	2295	24/12/2021	227
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	2296	24/12/2021	227
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	1942	13/10/2022	520
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	1966	13/10/2022	520
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	223	17/02/2023	647
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	236	17/02/2023	647
Inicial	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	043	21/01/2021	Inicial
Inicial	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	594	11/05/2021	Inicial
Ajuste	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	2320	24/12/2021	227
Ajuste	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	1946	13/10/2022	520
Ajuste	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	227	17/02/2023	647
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	043	21/01/2021	Inicial
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	594	11/05/2021	Inicial
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	2311	24/12/2021	227
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	2317	24/12/2021	227
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	1944	13/10/2022	520
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	1945	13/10/2022	520
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	216	17/02/2023	647
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	217	17/02/2023	647
Inicial	PIJAOS SALUD EPSI	043	21/01/2021	Inicial
Inicial	PIJAOS SALUD EPSI	594	11/05/2021	Inicial
Ajuste	PIJAOS SALUD EPSI	2306	24/12/2021	227
Ajuste	PIJAOS SALUD EPSI	1973	13/10/2022	520
Ajuste	PIJAOS SALUD EPSI	221	17/02/2023	647

Fuente: MSPS (2023) 2.2. Relación resoluciones asignación presupuesto máximo 2020-2022".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Para la vigencia 2022, se realizó asignación en diciembre de 2021 a 38 EPS, para los primeros 4 meses del año, posteriormente el 25 de mayo, se expide resolución para 34 aseguradoras asignando el techo para mayo y junio, y en julio del mismo año, se publica resolución para los meses restantes de la vigencia; es decir que para este año fueron expedidas tres (3) resoluciones iniciales de asignación de recursos de presupuestos máximos.

Frente a los valores asignados para esta vigencia, se observó la expedición de resoluciones de revisión pormenorizada, en el primer trimestre del 2024, es decir aproximadamente 14 meses después de finalizada la vigencia.

Tabla No. 105
Comportamiento Ajustes 2021

Res. Inicial - Ajuste	EPS	Número de Resolución	Fecha Resolución	Tiempo transcurrido entre inicial y ajuste
Inicial	CAPITAL SALUD	2364	28/12/2021	Inicial
Inicial	CAPITAL SALUD	917	25/05/2022	Inicial
Inicial	CAPITAL SALUD	1353	29/07/2022	Inicial
Ajuste	CAPITAL SALUD	374	4/03/2024	584
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	2370	28/12/2021	Inicial
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	2378	28/12/2021	Inicial
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	891	25/05/2022	Inicial
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	1326	29/07/2022	Inicial
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	375	4/03/2024	584
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	903	25/05/2022	Inicial
Inicial	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	1330	29/07/2022	Inicial
Ajuste	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	376	4/03/2024	584
Inicial	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	2375	28/12/2021	Inicial
Inicial	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	904	25/05/2022	Inicial
Inicial	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	1327	29/07/2022	Inicial
Ajuste	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S	379	4/03/2024	584
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	2349	28/12/2021	Inicial
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	2369	28/12/2021	Inicial
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	898	25/05/2022	Inicial
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	1329	29/07/2022	Inicial
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	385	4/03/2024	584
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	900	25/05/2022	Inicial
Inicial	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	1328	29/07/2022	Inicial
Ajuste	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	386	4/03/2024	584
Inicial	PIJAOS SALUD EPSI	2353	28/12/2021	Inicial
Inicial	PIJAOS SALUD EPSI	907	25/05/2022	Inicial
Inicial	PIJAOS SALUD EPSI	1354	29/07/2022	Inicial
Ajuste	PIJAOS SALUD EPSI	381	4/03/2024	584

Fuente: MSPS (2023) 2.2. *Relación resoluciones asignación presupuesto máximo 2020-2022*. y *"Base Definitiva 2022-revision pormenorizada CGR"*

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De la información remitida por el MSPS, en cuanto a las resoluciones de asignación de Presupuestos Máximos para las vigencias 2020, 2021 y 2022, se evidenció falta de una frecuencia o regularidad establecida, entre las resoluciones iniciales y los ajustes realizados al presupuesto para cada EPS, situación que repercute en el flujo de los recursos hacia las aseguradoras, por cuanto los valores que corresponden a un periodo, no son reconocidos en su totalidad durante la misma vigencia, encontrando que incluso transcurre más de un año para que se efectúe el ajuste.

Así mismo se observó que en la vigencia 2020, se expide una resolución inicial para todo el año, mientras que en 2021 y 2022 se disponen varias resoluciones iniciales para asignar los recursos por periodos, situación que también se evidencia en las resoluciones de ajuste.

Causa

Inexistencia de un lineamiento que estandarice los tiempos de expedición de resoluciones de asignación por vigencia, es decir que se establezca que la asignación de presupuestos máximos para cada año se realice en periodos específicos. **(MSPS)**

El comportamiento de los ajustes a la asignación de presupuestos máximos, no se encuentra determinado con una periodicidad establecida ni con un límite de tiempo para efectuar el ajuste definitivo. **(MSPS)**

Efecto

Falta de claridad para los actores del SGSSS en cuanto a los tiempos de expedición de las resoluciones de asignación y ajuste de presupuestos máximos.

Repercute en el flujo de caja en las EPS, de conformidad con el mecanismo de asignación anticipada de techos presupuestales.

Debido a los tiempos extensos entre la resolución inicial y los ajustes definitivos, si se realizan reconocimientos de presupuestos máximos por valores superiores a las EPS, se genera riesgo para la recuperación de los mismos, frente aquellas aseguradoras que entran en procesos de liquidación.

Respuesta MSPS:

La entidad mediante oficio con radicado 2024300000194551 del 10 de julio de 2024, allega la siguiente respuesta a lo observado, así:

“(…)

Líteral E. Recursos girados de PM.

*Respecto a la situación planteada, la entidad de control indica, como **condición**, que:*

[...] la información remitida por el MSPS, en cuanto a las resoluciones de asignación de Presupuestos Máximos para las vigencias 2020, 2021 y 2022, se evidenció falta de una frecuencia o regularidad establecida, entre las resoluciones iniciales y los ajustes realizados al presupuesto para cada EPS, situación que repercute en el flujo de los recursos hacia las aseguradoras, por cuanto los valores que corresponden a un periodo, no son reconocidos en su totalidad durante la misma vigencia, encontrando que incluso transcurre más de un año para que se efectué el ajuste.

Así mismo, se observó que en la vigencia 2020, se expide una resolución inicial para todo el año, mientras que en 2021 y 2022 se disponen varias resoluciones iniciales para asignar los recursos por periodos, situación que también se evidencia en las resoluciones de ajuste.

*Señala como **causa** tanto “la inexistencia de un lineamiento que estandarice los tiempos de expedición de resoluciones de asignación por vigencia, es decir que se establezca que la asignación de presupuestos máximos para cada año se realice en periodos específicos” y “el comportamiento de los ajustes a la asignación de presupuestos máximos, no se encuentra determinado con una periodicidad establecida ni con un límite de tiempo para efectuar el ajuste definitivo”.*

Esto produciría como efectos:

Falta de claridad para los actores del SGSSS en cuanto a los tiempos de expedición de las resoluciones de asignación y ajuste de presupuestos máximos.

Repercute en el flujo de caja en las EPS, de conformidad con el mecanismo de asignación anticipada de techos presupuestales.

Debido a los tiempos extensos entre la resolución inicial y los ajustes definitivos, si se realizan reconocimientos de presupuestos máximos por valores superiores a las EPS, se genera riesgo para la recuperación de los mismos, frente aquellas aseguradoras que entran en procesos de liquidación.

Respuesta. *Debe indicarse, en primer lugar, que la definición del presupuesto máximo se fundamenta en lo descrito en el artículo 240 de Ley 1955 de 2019, la cual establece que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con soporte al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).*

Luego, en desarrollo del precitado artículo 240, este Ministerio expidió la Resolución 205 de 2020, modificada por la Resolución 586 de 2021, mediante la cual, entre otros, se fijó la metodología de cálculo del presupuesto máximo, en aplicación de estas normas, se expidieron las Resoluciones 206 de 2020 y 594 de 2021. A través de dichos actos administrativos se fijó el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidades Obligadas a Compensar para las vigencias 2020 y 2021, respectivamente, y se garantizó los recursos ex ante a las EPS y EOC.

Por otra parte, la Resolución 205 de 2020 contempló la posibilidad de realizar ajustes al valor reconocido, posterior a la asignación. En el evento de evidenciarse un riesgo de superación de dicho presupuesto, se pondrían en conocimiento los escenarios a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, para la recomendación correspondiente. Dicha regla operó durante la vigencia 2021, tal como quedó establecido en la Resolución 586 de 2021; asimismo, el numeral 14.3 del artículo 4 de la mencionada resolución permitía la solicitud de revisión por parte de la EPS o el ajuste del presupuesto máximo, en cualquier momento.

El ajuste por superación del presupuesto fue una medida transitoria que operó durante las vigencias 2020 y 2021, con el fin de estabilizar el valor asignado a cada EPS o EOC.

La Resolución 1139 de 2021 derogó las Resoluciones 205 de 2020 y 586 de 2021 y dispuso en el numeral 4.1.6 del artículo 4:

“4.1.6. Realizar el cierre del ciclo de garantía de suministro de MIPRES con celeridad, oportunidad y calidad del registro. Para el cálculo anual del reconocimiento del presupuesto máximo el cierre del reporte de información de la vigencia fiscal anterior se debe realizar a más tardar el 31 de marzo de la vigencia en la cual se está realizando el cálculo, con el fin de que el reconocimiento contenga todas las prestaciones realizadas durante la vigencia fiscal anterior, independiente del proceso administrativo en que se encuentre la EPS o la entidad adaptada, esto es, intervenida en vigilancia especial, para administrar o liquidar. Los registros objeto de cierre considerados para el reconocimiento

de los valores de la vigencia que sean modificados posteriormente en MIPRES, serán objeto del análisis de que trata el artículo 17 de la presente resolución.”

De acuerdo con lo anterior, la información utilizada para el cálculo del presupuesto máximo de una vigencia corresponde a la de la vigencia inmediatamente anterior, es decir, a modo ilustrativo, el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2023, se realiza con la información de la vigencia 2022 y la fecha de lectura corresponde al 31 de marzo del 2024.

En este sentido, se otorgan tres meses adicionales al cierre de la vigencia para que las entidades realicen el reporte y cierre en el módulo de suministro de la herramienta MIPRES, lo cual permite contar con la información completa de enero a diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

En razón a lo anterior y con el fin de garantizar el flujo de recursos, se asignan de manera transitoria reconocimientos para los primeros seis (6) meses del año y una vez se disponga de la información establecida en el numeral 4.1.6 de la Resolución 1139 de 2022, se procede a realizar el cálculo del presupuesto máximo de toda la vigencia.

Adicionalmente, en relación con los ajustes al presupuesto máximo, con la Resolución 1139 de 2022 se determinó que, como resultado del desarrollo del mecanismo de financiación adelantado en los últimos 2 años, se establecieron medidas encaminadas a lograr el uso eficiente del gasto en servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, incorporando elementos que permiten reconocer desviaciones de los valores reportados por parte de cada una de las EPS o entidades adaptadas, fortaleciendo el mecanismo y los elementos asociados a la calidad de la información identificada en la herramienta MIPRES y a la formulación de una metodología por vigencia para la asignación de dichos recursos, conduciendo a la realización de un único cálculo y al reconocimiento de presupuesto máximo por vigencia. Se elimina, así, el ajuste por superación del Presupuesto, toda vez que el mecanismo ya se había estabilizado y robustecido en el reporte de información y el análisis y posterior cálculo.

Es así como para la vigencia 2022, solo se realizó un ajuste en el marco de la revisión pormenorizada de que trata el párrafo segundo del artículo 14 de la Resolución 1139 de 2022.

Es importante mencionar que este Ministerio, en el marco de lo establecido en el Decreto 4107 de 2011, modificado por los Decretos 2562 de 2012, tiene como objetivos: formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, en este sentido y en relación con el reconocimiento de presupuesto máximo en el marco de sus competencias y atendiendo el marco normativo dispuesto para el mecanismo, aclarando que para su reconocimiento, se debe contar con la disponibilidad presupuestal para el giro de los recursos (artículo 13 Resolución 1139 de 2022).

En consecuencia, se considera que los efectos referidos en las observaciones no se producen, teniendo en cuenta que, desde los actos administrativos que regulan el mecanismo, se establecen las condiciones y tiempos para su reconocimiento. (...)”

Análisis de la respuesta

La entidad hace referencia a la definición de presupuestos máximos y a la normativa que establece la metodología de cálculo y las resoluciones que asignan los techos máximos para cada EPS. Así mismo indica que la Resolución 205 establece la posibilidad de realizar ajustes, y refiere que, ante la evidencia de riesgo, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, emite recomendaciones.

De igual forma, la entidad señaló que el ajuste por superación fue una medida transitoria que, en 2022, fue eliminada, debido a la estabilización del mecanismo y para esta vigencia indican que: *“(...) se asignan de manera transitoria reconocimientos para los primeros seis (6) meses del año y una vez se disponga de la información establecida en el numeral 4.1.6 de la Resolución 1139 de 2022, se procede a realizar el cálculo del presupuesto máximo de toda la vigencia”*.

Sin embargo, tal como se refirió en la condición, para el 2022 la resolución inicial comprendía la asignación del presupuesto máximo por los primeros cuatro meses, por lo que el comportamiento en la expedición de las resoluciones, no obedece a lo señalado por el MSPS en el oficio de respuesta.

Si bien, la entidad indica algunas mejoras a la metodología, que disminuyen los ajustes en la asignación de los techos, estos no impactan de manera efectiva en las causas que dieron origen a la observación.

Adicionalmente el MSPS se refiere al comportamiento de los ajustes, sin abordar lo relacionado con los tiempos de expedición de las resoluciones en periodos específicos, por lo cual no se desvirtúa lo observado y se valida como hallazgo administrativo.

4.3.2.5. *Glosas no conciliadas EPS-IPS.*

Hallazgo No. 12 Glosas no conciliadas (Responsable EPS)

Criterios

Ley 100 de 1993 “**ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS.** (...) a. **EFICIENCIA.** *Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)*”

Ley 489 de 1998 “**ARTICULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA.** *La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).*”

Ley 1438 de 2011, “**ARTICULO 57 Tramite de glosas.** *“Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación*

y alcance definidos en la normatividad vigente. (...). El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación (...).

Resolución 3047 de 2008 del MSPS, “Anexo técnico No. 6 Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación.” “Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud”.

“9. Respuestas a glosas y devoluciones Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Glosa o devolución injustificada Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.

No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.

Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.

Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.”

Decreto 1281 de 2002. “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

Decreto 780 de 2016 del MSPS, “ARTÍCULO 2.5.3.4.12 Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas”. “El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la

denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Circular externa 14 DE 2020 SNS “Instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos.” “PRIMERA: Las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Adaptadas al Sistema deben garantizar el flujo de recursos y el cumplimiento de los compromisos derivados de los acuerdos de voluntades (...). “Devolución o glosa injustificada o automática de la facturación individual o general. Así como la notificación de glosas de forma extemporánea o formulación de nuevas glosas a una factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente”.

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud⁶² y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

“Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Condición

Las EPS de la muestra auditada (Capital salud EPS-S, Nueva EPS, Famisanar EPS, Coosalud EPS y Pijaos Salud EPS I) entregaron a la CGR información de las Glosas no conciliadas⁶³ respecto de las facturas radicadas por parte de las IPS por la prestación de servicios de salud, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022.

A partir de esta información se seleccionaron aquellas facturas que presentaban valores de cobro, es decir, se descartaron las que no registraron valor de las facturas, con las respectivas glosas generadas por los aseguradores, resumidas en la siguiente tabla:

Tabla No. 106
Valor total de facturas y glosas no conciliadas por las EPS de la muestra en las
Vigencias 2020, 2021 y 2022
Cifras en COP

⁶² BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

⁶³ Capital Salud EPS-S mediante oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS mediante oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS mediante oficio 2024ER0048009 del 8/03/2024; Nueva EPS mediante oficio VAF-038-23 del 08/11/2023 y Pijaos EPS mediante oficio enviado el 29/02/2024

Vigencia	Entidad	Valor Facturas	Valor Glosa	% de Glosa
2020	Capital salud EPS-S	137.475.444.358	30.906.228.359	22,48
2021		204.030.522.867	48.215.299.600	23,63
2022		132.713.948.567	33.939.309.998	25,57
2020	Nueva EPS	433.878.224.696	55.235.650.401	12,73
2021		412.082.438.105	56.502.861.189	13,71
2022		845.960.662.801	111.738.511.590	13,21
2020	Famisanar EPS	119.154.882.117	38.388.609.419	32,22
2021		103.966.218.114	7.663.954.142	7,37
2022		687.702.082.207	101.429.193.550	14,75
2020	Coosalud EPS	74.186.392.201	14.038.556.605	18,92
2021		101.457.702.598	22.177.424.199	21,86
2022		219.795.142.206	47.402.492.886	21,57
2020	Pijaos EPS	739.644.061	222.868.072	30,13
2021		7.738.944.852	1.568.422.848	20,27
2022		33.228.591.190	7.542.043.823	22,70

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) oficio VAF-038-23, Pijaos EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Respecto a los tiempos establecidos normativamente entre la radicación de las facturas que realizan los prestadores ante los aseguradores y la notificación de glosas por parte de las EPS a las IPS, estos no deben superar los 20 días hábiles⁶⁴; sin embargo, en las vigencias 2020, 2021 y 2022 se observó facturas cuyo proceso de auditoría superó este tiempo, al realizarse entre 31 y 365 días por parte de las EPS de la muestra, como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla No. 107
 Valor de Facturas cuya notificación de la glosa por parte de la EPS a la IPS
 tardó entre 31 y 365 días
 Cifras en COP

Vigencia	Entidad	Valor Facturas	Valor Glosa	% de Glosa
2020	Nueva EPS	165.751.721.704	25.261.572.301	15,24
2021		301.463.017.667	45.030.311.442	14,94
2022		1.385.718.529.117	220.719.111.022	15,93
2020	Famisanar	57.760.314.802	15.747.739.748	27,26
2021		41.565.956.865	3.740.075.543	9
2022		121.431.170.011	20.327.376.398	16,74
2020	Coosalud	9.333.402.493	806.460.401	8,64
2021		83.830.101.971	17.335.447.379	20,68
2022		211.629.568.838	45.469.407.540	21,49
2022	Pijaos	1.839.868.982	178.668.685	9,71

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) oficio VAF-038-23, Pijaos EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Por otra parte, se detectaron facturas glosadas que, luego de radicadas por las IPS en las EPS, trascurrieron más de 365 días para la notificación de la glosa, tal como se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla No. 108

⁶⁴ De acuerdo con lo señalado en el Decreto 4747 de 2007 del MPS. Artículo 23. Tramite de Glosas y Ley 1438 de 2011, Artículo 56 Tramite de glosas.

Valor de Facturas con glosas notificadas por parte de las EPS a las IPS a más de 365 días desde la radicación
Cifras en COP

Vigencias	Entidad	Valor Facturas	Valor Glosa	% de Glosa
2020	Capital Salud EPS-S	109.291.035.365	19.898.628.934	18,21
2021		23.601.522.574	7.164.993.055	30,36
2022		25.246.549.269	6.202.176.148	24,57
2020	Nueva EPS	14.105.681.667	4.263.367.239	30,22
2021		6.540.723.168	1.269.515.084	19,41
2022		1.314.553.233.397	211.720.832.843	16,11
2020	Famisanar	566.757.370	24.860.852	4,39
2021		400.467.542	78.027.863	19,48

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) oficio VAF-038-23, Pijaos EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

A partir de la información anterior, se evidenció demora de las EPS en sus procesos de auditoría de cuentas, en las IPS también se evidenció demora en la contestación a la notificación que realizaron las EPS sobre las glosas de las facturas presentadas, toda vez que, los tiempos de repuesta no deben superar los 15 días de acuerdo a los lineamientos del MSPS, como se detalla a continuación:

Tabla No. 109

Valor de Glosas notificadas por parte de las EPS a las IPS con respuesta de las IPS en lapsos de tiempo superiores a 15 días. Vigencias 2020, 2021 y 2022
Cifras en COP

Vigencia	Entidad	Valor Glosa
2020	Nueva EPS	6.601.235.927
2021		12.131.006.314
2022		195.249.747.512
2020	Famisanar	37.638.077.604
2021		6.880.968.611
2022		96.517.246.504
2020	Coosalud	6.639.069.598
2021		36.419.296.482
2022		90.173.465.847

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) oficio VAF-038-23, Pijaos EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Lo anterior indica demoras en los procesos de auditoría de cuentas por parte de las EPS que afectan el flujo oportuno de los recursos hacia los prestadores. Además, teniendo en cuenta que la relación comercial entre EPS e IPS estuvo regulada desde 2007 y 2008 con el Decreto 4747 y la Resolución 3047 del MSPS, se evidencia un nivel de glosa representativo y creciente en la mayoría de los casos, comparando las vigencias auditadas, que indica persistencia de las

inconsistencias o falta de soportes en la facturación que dificulta el flujo oportuno de los recursos.

Causas

Prácticas indebidas por parte de los aseguradores en la respuesta oportuna frente a la radicación de facturas por la prestación de servicios de salud, **(Responsable EPS)**.

Efecto

Ineficacia en la gestión en el monitoreo y evaluación de los procesos de conciliación de glosas, e inexactitud para establecer deudas por prestación de servicios, generando inoportunidad y limitación en el flujo de recursos hacia los prestadores, que se refleja en el déficit presupuestal, la escasez de recursos humanos y la disminución de insumos y medicamentos en estas entidades.

Respuestas de las entidades a la observación

Capital salud: Mediante oficio DI-DG-CT-073-2024 del 2 de julio 2024, entrega respuesta a la observación en los siguientes términos:

“De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite informar que una vez analizada la información que reposa en la EPS, se evidencia que se ha dado cumplimiento a lo impartido Resolución 3047 de 2008 en los términos legales.

Por consiguiente, se permite informar que para la vigencia 2022, la EPS cuenta con los siguientes procedimientos y punto de control para la notificación y conciliación de glosa.

✓ P01-GS_AUDITORIA CUENTA MEDICA

✓ P02-GS.pdf Procedimiento para la respuesta depuración y conciliación de Glosas

✓ P06-GS_RADICACION DE CUENTAS MEDICAS

✓ P18-GS_DEVOLUCIÓN DE CUENTAS MEDICAS

Capital Salud EPS, cuenta con herramientas tecnológicas implementadas para la notificación, auditoria y conciliación de glosa así:

➤ NOTIFICACIÓN DE GLOSAS

La EPS realiza la implementación de una herramienta tecnológica que permita evidenciar la trazabilidad de la factura en la notificación de las glosas, es un proceso fundamental para garantizar la transparencia y la eficiencia en la gestión de las

reclamaciones y glosas en el sector de la salud, como se describe en los pasos clave que se adelantaron en este proceso.

Análisis de la Notificación de Glosas: *Se ha llevado a cabo un análisis detallado de la notificación de glosas a través del documento "Análisis Notificación de Glosa". Este*

documento permite verificar la radicación de glosa realizada en un mes la relación con el proceso de auditoría. Además, se realiza un análisis y seguimiento al proceso de la interfaz para asegurar la correcta y oportuna notificación a la IPS. Dentro de este análisis se incluye la pestaña denominada “Días oportunidad” que muestra el número de días transcurridos entre la generación de la glosa y su notificación correspondiente. Lo anterior, garantiza la oportunidad y el cumplimiento de la normatividad vigente y da respuesta a las recomendaciones de la Superintendencia de Salud.

Identificación de Hallazgos e Inconsistencias en las Facturas: Durante el proceso de auditoría, se identifican hallazgos e inconsistencias en las facturas presentadas. Estos hallazgos pueden estar relacionados con aspectos como facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura, pertinencia, habilitación, devoluciones y respuesta a glosa.

El proceso de notificación de glosa incluye:

1. **Detección:** El equipo auditor de la EPS-S detecta las posibles glosas.
2. **Notificación:** Se genera una notificación formal dirigida a la IPS, detallando cada una de las observaciones encontradas. Esta notificación se realiza a través de una carta o una herramienta digital como SISCOG.
3. **Respuesta:** La IPS recibe la notificación y tiene un plazo establecido para responder, ya sea corrigiendo los errores, proporcionando la documentación faltante o justificando los servicios facturados.
4. **Resolución:** Dependiendo de la respuesta de la IPS, la EPS puede aceptar las aclaraciones y proceder con el pago, o mantener la glosa si no se cumplen los requisitos.

Generación de Glosas: Como resultado de la auditoría y la identificación de hallazgos, se genera la glosa correspondiente. Cada glosa se documenta de acuerdo con la normatividad vigente y se clasifica según su naturaleza.

Notificación de Glosas a través de SISCOG: Las glosas generadas se notifican a través de la interfaz de SISCOG, una herramienta tecnológica que facilita la comunicación y el seguimiento de las glosas. Esta notificación es esencial para que

los responsables de las entidades y los prestadores de servicios de salud estén al tanto de las glosas y puedan tomar las medidas adecuadas

Seguimiento a las Glosas No Notificadas: Es importante llevar un seguimiento específico de las glosas que no han sido notificadas de manera efectiva. Estas glosas pueden requerir un segundo análisis para determinar si es necesario realizar la correspondiente notificación o proporcionar una explicación adecuada.

El proceso de notificación se realiza a través de la herramienta SISCOG. Esta herramienta permite la generación automática de glosa a través de una carta dirigida a la IPS, especificando el motivo correspondiente a la glosa formulada e identificando la misma, lo que garantiza que se cumplan los plazos establecidos por la normativa, las causales de glosa con mayor frecuencia identificadas son:

Código	Descripción

207	<i>Medicamentos</i>
342	<i>Lista de Preciso</i>
401	<i>Estancias</i>
423	<i>Autorización de servicios adicionales</i>
545	<i>Servicios no pactados.</i>

➤ AUDITORIA Y CONCILIACIÓN DE GLOSAS

La auditoría de Cuentas Médicas tiene implementado un cronograma de trabajo, el cual permite evidenciar la trazabilidad de la cuenta médica, la identificación del estado de la gestión de la factura, con el fin de garantizar la oportunidad y aplicando puntos de control establecidos para cada proceso de la auditoría, donde se realiza seguimiento y retroalimentación diaria.

Así mismo, se realiza seguimiento a la calidad de la auditoría de la cuenta médica, con el fin de evaluar la productividad, la calidad de la auditoría y la oportunidad en cada uno de los procesos, a partir del informe generado mediante la herramienta (Tablero de control), donde se identifican los datos auditados de acuerdo con las variables determinadas: (variables Word) con el fin de retroalimentar al profesional de auditoría y evitar diferencias en las tarifas de las facturas.

De acuerdo con la muestra definida mensual, la herramienta, a través de la ejecución de validaciones permitió identificar inconsistencias basados en una muestra de radicación, con los siguientes filtros.

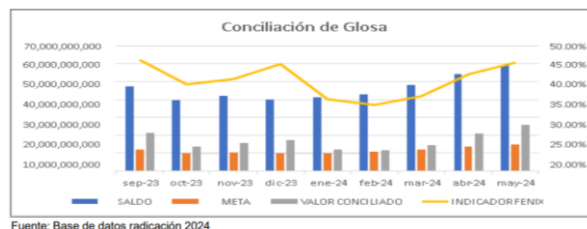
- VERIFICAR_PREFIJO DE LA FACTURA
- VERIFICAR_IPS CREADA EN EL DIRECTORIO
- ERROR_SERVICIO CREAR EN EL DIRECTORIO
- INCONSISTENCIA_EN FECHA DE PRESTACION VS FECHA FACTURA
- INCONSISTENCIA_EN FECHA FACTURA VS FECHA DE RADICADO P
- AÑO FACTURA
- VALIDACION AÑO DE FACTURA
- REPORTE DIAN X NIT
- REPORTE DIAN NIT+FACTURA
- VR FAC DIAN - VALIDAR VR FAC DIAN

Frente a la conciliación de glosas son formuladas de acuerdo a la normatividad vigente en la resolución 3047 de 2008 en su anexo 6, se digitan en el aplicativo AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS, el cual permite la formulación de glosas y objeciones de los servicios prestados, que una vez finalizada, se hará cierre de la Auditoría de la factura, y la información será consolidada y reportada a la IPS dentro de los tiempos normativos, con el fin de proceder a la espera de Respuesta a las glosas del prestador y en caso de no ser subsanado dicho proceso, proceder a la conciliación de las glosas establecidas y notificadas.

A continuación, se presenta el comportamiento de conciliación de glosa de enero a mayo de 2024:

MES	SALDO	META 25%	VALOR CONCILIADO	INDICADOR FENIX
ene-24	41,464,416,590	9,976,533,694	11,910,481,246	28.72%
feb-24	42,983,102,574	10,745,775,644	11,371,935,902	26.46%
mar-24	48,055,314,863	12,013,828,716	14,410,970,390	29.99%
abr-24	54,317,894,891	13,579,473,723	21,029,882,021	38.72%
may-24	59,077,408,039	14,769,352,010	25,662,729,633	43.44%

Fuente: Documento conciliación de glosas septiembre 2023 – mayo 2024



El comportamiento de estos saldos funciona en forma cíclica, lo que implica que paralelamente a la depuración de la glosa gestionada y conciliada, ingresa nueva glosa que se deteriora a medida que va pasando el tiempo, es por esta razón es difícil que una edad se encuentre 100% depurada, por tanto, el valor radicado por los prestadores en cada uno de los periodos, influye en la variación de los saldos y es directamente proporcional a la Glosa, la conciliación de la glosa pendiente con los prestadores de Servicios de Salud se ha dado cumplimiento a la meta del 25%.

Para la conciliación de Glosa con edad mayor a 360 días se realiza Plan de choque con el objetivo de Implementar un mecanismo de gestión para la depuración y conciliación de glosa con edad superior a 360 días, priorizando la glosa de mayor cuantía, propendiendo por una eficiente recuperación de cartera y el saneamiento contable de los estados financieros de la EPS-S.

Para el mes de mayo de 2024, la EPS cuenta con un saldo de glosa pendiente por conciliar mayor a 360 días por valor de \$ 925.397.916, de los cuales se han requerido a los prestadores mediante derecho de petición llevar a cabo el proceso de CONCILIACIÓN DE GLOSAS en cumplimiento de lo establecido en el decreto 441 de 2022, el cual establece en su ARTÍCULO 2.5.3.4.4.2. Aceptación de las glosas.

De acuerdo con lo anterior, se solicita se desvirtúe la observación efectuada por el equipo auditor, en el sentido Capital Salud EPS-S brindo las explicaciones correspondiente y dio a conocer los puntos de control que se tienen establecidos frente al proceso con el objetivo sanear dichas cuentas y dar cumplimiento a la normatividad legal vigente”.

Coosalud EPS Mediante oficio del 2 de julio 2024, entrega respuesta a la observación en los siguientes términos:

“En primera medida, frente a las facturas con glosas no conciliadas, debemos aclarar que Coosalud EPS S.A., a través de la firma contratada para la auditoría de cuentas médicas, sigue avanzando en los cronogramas de la facturación por evento y las glosas de capitación, las cuales se van resolviendo acorde a las mesas de liquidación de contratos que se programan. En ese orden, para la actualidad, existe una disminución representativa de los valores glosados pendientes por conciliar, así:

MODALIDAD	VALOR GLOSADO REPORTADO COMO PDTE DE RESOLUCION INICIAL	VALOR PDTE ACTUAL	% AVANCE
Capitación	58.067.753.163	32.742.649.827	43,61%
Evento	25.550.720.527	4.522.637.374	82,30%
TOTAL	83.618.473.690	37.265.287.200	55,43%

Ahora, en cuanto a la presunta inoportunidad en la comunicación de la glosa, efectuada la revisión se advierte que el equipo auditor calculó los días entre la fecha de la radicación y la fecha del reporte de la glosa, evidenciándose que el conteo de días se hizo por días laborales (lunes – viernes), sin tener en cuenta los feriados presentados durante los años 2020-2022, los cuales no pueden ser contabilizados por ser días no laborales. Atendiendo los términos otorgados, se tomó como base un 70% de las facturas glosadas, encontrándose que el 100% de las glosas revisadas se encuentran reportadas dentro de los 20 días hábiles establecidas por norma, con un promedio de 15 días hábiles. Se trae como ejemplo 648 facturas, las cuales al contabilizar los días laborales para el año 2022 se encuentran dentro de los tiempos de norma así:

FECHA DE RADICACION	FECHA DE COMUNICACIÓN DE LA GLOSA	DIAS LABORABLES	DIAS LABORABLES MENOS FESTIVOS (20-06-22, 27-06- 2022, 4-07-2022)
06/06/2022	06/07/2022	23	19
03/06/2022	05/07/2022	23	19
02/06/2022	04/07/2022	23	20
07/06/2022	07/07/2022	23	19
07/06/2022	08/07/2022	24	20
01/06/2022	02/07/2022	23	20

Como evidencia de lo anterior, se adjunta la relación de facturas revisadas que dan cuenta del cumplimiento en la normatividad vigente, frente a los términos de notificación de glosa, lo que desvirtúa la observación del equipo auditor.”

Famisanar EPS. Mediante oficio 1511821 del 4 de julio de 2024 entrega respuesta a la observación en los siguientes términos:

“EPS FAMISANAR SAS, da cumplimiento a la Circular 011 de 2020, para lo cual realiza la publicación semestral en la pagina web EPS FAMISANAR SAS, del cronograma de conciliación y depuración integral en trámite de conciliación cartera y glosas de manera periódica y trimestral.

Conforme a lo dispuesto en la Resolución 3047 de 2008 y Resolución 2284 de 2023, EPS FAMISANAR SAS, habilita, mesas técnicas permanentes para la conciliación de glosas administrativas y de auditoria de pertinencia medica con los prestadores de manera presencial o virtual. Lo anterior con el objetivo de depurar los saldos parciales o totales que se tiene identificados en valor glosa.

EPS FAMISANAR SAS, conforme con los procesos establecidos en conciliación de glosas, a los prestadores se les detallan los documentos a presentar antes de iniciar el proceso de conciliación y durante este. De la misma manera, EPS Famisanar adjunta a la invitación dada a los prestadores, la tipificación de glosa y las metodologías de conciliación a aplicar en conciliación administrativa y de auditoria con el objetivo de agilizar los procesos de conciliación entre partes”.

Pijaos EPS mediante oficio EPSI06-AGER-100-2024-055 del 10/07/2024 la EPS responde de la siguiente manera: *“Con relación al valor total de facturas con glosas no conciliadas por la EPSI reportadas, es importante mencionar que, la EPSI en cumplimiento de la Resolución 6066 de 2016 y la Circular conjunta 030 de 2013, realiza periódicamente cruces de cartera con los prestadores de red y no red de la EPSI, donde se les notifica el valor que se encuentra pendiente de pago por concepto de glosa, así mismo, en el acta de conciliación de cartera se registra claramente el proceso a seguir para subsanar los valores por este concepto.*

Adicionalmente es importante mencionar que desde el área de auditoria de la EPSI se realizan citaciones a los prestadores para llevar a cabo mesas técnicas de conciliación de glosas, sin embargo, existen prestadores que incumplen o no atienden estas citaciones; por otra parte, se presentan casos de glosas en las cuales no se llega a un acuerdo entre las partes y por consiguiente continúan pendientes en nuestros saldos de cartera.

(...)

Con relación a los registros de facturas con glosa cuya notificación al prestador tardo entre 31 a 365 días, se observa que la EPSI en 2022 reporta \$528.171.240 de glosa presuntamente notificados de manera extemporánea según la tabla denominada “Valor de Facturas cuya notificación de la glosa por parte de la EPS a la IPS tardo entre 31 a 365 días Cifras en COP”, sin embargo, al validar el archivo entregado a este Ente de Control se evidencia que para la vigencia en cuestión se reportan 98 facturas que superan los 30 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha de radicación de la factura y la fecha de notificación de la glosa al prestador. Se procedió a realizar conteo manual de los días HÁBILES transcurridos entre estas dos fechas, como resultado se observan que tan solo 21 facturas emplearon mas de 20 días hábiles para la notificación de la glosa con un máximo de 27 días hábiles, la sumatoria de la glosa aplicada a estas 21 facturas es de \$3.106324.

Es importante resaltar que, de acuerdo a lo establecido en el Art. 57 de la Ley 1438 de 2011 las ERP deben realizar la notificación de glosas dentro de los 20 días hábiles SIGUIENTES a la radicación de la factura, en este sentido se aclara que el día de la radicación de la factura no se cuenta así como tampoco los sábados, domingos y días festivos.

En conclusión y de acuerdo a lo descrito previamente, el valor de glosa notificada por fuera de los términos legales durante la vigencia 2022 es de \$3.106.324 y no de \$528.171.240 como se registra en la tabla reportada en la página 28 del informe”.

Por las diferencias en el valor de glosa extemporánea entre la EPS y la CGR se realizó mesa de trabajo con la EPS Pijaos, explicando la forma como la EPS analizó la cifra que entregaron en la respuesta a la observación; al respecto, esta entidad verificó la información encontrando que algunos días cumplen con lo descrito en la Ley 1438 del 2011, en lo relacionado con los tiempos de 20 días hábiles. Aclararon además que los datos suministrados por la EPS con relación a la respuesta de la observación solo contemplaron la vigencia 2020, por lo cual, se

amplió la respuesta mediante oficio EPSI06-AGER-100-2024-057 del 11/07/2024 así:

“Con relación a los registros de facturas con glosa cuya notificación al prestador tardó entre 31 y 365 días, se observa que la EPSI en 2022 reporta \$528.171.240 de glosa presuntamente notificados de manera extemporánea según la tabla denominada “Valor de Facturas cuya notificación de la glosa por parte de la EPS a la IPS tardó entre 31 y 365 días Cifras en COP”, una vez aclarado que el dato corresponde al consolidado de con corte a las vigencias 2020, 2021 y 2022, se procede a validar el archivo Excel entregado a este Ente de Control y se evidencia que se reportan 299 registros que al realizar el conteo de días calendario entre la fecha de radicación de la factura y la fecha de notificación de la glosa en la IPS superan los 30 días calendario, el valor de glosas de estas facturas es de \$411.099.425; se procedió a realizar conteo manual de acuerdo a los parámetros establecidos en el Art. 57 de la Ley 1438 de 2011 el cual hace referencia a días hábiles contados a partir del día siguiente a la radicación de la factura y la fecha de notificación de la glosa, excluyendo sábados, domingos y días festivos, arrojando el siguiente resultado:

RESULTADO CONTEO MANUAL DIAS HABLES

No. Registros con Notificación Oportuna = 124
Valor Glosa Notificados Oportunamente = \$232.430.740

No. Registros Notificación Inoportuna = 175
Valor Glosa Notificados Inoportunamente = \$178.668.685

Se aclara que, de estos \$178.668.685 correspondiente a glosas notificadas de forma extemporánea, \$20.212.730 fueron aplicadas a facturas de cápita, estos saldos se subsanan en el proceso de liquidación de la cápita ya que en su mayoría correspondían a movimientos en la base de datos de afiliados. Es importante resaltar que, de acuerdo con lo establecido en el Art. 57 de la Ley 1438 de 2011 las ERP deben realizar la notificación de glosas dentro de los 20 días hábiles SIGUIENTES a la radicación de la factura, en este sentido, se aclara que el día de la radicación de la factura no se cuenta, así como tampoco los sábados, domingos y días festivos. En conclusión y de acuerdo con lo descrito previamente, el valor de glosa notificada por fuera de los términos legales durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 es de \$178.668.685 y no de \$528.171.240 como se registra en la tabla reportada en la página 28 del informe.”

Nueva EPS mediante oficio Código: P-131-2024 del 11 de julio de 2024 la Nueva EPS responde a la observación de la siguiente manera:

“Teniendo en cuenta la información recibida en las PQR’s relacionadas, se informa que desde Nueva EPS se ha estado trabajando en cumplir la exigencia normativa y de entes de control para optimizar recursos, tiempo y sobre todo para cubrir la necesidad de procesamiento de facturas, lo que ha llevado a integrar sistemas de información que permitan realizar el procesamiento masivo de facturas.

Desde la expedición de la resolución 510 y 1036 del 2022, Nueva EPS ha realizado definiciones y alcances que la norma contempla con el fin de establecer un plan de trabajo claro que permita no solo cumplir con lo exigido normativamente sino que a su vez muestre eficiencia en los recursos para el procesamiento y auditoria de la cuenta medica

partiendo de la primicia que durante la vigencia 2020 Nueva EPS recibió un total de 14.190.647 de factura y al cierre del 2022 la cifra aumento a 26.432.735 facturas, representando un incremento del 86%.

Nueva EPS ha trabajado en la integración de sistema de información y la implementación de soluciones tecnológicas para adaptarse a los cambios normativos. Esto ha incluido la expedición de resoluciones adicionales como son las 2805, 2284 y 2275.

En el año 2022 Nueva EPS inicio proceso para efectuar otrosi a los contratos vigentes con los operadores de procesamiento, con el fin de establecer recursos adicionales para la implementación de la radicación digital y cubrir el crecimiento de la facturación, entendiendo que el aumento en la cantidad de facturas del 2020 al 2021 fue del 86%. De igual forma comenzó la recepción digital de facturas a través del operador aliado, permitiendo a los prestadores agilizar la radicación.

En julio 2022 Nueva EPS hizo el registro de requerimiento interno en harás de establecer un mecanismo de recepción de facturación digital propio en donde contempla el desarrollo de un software capaz de realizar la radicación digital e implementación del consecutivo de registro en línea, software que fue lanzado en junio de 2023 e incluyo las siguientes funcionalidades:

- *Cargue de soportes documentales de la factura por serie documental en formato PDF.*
- *Presentación de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en estructura normada en el año 2000 y proyectado en formato “JSON” 2024.*
- *Realizar la radicación de las facturas en línea.*
- *Consultar el estado de la radicación*

Estas automatizaciones han sido cruciales para gestionar y soportar el notable crecimiento de Nueva EPS en facturación, Comparativamente:

- *En 2014, se procesaron 470.000 facturas mensuales, equivalentes a \$400.000 millones.*
- *En 2023 se procesaron 3.300.000 facturas mensuales, equivalentes a \$1.700.000 millones.*

Estos avances reflejan el comportamiento de Nueva EPS con la eficiencia y la racionalización de costos, logrando que se gestione directamente el 60% del costo radicado por los prestadores, equivalentes a \$1 billón mensual. Esto se ha conseguido con un enfoque en el cumplimiento normativo para el procesamiento de facturas, optimizando los recursos y mejorando la eficiencia operativa.”

Análisis de las Respuestas

En cuanto a la respuesta que Capital Salud EPS entrega, se establece que la entidad brinda información acerca de la gestión que realiza en el trámite de las facturas en cada uno de los procesos, así como el desarrollo en el mejoramiento en los procedimientos y punto de control para la notificación y conciliación de glosa. Sin embargo, la entidad no desvirtuó la existencia de tiempos prolongados

de las glosas notificadas a las IPS, incumpliendo los lineamientos ordenados por el MSPS.

Coosalud EPS en su respuesta, refiere que los días que goza la EPS para notificar a la red prestadora corresponde a “*días hábiles*”, lo que a la norma aplica según los lineamientos del MSPS, no debe superar los 20 días hábiles, de aquí que, la información suministrada por la EPS se tuvo en cuenta las notificaciones a más de 30 días. Los datos referidos en la observación no fueron desvirtuados por la entidad.

Famisanar en su declaración refiere el proceso de conciliación y depuración de cartera y glosas con relación a la normatividad que les aplica, pero no desvirtúa los tiempos prolongados detectados en el análisis realizado por la CGR con la información suministrada por la entidad.

Nueva EPS: La respuesta suministrada por Nueva EPS respecto a los tiempos prolongados con relación a las notificaciones de glosas a los prestadores posterior a la radicación de las facturas, no presentó argumentos ni soportes que controviertan lo indicado por la CGR.

Por otra parte, la entidad argumenta que en el momento en que se generó el aumento de las facturas, implementó acciones concernientes a mejorar la capacidad de recepción de las facturas.

Pijaos en la respuesta entregada por la EPS con respecto a la observación se evidencia una diferencia con respecto a las glosas extemporáneas entre 30 a 365 días, toda vez que el análisis realizado por la CGR encontró que en las vigencias auditadas se encontraron COP 528.171.240 glosas que se comunicaron a la red prestadora en contraste con la respuesta de la EPS que de acuerdo al análisis corresponde a 3.106.324 COP. Con relación al alcance de la respuesta a la observación comunicada el 11 de julio, de acuerdo a la información y realizando el ejercicio con los datos suministrados el valor de glosas que superaron los 20 días hábiles corresponde a COP 178.668.685, ajustándose la condición final en el hallazgo con este valor.

Conclusión

De lo anterior se concluye que Capital Salud EPS, Coosalud EPS, Famisanar EPS, Nueva EPS no aclararon ni sustentaron con soportes los tiempos prolongados de las glosas notificadas a las IPS. La EPS Pijaos demostró que la glosa en las tres vigencias no corresponde a 528.171.240 COP, dato que fue analizado y ajustado finalmente en el hallazgo. Por lo anterior se valida el hallazgo.

4.3.2.6. *Servicios de urgencias que no se pagan a prestadores.*

Según la información suministrada a la CGR por la SNS⁶⁵, basada en el reporte de los prestadores de servicios de salud, “no se observan de manera puntual servicios de urgencias atendidos no pagados por las EPS...”. Por tanto, no se establecieron hallazgos sobre este tema.

4.3.2.7. *Deudas de entidades territoriales con ADRES, EPS o prestadores.*

Frente a este tema se estableció un hallazgo desde la pregunta de auditoría No. 5 en el literal d – IV frente a ET que no giran recursos de esfuerzo propio según lo reportado por ADRES.

4.3.3. Pregunta No. 3 Se realiza seguimiento, medición y control sobre las barreras en el flujo e ineficiencias en el uso de los recursos que financian el aseguramiento en salud?

4.3.3.1. Formato FT 005 de la SNS

El Formato FT005-Relacion causación de costos, gastos y pagos realizados, es reportado por las EPS a la Superintendencia, con la información de todos los costos y gastos en los que incurre la entidad y los pagos realizados en el periodo, datos que se encuentran desagregados por tercero y de acuerdo con el concepto financiero. Al respecto, mediante oficio con radicado No. 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023, se solicitó a la SNS, la información reportada por las EPS de la muestra (Nueva EPS, Famisanar, Coosalud, Pijaos y Capital Salud), de las vigencias auditadas.

De la información reportada por la SNS, mediante radicado No. 2023900000202092 del 14 de noviembre de 2023, se encontraron situaciones particulares, como, por ejemplo: i) registros que reportan pagos sin causación, ii) registros que reportan valor pagado mayor al causado, iii) brechas entre lo causado y pagado, iv) valores causados en negativo y v) prestadores a los que no se les efectuaron pagos.

Al respecto, se solicitó a las EPS, que de una muestra de registros con estas particularidades, indicaran las razones por las cuales eran efectuados dichos reportes, encontrando que, frente a los registros de pagos sin causación, aducen que de acuerdo con el instructivo FT005, frente a todo lo que sea cuenta por pagar de la vigencia anterior, el campo de valor causado debe ser igual a cero, en consecuencia esto no significa un pago sin causación; así mismo, se debe al

⁶⁵ con oficio 20239000002020921 de 14 de noviembre de 2023

reporte de saldo de anticipos causados, que se encuentran pendientes de legalizar sobre facturas radicadas y en procesamiento.

De los registros en los que se reporta un valor pagado mayor al causado, refieren que esto se debe a la reclasificación de las cuentas del costo, de conformidad con el numeral 7 del instructivo que dispone “Descripción de costos y gastos causados”. Así mismo, puede ocurrir el cambio de razón social del prestador, por lo cual, al validar por NIT, los pagos realizados no superan el valor causado.

Frente a los registros en los que se observaron brechas entre lo causado y pagado, refieren que esto se debe a varias causas; entre, estas la glosa por conciliar y los valores causados en el último mes, los cuales son pagados o legalizados de forma posterior, una vez surtidos los procesos administrativos al interior de la EPS, estas razones también justifican que frente a algunos prestadores no se vea reflejado un pago.

Adicionalmente respecto de prestadores a los que no les reportaron pago en la vigencia, refieren que los registros de las subcuentas 5372 corresponden a provisiones de servicios y tecnologías en salud, que al tratarse de una estimación contable no son objeto de pago.

En cuanto a los valores causados en negativo, el saldo se origina por el registro contable de notas crédito, anulaciones, reintegro de costos, gastos y provisiones, correspondientes a periodos anteriores, así mismo debido a reclasificaciones de régimen y cuenta contable que pueden generar el valor en negativo.

Por otro lado, dado que las EPS de la muestra, refieren no contar con prestadores propios, no es posible evidenciar preferencias o beneficios en los pagos a prestadores de su red en comparativo con otras IPS; sin embargo, se verificó una muestra de los registros realizados por las EPS en diciembre de 2020, 2021 y 2022, identificando el tipo de contrato que tenía la aseguradora con los prestadores, observando que en su mayoría las aseguradoras cuentan con contratos de evento, cápita, paquete y PGP y que frente a un mínimo de registros de la muestra no existía acuerdo contractual, situación que se aduce por la baja demanda de servicios por movilidad, referencia y contra referencia, por lo cual la facturación se realiza por “No red”, así mismo por servicios de urgencias.

En virtud de lo anterior, las situaciones encontradas fueron explicadas por las aseguradoras, encontrando que se deben a los lineamientos dispuestos por la SNS para el reporte del Formato FT005.

4.3.3.2. Reporte Circular 030 EPS

Con relación al reporte de Circular 30 de las EPS de la Muestra se concluye que existen debilidades administrativas y financieras al interior de la EPS para garantizar el saneamiento de las deudas con los prestadores, situaciones

comunicadas en los hallazgos “Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días” y “Gestiones del MSPS frente al flujo de recursos del SGSSS” donde se observó demora y/o ausencia de acciones en las vigencias auditadas por parte del MSPS frente a la problemática entre EPS e IPS en torno a las glosas, a la cartera superior a 360 días, a las cuentas por pagar y por cobrar. Tampoco se identifican indicadores o estudios del MSPS que permitan orientar la oportuna toma de decisiones, en el marco de sus funciones de orientación, coordinación y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a las fechas amplias entre la radicación y devolución de facturas, se estructuró hallazgo relacionado con las glosas de EPS – IPS “Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días”, sin embargo, para la información consignada en el cubo – Circular 30 de 2013, no se presenta el campo de devolución de facturas, imposibilitando medición desde la información consignada en esta herramienta.

Frente a las acciones adelantadas entre 2020 y 2022 por el MSPS (Circular Conjunta 030 de 2013) una vez recibida la información de las Entidades Responsables de Pago – ERP (EPS y entidades territoriales) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS a través de PISIS, relacionada con los anexos técnicos No. 1 (cuentas por pagar a cargo de las ERP) y No. 2 (cuentas por cobrar de IPS y EPSS), la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC del Ministerio realiza su procesamiento de datos e informa a la Dirección de Financiamiento Sectorial (DFS) una vez finalice el cruce de la data reportada; posteriormente, la DFS apertura nuevamente la plataforma durante dos (2) días, para que las entidades que presentaron inconsistencias en el reporte de la información puedan ajustar el archivo. Cerrada la plataforma, la OTIC procesa nuevamente los archivos recibidos durante el transcurso de esos dos (2) días adicionales y dispone a través de SISPRO los cruces de información de cartera.

4.3.3.3. A partir de la información de la SNS de prácticas indebidas y PQRS: análisis frente a glosas y devoluciones injustificadas y costo para el SGSS; mediciones, indicadores y seguimiento de la SNS.

Hallazgo No. 13 Medición del costo de procesamiento de facturas. (Responsables: EPS-SNS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud ⁶⁶ y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

⁶⁶ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

*“(...) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan.*

(...)

Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023)⁶⁷.

“(...) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras).”

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud ⁶⁸.

“(...)

Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema (...)”

⁶⁷ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

⁶⁸ Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023⁶⁹, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado “(...) *Implementar un programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos (...)*”.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública ⁷⁰.

“(...) Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)”

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) *eficacia, economía, celeridad, (...)*. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. *Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)*”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) *celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)*.”

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*”

Ley 610 de 2000 “Artículo 3o. Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...).”

⁶⁹ Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

⁷⁰ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

Condición

De conformidad con la información reportada por la Superintendencia Nacional de Salud de prácticas indebidas y PQRS, relacionadas con glosas y devoluciones injustificadas, se evidenció que los prestadores, reportaron la comisión de estas prácticas indebidas, con el siguiente detalle:

Tabla No. 110
Prácticas indebidas identificadas en FT009

Prácticas Indebidas en que Incorre la ERP	Cantidad
Devolución o glosa injustificada o automática de la facturación individual o general. Así como la notificación de glosas de forma extemporánea o formulación de nuevas glosas a una factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.	89
Restricción injustificada a la radicación de la facturación por prestación de servicios y tecnologías en salud, bajo lo convenido en los acuerdos de voluntades y en los tiempos establecidos por la normativa vigente, así como abstenerse de realizar los pagos a las IPS dentro de los términos establecidos por la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007.	69

Prácticas Indevidas en que Incurre la ERP	Cantidad
Negación o retraso de los procesos de conciliación de cartera y glosas con los prestadores; así como no informar de forma oportuna y precisa el detalle de los pagos efectuados para que procedan a su aplicación	58
Negación a la radicación de facturación de aquellos prestadores con quienes no existan acuerdos de voluntades pero que hayan prestado atención inicial de urgencias o hayan sido autorizados para prestar servicios adicionales a dicha atención, siempre que la facturación se radique en los horarios de atención establecidos por la EPS y de acuerdo con los términos fijados en la normativa vigente.	36
No actualización oportuna y permanente de la información contable, entre otros las cuentas por pagar y cobrar de acuerdo con los soportes correspondientes	33
No legalización o liquidación oportuna de los acuerdos de voluntades.	32
Negación o dilación de recepción de soportes de la facturación, de acuerdo con lo establecido en los acuerdos de voluntades y la normativa vigente; o aquellos casos en los que la EPS previamente hubiese autorizado los servicios a través de cualquier medio; incluyendo, la solicitud de documentos adicionales a los que se determina tanto en la relación contractual como en la normativa vigente, para la radicación de facturas o pago de servicios efectivamente prestados.	26
No seguimiento a la legalización de anticipos por parte de sus prestadores, ni seguimiento a los giros que se realizan directamente desde la ADRES por los conceptos pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.	19
No actualización de tarifas en la renovación de acuerdos de voluntades	13
No adopción y revisión permanente de políticas de pago y contratación; teniendo en cuenta entre otros el conflicto de interés.	12
Falta de nota técnica para la negociación de acuerdos de voluntades con instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de servicios y tecnologías en salud.	7
Total general	394

Fuente: SNS (2023) FT009 de 2022.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En virtud de lo anterior, la devolución de facturas y glosas de manera injustificada es una práctica que es reiterada por parte de las EPS, evidenciándose que frente a las otras prácticas reportadas, es la que resulta más representativa, situación que genera costos para los diferentes actores, por cuanto las facturas radicadas por los prestadores a la EPS pasan por un proceso de auditoría inicial y al reingresar a la aseguradora, se genera un nuevo proceso de auditoría, es decir que hay un doble costo por el procesamiento de una misma cuenta.

Al respecto, se conocieron los costos de auditoría de facturas devueltas o reingresadas en las EPS Pijaos y Famisanar, encontrando el siguiente detalle:

Tabla No. 111
 Costo procesamiento facturas
 Cifras en COP

Vigencia	Costo factura Pijaos	Costo factura Famisanar
2020	9.533	3.634
2021	6.566	2.713
2022	6.514	4.003

Fuente: Famisanar EPS y Pijaos Salud EPSI

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además, se encontraron dos EPS (Capital Salud y Coosalud) que refieren no contar con medición de los costos que se generan al reprocesar las facturas, por lo que no se realiza seguimiento a estas cifras, que pueden resultar de relevancia para el SGSSS.

Aunado a lo anterior, el alistamiento de la cuenta también genera costos al interior del prestador, en virtud del personal contratado de las diferentes áreas que tienen incidencia en el proceso, como cuentas médicas, auditoría y contabilidad; y adicionalmente una vez que las facturas son devueltas o glosadas de manera injustificada, el prestador debe validar los motivos de devolución o de glosa y proceder con el alistamiento de la factura, para radicarla nuevamente a la EPS.

Por lo cual, en todo el proceso que surte la factura, se genera un doble costo en el alistamiento de la cuenta en el prestador, y en el procesamiento de la cuenta por parte del asegurador.

Frente a este costo, se requirió a la SNS, que indicara si a partir de la información que recibió sobre prácticas indebidas y PQRS sobre devolución de facturas y glosas injustificadas, para las vigencias 2020, 2021 y 2022, efectuó medición, seguimiento o ha construido indicadores que muestren el costo de este reproceso para los actores.

La Circular 16 de 2015 establece: *“Constituye una práctica indebida la devolución injustificada de la facturación individual o general”*, y es la SNS quien conoce de la comisión de estas prácticas por parte de los actores, al respecto, la entidad refiere que los vigilados reportan información a la SNS, de conformidad con lo ordenado en la Circular Externa 0016 de 2016, y que en virtud de esto las EPS activas realizan reporte del Archivo FT001 *“Catalogo de información Financiera para efectos de supervisión”*, sin embargo, refiere que la información se reporta bajo dicha estructura y de acuerdo con los anexos técnicos, en los que se disponen datos como: *saldo de activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos y costos*, no obstante no dispone de información de devoluciones y glosas injustificadas; adicionalmente refiere que no cuenta con los indicadores, y no señala que realice algún tipo de seguimiento o medición sobre el reproceso de facturas.

Causa

Falta de control al interior de la EPS en la medición de los costos de procesamiento y reprocesamiento de las facturas, debido a devolución y glosas injustificadas. **(EPS)**.

Falta de seguimiento y medición por parte de la SNS de la comisión de este tipo de prácticas por las EPS, por lo que no se realiza una gestión que impacte de manera efectiva en reducir los costos que se generan en el SGSSS. **(SNS)**

Efecto

Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGGSS por los reprocesos y costos que genera debido a las devoluciones y glosas injustificadas aumentando los costos con cargo a la UPC.

Adicionalmente para los prestadores se genera un impacto en el flujo de los recursos, puesto que los términos para obtener el pago se ven afectados por el reprocesamiento de las facturas.

Respuesta de la entidad

SNS

Mediante oficio con radicado No. 20249000001365041 del 05 de julio de 2024, dio respuesta a la observación comunicada mediante radicado No. 2024EE0116822, en los siguientes términos:

“Frente a las actividades llevadas a cabo frente al análisis de las glosas entre las EPS y los prestadores; se da respuesta de manera unificada así:

Como se informó mediante respuesta al oficio 2023EE0186258 del 24/10/2023 en el que la Contraloría General de la República, solicitó entre otros, a la SNS 1.7. Indicar las gestiones realizadas por la SNS de acuerdo con sus competencias para garantizar el flujo de recursos del SGGSS (...); se precisa que, en el marco de las acciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, se requirió a las Entidades Promotoras de Salud para que informaran el valor de las glosas definitivas generadas con los prestadores, para las vigencias 2020, 2021 y 2022.

En tal sentido, esta Superintendencia en cumplimiento de las funciones asignadas en el Decreto 1080 de 2021, continuó realizando seguimiento al flujo de recursos entre las EPS e IPS para aquellas entidades de las que no se obtuvo respuesta de forma completa, fueron reiteradas (...)

Es importante precisar que, en cuanto a la gestión de las glosas, debe observarse que la misma corresponde principalmente a la operatividad de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus procesos y procedimientos, que son necesarios y prioritarios en la organización para adelantar lo pertinente y dar cumplimiento al rol que desempeñan dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al respecto, el Decreto 441 del 2022 contempló lo relacionado con la facturación y glosas, así como el reconocimiento y pago de la radicación de los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud a las entidades responsables de pago.

Es decir, la operatividad en materia de glosas estará reglada por un “Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas”, como lo dispuso el mencionado Decreto, que, para el caso, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social determinar el sistema de información para que la Superintendencia Nacional de Salud ejerza Inspección, Vigilancia y Control, como se pudo evidenciar en las diferentes acciones que fueron informadas en su oportunidad a la Contraloría General de la República, con el detalle requerido.

Asimismo, esta Superintendencia en el marco de las acciones de inspección y vigilancia continua desarrollando auditorias con el objeto de evaluar entre otros, los lineamientos establecidos en el criterio 2 del Grupo X de la Resolución 497 de 2021, el cual establece que las entidades deben evidenciar el resultado de la auditoria concurrente y de cuentas medicas a través de un modelo o metodología que muestre la trazabilidad desde el momento de radicación de la facturación, el estado de auditoría, glosas y conciliación, así como en el marco de los lineamientos del Decreto 441 de 2022, en tal sentido, en el caso de identificar vulneración o infracción a dichos lineamientos, la EPS debe implementar un plan de mejoramiento que conlleve a subsanar los hallazgos identificados, de igual forma dichos hallazgos son trasladados a la Delegada de Investigaciones Administrativas para iniciar las acciones de control que correspondan.

En este contexto, respetuosamente se solicita que el organismo de control valore todas las respuestas que esta Superintendencia ha generado sobre este aspecto, clarificando conceptualmente el procedimiento, metodología y acciones generadas en el marco de las competencias de la entidad; con la finalidad de.”

FAMISANAR

Mediante oficio con radicado No. 1511821 del 04 de julio de 2024, dio respuesta a la comunicación de observaciones realizada mediante oficio 2023EE0117098, con el siguiente detalle:

“Se informa que EPS Famisanar SAS no genera barreras para la radicación de las facturas de servicios de salud con restricciones fuera de lo que se exige en el marco normativo.

Se aclara que la auditoria de la cuenta médica se realiza con base en el cumplimiento por parte de IPS de los requisitos establecidos por la normatividad vigente en relación a la presentación de la factura electrónica de venta sustentado con la Resolución 000042 de 2020 y resolución 00012 de 2021 de la Dian y para los soportes de la prestación del RIPS de acuerdo con los lineamientos definidos en la resolución 3374 de 2000 y anexos técnicos definidos por el Ministerio de salud y Protección social , así mismo los soportes de la factura definidos en el anexo 5 de la resolución 3047 de 2008 y para las causales de glosas y devoluciones establecidas en el anexo 6 de la misma resolución. Adicionalmente el cumplimiento de la IPS del reporte de entrega efectiva del suministro y reporte de facturación que deben realizar los Prestadores de Servicios de Salud directamente en la herramienta MIPRES, definido en los diferentes anexos técnicos de la Resolución 1885/18 y que vienen siendo publicados en la página del Ministerio de Salud y Protección Social "TODO SOBRE MIPRES", garantizando la existencia, consistencia, completitud, calidad y coincidencia de la información reportada.

En cuanto a las opciones que se brindan a los Prestadores para la radicación de las cuentas médicas , se dispone a las IPS en la página web de EPS Famisanar SAS en el siguiente link <https://www.famisanar.com.co/ips/radicacion-linea-rips>, los instructivos de radicación que se encuentran publicados y se ofrece el soporte necesario que se pone a disposición para las IPS de capacitación virtual a través, Microsoft Teams o de manera presencial, sobre el proceso seleccionado por el prestador para la presentación de su facturación así como el apoyo para vincularlos en el proceso

de desmaterialización y para la Radicación digital (cargue de archivos RIPS y desmaterialización a través de SFTP). Así mismo cuenta con opción para presentación de la radicación de manera física y los soportes independientemente de la calidad del prestados si cuenta o no con acuerdo de voluntades.

En lo relacionado con la gestión de glosas y devoluciones, estas son aplicadas de acuerdo con el estándar de codificación y aplicación de causales de glosa definidos en el manual único de glosas y devoluciones del anexo técnico 6 de la resolución 3047 de 2008. Estas glosas y devoluciones son reportadas por EPS Famisanar SAS por correo electrónico de manera automática, a los correos oficiales de los Prestador de servicio de salud (PSS). Adicionalmente EPS Famisanar SAS cuenta por correo electrónico para la recepción de las respuestas de glosas y devoluciones dispuesto a los Prestadores. (Para respuestas de glosas correo: respuestaglosas@famisanar.com.co y para respuesta de las devoluciones correo: respuestadevoluciones@famisanar.com.co).

La EPS Famisanar dispone también a los prestadores agendamiento de mesas de trabajo para apoyar en la subsanación de la causal de la devolución para garantizar el reintegro y procesamiento de la cuenta médica”.

COOSALUD

Mediante oficio del 02 de julio de 2024, dio respuesta a la observación comunicada con oficio 2023EE0117066, con el siguiente detalle:

“Falta de control al interior de la EPS en la medición de los costos de procesamiento y reprocesamiento de las facturas, debido a devolución y glosas injustificadas. El equipo auditor de la Contraloría General de la República considera que en el proceso que surte la factura se genera un doble costo en el procesamiento de la cuenta por parte del asegurador, indicando que no existe control en la medición de costos de procesamiento y reprocesamiento de facturas por presuntas glosas y devoluciones injustificadas, no obstante, es necesario aclarar que, para efectos de auditoría de cuentas médicas a la facturación, Coosalud EPS S.A. contrató los servicios prestados por Aplistaff S.A., en el cual se pactó el pago de un valor mensual que no varía si se procesa una cantidad mayor o menor de facturas.

Por lo tanto, no es dable aseverar que Coosalud EPS SA. no mida el costo del procesamiento, toda vez que el costo de la auditoría es fijo para nuestra entidad, teniendo en cuenta que ha sido contratado con una firma externa por un valor mensual que no varía.

Ahora bien, frente a la presunta existencia de devoluciones y glosas injustificadas que pudieran generar doble costo, no existe certeza del detalle reportado por las IPS, toda vez que no se dio traslado de ello a esta entidad aseguradora, en consecuencia, no es dable concluir a ciencia cierta que existan practicas indebidas en la auditoría de cuentas médicas.

Con fundamento en los argumentos esbozados, queda desvirtuada la observación del equipo auditor”.

PIJAOS

Mediante oficio con radicado No. EPSI06-AGER-100-2024-055 del 10 de julio de 2024, dio respuesta a la observación comunicada con oficio 2023EE0117066, con el siguiente detalle:

“Al respecto, es importante aclarar que, de acuerdo a la respuesta emitida al requerimiento 2023EE187638 el cual se dió a través del oficio EPSI06-AGER- 100-2023-110, punto 3.4 “Costo promedio generado para la entidad en la auditoría de una cuenta recibida en las vigencias 2020, 2021 y 2022”, corresponde a un costo estimado, ya que el equipo de colaboradores involucrados en los procesos de: cuentas médicas, auditoría de cuentas médicas y contabilidad, llevan a cabo otro tipo de funciones inherentes a los procesos de cada área como por ejemplo: la auditoría concurrente, la participación en comités institucionales, cruces de cartera, reuniones técnicas con prestadores e internas, entre otras, y por tanto se tendría que realizar una desagregación minuciosa del tiempo laboral empleado exclusivamente para gestión de una factura y proceder con el costeo específico.

Ahora bien, con relación a los presuntos sobrecostos generados por el reprocesamiento de facturas glosadas o devueltas sin justificación, se reitera que la normatividad vigente establece la legalidad de estas actuaciones, por tanto, es necesario llevar a cabo estudios técnicos con mayor profundidad que permitan determinar la materialización de este tipo de prácticas y su respectivo costeo”.

CAPITAL

Mediante oficio con radicado DI-DG-CT-073-2024 del 02 de julio de 2024, dio respuesta en los siguientes términos:

“De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite informar que una vez revisado al interior de la entidad la EPS no cuenta con PQR que se identifiquen como procesamiento injustificado de glosas y devoluciones, es importante aclarar también al ente de control, que, si bien es cierto, en algunos escenarios las IPS han pedido aclaraciones frente a las devoluciones y glosas, la EPS ha dado respuesta específica por factura requerida.

Además, es importante resaltar que Capital Salud EPS-S ha implementado diferentes estrategias y procesos para garantizar la transparencia y eficiencia en la gestión de glosas y devoluciones, con el fin de garantizar el cumplimiento de los tiempos establecidos por norma, las estrategias incluyen la capacitación constante de nuestro personal, la implementación de tecnología avanzada para agilizar los procesos, la creación de canales de comunicación directa con los prestadores de servicios de salud, y la evaluación continua de nuestros procesos para identificar oportunidades de mejora.

Además, contamos con un equipo especializado en la gestión de glosas y devoluciones, que se encarga de revisar detalladamente cada caso, resolver las discrepancias de forma rápida y eficiente, y brindar un seguimiento personalizado a los prestadores de servicios de salud.

De esta manera, en Capital Salud EPS-S nos comprometemos a garantizar una gestión transparente y eficiente de las glosas y devoluciones, con el objetivo de asegurar la sostenibilidad financiera de la entidad y brindar un servicio de calidad a nuestros afiliados.

De acuerdo con lo anterior, se solicita se desvirtúe la observación efectuada por el equipo auditor, en el sentido Capital Salud EPS-S a la fecha no ha recibido informidades por conciliación de glosas y las que han requerido seguimiento se realizan mesas de negociación con el organismo de control y los respectivos prestadores”.

NUEVA EPS

Mediante oficio con Código. P-131-2024, en respuesta al oficio 2024EE0117024, señaló:

“En respuesta a las inquietudes sobre la "Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGGSS por los reprocesos y costos que genera debido a las devoluciones y glosas injustificadas", es importante destacar que Nueva EPS ha implementado un sistema contractual que evita la duplicación de costos de auditoría y procesamiento en las facturas objeto de reingresos.

Este sistema está claramente definido en los acuerdos con los operadores de procesamiento, donde se establece que cada factura se paga una única vez durante la ejecución del contrato, independientemente de los reingresos que pueda tener. Esto se evidencia en la cláusula específica que menciona: "Para las facturas que pasen a un estado definitivo de Orden, Orden Glosa o Devolución, se pagará el 100% de su tarifa. So/o se pagará una única vez cada factura durante la ejecución del contrato, así esta tenga varios reingresos". Esta disposición asegura que no se incurra en costos adicionales por auditorías repetidas, promoviendo así el principio de economía en la gestión de recursos.

Adicionalmente, Nueva EPS sigue estrictamente las directrices establecidas en el manual único de glosas definido en la Resolución 3047. Este manual proporciona un marco normativo claro para la auditoría de las facturas, asegurando que cualquier devolución o glosa se realice de manera justificada y conforme a los criterios establecidos. Al adherirse a este manual, Nueva EPS garantiza un proceso de auditoría riguroso y transparente lo que minimiza el impacto negativo en el flujo de recursos para los prestadores.”

Análisis de respuesta:

SNS

No se evidencia en lo argumentos expuestos por la SNS, un pronunciamiento específico frente a la situación observada, por cuanto en la observación, se establecen los costos que se generan al interior de las EPS por el procesamiento de las facturas, así mismo que la devolución y la glosa injustificada, son una de las practicas indebidas más representativas.

La entidad se pronuncia de manera puntual frente a las glosas definitivas, indicando que ha requerido a las EPS, el valor de las glosas en las vigencias 2020, 2021 y 2022. Adicionalmente, hace referencia a la gestión de las glosas, indicando que esto corresponde a la “operatividad de las entidades vigiladas”, refiriendo que el Decreto 441 dispuso lo relacionado con facturación y glosas, y que se encuentra reglado por el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas.

La SNS no refiere qué seguimiento y medición realizó frente a las prácticas indebidas en que incurren los actores, en específico frente a glosas y devoluciones injustificadas ni allega soportes al respecto, aunado a que la entidad no contaba con cifras relacionadas con las glosas, y los requerimientos que realizó fueron posteriores (2024) a la solicitud inicial realizada por la CGR (octubre 2023).

Ahora bien, cabe anotar que el control implica el seguimiento a través de indicadores o los parámetros determinados para medir la gestión, lo cual permite hacer más eficientes y efectivos los procesos de las organizaciones en general, no obstante, al identificarse reprocesos en la gestión de facturación y que existen prácticas indebidas, es menester la aplicación acciones de mejora pertinentes para optimizar el procesamiento de las mismas y facilitar el flujo de los recursos representados en dichas facturas.

Así mismo cabe recordar que es función de la SNS “Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” así como “ Inspeccionar, vigilar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, propendiendo porque los actores de este suministren la información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia”, funciones que no se cumplen teniendo en cuenta la evidencia observada y relacionada en la tabla de prácticas indebidas, las cuales no fueron controvertidas en los argumentos de la SNS.

FAMISANAR

La EPS refiere que no genera barreras para la radicación, e indica los medios que dispone para que los prestadores efectúen la radicación de cuentas médicas, indicando la existencia de página web, instructivos, capacitaciones virtuales y presenciales y que las IPS pueden realizar la radicación de manera física.

Adicionalmente, indica que las causales de glosa y devolución son aplicadas conforme al manual único, y que cuentan con un correo electrónico para la respuesta de las glosas y devoluciones por parte de los prestadores, así como mesas de trabajo para apoyar la subsanación.

Al respecto, de la respuesta proporcionada por la EPS, no se evidencia argumento que desvirtué la situación observada, así como tampoco fueron allegados soportes por parte de la aseguradora. Por lo que, se valida como hallazgo administrativo.

PIJAOS

La entidad refiere que fueron descritas de manera general las practicas indebidas, sin que se discrimine o detalle las facturas de la EPS, sin embargo, la fuente de

información es el reporte presentado por la SNS, en el cual no se detalla por número de factura, sino el reporte realizado por el prestador frente a la comisión de prácticas indebidas.

Por otra parte, se refiere a la Resolución 3047 y anexos técnicos, en los cuales se establecen las causales de devolución, aduciendo que la devolución y glosas son una práctica legal dispuesta en la norma.

Al respecto, es preciso señalar que en efecto la existencia de devoluciones o glosas en las facturas perse no se configura en una práctica indebida, sin embargo, en este caso, se tomaron los datos del reporte de prácticas indebidas realizado a la SNS, puesto que existen devoluciones y glosas que son efectuadas de manera injustificada.

Ahora bien, la entidad refiere que el costo reportado a la CGR, constituye un estimado, refiriendo que los funcionarios que participan en el proceso realizan otras funciones, por lo que indican que tendrían que realizar una desagregación minuciosa del tiempo laboral empleado, exclusivamente para gestión de una factura y proceder con el costeo específico.

En ese sentido, dada la respuesta proporcionada por la aseguradora, se puede establecer que al interior de la misma no se tiene determinado el valor del procesamiento de las facturas, por lo que no existe un control sobre los costos que se pueden generar y sobre todo en aquellos casos en que se efectúan devoluciones o glosas, que se establecen por la SNS como injustificadas, por lo que se valida como hallazgo administrativo.

COOSALUD

La EPS refiere que la auditoria no tiene valor al estar tercerizado, sin embargo, no existe una medición sobre el costo del procesamiento y reprocesamiento de las facturas glosadas y devueltas a los prestadores.

Por lo tanto, no existe una medición de los costos del procesamiento y reprocesamiento de las facturas, por lo que se valida como hallazgo administrativo.

CAPITAL SALUD

Conforme a la Respuesta de la EPS, donde refieren que no tienen PQR sobre procesamiento injustificado de glosas y devoluciones y adicionalmente refieren que han implementado estrategias para garantizar la gestión de las glosas y devoluciones indicando capacitaciones y equipos especializados junto con tecnología en el procesamiento de facturas. Sin embargo, la EPS no aborda la falta de medición de los valores de procesamiento de facturas y reprocesamiento de las mismas por devoluciones y reingreso, por lo tanto, se confirma la observación y se valida como hallazgo administrativo.

NUEVA EPS

Conforme a la respuesta emitida por la EPS, se observó que cuenta con indicadores que miden el costo de procesamiento de facturas y reingresos, enmarcado desde el costo del personal y el procesamiento de cada factura de acuerdo con la información soportada por la EPS. Adicionalmente cuenta con un sistema de información que evita la duplicación de los costos de auditoría, con operadores. La EPS implementó una cláusula contractual que garantiza el pago por una sola vez de los valores cobrados lo que ayuda a controlar el gasto y que no se incurra en costos adicionales por auditoría.

Dado que la EPS cuenta con medición de costos y estrategias implementadas para mitigar el incremento del gasto en procesamiento y reprocesamiento de facturas por devoluciones y glosas, por lo cual se desestima la observación administrativa para la Nueva EPS.

Por lo anterior, se mantiene la situación observada y se valida como hallazgo.

4.3.3.4. Seguimientos SNS cartera superior a 360 días y gestión de la EPS.

Frente a la cartera superior a 360 días se estableció observación comunicada y validada como hallazgo y denominada “*Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días*”.

4.3.3.5. Porcentaje de inversión de la reserva técnica en las EPS vs comportamiento de anticipos

Conforme a las disposiciones normativas sobre el régimen de inversiones de la reserva técnica, las EPS deberán mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior. El Régimen de Inversiones de las EPS, para las vigencias auditadas fue el siguiente:

Tabla No. 112
 Régimen de inversiones de la Reserva Técnica Régimen Contributivo
 Vigencias 2020 al 2022
 (Cifras en miles COP)

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
SALUD TOTAL	323.959.088	478.693.685	415.721.137
SURA	374.438.342	-	104.534.079
ALIANSA SALUD	115.894.948	99.058.244	55.540.724
SALUD MIA EPS	1.201.167	7.307.566	11.837.264
SALUD BOLIVAR EPS*	0	-	-
FERRONAL	-35.930.032	- 13.197.118	- 21.706.184
EPM	3.082.097	- 23.318.430	- 21.748.109
COMFENALCO VALLE	-9.329.505	- 70.902.157	- 33.385.289
COMPENSAR	-98.030.079	- 344.725.970	- 70.888.816
SANITAS	79.412.011	- 288.380.920	- 264.529.981
SOS	-121.105.739	- 242.352.348	- 297.635.211

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
FAMISANAR	-6.364.962	- 155.887.463	- 583.669.493

*Para diciembre de 2022, Salud Bolívar y Cajacopi SAS no tienen cálculo de Régimen de Inversiones de las Reserva Técnica, toda vez que Salud Bolívar inició operaciones el 01 de noviembre de 2022 y Cajacopi SAS el 01 de diciembre de 2022

Fuente: SNS (2023) ARCHIVOS TIPO FT001, FT006, FT007, FT024, PT013 y oficios.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 113
Régimen de inversiones de la Reserva Técnica Régimen Subsidiado
 (Cifras en miles COP)

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
COMFAORIENTE	-22.736	-24.515.669	149.168
COMFACHOCO	7.715	556.505	2.966.623
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	0	0	2.051.690
CAJACOPI*	0	0	0
CAPITAL SALUD	-130.677	-116.869.882	-51.816.157
CAPRESOCA	-147.111	-186.605.791	-222.322.176
ASMET S.A.S.	-250.677	240.113.510	-518.270.150
EMSSANAR S.A.S	-341.959	394.826.151	-707.237.244
SAVIASALUD	-368.967	-694.255.841	-715.123.727

*Para diciembre de 2022, Salud Bolívar y Cajacopi SAS no tienen cálculo de Régimen de Inversiones de las Reserva Técnica, toda vez que Salud Bolívar inició operaciones el 01 de noviembre de 2022 y Cajacopi SAS el 01 de diciembre de 2022.

Fuente: SNS (2023) ARCHIVOS TIPO FT001, FT006, FT007, FT024, PT013 y oficios.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 114
Régimen de inversiones de la Reserva Técnica en Ambos Regímenes
 (Cifras en miles COP)

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
COOSALUD S.A.	-327.876	93.126.575	99.783.608
MUTUAL SER	81.818	114.978.782	45.577.979
NUEVA EPS	-274.421	-1.531.877.210	-1.228.721.961

Fuente: SNS (2023) ARCHIVOS TIPO FT001, FT006, FT007, FT024, PT013 y oficios.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Con relación a la inversión de la reserva técnica vs anticipos realizados por las EPS en las vigencias 2020, 2021 y 2022, se evidenció lo siguiente en cada una de las EPS de la muestra de la auditoría:

Capital Salud EPS

Revisados los anticipos realizados por la EPS por 3.879.982.944.052 COP, el 47.95% corresponde a anticipos realizados a las Subredes Integradas, pertenecientes al Distrito Capital. En la siguiente tabla se muestran los 10 principales prestadores que recibieron anticipos en las vigencias correspondientes entre 2020 a 2022:

Tabla No. 115
 Anticipos Capital Salud – Vigencias 2020 a 2022. Principales prestadores o proveedores
 (Cifras en COP)

Prestador de Servicios Y/O Tecnologías	Valor Anticipo
Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E.	506.064.787.195
Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E.	485.878.809.034
Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E	477.145.609.929
Audifarma Sa	403.207.935.678
Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E.	391.466.223.503
Instituto Nacional De Cancerología Empresa Social Del Estado	279.710.384.094
Hospital Departamental De Villavicencio	82.325.346.265
Fundación Hospital De La Misericordia	63.381.082.304
Sociedad De Cirugía De Bogotá Hospital De San José	58.017.358.443
Hospital Departamental De Granada E.S.E.	52.488.152.051

Fuente: Capital Salud EPS (2023).

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Frente al Régimen de Inversión de reserva técnica, se observó que, para Capital Salud, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 fue negativo tal como se evidencia en el cuadro a continuación:

Tabla No. 116
 Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica En Capital Salud EPS
 (Cifras en miles COP)

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
CAPITAL SALUD	-130.677	-116.869.882	-51.816.157

Fuente: SNS (2023) FT004.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Famisanar EPS

La EPS Famisanar reportó anticipos por 2.902.205.280.259 COP, de los cuales el 52.76% corresponde a partes interesadas en la EPS (Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio y Caja de Compensación Familiar Cafam). Los prestadores que recibieron los montos más altos por concepto de anticipos en las vigencias comprendidas entre 2020 y 2022, fueron:

Tabla No. 117
 Anticipos Famisanar EPS – Vigencias 2020 a 2022. Top 10 (Cifras en COP)

Prestador De Servicios Y/O Tecnologías	Monto Del Anticipo
Caja Colombiana De Subsidio Familiar Colsubsidio	1.010.901.391.947
Caja De Compensación Familiar Cafam	520.577.671.584
Clínica De Occidente S.A	56.470.658.004
Fundación Cardio Infantil	44.312.551.200
Clínica Palermo	42.196.546.680
Saludpass Sas	39.028.502.583
Hospital Universitario De La Samaritana E S E	32.262.900.102
Hospital De La Misericordia	29.179.618.646
Medicarte S.A.	28.344.204.264
Hospital Universitario Clínica San Rafael	27.043.714.932

Fuente: Famisanar EPS (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Frente al Régimen de Inversión de reservas técnicas, se observó que, para Famisanar EPS, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 fue negativo como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla No. 118
 Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica en Famisanar EPS
 (Cifras en miles COP)

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
FAMISANAR	-6.364.962	- 155.887.463	- 583.669.493

Fuente: Famisanar EPS (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Nueva EPS

Nueva EPS realizó anticipos por 5.505.123.824.480 COP, de los cuales, el 10.58% correspondió anticipos realizados a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio y a la Caja de Compensación Familiar Cafam con 2.639.252.498.238 COP en las vigencias 2020 a 2022. A continuación, se muestran los prestadores que recibieron mayor cantidad de anticipos:

Tabla No. 119
 Anticipos Nueva EPS – Vigencias 2020 a 2022. Top 10
 (Cifras en COP)

Prestador de Servicios Y/O Tecnologías	Monto del Anticipo
Caja Colombiana De Subsidio Familiar Colsubsidio	1.732.096.173.421
Audifarma S.A.	1.516.981.298.437
Caja De Compensación Familiar Cafam	907.156.324.817
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad	737.579.349.740
Éticos Serrano Gomez Ltda	685.598.770.816
IPS Especializada Sa	528.879.096.020
Fundación Valle Del Lili	422.906.678.132
Hospital Alma Mater De Antioquia	413.725.617.824
Hospital Universitario San Ignacio	402.931.164.535
Clínica De Occidente Sa	328.211.551.502

Fuente: Nueva EPS (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Frente al Régimen de Inversión de reservas técnicas, se observó que para Nueva EPS, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 fue negativo como se evidencia en la tabla a continuación:

Tabla No. 120
 Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica en Nueva EPS
 (Cifras en miles COP)

EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
NUEVA EPS	-274.421	-1.531.877.210	-1.228.721.961

Fuente: Supersalud (2023) FT004

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Pijaos Salud EPSI

Pijaos Salud EPSI realizó anticipos por 3.918.761.625 COP, los cuales se distribuyeron principalmente en la Red Pública de Servicios de Salud. A continuación, se muestran los prestadores con el mayor monto asignado de anticipos:

Tabla No. 121
 Anticipos Pijaos EPSI – Vigencias 2020 a 2022. Top 10 (Cifras en COP)

Prestador De Servicios Y/O Tecnologías	Monto Del Anticipo
Hospital San Vicente De Paul Mistrató	812.697.550
Hospital Nazareth	525.255.204
Hospital San Rafael Pueblo Rico	517.247.482
E.S.E. Hospital San Roque - Coyaima	423.546.628
Unidad De Salud De Ibagué	327.993.487
E.S.E Hospital San Rafael Del Municipio De Pueblo Rico Risaralda	258.623.741
E.S.E Hospital San Vicente De Paul	224.331.970
Hospital San Juan Bautista	191.292.684
Previs IPS	119.503.838

Fuente: Pijaos EPSI (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Coosalud EPS

La EPS realizó pagos por anticipos a prestadores por 613.976.096.613 COP, los cuales fueron distribuidos entre prestadores de carácter privado y público. Los anticipos más representativos a los prestadores de 2020 a 2022 se presentan a continuación:

Tabla No. 122
 Anticipos Coosalud EPS – Vigencias 2020 a 2022. Top 10
 (Cifras en COP)

Tercero	Valor
Audifarma S.A.	19.977.372.385,00
Hospital Universitario de Cartagena	19.192.450.833,00
Provida Farmacéutica S.A.S.	18.987.201.230,00
IPS Salud Familiar	14.575.420.389,00
Eve Distribuciones S	13.112.245.086,00
Nuevo Hospital Bocagrande S.A	11.397.048.671,00
Ese- Hospital Local	9.826.527.429,00
I.P.S. Vida Plena S.A.S.	8.889.717.122,00
Provida Farmacéutica	8.528.524.189,00
Fundación Cardiovascular Zonafran	6.930.361.732,00

Fuente: Coosalud (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Frente al Régimen de Inversión de reservas técnicas, se observó que en Coosalud EPS durante el 2020 fue negativo y en 2021 y 2022 fue positivo, como se evidencia en el cuadro a continuación:

Tabla No. 123
 Régimen de Inversiones de la Reserva Técnica en Coosalud

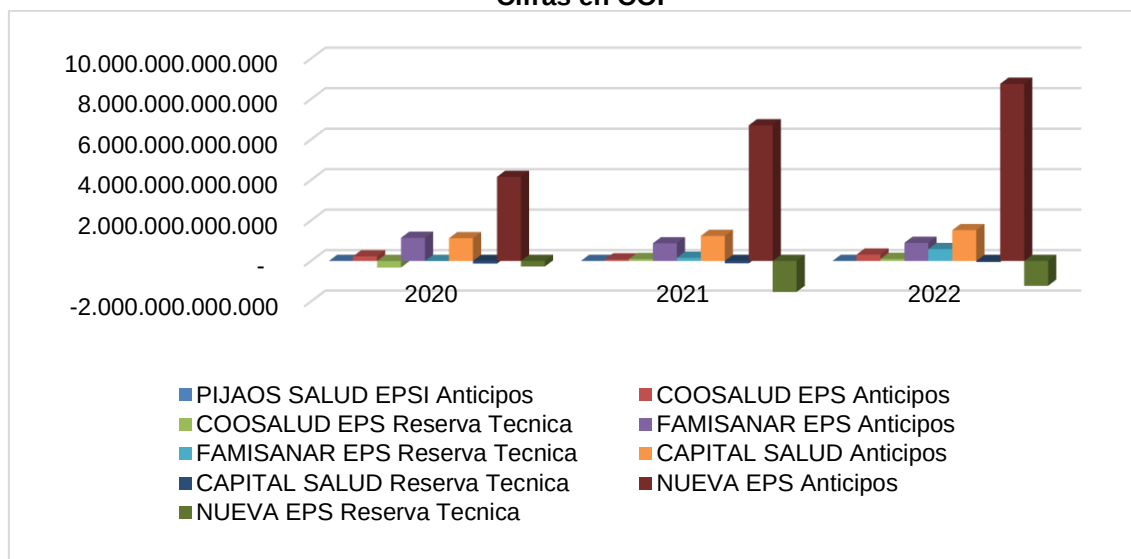
EPS	dic-20	dic-21	dic-22
	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit	Déficit/Superávit
COOSALUD S.A.	-327.876	93.126.575	99.783.608

Fuente: Supersalud (2023) FT004

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Al revisar los anticipos vs los regímenes de inversión, se evidenció que las EPS de la muestra presentan resultado negativo con corte a diciembre de 2020, 2021 y 2022. Adicionalmente, se evidencian anticipos sin legalización a corte del 31 de diciembre de 2022, con fechas mayores a 90 días. Finalmente, se observó en general un comportamiento creciente de los anticipos durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, en contraste con el incumplimiento en el régimen de inversión de la reserva técnica. Esta relación puede observarse en la siguiente tabla y gráfica:

Imagen No. 14
Anticipos Vs Inversión Reserva Técnica
Cifras en COP



AÑO	PIJAOS SALUD EPSI	COOSALUD EPS		FAMISANAR EPS		CAPITAL SALUD		NUEVA EPS	
	Anticipos	Anticipos	Reserva Técnica	Anticipos	Reserva Técnica	Anticipos	Reserva Técnica	Anticipos	Reserva Técnica
2020	1.544.750.192	225.975.916.951	327.876.000.000	1.139.845.690.281	6.364.962.000	1.122.362.832.585	131.677.000.000	4.154.151.713.412	274.421.000.000
2021	301.174.466	74.929.076.015	93.126.575.000	868.856.604.185	155.887.463.000	1.234.901.277.577	116.869.882.000	6.698.229.688.123	1.531.877.210.000
2022	68.824.260	313.071.103.647	99.783.608.000	893.502.985.793	583.669.493.000	1.522.718.833.890	51.816.157.000	8.751.245.555.735	1.228.721.961.000

Fuente: Supersalud (2023) FT004

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

4.3.4. Pregunta No. 4 Se adoptan acciones efectivas frente a las asimetrías, distorsiones y falta de transparencia de la información del flujo de los recursos que financian el aseguramiento en salud?

4.3.4.1. Acciones de la SNS frente a informes de flujo de sobre entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos (2020 y 2021).

En los Informes de Flujo de Recursos de las vigencias 2020 y 2021, la SNS señaló que algunas aseguradoras no lograron explicar la destinación de la totalidad de los recursos recibidos, al respecto, de la información reportada, se determinó que las acciones adelantadas por la entidad, para validar el destino de los recursos entregados a las EPS, no han sido efectivas, tal como se detalla a continuación:

Hallazgo No. 14 Informes Flujo de Recursos SNS (Responsable: SNS)

Criterios.

Constitución Política de 1991. *“Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.*

Ley 100 de 1993 *“Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”*

Ley 489 de 1998 *“Artículo 3o. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”.*

Ley 1122 de 2007. *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.*

Artículo 37. Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

“(..."

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

f) *Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;.* “

Artículo 40º. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

(...)

e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3º. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)”

Decreto 1080 de 2021. “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”.

“Artículo 17. Funciones de la Subdirección de Analítica. Son funciones de la Subdirección de Analítica, las siguientes.: (...)

14. Dirigir el sistema de información que permita identificar, consolidar y realizar seguimiento a las prácticas de gestión de los vigilados”.

Artículo 18. Funciones de la Subdirección de Tecnologías de la Información. Son funciones de la Subdirección de Tecnologías de la Información, las siguientes:

7. Desarrollar estrategias de gestión de información orientadas a mantener la pertinencia, calidad, oportunidad, seguridad e intercambio de esta.

8. Proponer e implementar acciones para impulsar la estrategia de gobierno abierto mediante la habilitación de mecanismos de interoperabilidad y apertura de datos que faciliten la participación, transparencia y colaboración en el Estado.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. ⁷¹

⁷¹ Consulta realizada en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.⁷²

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

Modelo de Gobernanza de la Infraestructura de Datos para el Estado Colombiano. Acción A1: Plan Nacional de Infraestructura de Datos (PNID). Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones.⁷³

“Los recursos de datos que interactúan en el modelo, son los activos más importantes de la Infraestructura, y son los definidos en el PNID: 1. Datos maestros 2. Datos transaccionales 3. Datos de referencia 4. Datos abiertos Mapear y conocer los recursos de datos con los que cuenta un país permite tener un mejor manejo de riesgos a todos los niveles, detectar oportunidades de colaboración y conocer y reaccionar de manera más rápida frente a emergencias. Esto resulta en la generación de confianza en las instituciones al momento de tomar decisiones basadas en datos y ofrece claridad en la oferta y demanda de datos con otros actores.

Operar el modelo de gobernanza sobre las tecnologías habilitadoras del aprovechamiento de la infraestructura de datos permite asegurar la consistencia de las acciones y resultados derivados del uso de datos, así como la construcción de un lenguaje común para la interacción de diversas fuentes de información. Por ello, es necesario asegurar su gestión, adquisición y mantenimiento, así como promover acciones de investigación y desarrollo para utilizar las tecnologías correctas en los casos de uso que se determinen.”

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.⁷⁴

⁷² Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

⁷³ Consultado: 14/03/2024 en https://gobiernodigital.mintic.gov.co/692/articles-273751_modelo_gobernanza_infraestructura_datos.pdf

⁷⁴ Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

“48. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluyendo la medición de los resultados de salud, de los servicios integrales de salud, así como de las inequidades y los determinantes sociales de la salud.

Es necesario garantizar la calidad e integralidad de los datos, que sean oportunos y confiables, lo que comprende la interoperabilidad con otras instancias, así como el desarrollo de indicadores que permitan el monitoreo y evaluación de la situación de salud, de la equidad y sus determinantes. Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023.⁷⁵

Los sistemas de información de salud también ayudan a determinar y comprender ineficiencias dentro del sistema (Cylus, Papanicolas y Smith, 2017; Unión Europea, 2019), lo cual puede contribuir a impulsar acciones que mejoren la utilización de los recursos (Yip y Hafez, 2015). Nguyen, Bellucci y Nguyen (2014) muestran que un ejercicio riguroso de presentación de informes, seguimiento y evaluación pueden mejorar la eficiencia administrativa; pero todo esto depende del desempeño de los mecanismos de información de salud y de la accesibilidad a información oportuna y de alta calidad sobre los obstáculos de los sistemas”.

“El logro de un sistema de salud sólido y resiliente implica acciones de política que deben emprenderse sobre la base de la mejor evidencia disponible. Esto requiere el seguimiento regular de los sistemas de salud para aprovechar sus puntos fuertes y superar cualquier deficiencia manifiesta”.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.⁷⁶

“11. Garantizar que los mecanismos de ejecución ofrezcan respuestas apropiadas a todas las sospechas de infracciones de las normas de integridad pública por parte de funcionarios públicos y de todas las demás personas o entidades implicadas en las infracciones, en concreto:

c) fomentando la transparencia dentro de las entidades del sector público y de cara a los ciudadanos en relación con la eficacia de los mecanismos de aplicación y la resolución de casos, concretamente, elaborando datos estadísticos relevantes que respeten la confidencialidad y otras disposiciones jurídicas relevantes.

12 Reforzar el papel de la supervisión y control externos en el sistema de integridad del sector público, en concreto:

b) garantizando que los órganos de control, los organismos de reglamentación y aplicación y los tribunales administrativos, que sirven para reforzar la integridad pública, respondan a la información facilitada por terceros sobre sospechas de actuaciones ilícitas o conductas indebidas (como puede ser el caso de denuncias o alegaciones presentadas por empresas, trabajadores u otras personas físicas);

⁷⁵ Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

⁷⁶ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

“(…)

Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (…)”

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud y específicamente frente al caso de Colombia⁷⁷ señaló que:

“(…) Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

“(…) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud.

Hay evidencia sólida de que al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aún así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan.”

Condición.

La SNS durante la vigencia 2020 y 2021 realizó siete informes al flujo de recursos de las EPS, que incluyen la descripción de las cifras relacionadas con los ingresos de las EPS, sus fuentes y usos, así mismo, contemplan los informes la existencia de entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, cuyo resumen se muestra a continuación:

Tabla No. 124
Relación de informes de flujo

Informe	Detalle
Informe Flujo de Recursos Marzo 2020	<i>En otros casos, se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$135 mil millones, lo que representa en promedio el 15% de los ingresos para cada entidad.</i>
Informe Flujo de Recursos Abril 2020	<i>En otros casos, se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$164 mil millones, lo que representan en promedio el 11% de los ingresos para cada entidad.</i>
Informe flujo de recursos mayo 2020	<i>En otros casos, se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$166 mil millones, lo que representan en promedio el 14% de los ingresos para cada entidad.</i>

⁷⁷ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023

Informe	Detalle
Informe Flujo de Recursos EPS 2020.	<i>En otros casos, se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$7,3 billones, lo que representan en promedio el 18,0% de los ingresos para cada entidad.</i>
Informe Flujo de Recursos en el sector salud. Enero - Junio 2021	<i>Se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$1,2 billones, lo que representan en promedio el 25,2% (con desviación estándar de 0,28) de los ingresos para cada entidad. (ASMET, EMSSANAR, AIC, AMBUQ, SAVIASALUD, DUSAKAWI, COMPARTA, CAPRESOCA, CAJACOPI, COMFAHUILA, MALLAMAS, SALUDTOTAL, COMFAGUAJIRA, MEDIMAS, COMFASUCRE, COMFACHOCO y CONVIDA).</i>
Informe de Flujo de Recursos en el sector salud. Enero - Septiembre 2021:	<i>Se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$1,9 billones, lo que representan en promedio el 27,6% (con desviación estándar de 0,23) de los ingresos para cada entidad. (ASMET, EMSSANAR, SAVIASALUD, COMPARTA, AMBUQ, AIC, DUSAKAWI, CAJACOPI, COMFAHUILA, CAPRESOCA, MALLAMAS, COMFAGUAJIRA, COMFASUCRE, COMFACHOCO y MEDIMAS).</i>
Informe Flujo de Recursos en el sector salud. Enero – Diciembre 2021:	<i>Se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$2,2 billones, estos representan en promedio el 19% de los ingresos para cada entidad con una desviación estándar de 0,22. (ASMET SALUD, SAVIA SALUD, COMPARTA, AIC, EMSSANAR, AMBUQ, COMFAHUILA, DUSAKAWI, CAJACOPI, MALLAMAS, CAPRESOCA, COMFAGUAJIRA, COMFASUCRE, COMFACHOCÓ y COMFAORIENTE)</i>

Fuente: SNS (2023)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Se solicitó a la SNS, que indicara de manera detallada las EPS que no pudieron explicar la destinación de los recursos, los valores exactos y las acciones adelantadas para aclarar la destinación de estos recursos, proporcionando los respectivos soportes.⁷⁸

Al respecto la SNS, dio respuesta mediante oficio con radicado No. 2023900000202092 del 14 de noviembre de 2023, en el cual refirió que, en informe de enero a diciembre de 2020, en la categoría “otro” se incluían las entidades que no pudieron ser identificadas bajo ninguna otra categoría, relacionando una tabla en la cual se discriminaba por EPS el valor que no había sido posible identificar.

En la validación de la información dispuesta por la SNS, se encontró que para la vigencia 2020, los recursos ascendieron a 5,6 billones, con el siguiente detalle:

Tabla No. 125
Pagos realizados a otros proveedores 2020
Cifras en COP

EPS	Valor pagado “Otros”
AIC	810.000.000
Aliansalud	31.726.000.000
Ambuq	44.892.000.000
Anaswayu	21.660.000.000
Asmet	79.664.000.000
Cajacopi	48.812.000.000
Capital Salud	77.947.000.000

⁷⁸ Oficio con radicado No. 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023.

EPS	Valor pagado "Otros"
Capresoca	3.012.000.000
Comfacartagena	20.098.000.000
Comfachoco	25.850.000.000
Comfacundi	25.324.000.000
Comfaguajira	18.075.000.000
Comfahuila	68.045.000.000
Comfanariño	7.932.000.000
Comfaoriente	14.563.000.000
Comfasucre	1.760.000.000
Comfavalle	47.279.000.000
Comparta	46.343.000.000
Compensar	850.386.000.000
Convida	32.285.000.000
Comeva	281.072.000.000
Coosalud	266.842.000.000
Dusakawi	9.149.000.000
Ecoopsos	21.774.000.000
Enssanar	92.374.000.000
Famisanar	171.769.000.000
Mallamas	12.752.000.000
Medimas	368.010.000.000
Mutualser	270.684.000.000
Nueva EPS	1.493.781.000.000
Pijaos	7.604.000.000
Saludmia	1.638.000.000
Salud Total	315.795.000.000
Sanitas	399.099.000.000
Saviasalud	128.072.000.000
SOS	96.796.000.000
Sura	266.911.000.000
TOTAL	5.670.585.000.000

Fuente: SNS (2023) Oficio con radicado No. 2023900000202092.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Sobre el particular, se encuentra que, en el Informe Flujo de Recursos EPS de enero a diciembre de 2020, la SNS señaló: *"En otros casos, se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$7,3 billones, lo que representan en promedio el 18,0% de los ingresos para cada entidad"*. Por lo cual, el detalle por EPS no es consistente con los 7,3 billones que fueron referidos en el informe de flujo, encontrando una diferencia aproximada de 1,7 billones.

Por lo anterior, se evidencia que la SNS presenta cifras que no resultan consistentes con los informes de flujo de recursos para la vigencia 2020.

Ahora bien, en cuanto a las acciones adelantadas por la SNS, la entidad dio respuesta mediante radicado No. 20249000000345521 del 01 de marzo de 2024, indicando la realización de auditorías; sin embargo, es de relevancia que para la vigencia 2022 fueron realizadas once auditorías; una en la vigencia 2021 y cero para la vigencia 2020, manifiesta igualmente, que se da traslado a la Delegada para Investigaciones Administrativas de la Superintendencia de las auditorías realizadas durante la vigencia 2020, 2021 y 2022 y se expiden requerimientos a

las EAPB, no obstante, lo anterior se observa una inoportuna, ineficiente e ineficaz accionar de la Superintendencia, en su función de inspección, vigilancia y control, al limitar su función meramente a la expedición de requerimientos y traslados entre dependencia sin que exista un adecuado seguimiento a las EPS, aunado a la baja o nula realización de auditorías.

Por lo expuesto, en los informes de flujo emitidos por la SNS, se reportaron recursos entregados a las EPS durante las vigencias 2020 y 2021 que no se conoce su destinación, y respecto de los cuales la Supersalud, no realizó acciones efectivas que permitieran determinar el uso de los mismos.

Dicha situación representa una afectación en el flujo de recursos del SGSSS, teniendo en cuenta el desconocimiento de la destinación de los dineros recibidos por las EPS, que fueron desembolsados a “otros” destinatarios que no corresponden a prestadores de servicios de salud.

Causas

Falta de seguimiento, validación y monitoreo en el flujo de los recursos del SGSSS administrados por las EAPB, e ineffectividad en las medidas adoptadas por la SNS para aclarar la destinación de los recursos asignados a las EPS. **(SNS)**

Inoportuna, ineficiente e ineficaz accionar de la Superintendencia, en su función de inspección, vigilancia y control. **(SNS)**

Efecto

Deficiente calidad de las cifras que impide tener mayor transparencia y confianza en el sector salud, sin que, frente a esas cifras, se conozca la destinación del recurso.

Incertidumbre sobre la destinación de los recursos en conceptos que no se encuentran relacionados con la prestación de servicios de salud.

Respuesta de la entidad

SNS

Mediante oficio con radicado No. 20249000001365041 del 05 de julio de 2024, dio respuesta a la observación comunicada mediante radicado No. 2024EE0116822, en los siguientes términos:

“Una vez revisado el documento titulado “Informe Flujo de Recursos Enero a Diciembre 2021 - Número 8”, se encuentra que en la Tabla 2 se presenta los destinatarios de pagos realizados por EPS en enero-diciembre 2021. En esta tabla, en la columna “i. Otros proveedores” se encuentran los mismos valores reportados en la tabla de la página 47 del informe de la Contraloría, por tanto, las cifras no son contradictorias.

Ahora bien, el párrafo citado del Informe Flujo de Recursos Enero a Diciembre 2021 - Número 8 “Se encuentran entidades que no lograron explicar la destinación de la totalidad de recursos recibidos, los cuales ascendieron a \$2,2 billones, estos representan en promedio el 19% de los ingresos para cada entidad con una desviación estándar de 0,22 (...)”. Este párrafo es tomado de la página 5 del informe:

El párrafo citado hace referencia a que quince (15) EPS reportaron más ingresos de lo que pagaron, esta diferencia es de \$2,2 billones. Por otro lado, un párrafo anterior menciona que veinte (20) EPS reportaron pagos superiores a sus ingresos, esta diferencia es de \$5,7 billones.

En conclusión, el valor de \$2,2 billones se refiere a la diferencia entre ingresos y pagos de 15 EPS, mientras que, el valor de \$6.8 billones se refiere a pagos realizados de todas las EPS activas a 2021 (35 entidades) a proveedores no identificados, por lo que las cifras no son comparables; en tal sentido, respetuosamente se solicita al Organismo de control eliminar la observación presentada.

Respecto de la observación presentada en la página 47:

“Observaciones (Pag 47): Ahora bien, en cuanto a las acciones adelantadas por la SNS, la entidad dio respuesta mediante radicado No. 20249000000345521 del 01 de marzo de 2024, indicando la realización de auditorías; sin embargo, es de relevancia que para la vigencia 2022 fueron realizadas once auditorías; una en la vigencia 2021 y cero para la vigencia 2020, manifiesta igualmente, que se da traslado a la Delegada para Investigaciones Administrativas de la Superintendencia de las auditorías realizadas durante la vigencia 2020, 2021 y 2022 y se expiden requerimientos a las EAPB; no obstante lo anterior, se observa un inoportuno, ineficiente e ineficaz accionar de la Superintendencia, en su función de inspección, vigilancia y control, al limitar su función a la expedición de requerimientos y traslados entre dependencia sin que exista un adecuado seguimiento a las EPS, aunado a la baja o nula realización de auditorías.”

Considérese que, durante los años 2020 y 2021, la Superintendencia Nacional de Salud centró su capacidad institucional en la inspección, vigilancia y control de los aspectos relacionados con la pandemia causada por el COVID-19, es así como las acciones durante este periodo de tiempo, se enfocaron en la verificación de condiciones de las unidades de cuidados intensivos, programa de pruebas, rastreo y aislamiento -PRASS- y la verificación del cumplimiento de etapas y priorización del programa de vacunación contra el COVID-19, esto a través de auditorías, mesas técnicas, requerimientos de información y seguimiento a indicadores. Esta focalización, sin embargo, no implicó un descuido en el seguimiento del flujo de recursos, ya que la Superintendencia realizó mesas técnicas de seguimiento en modalidad virtual, requerimientos correspondientes al análisis de la información reportada por parte de las EPS y se expidieron las Circulares Externas 008 y 011 de 2020, lo que ha sido extensamente soportado a través de la respuesta a los requerimientos efectuados por el equipo auditor.

Es importante señalar que en las Circulares se impartieron instrucciones a los vigilados con el fin de realizar seguimiento a las fuentes y usos de los recursos percibidos de los servicios de tecnología en salud y garantizar la integralidad de estos, por lo que, solicitó a las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas al Sistema, publicar mensualmente en sus páginas web la información relacionada con los pagos a las IPS y

proveedores de tecnologías en Salud así como adelantar procesos de conciliación y depuración de cuentas por cobrar y por pagar.

En conclusión, no puede predicarse deficiencias en la información de la entidad por la valoración de dos datos no comparables, por ende, respetuosamente no se acepta la observación y se solicita su eliminación”.

FAMISANAR

Mediante oficio con radicado No. 1511821 del 04 de julio de 2024, dio respuesta a la comunicación de observaciones realizada mediante oficio 2023EE0117098, con el siguiente detalle:

“De conformidad con la observación relacionada en su oficio es preciso aclarar que, los informes utilizados corresponden a los generados por la Superintendencia Nacional de Salud SNS los cuales están sustentados en el reporte realizado por las EPS en el FT00S archivo tipo denominado - "Relación causación de costos, gastos y pagos realizados", además se puede inferir que la SNS filtró para su análisis la línea de negocio No. 1 la cual corresponde al aseguramiento obligatorio, también se observa que incluyó todos los costos médicos, gastos administrativos, pagos de usuario y retenciones en la fuente. Presumiendo que el ente de control hizo una clasificación por tipo de tercero en donde una de las agrupaciones es denominada "otros".

Si bien, en la lectura del informe no es claro qué criterios utilizó la SNS para catalogar cada tercero o destinatario del pago realizado y reportado en el FT00S en cada una de las clasificaciones, se entiende que este concepto de "otros" no hace referencia al uso o la destinación del recurso, sino a la marcación que realizó la SNS a algunos destinatarios de pago.

Ahora bien, es importante resaltar que el formato FT00S se prepara conforme al instructivo que dispone la SNS en el cual establece los lineamientos que debe contener cada campo de la información solicitada, con los cuales se podría establecer cuál fue el uso del recurso de recibido.

(...)

Se concluye que existe una interpretación errónea de los informes presentados al concluir que las EPS no remiten información clara respecto a la destinación de los recursos recibidos sin contemplar que en el instructivo del FTOOS se detallan los costos y gastos causados y los pagos que realiza la entidad a nivel de terceros con el fin de garantizar el reporte del uso del recurso”.

COOSALUD

Mediante oficio del 02 de julio de 2024, dio respuesta a la observación comunicada con oficio 2023EE0117066, con el siguiente detalle:

“Reportes de las EPS que no resultan claros frente a la destinación de los recursos que recibieron.

El equipo auditor de la Contraloría General de la República consideró que en los informes de flujo de recursos emitidos por la SNS durante las vigencias 2020 y 2021 se reportaron recursos entregados a las EPS respecto de los cuales no se conoce su destinación, endilgando a las EPS la responsabilidad por reporte que no resultan claros frente a la destinación de los recursos que se recibieron, sin embargo, frente a tal conclusión es necesario efectuar las siguientes aclaraciones:

Los informes de flujo de recursos de las EPS son elaborados por la Superintendencia Nacional de Salud, en ese orden, es este ente de control quien categoriza los pagos y determina las calidades de los destinatarios de los pagos como IPS Pública, IPS, Transporte Especial Pacientes, entre otras, tomando como fuente de información el FT005 reportado por las EPS, como se evidencia en el Informe Flujo de Recursos EPS Enero a septiembre 2021 (...)

El formato FT005 es un archivo en el que se reportan todos los costos y gastos en los que incurre la entidad y los pagos realizados en el periodo, desagregado por tercero y código de concepto financiero, tal como indica el instructivo para su diligenciamiento, así las cosas, en este reporte se informa la totalidad de los pagos efectuados, sea por concepto de servicios de salud, prestaciones económicas o gastos administrativos, en ese orden, este informe contiene el detalle de los pagos efectuados, por lo tanto, no es dable afirmar que no exista claridad en la destinación de los recursos, por el contrario, los mismos se reportan de manera desagregada y es el ente de inspección vigilancia y control el que consolida la información, conforme a criterios de categorización que no son de conocimiento de Coosalud EPS S.A.

Así las cosas, se desconocen los criterios empleados por la Superintendencia para categorizar a un destinatario de pago como “Otro”, toda vez que no se remite una relación individualizada de los pagos que se agrupan en dicha categoría.

De conformidad con los argumentos esbozados, no es cierto que el reporte de Coosalud EPS S.A. no sea claro, toda vez que en el FT005 se relaciona el detalle de los pagos efectuados y los destinatarios de los mismos”.

PIJAOS

Mediante oficio con radicado No. EPSI06-AGER-100-2024-055 del 10 de julio de 2024, dio respuesta a la observación comunicada con oficio 2023EE0117066, con el siguiente detalle:

“La Superintendencia Nacional de Salud manifiesta que PIJAOS SALUD EPSI mediante los informes de flujos de recursos de las vigencias 2020 y 2021, no logro explicar la destinación total de los recursos recibidos; a lo anterior cabe agregar que la SNS mediante oficio con radicado No.2023900000202092 del 14 de noviembre de 2023, en el cual refirió que, en informe de enero a diciembre de 2020 relaciono un cuadro con diferentes EPS que no lograron explicar la destinación de \$5.670.585.000.000 y el total del informe corresponde a \$7.3 billones, por tanto las cifras no son consistentes encontrando una diferencia aproximada de \$1.7 billones.

Donde la fuente de información es la NRVCC Superintendencia Nacional de Salud, las cifras de pagos corresponden al reporte de la EPS en el FT005, y una vez validada la

estructura del archivo según el instructivo para el diligenciamiento del archivo FT005 que se encuentra publicado en la página oficial de la SNS (...)

Es así que PIJAOS SALUD EPSI dio cumplimiento a lo dispuesto en la circular 0016 de 2016 entregando la información de acuerdo a la estructura de cada archivo que debe cumplir con las reglas de validación por el aplicativo NVRCC de la Superintendencia Nacional de Salud y entregada en los tiempos dispuestos por el órgano de vigilancia y control; es preciso mencionar que la matriz del informe de flujo de recursos de EPS presentado por la Superintendencia Nacional de Salud no es consistente con la estructura de los informes remitidos periódicamente por parte de PIJAOS SALUD, lo anterior imposibilita identificar el origen de la información que se encuentra detallada en las observaciones y conclusiones de la auditoría de desempeño al flujo de los recursos del SGSSS realizada por la Contraloría General de la República y puesta en conocimiento mediante el oficio 2024EE0122840.

En conclusión PIJAOS SALUD EPSI se permite manifestar a la Contraloría General de República que los valores reportados a la SNS es posible identificar la destinación de los recursos percibidos y encontrándose esta información debidamente soportada”.

CAPITAL SALUD

Mediante oficio con radicado No. DI-DG-CT-073-2024 del 02 de julio de 2024, da respuesta a la observación así:

“De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite informar que una vez revisada la información, Este informe presenta cifras correspondientes a la información” financiera reportada por las entidad ante la Superintendencia Nacional de Salud correspondientes a los archivos técnicos FT001 “Catálogos de Información Financiera”, FT003 “Cuentas por Cobrar-Deudores”, FT004 “Cuentas por Pagar-Acreedores”, FT005 “Relación Causación de Costos, Gastos y Pagos Realizados”, FT006 “Bancos y Carteras Colectivas”, FT007 “Control de inversiones Inscritas en el mercado de valores” y FT008 “Inversiones- Otros títulos”

Frente al informe de los pagos la Supersalud realiza el análisis de acuerdo con las cifras reportadas por las EPS por medio del FT005 y cifras de pagos de giro directo efectivo reportado por el ADRES, además, de los pagos reportador por la EPS en su página Web. En el entendido que las cifras (Vigencia 2020: \$77.947.000.000 y Vigencia 2021: \$72.813.091.722) que presuntamente la EPS no pudo explicar en cuanto a la destinación de los recursos nacieron de un informe por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo y teniendo en cuenta que el grupo autor no allego las bases de datos, es preciso indicar que para la entidad pueda realizar el proceso a la debida defensa frente a la observación debe contar con la información suficiente, detallada y completa que permita identificar de manera precisa los valores que menciona el grupo auditor, pues es la información consignada en los archivo de Excel denominados 2.1 CXC radicadas ante la ADRES - Covid CAPITAL, Análisis de diferencias de precios RIPS Capital Salud, Registro Diferencias Valor Suministro Capital Salud SUMINISTRO TOTAL CAPITAL SALUD EPS (1), los cuales fueron suministrados por el grupo auditor con contiene la información y las cifras analizadas que llevaron al grupo auditor a dicha conclusión.

Por consiguiente, dicha observación tal y como lo plantea, adolece de los elementos estructurales que nos permitan ejercer el derecho de contradicción y defensa, por consiguiente, solicitamos respetuosamente nos sea informado la fuente de información explícita que conformaron las cifras expuestas por el ente de control con el fin de lograr un análisis eficaz y por ende dar respuesta a lo solicitado. (...)”

NUEVA EPS

Mediante oficio con radicado No. P-131-2024 del 11 de julio de 2024, da respuesta a la observación así:

“Nueva EPS da cumplimiento a la normatividad mediante el reporte mensual de información, correspondiente al archivo FT00S Relación Causación De Costos, Gastos y Pagos Realizados, de acuerdo con el instructivo que la Superintendencia Nacional de Salud estableció para dicho fin según versión aplicable para cada vigencia.

De acuerdo con los campos reportados en el archivo tipo FT00S y conforme al instructivo del mismo, se encuentra la siguiente información: línea de negocio, tipo de identificación del proveedor, número de identificación proveedor, dígito de verificación de proveedor, nombre proveedor, código del concepto, descripción de costos y gastos causados y valor pagado.

Es importante aclarar que dentro de la información reportada se identifica el tercero, el código del concepto contable al nivel más desagregado y el tipo de costo o gasto causado y/o pagado; de esta forma es posible identificar claramente a quien corresponde el pago.

Para dar mayor claridad se manifiesta que Nueva EPS en el FT00S de la Superintendencia Nacional de Salud reporta la información al corte mensual, donde se puede evidenciar la destinación de los recursos que ingresaron a la compañía”.

Análisis de Respuesta

SNS

En la condición, se establecían las diferencias presentadas entre la información dispuesta por la SNS como respuesta a requerimiento realizado por la CGR, versus el informe de flujo de recursos de las vigencias 2020 y 2021, encontrando que, al respecto, la entidad establece que las cifras dispuestas la página 47, son acordes con la tabla No. 2, donde se presentan los destinatarios de pagos realizados por EPS en enero-diciembre 2021 y que las cifras no son contradictorias.

Al respecto se procede a validar el Informe de 2021, encontrando que en la Tabla No. 2, se establece por ejemplo para AIC el valor de 532.664.998 y en el oficio de respuesta dispuesto por la SNS, reportaron el mismo valor por lo que lo señalado por la SNS respecto de los valores por EPS, es concordante. Sin embargo, en cuanto a las diferencias encontradas en las cifras globales (2,2 billones vs 6,8 billones), refiere que el valor de 2,2 billones corresponde a la diferencia entre

ingresos y pagos de 15 EPS y los 6,8 billones a los pagos realizados de todas las EPS activas a 2021 a proveedores no identificados, correspondiente a las 35 EPS.

Sobre este argumento, se validó que efectivamente los 2,2 billones corresponden a (15) EPS, y las cifras presentadas por la SNS (6,8 billones) corresponden a (35) EPS; sin embargo, en la solicitud realizada por la CGR se requería que indicara de manera detallada las EPS que no pudieron explicar la destinación de los recursos, los valores exactos y las acciones adelantadas para aclarar la destinación de estos recursos, y la información que dispuso la entidad frente al 2021, correspondía a los 6,8 billones, razón por la cual, se establecen las diferencias entre las dos fuentes de información.

Ahora bien, teniendo en cuenta la explicación brindada por la SNS, se aceptan los argumentos expuestos frente a las diferencias en los datos y se retira de la condición lo relacionado con el informe de 2021. Sin embargo, en cuanto al informe de flujo de 2020, la entidad no se pronuncia ni realiza explicación, por lo cual estas diferencias se mantienen y se validan como hallazgo con incidencia administrativa.

Por otra parte, respecto de las acciones adelantadas por la SNS, refieren que en 2020 y en 2021, priorizaron lo relacionado con el COVID-19, indicando que pese a ello *“no implicó un descuido en el seguimiento del flujo de recursos, ya que la Superintendencia realizó mesas técnicas de seguimiento en modalidad virtual, requerimientos correspondientes al análisis de la información reportada por parte de las EPS y se expidieron las Circulares Externas 008 y 011 de 2020, lo que ha sido extensamente soportado a través de la respuesta a los requerimientos efectuados por el equipo auditor”*.

La oportunidad para controvertir y presentar los soportes que permitan desvirtuar las situaciones observadas es la respuesta a las observaciones, por lo que la SNS, debía adjuntar aquellas pruebas que permitieran desvirtuar la situación observada o si fueron allegadas previamente, referir específicamente el oficio con el que se proporcionó y los nombres de los soportes que quería hacer valer como prueba para desvirtuar lo observado, por lo que, dado que no fue soportado por parte de la entidad, se valida como hallazgo administrativo.

Pijaos-Nueva EPS-Famisanar-Capital Salud-Coosalud

En respuesta de la SNS a la observación comunicada, dicha entidad, aclara que en 2021 las EPS que no lograron explicar su destinación corresponden a (15) EPS y al validar el informe de dicha vigencia se encuentra que estas son ASMET SALUD, SAVIA SALUD, COMPARTA, AIC, EMSSANAR, AMBUQ, COMFAHUILA, DUSAKAWI, CAJACOPI, MALLAMAS, CAPRESOCA, COMFAGUAJIRA, COMFASUCRE, COMFACHOCÓ y COMFAORIENTE.

Por lo anterior, dado que las EPS de la muestra, no se encuentran relacionadas en el detalle del informe de flujo de recursos de 2021 presentado por la Supersalud

y que frente al informe de la vigencia 2020, la entidad no se pronuncia para aclarar y establecer si el detalle de la información reportada es frente a las (37) EPS o corresponde a un grupo más pequeño de aseguradoras, como lo indica frente a la vigencia 2021, se procede a desvirtuar lo concerniente a las EPS.

4.3.4.2. *RIPS de las EPS de la muestra y datos eliminados para cálculos del MSPS.*

Hallazgo No. 15 RIPS- Aplicación de criterios estándar y uso de la información (Responsables: MSPS – EPS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud ⁷⁹ y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

*“(…) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan.*

(…)

Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

⁷⁹ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”.

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”.

Resolución número 3374 de 2000 “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados”

ARTÍCULO PRIMERO. - Definiciones: Para efectos de la presente Resolución, se entenderá por:

(...)

4. Procesos informáticos: Los procesos informáticos son los siguientes:

- Actualización: Consiste en el registro primario del dato, la modificación, la eliminación y el ingreso de éstos a medios magnéticos ó electrónicos.*
- Validación: Consiste en la verificación de los datos registrados, en términos de la correspondencia con la definición, estructura y características definidas en esta Resolución; la correspondencia con los valores y la referencia cruzada entre variables.*
- Organización: Consiste en el ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales de salud que genera la institución de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información en Salud y que se establecen en esta resolución.*
- Administración de los datos: Consiste en la conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos y en el establecimiento de los niveles de control y seguridad de los datos.*
- Transferencia de datos: Consiste en el envío de los datos, utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico, que permita la actualización de los mismos entre las diferentes entidades.*
- Disposición de información: Consiste en la oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación. (...)”*

Condición

Las EPS de la muestra⁸⁰ allegaron respuesta a la solicitud de información correspondiente a los RIPS contenida en: Archivo de Procedimientos (AP), Archivo de Medicamentos (AM) y Archivo de Consulta (AC), de los servicios facturados y pagados durante cada vigencia auditada (2020, 2021, 2022), indicando también los valores reconocidos y glosados por cada prestación del servicio.

⁸⁰ Capital Salud EPS-S mediante oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS mediante oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS mediante oficio 2024ER0048009 del 8/03/2024; Nueva EPS mediante oficio VAF-038-23 del 08/11/2023 y Pijaos EPS mediante oficio enviado el 29/02/2024

De esta información se revisó la consistencia de los datos teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Resolución 3374 del 2000 del Ministerio de Salud⁸¹, de las EPS de la muestra cómo se describe a continuación.

Tabla No. 126
 Cantidad de registros de RIPS
 (Medicamentos, consulta y procedimientos), suministrados por cada EPS de la muestra
 Vigencias 2020,2021,2022

EPS	RIPS	VIGENCIA		
		2020	2021	2022
Capital Salud-S	Medicamentos	704.088	731.750	811.659
	Procedimiento	737.556	922.718	1.039.709
	Consultas	392.216	499.635	498.872
Nueva EPS	Medicamentos	871.016	2.772.301	3.962.088
	Procedimiento	5.900.956	10.157.408	4.194.304
	Consultas	417.992	756.923	913.373
Famisanar	Medicamentos	4.531.726	4.874.746	5.099.995
	Procedimiento	4.211.821	6.329.151	6.690.669
	Consultas	2.212.314	3.345.845	2.654.407
Coosalud	Medicamentos	1.915.215	2.787.254	4.259.979
	Procedimiento	2.931.946	4.914.494	5.602.911
	Consultas	1.696.347	2.169.866	2.515.719
Pijaos	Medicamentos	283	14.194	77.227
	Procedimiento	4.828	52.745	106.280
	Consultas	3.339	27.061	50.859

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) VAF-038-23 del 08/11/2023 y Pijaos EPS oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Con relación a la información suministrada, se identificaron casos en los cuales existen diferentes CUMS del mismo nombre genérico de los medicamentos; además, el diligenciamiento de los campos solicitados no atiende los criterios de estandarización respecto a las denominaciones de:

COD_MED (Código de medicamento: Número que se le otorga a los medicamentos por la Subdirección de Registros Sanitarios, seguido de un consecutivo que diferencia cada una de las presentaciones comerciales).

TIPO_MC (Tipo de medicamento: En este tipo de agrupaciones se consideran medicamentos empleados para una misma patología cuyos efectos terapéuticos sean comparables y estén aprobados por el INVIMA para la misma indicación).

NOM_GENERICO (Nombre Genérico: hace referencia a la comercialización con el nombre del principio activo y que pueden ser producidos tanto por el laboratorio que tuvo la patente como por otro productor una vez se ha vencido la patente).

FR_FARM (Forma Farmacéutica) Forma en la cual se presenta un medicamento que permite su dosificación y administración. Estas pueden ser tabletas, cápsulas, jarabes, suspensiones, pomadas, gotas, soluciones inyectables, polvos, entre otras.).

CONC_MC, (Concentración del medicamento: es la cantidad de principio activo que trae cada producto, generalmente expresada en gramos (g), miligramos (mg), microgramos (ug) o miligramos por mililitro (mg/mL).

UN_MED_MC, (Unidad en que está expresada la cantidad de medicamento”, como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla No. 127

⁸¹ Resolución derogada a partir del 30 de junio de 2023 por el artículo 14 de la Resolución 1036 de 2022.

Datos reportados en la prestación de un mismo servicio
 Vigencias 2020, 2021 y 2022

EPS	COD_MED		NOM_GENERICO	FR_FARM	CONC_MC	UN_MED_MC
Capital Salud	53560-5	1	ACETAMINOFEN	TABLETA	500 MG	MG
	19935303-4	1	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	TABLETA	500 mg	TABLETA
	19976566-1	1	SURFACTANTE PULMONAR (FRACCION	SOLUCION INYECTABLE	240 MG/3 ML	FRASCO
	19976566-1	1	SURFACTANTE PULMONAR (FRACCION	SUSPENSION PARA INHA	200 MG/8 ML	SUSPENSION INYECTABL
	19976566-1	1	SURFACTANTE PULMONAR (FRACCION	SOLUCION INYECTABLE	120 MG/1 5 ML	FRASCO
	20094809-1	1	PALIVIZUMAB 100 MG/ML SOLUCION	SOLUCION INYECTABLE	100 MG/ML	VIAL
	20094809-1	1	PALIVIZUMAB 50 MG SOLUCION INY	SOLUCION INYECTABLE	50 mg	AMPOLLA
Nueva EPS	20082896-06	2	ACETAMINOFENMG	TABLETAOR		MG
	N02BE01	1	ACETAMINOFENMG	TABLETA	MG	MG
	19961415-1	1	METOPROLOLMGTABLETA	TABLETA	MG	TABLETA
	19976470-03	1	METOPROLOLMGTABLETA	TABLETA	MG	TABLE
	19922562-06	1	DIPIRONAGMLXMLSOLINY	SOLINIEC	GML	NA
	19933145-4	1	DIPIRONAGMOSOLUCIONIN Y	SOLUCIONINYECTAB LE	GMO	AMPOLLAS
	19993036-8	1	DIPIRONAGMOSOLUCIONIN Y ECT	AMPOLLA	GR	MG
Famisan ar	19934768-10	1	C-DICLOFENACO 75MG/3	DICLOFENACO SODIO	25 MG/ML	AMP
	19992190-3	1	DICLOFENACO SODICO SOLUCIÓN IN	SOLUCIÓN INYECTABLE	75 MG/3 ML	MILIGRAMO
	20123645-10	1	C-LOSARTAN 50MG TAB	LOSARTAN	50 MG	TAB
	19917705-02	1	LOSARTAN 50 MG TABLETA	TABLETAS CON O SIN R	50 MG	TABLETAS
	19922566-06	1	OMEPRAZOL 40 MG CAJA PLEGADIZA	POLVO LIOFILIZADO PA	40 MG	VIAL
	20070385-01	1	OMEPRAZOL	POLVO ESTERIL	40	MG
	20044344-02	1	OMEPRAZOL POLVOS PARA RECONSTI	POLVOS PARA RECONSTI	40	MG
Coosalu d	20087933-3	1	ALPRAZOLAM0.25MG TAB.	TABLETA	0.25MG	TABLETAS
	3858-5	1	ALPRAZOLAM0.25MG TABL	TABLETA	0.25MG	UNIDAD(S)
	13874-2	1	ALPRAZOLAM0.25MG TABLE TA	TAB	0.25MG	TAB
	19936296-8	1	ACETILSALICILICOACIDOX100	TABLETA	TABLETA	TABLETA
	19936296-3	1	AcidoAcetilSalicilicoTablet	Tabletas	Unidad	20
	19955632-1	1	HIDROCLOROTIAZIDATAB25 MG	TABLETA	ORAL	25MG
	34162-6	1	HIDROCLOROTIAZIDA	TABLETA	25MG	mg
Pijaos	206020001	1	METOPROLOL 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	TABLE
	19976470-01	1	METOPROLOL - 50 MG	TABLETA	50	MG
	20058860-3	1	METOPROLOL 50 MG TABLETA	TABLETA	50 MG	MG
	42849-01	1	ADRENALINA 1MG/ML SOLUCION INY	AMPOLLA	1MG/1ML	UNIDAD
	20036851-2	1	ADRENALINA AMPOLLA	SOLUCION INYECTABLE	1 MG	AMPOLLA
	19927831-01	1	NAPROXENO 250 MG TAB	TABLETA	250MG	UNID

EPS	COD_MED		NOM_GENERICO	FR_FARM	CONC_MC	UN_MED_MC
	000017145-13	1	NAPROXENO 250 MG TABLETA	TABLETA	250 MG	TAB

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) VAF-038-23 del 08/11/2023 y Pijaos EPS oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De otra parte, se identificaron precios con diferencias significativas en la prestación de servicios de consultas, procedimientos médicos, así mismo de medicamentos, incluso superiores al 100% de los precios promedio pagados por la misma prestación de servicio en cada una de las EPS de la muestra. Es el caso del procedimiento “colecistectomía vía laparoscópica” que en la misma EPS reporta un valor mínimo de 329.500 COP y máximo de 5.451.700 COP, para una diferencia entre estas cifras de 5.122.200 COP. A continuación, se presentan otros ejemplos de esta situación:

Tabla No. 128
 Diferencia de valores por la prestación de un mismo servicio
 Cifras en COP- Vigencias 2020, 2021 y 2022

EPS	Año	Código. Procedimiento	Nombre procedimiento	Valor Mínimo	Valor Máximo	Diferencias	Proporción %
Capital Salud	2020	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	880.400	5.282.550	4.402.150	500%
	2020	911113	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE	219.600	4.213.950	3.994.350	1.819%
	2020	19973283-1	SUMINISTRO DE OXIGENO LITRO	15	993.600	993.585	6.623.900 %
	2020	20010029-1	OXIGENO POR CANULA NASAL 2 lts	15	845.280	845.265	5.635.100 %
	2020	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	33.100	1.131.975	1.098.875	3.320%
	2020	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	41.900	335.400	293.500	700%
	2021	512104	COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	329.500	5.451.700	5.122.200	1.555%
	2021	147401	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES	1.120.690	3.709.580	2.588.890	231%
	2021	33103-2	ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINO	1.215.590	3.151.289	1.935.699	159%
	2021	19976566-1	CASPOFUNGINA 50MG POLVO	1.202.083	2.596.635	1.394.552	116%
	2022	360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS	767.900	27.398.972	26.631.072	3.468%
	2022	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	7.967.030	25.211.017	17.243.987	216%
	2022	20143428-3	LEVOSIMENDAN 12.5mg/5mL SOLUCI	1.111.111	2.516.086	1.404.975	126%
	2022	20093733-1	LEVOSIMENDAN SOL INY 2.5MG/ML	1.188.888	2.643.178	1.454.290	122%
	2022	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	5.576	1.316.000	1.310.424	23.501%
Nueva EPS	2022	890503	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	30.000	261.600	231.600	772%
	2020	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	1	1.086.300	1.086.299	108.629.90 0%
	2020	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	1	3.800.000	3.799.999	379.999.90 0%
	2020	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	12.932	31.690.000	31.677.068	244.951%
	2020	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1	4.300.000	4.299.999	429.999.90 0%
	2020	20104517-1	OXIGENOXLITRO	15	586.800	586.785	3.911.900 %
	2020	19994729-06	VALPROICOACIDO	78	6.000.000	5.999.922	7.692.208 %
	2021	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	10	5.551.000	5.550.990	55.509.900 %
	2021	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	10	3.855.000	3.854.990	38.549.900 %
	2021	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	1	1.230.000	1.229.999	122.999.90 0%



EPS	Año	Código. Procedimiento	Nombre procedimiento	Valor Mínimo	Valor Máximo	Diferencias	Proporción %
	2021	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	10	5.551.000	5.550.990	55.509.900 %
	2021	19934768-10	DICLOFENACOXMGMSLSOL	12	254.175	254.163	2.118.025 %
	2021	1	CARBONACTIVADO	599	209.400	208.801	34.858%
	2022	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	97	77.450	77.353	79.745%
	2022	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	1.289	3.800.000	3.798.711	294.702%
	2022	829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MÁS)	78	382.200	382.122	490.000%
	2022	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	126	358.755	358.629	284.726%
	2022	34162-11	AMLODIPINOMGTABLETA	14	4.253.700	4.253.686	30.383.471 %
	2022		SUMINISTRODEOXIGENOLITRO	14	1.512.000	1.511.986	10.799.900 %
Famisan ar	2020	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	13.940	1.965.200	1.951.260	13.998%
	2020	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	8.775	3.852.000	3.843.225	43.797%
	2020	19974859-01	CLARITROMICINA SUSP ORAL 250MG	1	98.554	98.553	9.855.300 %
	2020	53560-05	ACETAMINOFEN TABLETA 500MG	22	26.219	26.197	119.077%
	2020	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	1	437.700	437.699	43.769.900 %
	2020	862602	SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	1	22.216.031	22.216.030	2.221.603.000%
	2021	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	10.681	3.749.280	3.738.599	35.002%
	2021	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	36.000	15.697.500	15.661.500	43.504%
	2021	000228028-01	SURFACTANTE PULMONAR 120MG/1.	1	1.863.362	1.863.361	186.336.100%
	2021	19990590-06	METILPREDNISOLONA	28	2.192.639	2.192.611	7.830.754 %
	2021	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	3.444	12.973.044	12.969.600	376.585%
	2021	361601	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	5.087	19.380.371	19.375.284	380878%
	2022	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	10.681	3.749.280	3.738.599	35.002%
	2022	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	36.000	15.697.500	15.661.500	43.504%
	2022	42722-08	LEVOTIROXINA SODICA	29	1.027.517	1.027.488	3.543.062 %
	2022	91010101	DEXAMETASONA	40	2.765.466	2.765.426	6.913.565 %
	2022	814905	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRA, PERFORACIONES O CURETAJE DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	720	2.026.000	2.025.280	281.289%
	2022	361601	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	5.087	19.380.371	19.375.284	380.878%
Coosalud	2020	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	11.381	10.740.534	10.729.153	94.272%
	2020	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	2.550	2.388.265	2.385.715	93.557%
	2020	29822-1	DICLOFENACO SODICO75MG/3ML	2	106.486	106.484	5.324.200 %
	2020	19972249-19	Acetaminofen500mgTableta-	85	8.053.650	8.053.565	9.474.782 %
	2020	935000	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA SOD	36.000	42.588.000	42.552.000	118.200%
	2020	876120	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA	144.656	93.791.233	93.646.577	64.737%
	2021	890116	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	11.200	320.000	308.800	2.757%
	2021	890615	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	54.800	12.000.000	11.945.200	21.798%
	2021	19935303-1	ACIDOVALPROICO250MG/5MLJARABEF	200	497.925	497.725	248.863%
	2021	20028343-1	COMPLEJOBAMPOLLA10ML10	450	1.800.000	1.799.550	399.900%
	2021	555721	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	18.590	10.238.970	10.220.380	54.978%
	2021	396502	CANULACIÓN PERIFÉRICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA [ECMO]	5.600	2.839.664	2.834.064	50.608%
	2022	890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	49.242	10.999.000	10.949.758	22.237%
	2022	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	19.706	780.000	760.294	3.858%
	2022	19939538-4	ACIDOVALPROICO250	15.766	157.645.035	157.629.269	999.805%

EPS	Año	Código. Procedimiento	Nombre procedimiento	Valor Mínimo	Valor Máximo	Diferencias	Proporción %
	2022	19936062-2	CAPTOPRIL50MGTABLETA	200	2.200.000	2.199.800	1.099.900 %
	2022	385120	OCLUSIÓN DE LESIÓN EN VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR	27.802	25.500.000	25.472.198	91.620%
	2022	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	60.424	181.636.478	181.576.054	300.503%
Pijaos	2020	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	9.600	31.200	21.600	225%
	2020	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	31.070	98.000	66.930	215%
	2020	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	17.000	292.500	275.500	1.621%
	2020	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	139.500	1.386.000	1.246.500	894%
	2021	890111	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	56.571	755.904	699.333	1236%
	2021	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	45.000	614.800	569.800	1.266%
	2021	730010011070922	INYECCIÓN DE VITAMINA K	1	5.500	5.499	549.900%
	2021	730010011191619	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	4.589	356.587	351.998	7.670%
	2021	19942561-6	LACTATO DE RINGER 500ML SOLUCI	5.047	469.418	464.371	9.201%
	2021	20104517-1	OXIGENO X LITRO	15	156.900	156.885	1.045.900 %
	2022	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	6.000	145.600	139.600	2.327%
	2022	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	41.900	7.236.108	7.194.208	17.170%
	2022	730010011567025	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA	1.220	218.500	217.280	17810%
	2022	500015680038551	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	1.062	148.588	147.526	13.891%
	2022	019936296-12	ACIDO ACETIL SALICILICO TABLET	39	2.880	2.841	7.285%
	2022	20008074-01	ATORVASTATINA 40 MG TABLETA	88	6.341	6.253	7.106%

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Coosalud EPS (2024) oficio enviado el 29/02/2024; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) VAF-038-23 del 08/11/2023 y Pijaos EPS oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

El cuadro anterior registra algunos ejemplos de la situación observada con respecto a las variaciones significativas de precios de una misma tecnología en cada EPS y el detalle de los casos identificados por la CGR se presenta anexo en el archivo denominado *Análisis diferencias precios RIPS*, para cada EPS.

De otra parte, se solicitó al MSPS⁸² reportar los tipos y cantidad de inconsistencias identificadas en la información de RIPS suministrada por las EPS, precisando el tratamiento que le dan a estos datos, y el volumen de registros que son excluidos para realizar el cálculo de la UPC.

El MSPS en su respuesta⁸³ allegó la cantidad de registros reportados por las EPS, indicando los códigos tanto de procedimientos como de medicamento, el número de veces y el valor de precio reportado mediante los RIPS, así como el valor comparador utilizado que se obtiene con base a criterios paramétricos y no paramétricos del grupo de calidad 8⁸⁴, denominado valores atípicos, es decir, son datos en los que el precio excede el valor parametrizado para cada unidad de prestación de servicio sea procedimiento, consulta o medicamento. El consolidado se detalla a continuación:

⁸² Solicitud de información con radicado SIGEDOC 2023EE0186261 del 24 de octubre de 2024

⁸³ 2024340000017991 MSPS 07/06/2024

⁸⁴ 202330002357191 MSPS 09/11/2023, "Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores extremos con base en criterios paramétricos y no paramétricos".

Tabla No. 129
 Consolidado de registros identificados por el MSPS como valores atípicos
 relacionados para cada una de las EPS de la muestra
 Cifras en COP

EPS	Vigen cia	Cant. Registros	Número de ocurrenc ias	Valor reportado	Valor comparador	Diferencia	% de variaci ón entre vigenci as
NUEVA EPS	2021	184.749	2.294.008	68.913.382.958	6.920.370.000	61.993.012.958	32%
	2022	537.407	8.798.413	111.022.548.900	29.001.195.973	82.021.352.927	
CAPITAL SALUD	2021	24.212	400.351	11.426.960.676	1.277.439.000	10.149.521.676	-3%
	2022	46.030	1.489.175	12.623.058.884	2.735.226.675	9.887.832.209	
FAMISANAR	2021	46.314	361.111	21.842.986.884	1.475.307.000	20.367.679.884	184%
	2022	627.221	4.500.289	84.682.684.403	26.757.541.570	57.925.142.833	
COOSALUD	2021	13.575	61.267	3.737.822.192	525.404.000	3.212.418.192	1000%
	2022	1.092.998	4.266.375	46.291.616.914	10.940.224.343	35.351.392.571	
PIJAOS	2021	10.979	97.013	2.107.167.075	581.005.000	1.526.162.075	28%
	2022	16116	200.336	2.728.323.757	771.433.018	1.956.890.739	
TOTAL, MUESTRA AD VIGENCIAS 2021 Y 2022					284.391.406.064		

Fuente: MSPS (2024) 2024340000017991 "carpeta denominada AGRUPADOS_C81_REVISADO" "Excel denominadas C81_2021 y C81_2022".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

La información suministrada por el MSPS, da cuenta de variaciones de precios por prestación de servicios, las cuales muestran unas diferencias significativas respecto a los valores de comparación establecidos por el ente rector para cada RIPS. Su valor es significativo, por cuanto el registro individual arroja información acerca de la realidad del costo de los servicios en salud y es una de las fuentes de información para estimar el cálculo de la UPC⁸⁵.

Técnicamente, el MSPS, aplica reglas de calidad, para validación de los datos, y tiene en cuenta solo aquellos registros que cumplan con la calidad deseada para hacer sus estudios y análisis; sin embargo, en el caso del cálculo de la UPC el

⁸⁵ "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías en salud y servicios en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2020"(...) "Las fuentes de información son:

- Base de datos de prestación de servicios de las aseguradoras por cada uno de los tipos de registros.
- Registros Individuales de prestación de servicios de salud - RIPS.
- Estados financieros reportados por aseguradoras a la SNS.
- Manual tarifario SOAT vigente.
- Bases de datos de comités técnicos científico y tuteladas. Base de datos de la compensación de la ADRES (Valores).
- Base de datos de la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado (LMA) de la ADRES (Valores." (...)

MSPS aclara de manera general que “Al revisar el procedimiento se advierte que para el cálculo de la UPC no se considera la información reportada en RIPS”⁸⁶ y que para la “estimación de la UPC del año 2022, la Información de los servicios prestados del 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2020 no fue tomada en cuenta debido al confinamiento para el estudio de suficiencia de la UPC”.⁸⁷

Lo anteriormente descrito, indica que, no solo se están retirando los datos con valores atípicos y que no cumplen con la calidad establecida, sino que la información de los RIPS en general está siendo descartada para el cálculo de la UPC.

Causa

Deficiencias en el diligenciamiento de los datos RIPS, ya que las IPS no aplican los criterios de denominación, estructura, características de la información, unificación y estándares, establecidos como datos básicos, para el reporte de información. Así mismo las EPS, no realizan una adecuada validación, organización y administración de los datos, situación que incumple las disposiciones reglamentadas en la Resolución 3374 de 2000 (diciembre 27). “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados” y las respectivas circulares emitidas por el MSPS para tal fin. **(Responsable: EPS)**

Así mismo, debido a que no se evidencian gestiones concretas y efectivas por parte del MSPS, que enfatizan la obligatoriedad, importancia y mejora de los reportes allegados por las EPS, así como tampoco la evidencia de acciones pertinentes que insten a la SNS a realizar Inspección, Vigilancia y Control de la información. **(Responsable: MSPS)**

Efecto

Lo anterior, genera incertidumbre en la consistencia de la información suministrada durante toda la cadena de valor para la generación de los reportes RIPS, es decir desde el registro inicial por parte de las IPS, su validación por las EPS y disposición final para análisis, estudios técnicos y cálculos actuariales por parte del MSPS y SNS.

Así mismo, teniendo en cuenta que los registros individuales de prestación de servicios son los datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, las inconsistencias de datos y desviaciones de precios de los registros, afectan la utilidad y aprovechamiento de la información, pues de acuerdo con las disposiciones normativas, debían utilizarse para: la formulación de políticas de

⁸⁶ 202330002357191 MSPS 09/11/2023.

⁸⁷ 2024340000017991 MSPS 07/06/2024.

salud, la programación de oferta de servicios de salud, la evaluación de coberturas de servicios, la asignación de recursos financieros, humanos y técnicos, la validación del pago de servicios de salud, la fundamentación de la definición de protocolos y estándares de manejo clínico, el establecimiento de mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud, el control del gasto en salud, el ajuste de los contenidos de los planes de beneficios en salud, conocer el perfil de morbilidad y mortalidad y para ajustar la UPC; frente a éste último caso, los RIPS no están siendo tenidos en cuenta.

La funcionalidad de los reportes RIPS frente a los criterios de negociación del costo real de las consultas, medicamentos, procedimientos, la estimación real de precios, pactados, glosados y pagados, está siendo subutilizada por cuanto no se tienen en cuenta para los fines propuestos en su diseño e implementación. Lo descrito desvirtúa el propósito del registro de la información RIPS que, según el MSPS y las normas establecidas, corresponde a *“facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores)”*⁸⁸ mediante la presentación del detalle individual de la información de facturación por prestación de los servicios.

También se genera la imposibilidad de transmitir los datos y hacer revisión de las cuentas con criterios estandarizados, independientemente de los medios informáticos que cada prestador ha implementado para la consolidación y procesamiento de información.

Respuestas de las Entidades

Famisanar EPS:

Mediante oficio del 04 de julio de 2024, con referencia 810112 y radicado interno 1511821, la entidad respondió en los siguientes términos:

“(…)

Frente a la observación relacionada con la información de los RIPS de acuerdo a las Resolución número 3374 de 2000 “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados” y que existen procesos informáticos que deben generar la Validación de la información, la cual consiste en la verificación de los datos registrados, en términos de la correspondencia con la definición, estructura y características definidas en esta Resolución; sobre este aspecto se aclara que EPS Famisanar de manera sistemática realiza la validación de la estructura de los RIPS una vez son radicados por los diferentes prestadores de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información en Salud y que se establecen en esta resolución; sin embargo la calidad de la información y la completitud de la misma está bajo la responsabilidad de los Prestadores de Servicios de Salud; desde el sistema de información de la EPS, se reportan inconsistencias a las IPS cuando se identifica que la dicha información no cumple con la estructura requerida y/o

⁸⁸ MSPS. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/rips.aspx>

son devueltos al aplicar con la reglas de validación. En estos casos el prestador debe subsanar las inconsistencias para poder hacer la nueva radicación y se somete a nueva validación.

Ahora bien, debe ser claro que una vez identificadas las fallas estos registros no pueden ser modificados por parte de la EPS; la modificación o corrección de esta información, podría tener implicaciones legales o sanciones por alteración de la misma teniendo en cuenta que la información es considerada como documentos de orden público; algún cambio o alteración por parte de la EPS puede constituir fraude procesal dado que se altera la veracidad de un reporte administrativo que es precisamente el resultado de la validación de los RIPS, lo cual se tipifica a partir de lo dispuesto en la LEY 599 de 2000; igualmente, por tratarse de documentos públicos, alteración en cualquier modalidad puede configurar la ocurrencia de hechos sancionables penalmente desde la perspectiva de falsedad ideológica o material en documento público.

Es importante considerar que las posibles falencias en el reporte y seguimiento de la calidad de los RIPS por parte de los prestadores de servicios de salud, será solucionado con la implementación de la Resolución 2275/2023 y que asegurará que una vez el Ministerio de la protección Social valide la información, esta sea transmitida a la EPS, garantizando el ingreso de una información con la calidad y consistencia requerida, situación que permitirá que los RIPS sirvan como insumo para el soporte de la suficiencia de UPC y queda a potestad del Ministerio de la protección social definir si son los RIPS la fuente de información y si es necesario hacer un cambio a la metodología actual para el reporte de suficiencia de UPC.(...)"

Coosalud EPS:

Mediante oficio del 2 de julio de 2024, con "(...) ASUNTO: RESPUESTA TERCERA COMUNICACIÓN DE OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES AUDITORÍA DE DESEMPEÑO AL FLUJO DE LOS RECURSOS DEL SGSSS, VIGENCIAS 2020, 2021 Y 2022 (...)", la EPS respondió en los siguientes términos:

"(...)

Si bien las administradoras de planes de beneficios en salud y todas las entidades señaladas en el artículo segundo de la Resolución 3374 de 2000, son responsables de transmitir la información, es claro que la EPS no es el generador primario del dato y, tal como dispone la citada norma en su artículo 6, las EAPB no podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni en contenido ni en estructura, en los siguientes términos:

"Artículo sexto.- Estructura y transferencia de los datos: Los datos de la descripción específica de los servicios prestados, junto con los demás requisitos de la factura, que establece el Estatuto Tributario, en los artículos 617 y 618 que los prestadores de servicios de salud envíen a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deben estar contenidos en medio magnético, con la estructura y características que se definen en esta Resolución y que se especifican en el Anexo Técnico, que hace parte de la misma. Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios ni cualquier otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control, podrá modificar, reducir o adicionar los datos a que se refiere esta Resolución, ni la estructura en la cual deben ser presentados

en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias de los prestadores de servicios de salud, puedan tener información adicional para su propio uso”.

De conformidad con lo indicado, es evidente que la fuente primigenia de la información proviene de la factura radicada por la IPS, tal como lo establece el flujo de datos consagrado en el artículo octavo de la Resolución No. 3374.

En ese orden, no hay lugar a la observación endilgada por su Despacho, frente a la inadecuada validación, organización y administración de los datos por parte de las EPS, toda vez que la Resolución que regula los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados dispone expresamente que los datos de los servicios que los prestadores deben enviar a las EAPB debe contar con la estructura y características que se definen, lo cual no podrá ser modificado por las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios ni cualquier otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control. (...)”

Capital Salud EPS-S:

Mediante oficio DI-DG-CT-073-2024 del 02 de julio de 2024, la entidad respondió en los siguientes términos:

“(...

De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite informar que, para el estudio de Suficiencia de UPC, utiliza como fuente de información tres fuentes:

- Los servicios facturados por modalidad evento: donde pasan por un proceso de calidad y validación de las tarifas contratadas, a través de la auditoría de cuentas médicas que es un sistema de evaluación que se realiza a los procesos de facturación de los servicios de salud prestados por las IPS.*
- Se realiza la verificación de conformidad de las cuentas facturas objeto de auditoría de los servicios de salud prestados a los usuarios afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado de la EPS, frente a los parámetros previamente establecidos por la EPS y conforme por la normatividad vigente con el fin de ejercer control en los recursos asignados en la prestación de servicios de Salud.*
- Los servicios reportados a través de los RIPS de las IPS contratadas de Pago Prospectivo, esta información se le realiza el proceso de validación de calidad en estructura y valores de referencia pactados, para la evaluación de la ejecución contractual. Dentro de los procesos de calidad se realiza verificación de las tarifas, se le solicita a la IPS la respectiva corrección, con el fin de minimizar los errores en el reporte de suficiencia y evaluaciones de los procesos internos.*
- Servicios Autorizados no facturados: estos servicios se reportan en el estudio de suficiencia con el valor contratado.*

Razón por la cual se utilizan estas tres fuentes de información como fuente principal es por las inconsistencias identificadas en los reportes de prestación de servicios de salud (RIPS), las cuales se les ha notificado a las diferentes IPS y a quienes se les realiza retroalimentación sin lograr aun un reporte al 100%, así mismo se ha identificado que la estructura de los RIPS no cuenta con toda la información solicitada en el estudio de suficiencia de UPC.

Así mismo, la calidad y la precisión de la información proporcionada, ya que estas fuentes son más confiables y completas en comparación con los RIPS. Además, se busca garantizar que la información obtenida sea consistente y permita realizar un análisis más detallado de los servicios de salud prestados.

Además, el uso de estas fuentes de información permite una mayor integración de los datos y una mejor comparación entre diferentes proveedores de servicios de salud, lo que facilita la identificación de áreas de mejora y la implementación de acciones correctivas.

Así pues, no es prudente lo manifestado por el organismo de control frente “incertidumbre en la consistencia de la información suministrada durante toda la cadena de valor para la generación de los reportes RIPS” dado que la entidad realiza la verificación de los RIPS e acuerdo con los procesos y procedimientos establecidos en nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

De acuerdo con lo anterior, se solicita se desvirtúe la observación efectuada por el equipo auditor, en el sentido Capital Salud EPS-S al revisar los RIPS como punto de control realiza consulta en fuentes de información las cuales son veraces y confiables a fin de mitigar posibles desviaciones de los procesos (...)

Respuesta MSPS:

Mediante oficio del 04 de julio de 2024, con referencia 810112 y radicado 2024300000144221, la entidad respondió en los siguientes términos:

“(...)”

Respuesta. Inicialmente, debe considerarse que con la expedición de la Resolución 1036 de 2022, se oficializaron acciones realizadas desde antes del 2019, encaminadas al mejoramiento de la calidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios, integrando estos con la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y fortaleciendo a este reporte de información, un estándar de estructura, contenido y relación de los datos que deben ser enviados al Ministerio, en cumplimiento del artículo 15 de la Ley 1966 de 2019. El ámbito de aplicación de la norma involucra a todos los participantes del sector salud, abarcando en el caso de los pagadores a las Entidades Responsables de Pago -ERP y a los demás pagadores, tal como se precisa en el artículo 2 de la Resolución 2275 de 2023 (actual norma que modificó la Resolución 1036 de 2022), en razón a la referida necesidad de estandarización y mejora del proceso, así como de la generación, transmisión y validación de datos para garantizar su calidad. Con lo anterior, el Ministerio avanzó en la estandarización, transparencia y uso eficiente de la información para la toma de decisiones y el seguimiento y monitoreo del uso de los recursos.

Ahora bien, en cuanto al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, es importante tener en cuenta que este registro se construyó con base en las facultades del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, que señala:

ARTÍCULO 173. DE LAS FUNCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD. (...) 3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. (...)

7. El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.

En efecto, el Ministerio expidió la Resolución 3374 de 2000[3], que se indica en la tercera comunicación, existiendo desde entonces este reporte de información del detalle de las atenciones realizadas a cada uno de los usuarios, que incluye referencias a las facturas mediante las cuales se adelanta el cobro de las mismas. Dentro de este proceso, vale la pena resaltar que para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación –UPC, los RIPS se constituyeron como fuente fundamental de información, toda vez que de estos las EPS están obligadas a recibirlos y según los pagos que realicen luego de ejecutar los respectivos procesos de glosas propios de las auditorias de su competencia, proceden a enviar la información solicitada por el Ministerio para el cálculo de la suficiencia, constituyéndose como información generada a partir de los RIPS. Posteriormente esta información recibirá las debidas observaciones para que las EPS realicen los ajustes necesarios porque los datos no superaron los procesos de calidades establecidos en el marco del proceso de cálculo de la UPC. Estas normas fueron modificadas por las Resoluciones 951 de 2002 y 1531 de 2014. En la primera de ellas, se advirtió la problemática en el proceso de implementación de los RIPS y la eventual afectación en el flujo de recursos, por lo que, con miras a subsanar temporalmente la situación, se dispuso que “las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, definidas en el numeral 2 de la Resolución 3374 de 2000, no podrán retrasar la recepción, revisión y pago de las cuentas de cobro o facturas por no estar soportadas con los RIPS, o cuando estos no pasen el control de la estructura y consistencia de datos del validador del Ministerio de Salud”. Por su parte, en la Resolución 1531 se trabajó en la mejora de la oportunidad, seguridad y confiabilidad de la entrega de la información a través de la utilización de la plataforma de integración de datos -PISIS del Sistema de Información de Protección Social SISPRO.

No obstante, este mecanismo de reporte fue generando sendas inconsistencias y necesidad de actualización, entre ellas la factura en salud, que dieron lugar a realizar modificaciones sustanciales al RIPS. Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio consideró necesario surtir un nuevo proceso de actualización del RIPS, con la expedición de la mencionada Ley 1966 de 2019, específicamente en desarrollo de los artículos 3, 4 y 15, permitiendo su integración como soporte de la Factura Electrónica de Venta – FEV y de esta manera garantizar el relacionamiento entre los datos que conforman el RIPS y la factura. A partir de la expedición de la mencionada Ley 1966 de 2019, se adoptaron

normas relacionados con la reglamentación de la factura electrónica de venta impulsadas por el sector de Hacienda y Crédito Público, (Decreto 358 de 2020 y Resolución 0042 de 2020 de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN). Estas disposiciones permitieron avanzar en el fortalecimiento y generación de la factura electrónica de venta para el sector salud, tal como lo evidenció la Resolución 0012 de 2021 la cual modificó la Resolución 0042 de 2020 incluyendo a la factura electrónica de venta, la extensión salud, con lo cual, el sector salud en compañía de la DIAN, acoge lo dispuesto por esta entidad y se suma a la estrategia de digitalización comprendiendo la importancia de esta herramienta para la transparencia, mejoramiento y crecimiento del sector. Posteriormente, se expidieron las Resoluciones 510, 1036, 2805 y 2806 de 2022, con las cuales este Ministerio reglamentó la generación de la factura electrónica de venta – FEV del sector salud, incluyendo 11 campos adicionales a la FEV cotidiana para mejor trazabilidad y uso de los recursos en salud. Estas resoluciones, fueron modificadas por las Resoluciones 1557 y 2275 de 2023, por la necesidad de unificar los conceptos técnicos y operativos necesarios para el funcionamiento y articulación de los datos. Por último, se adoptó la Resolución 558 de 2024, teniendo presente la necesidad y solicitud de que los Prestadores de Servicios de Salud – PSS culminen las adecuaciones de sus sistemas de información para generar el estándar de información definido en la Resolución 2275 de 2023, adelantar las pruebas necesarias y realizar los pilotos de envío del RIPS validado por el Ministerio, la FEV en salud validada por la DIAN y los demás soportes de ley a sus Entidades Responsables de Pago – ERP y demás pagadores, fijándose el 1 de octubre de 2024 como fecha de entrada en vigencia de la normatividad en comento.

Es entonces, la Resolución 2275 de 2023 la que establece el estándar de información para todo el sector salud colombiano, donde todos los Prestadores de Servicios de Salud – PSS, deben generar la información de las atenciones realizadas bajo unas mismas reglas de reporte, relacionándolo con la obligación definida por la DIAN de utilizar la FEV, tal como lo dispone el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019. Con lo anterior, el Ministerio fortalece la obligatoriedad y mejora de la calidad de los datos y del proceso de radicación de la FEV y los RIPS como soporte de la misma, toda vez que se cumple el hito de radicación, una vez surtido una actividad de validación de los datos de los RIPS por parte del Ministerio.

Debe indicarse que esta actualización del RIPS, modifica el flujo de la información para dirigirlo a este Ministerio, donde se recibirá a través de una plataforma web desarrollada y operada por el Ministerio, en la cual se dispone el mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud. Esta validación corresponde a la verificación de las reglas de estructura, contenido y relación con las cuales los PSS deben elaborar el reporte del RIPS y la información de la factura en la extensión salud que le fue habilitada por la DIAN para permitir el relacionamiento de los archivos factura electrónica de venta (formato XML) y RIPS (formato JSON). El mecanismo único de validación del Ministerio reemplazará las múltiples mallas de validación que han sido impuestas a los PSS por las Entidades Responsables de Pago – ERP y demás pagadores, emitiendo un Código Único de Validación – CUV como certificado de la calidad del dato.

El CUV garantiza que el PSS podrá enviar el RIPS y la FEV en salud a las ERP y demás pagadores, quienes de manera inmediata y sin realizar validaciones adicionales, realizarán la radicación de la información. Este hito de radicación que se concreta en el número de radicación que la ERP y demás pagadores deben enviar al PSS y al Ministerio,

permitirá la trazabilidad de los tiempos y condiciones de pago, que para el SGSSS corresponden a las dispuestas en los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011. Esta trazabilidad de la factura permitirá a las partes, al Ministerio y a las entidades de IVC, establecer los servicios realizados, facturados, glosados y pagados, avanzando en el reconocimiento oportuno de los mismos y en la identificación de la cartera hospitalaria, dándole transparencia al flujo de recursos.

El relacionamiento de la información administrativa y financiera de la factura de venta en salud validada previamente por la DIAN, con la información asistencial del RIPS validado a través del mecanismo único de validación del Ministerio quien la consolida, le permite disponer de la información suficiente y necesaria que será transmitida electrónicamente al pagador desplegando el hito de radicación de la factura. A partir de este hecho, se inicia el proceso de reconocimiento y pago de la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud, atendiendo los tiempos y términos definidos en la ley, optimizándolo y dándole trazabilidad, permitiendo, además, la consolidación de información para el seguimiento de la condición de salud del país y de la prestación de servicios, teniendo en cuenta, entre otras el comportamiento de variables demográficas, epidemiológicas y financieras necesarias en la gestión de la salud pública, así como de la información base de los procesos de dirección, regulación y control del SGSSS y del sector salud en general.

En el contexto de la Ley 1966 de 2019, también debe resaltarse que el RIPS, como soporte de la FEV en salud, se constituye un conjunto de información que aporta de manera decisiva en la implementación del Registro de Contratación y el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial –SIIFA, de que tratan los artículos 3 y 4 de la citada ley. Estas herramientas permitirán construir una arquitectura de información completa con las funcionalidades operativas y transaccionales del sector salud, siendo este conjunto de información del RIPS y la FEV en salud y sus documentos electrónicos relacionados, los instrumentos a través de los cuales es posible efectuar en el SIIFA, la actualización de las diferentes etapas que surten el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud desde su realización, facturación, y aplicación de devoluciones, glosas y respuestas, hasta la generación de las notas crédito o débito que llevan a la aceptación y pago de la factura. Estos sistemas de información interoperables, que se integrarán al Sistema de Información Público, promueven la transparencia al dar cuenta precisa del flujo de recursos y el estado del trámite de las FEV en salud, conciliando la información financiera y asistencial de los servicios y tecnologías contratados, prestados, facturados, glosados y pagados, abriendo la posibilidad de adelantar el seguimiento y evaluación del uso de estos recursos y su impacto en el estado de salud de las personas.

Es por todo lo anterior, que el Ministerio ha avanzado en las gestiones necesarias y teniendo en cuenta las características de todos los PSS y demás sujetos obligados a generar factura electrónica de venta en salud, ha establecido los mecanismos y procesos pertinentes para la generación eficiente y oportuna de los datos necesarios para la trazabilidad del flujo de los recursos del SGSSS, asimismo, garantizar la transparencia y generando los insumos requeridos para contar con RIPS de calidad que lleguen directamente al Ministerio, la ADRES y a otros órganos de Inspección, Vigilancia y Control como la Superintendencia de Salud. De esta manera, los esfuerzos realizados por el Ministerio han permitido tener mayor consistencia de la información, facilitar las relaciones comerciales entre pagadores y prestadores, así como posibilidad de transmitir datos.

De esta manera, los esfuerzos realizados por el Ministerio están dirigidos actualmente a tener mayor consistencia de la información, facilitar las relaciones comerciales entre pagadores y prestadores, así como posibilidad de transmitir datos y, de esta manera, subsanar las inconsistencias que se han generado.

Nueva EPS

Mediante oficio Código: P-131-2024 del 11/07/2024 la Nueva EPS responde a la observación en los siguientes términos:

“Para dar respuesta a la observación conforme a los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social, las IPS están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud y ninguna Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y puede realizar validaciones diferentes a las definidas por el Ministerio las cuales están normadas y dispuestas en la malla validadora del Ministerio. Esta información esta soportada en el lineamiento técnico cuyo alcance se describe a continuación:

“Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del registro Individual de Prestaciones de Salud –RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB documento emitido por la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación –OTIC 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, de fecha junio de 2019 Versión 8, documento vigente”

En ese contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social menciona sobre la calidad en los datos en la (página 9), lo siguiente:

CALIDAD DE LOS DATOS Las IPS están obligadas a garantizar la confiabilidad, seguridad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud, la entrega oportuna a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y la conformación de su propia base de datos sobre los servicios prestados de manera individualizada, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3374 de 2000. Igualmente, las IPS deben verificar en el envío de los datos de sus atenciones, que el registro cumpla con todos los criterios de validación (estándares que ha definido el Ministerio de Salud y Protección Social con la participación de EAPB, IPS, entes territoriales, asociaciones y gremios). Todas las instituciones deben utilizar como único instrumento de validación, el “validador” que dispone el Ministerio en el siguiente enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=rips#k=rips o desde el Repositorio Institucional Digital RID.

Asi mismo, en la misma página 9 define la malla validadora como:

“Software malla de validación: corresponde a la validación que se hace en la solución informática de validación establecida de manera estándar por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, la cual debe utilizarse obligatoriamente antes de enviar los datos.

- 1. Que Nueva EPS recibe los RIPS en una plataforma web, realiza las validaciones normativas y vía correo electrónico a cada prestador cuando los RIPS presentados*

no superan dichas validaciones; cumpliendo así con lo establecido en la norma acerca de la retroalimentación a los prestadores de servicio.

Adjunto a este comunicado a manera de ejemplo, se relacionan retroalimentaciones realizadas por Nueva EPS a los prestadores.

2. *Que, una vez corregidas las inconsistencias por los prestadores y habiendo superado las validaciones normadas para la malla del Ministerio, Nueva EPS emite un consecutivo de cargue exitoso por cada RIPS recibido. Esta información se organiza, almacena y reporta periódicamente a la plataforma definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo las validaciones requeridas por las mismas.*

Es así como Nueva EPS realiza el control, seguimiento y validación de la información para garantizar la consistencia de los datos transferidos al MSPS y al Sistema Integral de información del SGSSS.

3. *Es importante precisar que, a la fecha, no se ha implementado una norma que permita glosar o devolver facturas por información inexacta, incompleta o imprecisa en términos de calidad de los RIPS. Por lo anterior, no es procedente ajustar el proceso de manera radical.*
4. *A raíz de todas las dificultades evaluadas con el MSPS, en el año 2022 se emite la Resolución 2275 que inicia su aplicación en el año 2024; donde plantea entre otros, un mecanismo de validación única, el cual conforme la “Transitoriedad”, se relaciona:*

Para la implementación de las disposiciones previstas en el presente acto administrativo este Ministerio:

- a) *Determinará el mecanismo único de validación, el cual certificará la estructura, contenido y relación de los datos.*
- b) *Elaborará un documento de lineamiento técnico para la generación, validación y envío de los RIPS como soporte de la factura.*
- c) *Determinará el mecanismo de transferencia de información. La forma de disposición de los datos del RIPS a las entidades responsables de pago y demás pagadores se realizará de acuerdo con lo definido por las partes. Se podrá direccionar la verificación y consulta de estos datos hacia la plataforma definida por el Ministerio.*
- d) *Dispondrá a las entidades territoriales del orden departamental y distrital, la información relacionada con los RIPS en cuanto a los servicios y tecnologías prestados a la población del área de influencia para la retroalimentación y soportes de registro y seguimiento.*
- e) *Adelantará sesiones de prueba, capacitación y acompañamiento con los participantes del Sistema de salud, en el que se integre la validación del RIPS y la información de la factura electrónica de venta en salud y sus notas crédito o débito y notas de ajuste, con la trazabilidad del proceso de reconocimiento y pago de la factura.*
- f) *Realizará un piloto del mecanismo de validación y transferencia de datos con los participantes del sistema. De esta resolución estamos a la espera de la reglamentación e implementación correspondiente.*

Así las cosas, desde la Nueva EPS estamos prestos a aportar en la construcción de un mecanismo de validación sólido y así garantizar una información de calidad”.

Pijaos EPS

Mediante oficio EPSI06-AGER-100-2024-055 del 10 de julio de 2024 responde la observación en los siguientes términos:

“Pijaos Salud EPSI tiene implementada la validación de datos registrados en los Rips a través de la oficina virtual, la cual expide un certificado de validación exitosa para aquellos registros que surten satisfactoriamente las validaciones pre-establecidas, sin embargo, se han evidenciado oportunidades de mejoramiento ya que la calidad de los datos allí registrados presentan diferencias entre lo soportado en las historias clínicas, las tarifas y el detalle de cargo de las facturas por concepto de estos servicios.

En este sentido y con el objetivo de contar con datos de mejor calidad, para el caso de la facturación modalidad evento, la EPSI realizaba la transcripción del detalle de tecnologías prestadas a los usuarios de la EPSI los cuales están reportados en la factura de venta o en el detalle de cargo para su posterior auditoria y pago según corresponda, logrando una mejor calidad de los datos en el sistema de información.

En cuanto a la diferencia de tarifas reportado en los rips es importante tener en cuenta algunos aspectos como:

- *Los prestadores diligencian un solo registro por la totalidad de una misma tecnología prestada, por ejemplo, en cups 931001 reportado como valor atípico de \$292.500, es por la cantidad total de 15 terapias, dando como valor unitario \$19.500; igual sucede con el cup 890374 reportado como valor atípico de \$614.800, es por la cantidad total de 23 terapias, se validan datos registrados en el sistema de información en el cual se registran cantidad total cups es de 23 y valor unitario \$122.960.*
- *Para el cup 890111 para los registros 2021 el mayor costo registrado es de \$85.513 y no de \$755.904 como se reporta en el informe.*
- *Persisten los errores de digitación por parte de los prestadores en cuanto el costo de la tecnología, datos que al validarlos contra el detalle de cargos adjunto a la factura difiere.*

Para el caso de los rips de la facturación bajo la modalidad de cápita, es importante tener en cuenta que la dinámica de esta modalidad de contratación es diferente, ya que el pago se debe realizar se haga o no se haga uso de estas tecnologías por parte de los usuarios, por consiguiente los valores que se registren en los Rips pueden presentar desviaciones como las encontradas por este Ente de Control, ya que el valor de la cápita es un valor mensual que depende del número de afiliados y la UPC capitada, modalidad que se emplea exclusivamente para los servicios de baja complejidad.

Ahora bien, gracias a la evolución tecnológica que se viene presentando en el Sistema de Salud el cual inicio con el hito de la expedición de la factura electrónica de venta en salud – FEVS en el año 2020, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social se ha venido legislando con el objetivo de alinear todos los datos del sector salud, en este caso los de las FEVS, Rips y flujo de recursos, se espera que a partir del 01 de octubre de 2024 inicie la aplicación de normas tan importantes en este sentido como son las resoluciones 2275 de 2023 mediante la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS, soporte

de la Factura Electrónica de venta – FEV en salud y se dictan otras disposiciones, dicha Resolución fue modificada por la 558 de 2024 en donde se amplía el plazo de aplicación; mediante estas normas cambia drásticamente el formato de reporte de Rips, se implementará un mecanismo único de validación de Rips proceso que quedará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social en las herramienta diseñada para tal fin y quien expedirá un código único de validación con el cual se certificara el cumplimiento de unas reglas de validación del rips en cuanto a estructura, contenido y relación de campos de los Rips.

Finalmente se resalta que Pijaos Salud EPSI a través del área de TIC viene desarrollando acciones que permitan la implementación de todos estos cambios normativos, así como también acciones para fortalecer y robustecer su sistema de información.

Análisis de las respuestas

Capital salud

Teniendo en cuenta la respuesta allegada por la entidad si bien es cierto una de las fuentes de la información para el cálculo de la suficiencia de la UPC son los RIPS, se identifica que, aunque existen procesos y procedimientos asociados a la verificación de la información y asociados la calidad de los datos, las debilidades en la depuración completa de la información persisten, y así es reportada al MSPS.

Así mismo, no lograr los reportes al 100% ajustados a los criterios normativos, han sido factores que han impactado la calidad, precisión y confiabilidad de la información proporcionada, por lo que en algunos casos son consideradas incluso más consistentes otras fuentes de información; sin embargo, esto no es óbice para el cumplimiento cabal de las normas vigentes y tampoco exime la utilidad de la información para los diferentes estudios técnicos y demás análisis en los que esta se requiere. De otra parte, Capital Salud, no allega soportes o evidencias suficientes para desvirtuar lo observado.

Famisanar EPS

Con respecto a la respuesta allegada por Famisanar EPS, frente a los datos reportados en los RIPS manifiesta que realiza la validación de la estructura de los datos radicados por los diferentes prestadores reportándoles las inconsistencias para ser subsanadas y radicadas nuevamente, pues la calidad y la completitud de la información es responsabilidad de los mismos; además, la entidad aclara que estos registros no pueden ser modificados o corregidos por parte de la EPS, puesto que esto puede llevar a implicaciones legales o sanciones, además considera que las falencias de calidad que se presentan en los reportes, serán solucionadas con la implementación de la Resolución 2275 de 2023 del MSPS.

Ahora bien, aunque existen procesos y procedimientos para verificación de la información, persisten las debilidades asociadas a la calidad y cantidad de los datos, razón por la cual no se desvirtúa lo observado.

Coosalud EPS

Frente a los datos reportados en los RIPS, Coosalud en su respuesta indica que la fuente primigenia de la información proviene de la factura radicada por la IPS y es claro que la EPS no es el generador primario del dato; adicionalmente expone que las EAPB no podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni en contenido ni en estructura, citando la Resolución 3374 de 2000 en su artículo sexto. Así las cosas, no se desvirtúa lo observado.

Pijaos Salud EPSI

La EPS no comparte la observación de la CGR, pero no allega soportes para aclarar la situación planteada por la CGR. Es importante resaltar que es responsabilidad de la EPS validar los datos entregados por las IPS y generar, con base en ellos, los respectivos pagos por la prestación de servicios de salud. Por lo anterior, la respuesta suministrada por la entidad no desvirtúa la observación.

Nueva EPS

Las diferencias encontradas en los RIPS según la Resolución 3374 del 2000 del MSPS obedecen a una inadecuada validación, organización y administración de los datos, generando incertidumbre en la consistencia de la información suministrada durante la cadena de valor para la generación de los reportes RIPS. Ahora bien, manifiesta en su argumento que están desarrollando plan de mejoramiento en la implementación de software, lo que se presume que dichas diferencias han persistido en vigencias anteriores. La información suministrada por la entidad carece de soportes los cuales fueron requeridos en la comunicación inicial, la respuesta a la observación no aclara lo hallado por la CGR.

MSPS

Si bien es cierto, el MSPS ha identificado las diferentes fallas en los reportes de información, implementa algoritmos de calidad, estrategias y ha legislado en pro de subsanar las debilidades de los reportes, incluso llevando a cabo la actualización de los RIPS, de manera que estos puedan interoperar con la información financiera y la facturación electrónica, con miras a la implementación del SIIFA; esto no desvirtúa lo observado durante el periodo auditado y hasta tanto no se subsanen y se ejecuten las acciones de mejora de manera completa, la observación de la CGR estaría vigente.

Conclusión

De lo anterior se concluye que, Capital salud EPS-S, Pijaos Salud EPSI, Nueva EPS, Famisanar EPS, Coosalud EPS y MSPS no aclararon ni sustentaron con soportes las diferencias encontradas entre los valores reportados en los RIPS y que deben ser validados por estas EPS antes de generar la información a través de la malla validadora dispuesta por el MSPS.

Por tanto, se valida el hallazgo administrativo.

4.3.4.3. Aplicación de la metodología para el cálculo de PM en las EPS de la muestra.

Para el cálculo de los presupuestos máximos, el MSPS a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, solicita a la OTIC (Oficina de Tecnología de la Información y la comunicación), los datos disponibles de la vigencia anterior registrados en el módulo de cierre de suministro, de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES, los cuales, son registrados por parte de las EPS o EOC (Entidades Obligadas a Compensar) y corresponden a las cantidades y el valor máximo de los suministros efectivos, identificando cada uno de los grupos relevantes (Medicamentos, procedimientos, servicios complementarios y Los alimentos de propósito médico especial –APME). El MSPS realiza la validación de información en cuanto a consistencia, oportunidad y cobertura.

Frente a los datos que se excluyen para el cálculo de Presupuestos Máximos, estos son:

- Registros que tienen errores de verificación de dominios de datos o en las validaciones cruzadas de campos.
- Registros de personas que tienen inconsistencia al validar con las bases poblacionales.
- Personas que tienen más de mil actividades en el año o que su gasto reportado en el año suma más de cien millones de pesos
- Conexión entre la dispensación de medicamentos e insumos con las prestaciones realizadas.
- Registros denominados duplicados día y año, que corresponden a servicios prestados a una persona, en una misma fecha.
- Registros que al comparar la persona con la base BDUa presenta en el reporte, diferente sexo y fecha de nacimiento.
- Registros que corresponden a servicios que se prestan una vez en la vida, pero aparecen más de una vez.
- Registros de medicamentos dispensados a una persona que puedan suponer dosis de toxicidad.
- Registros que puedan tener errores de reporte en valores, considerados como atípicos.
- Registros en los cuales no coincide la relación entre el CIE10 y el código CUPS.

Los datos inconsistentes en los grupos relevantes son consolidados en informes de monitoreo y entregados a las EPS para validación y ajuste antes de 31 de marzo de la vigencia, con el fin de que el reconocimiento contenga todas las prestaciones realizadas durante la vigencia fiscal anterior.

Así mismo, el valor identificado como inconsistente en recursos, se ajusta por los siguientes parámetros: -El precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y -El valor de la mediana del Unidad Mínima de Concentración de cada grupo relevante, comparado con el precio de referencia por comparación internacional.

Adicionalmente, se ajustan las cantidades que hacen referencia al concepto de IBNR "*gasto ya incurrido, pero no reportado*", que consiste en las prescripciones que por fecha han sido dispensadas al paciente, pero aún no han sido reportadas en MIPRES por los prestadores.

4.3.4.4. Publicación de información de flujo de recursos desde EPS hacia IPS, proveedores y otros por parte de la SNS para las vigencias auditadas.

La SNS a través de su portal WEB – Datos abiertos - pone a disposición de la ciudadanía en general el reporte de los saldo de las principales cuentas del estado de situación financiera y de resultados del Catálogo de información financiera de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, IPS, del régimen de excepción y especial, las Entidades de Medicina Prepagada (EMP) y Servicios de Ambulancia Prepagada y los Planes Voluntarios de Salud (CSV); como mecanismo para el acceso, uso y aprovechamiento de los datos generados en la gestión institucional.

4.3.4.5. Validación por parte de la SNS y del MSPS de datos reportados vs reportes de Circular 30 y reportes de la SNS (FT); alertas, indicadores o reportes generados a partir de la información de Circular 30 y FT de la SNS.

Hallazgo No. 16 Oportunidad en los requerimientos a los actores (Responsable SNS)

Criterios.

Constitución Política de 1991. "*Artículo 209. "La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado"*.

Ley 100 de 1993 "*Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)*"

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).”

Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:
(...)

b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

Artículo 40°. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

(...)

e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

(...)

Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

- a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*
- b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*
- d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*”

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach.⁸⁹

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.⁹⁰

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023.⁹¹

“El logro de un sistema de salud sólido y resiliente implica acciones de política que deben emprenderse sobre la base de la mejor evidencia disponible. Esto requiere el seguimiento regular de los sistemas de salud para aprovechar sus puntos fuertes y superar cualquier deficiencia manifiesta”.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.⁹²

⁸⁹ Consulta realizada en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

⁹⁰ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

⁹¹ Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

⁹² Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

“11. Garantizar que los mecanismos de ejecución ofrezcan respuestas apropiadas a todas las sospechas de infracciones de las normas de integridad pública por parte de funcionarios públicos y de todas las demás personas o entidades implicadas en las infracciones, en concreto:

(...)

b) promoviendo mecanismos para la cooperación y el intercambio de información entre los organismos, las entidades y los funcionarios respectivos (a nivel institucional, subnacional y nacional) para evitar duplicidades y lagunas, y para incrementar la rapidez y proporcionalidad de los mecanismos de aplicación.

c) fomentando la transparencia dentro de las entidades del sector público y de cara a los ciudadanos en relación con la eficacia de los mecanismos de aplicación y la resolución de casos, concretamente, elaborando datos estadísticos relevantes que respeten la confidencialidad y otras disposiciones jurídicas relevantes.

12 Reforzar el papel de la supervisión y control externos en el sistema de integridad del sector público, en concreto:

b) garantizando que los órganos de control, los organismos de reglamentación y aplicación y los tribunales administrativos, que sirven para reforzar la integridad pública, respondan a la información facilitada por terceros sobre sospechas de actuaciones ilícitas o conductas indebidas (como puede ser el caso de denuncias o alegaciones presentadas por empresas, trabajadores u otras personas físicas);

The United Republic of Tanzania, National Audit Office. Performance Audit Report on Controls of Payments made by NHIF to Accredited Healthcare Facilities.⁹³

“5.2 Audit Recommendations

5.2.2 Control Mechanisms on Claims Processed and Paid

2. Set control mechanisms which will ensure claims/folios are submitted for processing on real time upon service delivery;

[5.2 Recomendaciones de auditoría

5.2.2 Mecanismos de control sobre reclamaciones procesadas y pagadas

2. Establecer mecanismos de control que aseguren que los reclamos sean enviados para procesamiento en tiempo real al momento de la prestación del servicio]”.

Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas. Alcaldía Mayor de Bogotá.⁹⁴

(...) El seguimiento a las políticas públicas es una actividad que requiere de una estructura institucional que lo soporte, que le permita continuidad en el tiempo y que desarrolle sus componentes funcionales y operativos. Un sistema de seguimiento se debe entender como la arquitectura organizacional de la cual disponen las entidades públicas para medir el progreso de sus intervenciones, en atención a las necesidades y demandas ciudadanas en el marco del desarrollo y la implementación de las políticas públicas. Estas mediciones parten de contar con procesos continuos y sistemáticos basados en la presencia de indicadores (DNP, 2014).

⁹³ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de: <https://www.nao.go.tz/reports/view/performance-audit-report-on-controls-of-payments-made-by-nhif-to-accredited-healthcare-facilities>

⁹⁴ Disponible en:

https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_el_seguimiento_evaluacion_de_politicas_publicas.pdf

Todo sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados debe cumplir con cinco condiciones (Kusek & Rist, 2004), a saber: la apropiación, la administración, el mantenimiento, la credibilidad y la oportunidad.

La oportunidad consiste en tres aspectos: la frecuencia con la que se recolecta la información, la actualización de la información y la accesibilidad, es decir, la disponibilidad de la información para apoyar la toma de decisiones administrativas.

La credibilidad, por su parte, hace referencia a la validez y fiabilidad de la información que se cargue, se analice y se reporte en el sistema. Para ser creíble, un sistema de información tiene que informar acerca de los avances, pero también de los estancamientos y los resultados no deseados producidos por la intervención pública. En la medida en que el sistema de recolección de información sea estable y consistente a través del tiempo, es decir, si la medición de los indicadores es llevada a cabo del mismo modo cada vez, el sistema aumenta en confiabilidad”.

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.⁹⁵

“48. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluyendo la medición de los resultados de salud, de los servicios integrales de salud, así como de las inequidades y los determinantes sociales de la salud.

Es necesario garantizar la calidad e integralidad de los datos, que sean oportunos y confiables, lo que comprende la interoperabilidad con otras instancias, así como el desarrollo de indicadores que permitan el monitoreo y evaluación de la situación de salud, de la equidad y sus determinantes. Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”.

Condición

a. Oportunidad de las validaciones de los reportes a la SNS.

La SNS refiere que a partir de las acciones de inspección y vigilancia ha realizado requerimientos a las EPS, en virtud del análisis realizado a los reportes de la información financiera de los formatos FT003 – “Cuentas por Cobrar Deudores” y FT004 – “Cuentas por Pagar Acreedores” para las vigencias 2020 a 2022, para ello dispuso en archivo Excel, relación de los requerimientos realizados, encontrando el siguiente detalle:

Tabla No. 130
Detalle requerimientos SNS

⁹⁵ Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

Reportes vigencia	Cantidad requerimientos	Cantidad EPS	Formato
2020	21	19	FT003
2021	15	14	FT001, FT003 y FT004
2022	16	13	FT003 y FT004

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "4.2 FT003 Y FT004".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Respecto de los reportes de la vigencia 2020 (30/09/2020) se evidenció que, entre la fecha máxima del reporte realizado por las EPS y el requerimiento realizado por la SNS, el tiempo transcurrido oscila entre los 55 a 125 días, como se detalla a continuación:

Tabla No. 131
Detalle requerimientos SNS reportes 2020

EPS	Tiempo transcurrido (días)
A.I.C. EPSI	85
ALIANSA SALUD EPS S.A.	102
CCF - COMFACHOCO	65
CCF - COMFAGUAJIRA	92
CCF - NARIÑO	91
CCF - COMFASUCRE	63
COMFENALCO VALLE	91
COMPARTA EPS-S	73
COMPENSAR EPS	84
CONVIDA ESP-S	83
COOSALUD EPS S.A	56
EMSSANAR SAS	125
EPM	62
FAMISANAR EPS	90
FERRONALES	90
MUTUAL SER EPS	66
NUEVA EPS S.A.	83
PIJAOS EPSI	91
SALUD TOTAL EPS	77
SAVIA SALUD EPS	91
SURA	55

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "4.2 FT003 Y FT004".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En cuanto a la vigencia 2021, se evidenció el siguiente comportamiento, respecto de los requerimientos realizados por la SNS a las EPS, por la información reportada en los formatos FT003 y FT004:

Tabla No. 132
Detalle requerimientos SNS reportes 2021

EPS	Tiempo transcurrido (días)	
	Fecha de Reporte 31/03/2021	Fecha de Reporte 30/06/2021
A.I.C. EPSI	163	
ALIANSA SALUD EPS S.A.		61
CAJACOPI ATLÁNTICO		42
CCF - COMFACHOCO		27
CCF - COMFAGUAJIRA		68
COMFAORIENTE	154	
COMPENSAR EPS	118	63
CONVIDA ESP-S		27
EMSSANAR SAS		68

EPM		26
FERRONALES		72
MALLAMAS EPSI		27
SALUD TOTAL EPS		48
SANITAS	114	

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "4.2 FT003 Y FT004".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Respecto de la oportunidad en las validaciones realizadas por la SNS, se encontró que, frente al reporte de marzo de 2021, para las (4) EPS a las que se realizó requerimiento, pasaron más de cuatro meses. Y en cuanto al reporte de junio de 2021, de las (11) EPS, a cuatro de estas, se les requirió en menos de un mes, mientras que en los 7 restantes transcurrieron entre mes y medio a dos meses y medio para requerir a los reportantes.

Frente a la vigencia 2022, fueron relacionadas tres fechas de reporte, encontrando que los requerimientos frente a los datos reportados, se dieron en los siguientes plazos:

Tabla No. 133
 Detalle requerimientos SNS reportes 2022

EPS	Tiempo transcurrido (días)		
	Fecha de Reporte 30/06/2022	Fecha de Reporte 31/08/2022	Fecha de Reporte 31/12/2022
A.I.C. EPSI			169
ASMET SALUD S.A.S.	137		112
CAJACOPI ATLÁNTICO	117		
CAPRESOCA	137		240
CCF - COMFACHOCO	139		
COMFENALCO VALLE			194
COMPENSAR EPS	167		
DUSAKAWI	179		155
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA - CCF Sucre		42	
FAMISANAR EPS			87
FERRONALES	154		
MALLAMAS EPSI	169		
SANITAS			129

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "4.2 FT003 Y FT004".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Del reporte de junio, los tiempos oscilan entre los 4 a 6 meses, mientras que, del reporte de agosto, Dusakawi fue requerido mes y medio después del reporte. Por último, del reporte de diciembre, fueron requeridas (7) EPS, en un rango de 3 a 8 meses.

De acuerdo con lo reportado por la SNS, el comportamiento de los requerimientos realizados a las EPS reportantes, en las vigencias auditadas, fue el siguiente:

Tabla No. 134
 Relación tiempo de radicación vs requerimiento

Días transcurridos	Cantidad requerimientos	Porcentaje
1-30	4	7,69
31-60	5	9,62
61-90	18	34,62
91-120	10	19,23
121-150	5	9,62
151-180	8	15,38
181-210	1	1,92
211-240	1	1,92
Total	52	

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "4.2 FT003 Y FT004".

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Esta situación demuestra que las acciones adelantadas por la SNS no son realizadas de manera oportuna, encontrando que, de los 52 requerimientos realizados, un 82,69 % fueron realizados entre los 61 y 240 días posteriores al reporte de las aseguradoras.

Lo anterior, es de especial relevancia puesto que los datos reportados por las entidades corresponden a la información de cuentas por cobrar (FT003) y cuentas por pagar (FT004), siendo esta última, la que resulta de mayor incidencia en el flujo de recursos del SGSSS, por cuanto desde este reporte se puede validar el estado de la cartera de las EPS por conceptos, como la prestación de servicios de salud, insumos y medicamentos, administrativos, entre otros y se puede establecer el edad de la cartera reportada por la aseguradora.

En este sentido, la oportunidad en la validación de los datos reportados, reviste gran importancia para la SNS, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, especialmente en lo que concierne a su objetivo de velar por la eficiencia en la generación, flujo, administración, y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.

Causa

Ineficacia en las acciones de control adelantadas por la SNS, dada su inoportunidad en los requerimientos realizados a los actores que realizan el reporte. **(SNS)**

Efecto

No se generan acciones oportunas ante las inconsistencias en los reportes de las EPS, así como respecto de la ineffectividad en el flujo de recursos del SGSSS, teniendo en cuenta la información reportada de cartera con los prestadores de servicios de salud y la edad de la misma.

Respuesta de la Entidad.

La SNS da respuesta a la observación comunicada mediante oficio con radicado No. 2024EE0121790, a través de oficio del 08 de julio de 2024 radicado No. 20249000001379741, de la cual se cita lo siguiente:

“Al respecto se precisa que conforme lo establecido en el Sistema de Gestión de la calidad de la Superintendencia Nacional de Salud se documentaron Manuales por proceso, en tal sentido, mediante el manual de operación seguimiento de indicadores financieros para habilitación y permanencia correspondiente al proceso seguimiento y evaluación al vigilado, se establecen las políticas y tiempos para la verificación de la información reportada por las entidades vigiladas y los tiempos para realizar los requerimientos, así:

Numeral 1. Políticas de operación, Ítem 6 (...)

1. Semestralmente se envía requerimiento de oportunidad, calidad y/o consistencia de información a las entidades promotoras de salud (EPS) y las entidades adaptadas en salud (EAS) de acuerdo con las indicaciones que defina la dirección de inspección y vigilancia para entidades de aseguramiento.

(...) Numeral 4.1 Disponer la información, ítem 2

(...)“Una vez las entidades promotoras de salud (EPS) y las entidades adaptadas en salud (EAS) hayan reportado la información financiera, el profesional especializado del grupo interno de trabajo de inspección y vigilancia financiero debe validar que los archivos tipo cuenten con la calidad suficiente y cumplan con los criterios exigidos por la Circular Externa 016 de 2016.”

(...) Numeral 4.2 Requerimientos de oportunidad y de Calidad y consistencia de la información

(...) En caso de que el profesional especializado del grupo interno de trabajo de inspección y vigilancia financiero identifique problemas de calidad y consistencia en la información financiera reportada, debe proyectar oficio en el cual se solicita a la entidad emitir las explicaciones respecto de las inconsistencias identificadas.

(...) En este contexto y atendiendo a lo indicado por la Contraloría General de la República respecto de la oportunidad de las acciones de Inspección y Vigilancia ejercidas por esta Superintendencia, a saber: “las acciones adelantadas por la SNS son realizadas de manera inoportuna, encontrando que, de los 52 requerimientos realizados, un 82,69 % fueron realizados entre los 61 y 240 días posteriores al reporte de las aseguradoras.(Pág. 10)”, se precisa que los requerimientos realizados a los vigilados se envían atendiendo a los tiempos mencionados.

Adicionalmente se indica que, en el marco de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control, la información reportada por los vigilados es verificada oportunamente con el objetivo de realizar conceptos técnicos, contestación de derechos de petición de ciudadanos, respuesta a Entes de Control, mesas de flujo de recursos, mesas de contratación, informes, fichas técnicas, indicadores, presentaciones ante las comisiones séptima de congreso y/o requerimientos intermedios a los vigilados cuando se generan alertas. (...)

Por lo expuesto, se solicita respetuosamente retirar la observación presentada, ya que se ha demostrado a lo largo de la auditoría las actuaciones de inspección y vigilancia frente al flujo de recursos.

Teniendo en cuenta la observación realizada por la Contraloría General de la República respecto de la no relacionaron informes, indicador, estadística o reporte generado a partir de la información reportada en los archivos tipo, relacionados en la Tabla denominada “Relación Formatos Vs Informes” (Pág.11), reportados por las entidades vigiladas, en la tabla N°1 se indica la finalidad de cada uno de los archivos (...)

Respecto de los archivos TIPO FT012, FT013, FT014, FT015 y FT016 es de resaltar que aplican en este caso a las entidades en proceso de liquidación; las cuales deben reportar mediante la plataforma nRVCC entregan información financiera complementaria con fines de supervisión y se considera improcedente la afirmación sobre la “ineficacia en las acciones de control adelantadas por la SNS, dada su inoportunidad en los requerimientos realizados a los actores que realizan el reporte. (SNS)” (...)

De esta forma y con estos elementos la Superintendencia Nacional de Salud realiza funciones de seguimiento a la actividad los liquidadores y contralores velando por el cumplimiento de los principios y normas que rigen los procesos liquidatarios, la conformidad de sus actos con los principios de la función administrativa y la rendición de cuentas; para lo que se revisa, analiza y procesa la información reportada por cada proceso de liquidación como insumo para la toma decisiones en ejercicio de las acciones, actividades y atribuciones de nuestra competencia funcional en pro de superar aquellas situaciones críticas o irregulares en la ejecución de los procesos de liquidación en beneficio de los derechos de los acreedores y demás interesados.

En las bases de datos de la Superintendencia Nacional de Salud están disponibles los reportes periódicos realizados por los liquidadores y mediante el sistema de gestión documental se han hecho llegar los requerimientos de ampliación o aclaración de información complementaria. De manera similar y como parte de la labor de seguimiento e inspección se realizan visitas de seguimiento en campo a manera de auditoría para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual reportes de los cuatro componentes de la liquidación.

Los reportes de complementarios solicitados a los procesos de liquidación, esto es: reporte en nRVCC, requerimiento expreso o inspección documental son objeto de procesamiento, consolidación y análisis para evidenciar el desarrollo de cada proceso y justificar la acertada actuación al requerir y trasladar actuaciones de los liquidadores o sugerir en recomendación al despacho sobre prórrogas, suspensiones, reaperturas de liquidaciones y participar en las discusiones que se den al respecto a la ejecución de liquidaciones.

Así las cosas, en el marco del ejercicio de las competencias establecidas en el Decreto 1080 de 2021, la Superintendencia realiza el seguimiento al flujo de recursos a partir de toda la información recaudada; motivo por el que respetuosamente se solicita eliminar la observación presentada”.

Análisis de respuesta

En cuanto a la oportunidad en los requerimientos realizados por parte de la SNS, la misma aduce que cuenta con Manuales por proceso, en los cuales se establecen los tiempos para realizar los requerimientos, haciendo referencia al seguimiento de indicadores financieros para habilitación y permanencia. Al respecto, cita algunos apartes en los cuales se indica que de manera semestral se envía requerimiento sobre oportunidad, calidad y consistencia de la información. Sin embargo, no es claro que este manual, sea aplicable también, al reporte de los formatos FT003 – “*Cuentas por Cobrar Deudores*” y FT004 – “*Cuentas por Pagar Acreedores*”, resaltando que el Manual no fue allegado como soporte de la respuesta de la entidad y que de manera puntual la observación hacía referencia a estos archivos tipo.

Adicionalmente la SNS, refiere que la información es verificada de manera oportuna para realizar *conceptos técnicos, contestación de derechos de petición de ciudadanos, respuesta a Entes de Control, mesas de flujo de recursos, mesas de contratación, informes, fichas técnicas, indicadores, presentaciones ante las comisiones séptima de congreso y/o requerimientos intermedios a los vigilados cuando se generan alertas*. Sin embargo, no establece de manera puntual frente a las situaciones observadas y respecto de los Formatos FT003 y FT004, en las vigencias auditadas, que acciones efectuó, en que tiempos lo realizó y tampoco proporcionó soportes de dichas diligencias.

Por lo anterior, la situación observada frente a la inoportunidad en los requerimientos realizados, no fue desvirtuada y se valida como hallazgo.

En cuanto a la utilización de los archivos FT, la SNS relaciona tabla en la que indica la finalidad de los archivos FT002, FT009, FT010 y FT011, en la que se observa que la entidad indica el propósito y utilidad de los datos reportados. Al respecto, fueron proporcionados los informes de condiciones financieras desde la vigencia 2015 hasta marzo de 2024, como soporte de la utilización del formato FT011. Así mismo, fueron proporcionados requerimientos a las EPS, respecto de la publicación de Estados Financieros, en virtud del FT002.

Adicionalmente, fueron allegados (27) archivos con los requerimientos realizados, frente a diferentes formatos FT, dentro de estos los relacionados con los procesos liquidatorios (FT012, FT012, FT013, FT014, FT015 y FT016).

Por lo anterior, dado que la entidad proporcionó los soportes que permiten evidenciar que la información reportada por las EPS, en los archivos FT, es analizada, se requiere a las entidades y presenta utilidad para el ejercicio de las funciones de la SNS, se desvirtúa lo observado.

4.3.4.5. Análisis Base de datos de MIPRES de las vigencias 2020, 2021 y 2022. – Precios de las tecnologías.

Hallazgo No. 17 Variación de precios tecnologías en Salud (Responsables MSPS y EPS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud ⁹⁶ y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

*“(…) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan.*

(…)

Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023)⁹⁷.

“(…) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño

⁹⁶ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

⁹⁷ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras). ”

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud ⁹⁸.

“(…)

Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema (…)”

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023⁹⁹, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado *“(…) Implementar un programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos (…)”*.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública ¹⁰⁰.

“(…) Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (…)”

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”.

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

98 Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

99 Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

100 Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*

Ley 610 de 2000 “Artículo 3o. Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...).”

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 *Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.*

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna”.

Condición

Conforme a la información reportada por el MSPS frente a la Base MIPRES de las 5 EPS de la Muestra (Pijaos EPS, Coosalud EPS, Capital Salud EPS, Famisanar EPS, Nueva EPS) del 2020 al 2022, dentro de la cual se registran los suministros de las prescripciones de tecnologías no cubiertas con la UPC (No UPC) y con pago a través de Presupuestos Máximos, se identificaron variaciones de precios significativas en la misma tecnología cuando se establecen a valores unitarios, conforme a los campos “SM_ValorEntregado” y “SM_CantTotEntregada”.

En este análisis se evidenciaron variaciones de precios tomando el valor mínimo y máximo registrado en la base de datos, presentándose diferencias entre los precios de hasta el 96% entre los valores piso y techo observados, tal como se relaciona a continuación:

Tabla No. 135
 Variaciones de precios – NUEVA EPS “SM ValorEntregado” en comparativo de valor unitario
 Cifras en COP

Descripción Tecnología No UPC	Mín. de Valor Unitario	Máx. de Valor Unitario	Diferencias
FEIBA 1000U	2.355.300	77.724.900	75.369.600
SOLIRIS ® 300 MGSOLUCION PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA	6.729.138	41.028.093	34.298.955
HEMLIBRA® 150 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE	11.716.000	45.927.006	34.211.006
VPRIV ®	3.243.790	29.194.110	25.950.320
DALVEOL 20 MCG/MLSOLUCION INYECTABLE	22.059	24.525.040	24.502.981
FEIBA 500 U/20 ML	1.217.500	17.394.884	16.177.384
CYRAMZA®	1.079.803	13.649.101	12.569.298
STELARA® 45 MG/0.5 ML	8.662.029	18.937.804	10.275.775
KEYTRUDA® 100 MG	3.839.312	12.480.346	8.641.034
SKYRIZI ®	96.105	8.458.343	8.362.238

Fuente: MSPS (2023) BD MIPRES

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 136
 Variaciones de precios –Famisanar EPS “SM ValorEntregado” en comparativo de valor unitario
 Cifras en COP

Descripción Tecnología No UPC	Mín. de Valor Unitario	Máx. de Valor Unitario	Diferencias
EYLIA® SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVÍTEA	2.298.800	29.184.310,00	26.885.510
BRINEURA®	20.707.772	41.223.722	20.515.950
TISSEEL LYO	2.099	20.098.924	20.096.825
XGEVA® 120 MG/1.7 ML	265.408,75	19.999.552,00	19.734.143
HEMLIBRA® 150 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE	6.919.771	24.776.238	17.856.468
PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 1G/100ML SOLUCION PARA INFUSION	10	16.000.000	15.999.990
SYMBICORT TURBUHALER (R) 160/4.5/MCG/DOSIS	864,00	15.429.624,00	15.428.760
SPINRAZA ®12 MG SOLUCION INYECTABLE	256.091.616	270.483.964	14.392.348
ILARIS® SOLUCIÓN INYECTABLE 150 MG/ ML	27.306.530,00	39.899.156,00	12.592.626
STRENSIQ® 40 MG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCION	3.866.747	15.466.988	11.600.241

Fuente: MSPS (2023) BD MIPRES

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 137
 Variaciones de precios – Coosalud EPS “SM ValorEntregado” en comparativo de valor unitario.
 Cifras en COP

Descripción Tecnología No UPC	Mín. de Valor Unitario	Máx. de Valor Unitario	Diferencias
VIMIZIM® 1MG/ML SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INFUSIÓN	645.827	166.069.920	165.424.093
LUMIGAN® RC	390	72.191.517	72.191.127
SOLIRIS® 300 MGSOLUCION PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA	1.345.828	53.833.104	52.487.276
DARZALEX 20 MG/ML	577.967	52.474.490	51.896.523
OPDIVO®100MG/10ML	214.410	50.513.360	50.298.950
ILARIS® SOLUCIÓN INYECTABLE 150 MG/ ML	5.319.454	37.936.103	32.616.649
SIMPONI® SOLUCIÓN INYECTABLE 50MG	7.046	29.477.240	29.470.194
IMBRUVICA® CAPSULAS 140MG	6.000	28.957.800	28.951.800
EYLIA® SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVÍTREA	93.991	27.819.740	27.725.749
TAGRISSO® 80 MG.	870.065	27.015.780	26.145.715

Fuente: MSPS (2023) BD MIPRES

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 138
Variaciones de precios – Capital Salud EPS “SM ValorEntregado” en comparativo de valor unitario
Cifras en COP

Descripción Tecnología No UPC	Mín. de Valor Unitario	Máx. de Valor Unitario	Diferencias
ELAPRASE®	7.920	53.967.276	53.959.356
ADENOSINA 6MG / 2 ML SOLUCION INYECTABLE	14.371	48.004.538	47.990.167
CRYSVITA® SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN 20 MG/ML	13.676.031	45.635.384	31.959.353
PANHEMATIN® POLVO ESTERIL LIOFILIZADO PARA INYECCIÓN 350 MG/ VIAL	22.066.678	46.436.000	24.369.322
REVLIMID® 15 MG CAPSULAS	644	16.560.663	16.560.019
YERVOY®5 MG /ML SOLUCION INYECTABLE PARA INFUSION INTRAVENOSA	13.991	14.217.425	14.203.434
NOFLO® LINDE	3.970	13.835.789	13.831.819
VIMIZIM® 1MG/ML SOLUCIÓN CONCENTRADA PARA INFUSIÓN	2.768	13.676.031	13.673.263
KEYTRUDA® 100 MG	12.282	12.480.346	12.468.064
CRYSVITA® SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN 30 MG/ 1ML	24.072.666	36.109.000	12.036.334

Fuente: MSPS (2023) BD MIPRES

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 139
Variaciones de precios – Pijaos Salud EPSI “SM ValorEntregado” en comparativo de valor unitario
Cifras en COP

Descripción Tecnología No UPC	Mín. de Valor Unitario	Máx. de Valor Unitario	Diferencias
TISSEEL LYO	621.373	2.925.257	2.303.884
ONCASPAR®3750 UI	5.443.050	7.235.351	1.792.301
DARZALEX 20 MG/ML	5.070.268	6.265.967	1.195.699
INVANZ®	160	1.117.900	1.117.740

Descripción Tecnología No UPC	Mín. de Valor Unitario	Máx. de Valor Unitario	Diferencias
EIPROT®	1.823.574	2.500.000	676.426
EYLIA® SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVÍTEA	2.819.740	3.250.000	430.260
DAXIM® 2.5 MG / ML	2.114.460	2.516.100	401.640
AZACYT®	546.250	914.000	367.750
ZAVICEFTA	417.933	769.396	351.463
HUMIRA® AC	719.773	1.059.360	339.587

Fuente: MSPS (2023) BD MIPRES

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Dentro del análisis, también se observó la existencia de registros frente a la cantidad suministrada total, con valor cero o en cifras con decimales, datos que difieren de las presentaciones comerciales de los productos farmacéuticos y afines, conforme a las reportadas en las bases de datos del INVIMA¹⁰¹.

Adicionalmente, dentro de las diferencias observadas se identifican valores que no corresponden a los acordados dentro de los anexos contractuales de las EPS con los prestadores o proveedores entre las vigencias 2020, 2021 y 2022.

Causa

Deficiencias tanto en el registro de las cantidades totales entregadas por la prescripción, siendo inconsistentes con las unidades de empaque de las tecnologías en salud No UPC, como en los valores de las tecnologías y debilidades en los procesos de validación de esta información por parte de las EPS. **(Responsable: EPS).**

La inexistencia de controles o sistemas de alerta en el Aplicativo MIPRES, que identifiquen los registros de tecnologías en salud No UPC con valores de suministros que no corresponden a los negociados por parte de los proveedores y EPS y errores en el registro de cantidades de suministro y valores de la presentación comercial entregada. **(Responsable: MSPS)**

Efecto

Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGGSS por el reconocimiento por una misma tecnología No PBS de precios con diferencias significativas en una misma EPS y vigencia y contravención del principio de economía; lo cual puede afectar el flujo de recursos hacia prestadores.

¹⁰¹ Ver archivo en Excel denominado *Registro Diferencias valor suministro.xlsx* para cada EPS de la muestra.

Distorsión de la información de mercado e incertidumbre en el valor de las tecnologías No UPC que se toma como base para el cálculo de presupuestos máximos.

Respuesta de las entidades

Respuesta Pijaos Salud EPSI

Mediante oficio AGER-100-2024-055 en respuesta al oficio 2024EE0122840, da respuesta a la observación de la siguiente manera:

“Conforme a lo reportado en la base MIPRES emitida por la Contraloría general de la Nación de las TOP diez tecnologías NO cubiertas por la UPC que presentaron diferencias entre los precios de hasta el 96% según tabla proyectada y emitida por el ente, se indica que de acuerdo al, "Artículo 2.5.3.4.1.1. del Decreto 441 de 2022, Objeto: El presente capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, y establecer mecanismos de protección a los usuarios". Por ende, se indica que el acuerdo voluntades regula las tarifas pactadas y acordadas entre las partes.

Es importante manifestar que los valores varían de acuerdo al nivel de complejidad de las IPS, E.S.E. y/o proveedores de servicios de tecnologías en salud, como se evidencia en la tabla suministrada por la Contraloría general de la Nación, las E.S.E empresas sociales del estado mediante resoluciones internas regulan las tarifas de algunos servicios, medicamentos e insumos están no median una negociación. En caso de las entidades privadas, estas ofertan sus servicios mediante tarifas propias negociadas y de acuerdo entre las partes.

De igual forma se socializa conforme al Decreto 2423 de 1996 MANUAL TARIFARIO SOAT hoy en día Decreto 2644 de 2022 (SOAT UVT), esto aplica para servicios en salud, dando cumplimiento a la norma. "ARTÍCULO 1: CAMPO DE APLICACIÓN: El presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y /os demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Que de conformidad con el numeral 1Oo. del artículo 172 de la Ley 100 de 1993, corresponde como función al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, recomendar el régimen y los criterios que se deben adoptar por parte del Gobierno Nacional, para establecer las tarifas de /os servicios prestados por las entidades hospitalarias". Es decir, para los prestadores No red facturan a tarifa SOAT vigente y/o tarifas propias.”

Análisis Respuesta Pijaos Salud EPSI

La EPS dentro de la respuesta no explica las diferencias de precio existentes entre los medicamentos y tecnologías reportadas, indicando que no media negociación en medicamentos e insumos.

Respuesta Famisanar EPS

Mediante oficio 1511821 Famisanar da respuesta a la observación de la siguiente manera:

“Al realizar las validaciones correspondientes podemos observar que la inconsistencia notificada solo se presentó en el reporte de entrega que es generado por las IPS y/o los prestadores y que la información registrada difiere del valor efectivamente facturado por lo que se da explicación para cada caso así:

I. Para la tecnología EYLIA® SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVÍTREA el valor mínimo enviado en el oficio por valor \$2,298,800 corresponde al valor regulado para este servicio y no presenta desviación alguna, mientras que el valor máximo reportado por valor de \$29,184,310 corresponde al Mipres 20210408152027085626-M-1-1 con ID 52981139, pero al validar el valor efectivamente facturado y cobrado se encuentra que es de 2,918,431 por lo que solicita aclaración al proveedor quien confirma que el valor facturado es correcto y que el reportado en la transacción 9 presentaba un error que es ajustado igualándolo al valor efectivamente facturado de \$2,918,431. Se adjunta soporte en donde se evidencia que el prestador facturó y cobró fue de \$2,918,431 y no \$29,184,310.

Para la tecnología BRINEURA® una vez validada la base de datos para los años 2020, 2021 y 2022, no se encontraron registros con la variabilidad que refieren del valor mínimo de \$ 20,707.772 y un máximo de \$41,223,722 tal como se indica en el oficio. Se adjunta \ archivo Excel, en donde se encuentran los registros reportados a lf)V fecha para los periodos indicados y los cuales cumplen con los valores de regulación.

Para la tecnología TISSEEL LYO el valor mínimo enviado en el oficio por valor \$2,099 no fue encontrado en las bases analizadas, por lo que se considera ajustado. Para el caso con valor máximo de \$20,098.924 corresponde al MIPRES 20210416173027241657-M-1-1 con ID 53188928, pero al validar el valor efectivamente facturado corresponde a \$2,098,924 y que se encuentra dentro del valor regulado. Por lo que se solicitó aclaración al proveedor quien confirmó que el valor facturado es correcto y que el reportado en la transacción presentaba un error el cual fue ajustado. Se adjunta soporte en donde se evidencia que el prestador facturó y cobró fue el valor de \$2,098,924.

Para la tecnología XGEVA® 120 MG/1.7 ML una vez validada la base de datos para los años 2020, 2021 y 2022, no se encontraron registros con la variabilidad que refieren del valor mínimo de \$ 265,408.75 y un máximo de \$19,999,552 tal como se indica en el oficio. En el siguiente cuadro se describen los valores encontrados en la base de datos MIPRES durante la vigencia 2020 a 2022 y la totalidad de los reportes se encuentran dentro de los valores regulados por la normatividad.

Para la tecnología XGEVA® 120 MG/1.7 ML una vez validada la base de datos para los años 2020, 2021 y 2022, no se encontraron registros con la variabilidad que refieren del valor mínimo de \$ 265,408.75 y un máximo de \$19,999,552 tal como se indica en el oficio. En el siguiente cuadro se describen los valores encontrados en la base de datos MIPRES durante la vigencia 2020 a 2022 y la totalidad de los reportes

Expediente Sanitario	Cons ecutivo	Termino	Unidad/ Medida	Cantidad	Descripción
20135003	1	0247	Unidad {s}	1	Caja por 1 vial de vidrio que contiene 1 ml de solución inyectable equivalente a 150 mg de Emicizumab
20135003	2	0247	Unidad {s}	1	Caja por 1 vial de vidrio que contiene 0,7 ml de solución inyectable equivalente a 105 mg de Emicizumab
20135003	3	0247	Unidad {s}	1	Caja por 1 vial de vidrio que contiene 0,4 ml de solución inyectable equivalente a 60 mg de Emicizumab

Por lo anterior se justifica la variabilidad en el valor porque dependen del tamaño del envase.

Para la tecnología PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 1G/100ML SOLUCION PARA INFUSION se encuentran que el valor mínimo reportado de \$10 corresponde al MIPRES 20200620131019946483-M- 1-1 con ID 37005552, pero al validar el valor efectivamente facturado se encuentra que corresponde a \$23.410 por lo que solicita aclaración al proveedor quien confirma que el valor facturado es correcto y se encuentran dentro de los valores regulados por la normatividad.

el reportado en la transacción 9 presentaba un error que es ajustado igualándolo al valor efectivamente facturado de \$23,088 como se evidencia en el soporte anexo.

El caso reportado con valor máximo de \$16,000,000 corresponde al MIPRES 20210308172026522011-M-1-1 con ID 55671134 que al validar el valor facturado se encuentra que tiene un costo de \$23,410 por lo que se reporta al prestador para que verifique y ajuste la información del valor facturado versus el reportado en el reporte de entrega. Así mismo, cabe aclarar que el valor facturado y pagado para este servicio fue de \$23,410 y no \$16,000,000, tal como se evidencia en la siguiente factura.

Para la tecnología SYMBICORT TURBUHALER (R) 160/4.5/MCG/DOSIS donde refieren un menor valor de \$ 864 se encuentra registrado en el MIPRES 20200206182017283247-M-1-2 con ID 19953796 pero que al validar no corresponde al medicamento SYMBICORT TURBUHALER (R) 160/4.5/MCG/DOSIS, que el medicamento efectivamente prescrito por el profesional tratante, prestado y facturado por el proveedor fue el medicamento [EZETIMIBA] 10mg/IU [SIMVASTATINA] 20mg/1U(VYTORIN), ante la inconsistencia del registro se notifica al proveedor quien valida los soportes y realiza el ajuste correspondiente quedando con el código del servicio [EZETIMIBA] 10mg/IU ; [SIMVASTATINA] 20mg/1U (VYTORIN) y se encuentra dentro del valor regulado por circular.

Relacionado con el caso de máximo valor \$15,429,624 se encuentra que corresponde al MIPRES 20200506125018857880-M-1-1 con ID 61606741 que al validar con la facturado se evidencia que el valor efectivamente facturado y cobrado corresponde a \$262,320 por lo que solicita aclaración al proveedor quien confirma que el valor facturado error que es ajustado igualándolo al valor efectivamente facturado tal como se encuentra en el soporte de la factura.

Para la tecnología SPINRAZA ®12 MG SOLUCION INYECTABLE a pesar de las diferencias reportadas en el documento, no se evidencian inconsistencia en los valores reportados por los prestadores pues estos son los precios contratados para las vigencias 2020-2021-2022 y los cambios corresponden a los ajustes que se realizaron por las diferentes circulares regulatorias, en ningún caso se supera el valor regulado.

En el análisis realizado del valor mínimo reportado por \$256.091.616 este se encontraba contratado así hasta el 24-09-2022, pero por actualización del precio regulado a partir del 25-09-2022 pasó a \$270.483.964. Las entregas fueron realizadas posterior a esta fecha, por tanto, se ajustan al valor de regulación

Para la tecnología ILARIS® SOLUCIÓN INYECTABLE 150 MG/ ML a pesar de las diferencias reportadas en el documento, no se evidencian inconsistencia en los valores reportados por los prestadores, los precios Si reportados corresponden a los efectivamente contratados para la Formavigencias 2020-2021-2022 y las diferencias corresponden a los ajustes que han tenido en las diferentes circulares regulatorias.

Para el valor mínimo reportado de \$27.306.530 se evidencia que corresponde al valor del medicamento en ámbito ambulatorio, donde gracias a la gestión de contratación se pueden tener varios proveedores y disminuir el precio frente al tope de regulación, mientras que el caso con valor máximo de \$39.899.156 corresponde a un servicio hospitalario con menor maniobra de contratación porque el paciente ya se encuentra hospitalizado sin oferta de red para el traslado, en estos casos las IPS toman el valor de regulación más la intermediación para contratar.

CODIGO	DESCRIPCION_MAPIISS	CIRCULAR 10 Y 11 CON INTERMEDIACIÓN DESDE 27-03-2020 HASTA 03/10/2021	CIRCULAR 12 CON INTERMEDIACION DESDE EL 04-10-2021 HASTA 24-09-2022	CIRCULAR 13 CON INTERMEDIACIÓN DESDE 25-09-2022
20135091-2	CANAKINUMAB (ILARIS) 150MG/ML SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA POR 1 ML	\$ 39,263,867.64	\$ 39,899,157.36	\$ 42,141,490.00

Para la tecnología STRENSIQ® 40 MG/ML SOLUCIÓN PARA INYECCION, el valor mínimo enviado en el oficio por valor \$3,866,747 corresponde al valor regulado para este servicio y no presenta desviación alguna, mientras que el valor máximo reportado de \$15.466.988 corresponde al MIPRES 20211118117031538905-M-2-3 con ID 66739050, el cual presenta una inconsistencia en la cantidad reportada porque el valor reportado equivale a 12 ampollas y no a 3 como aparece. Se valida en cuentas médicas y este caso hasta la fecha no ha sido facturado, tampoco existe algún radicado cobrando este

servicio. Se solicita al proveedor que revise el caso y verifique la inconsistencia ajustada al valor correcto de \$3.866. 747, si hubiese lugar”.

Análisis Respuesta Famisanar EPS

La EPS reconoce que existe una diferencia entre la información reportada en el reporte de entrega y lo efectivamente facturado. Revisados los valores de las tecnologías presentadas se identifica que estas están dentro de los valores de regulación de precios (cuando aplique), sin embargo, el reporte que se está cargando por parte de los prestadores contiene errores que no son corregidos ni validados por la EPS, lo cual genera una distorsión en el valor de cálculo de la tecnología en salud no financiada con la UPC, por lo cual la metodología de cálculo de presupuestos máximos puede verse afectada.

Respuesta Nueva EPS

Mediante oficio P-131-2024, la nueva EPS da Respuesta requerimiento - 2024EE0117024 - Tercera comunicación de observaciones y conclusiones Auditoria de Desempeño al Flujo de Recursos del SGSSS, vigencias 2020, 2021 y 2022.

En el punto F Análisis Base de datos de MIPRES de las vigencias 2020, 2021 y 2022. - Precios de las tecnologías. Establece la siguiente condición: "Conforme con la información reportada por el MSPS Frente a la Base MIPRES de las 5 EPS de la Muestra (Pijaos EPS, Coosalud EPS, Capital Salud EPS, Famisanar EPS, Nueva EPS) del 2020 al 2022 dentro de la cual se registran los suministros de las prescripciones de tecnologías cubiertas con la UPC (No UPC) y con pago a través de Presupuestos Máximos. se identificaron variaciones de precios significativas en la misma tecnología cuando se establecen a valores unitarios, conforme a los campos "SM_ValorEntregado" y SM_CantTotEntregada".

Revisado el informe de auditoría referenciado y validando con la segunda base entregada por la Contraloría General de la República como complemento solicitado por NUEVA EPS para poder identificar dentro de la base MIPRES los datos de la prescripción, datos del usuario, entidad prestadora, tecnología (principio activo), cantidad entre otros, para el caso de medicamentos se concluye:

Diferencias por cantidad: Se evidencia que el cálculo de la brecha entre el valor máximo y mínimo registrado en la base de datos se obtuvo por parte del equipo auditor, realizando de manera directa el cociente entre el valor de suma entregado y la cantidad, lo cual induce un posible error al desconocer la unidad de medida que el prestador utiliza como unidad mínima. Como ejemplo ilustrativo un gestor reporta cantidad (1) haciendo referencia a una caja con valor \$1.000 y otro prestador reporta esta misma tecnología y cum por cantidad (30) haciendo referencia a 30 tabletas con valor \$1.000. Los casos aleatorios de la validación tomados con base en el Pareto reportado en el informe oficial de la Contraloría, se adjuntan como anexo de esta revisión y contiene las descripciones, imágenes del swagger y facturas. Anexo técnico pregunta 4 punto F.

Diferencias por volumen: Se evidencia que el cálculo de la brecha entre el valor máximo y mínimo registrado en la base de datos se obtuvo por parte del equipo auditor, realizando de manera directa el cociente entre el valor de suma entregado y la cantidad, lo cual en el caso de los viales o soluciones que además de requerir una validación del DCI en términos de principio activo, concentración y forma farmacéutica, requieren incluir la variable "volumen" del vial. En este caso se encontró que al agrupar por CUM sin tener en cuenta el expediente, se comparan soluciones cuyo principio activo, concentración y forma farmacéutica son las mismas, pero difieren en su volumen (Cyramza vial por 10ml vs vial por 50ml). Los casos aleatorios de la validación tomados con base en el Pareto reportado en el informe oficial de la Contraloría, se adjuntan como anexo de esta revisión y contiene las descripciones, imágenes del swaggar y facturas. Anexo técnico pregunta 4 punto F.

En el caso de los servicios complementarios correspondientes a ALOJAMIENTO, HOSPEDAJE Y ALBERGUE (104), TRANSPORTE AMBULANCIA NO CUBIERTO POR EL PBS-UPC (149), TRANSPORTE AMBULATORIO DIFERENTE A AMBULANCIA NO PBS-UPC (150), TRANSPORTE NO AMBULANCIA (151). TIQUETES AÉREOS (152) y VIATICOS (155) se procedió a la validación de los registros reportados encontrando:

CÓDIGOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. Actualmente los códigos de servicios complementarios en MIPRES, corresponden a códigos "genéricos", los cuales no permiten especificar el tipo de servicio a prestar en función de la distancia, el origen y destino, o el tipo de transporte. Esta falta de especificidad incide en que se perciba variabilidad, dado que desde la codificación no se contemplan las características en la prestación de este tipo de servicios, por lo que eventualmente no se permite una evaluación precisa y detallada de los servicios proporcionados, en términos de la variabilidad, por ende para los SERVICIOS COMPLEMENTARIOS mencionados, no se contemplan los elementos necesarios para soportar la deficiencia en el registro de las cantidades totales entregadas por la prescripción, ni debilidades en los procesos de validación de esta información por parte de las EPS.

TRANSPORTE AMBULANCIA NO CUBIERTO POR EL PBS-UPC (149), TRANSPORTE AMBULATORIO DIFERENTE A AMBULANCIA NO PBS-UPC (150), TRANSPORTE NO AMBULANCIA (151) y TRASLADOS Y TIQUETES AÉREOS. En consideración a lo descrito en el numeral anterior, y para el caso de los servicios de TRANSPORTE, la variabilidad en el valor unitario se influye por a) El tipo de transporte a proveer, este puede ser AEREO, TERRESTRE y/o TRANSPORTE ESPECIAL. b) El origen y destino del afiliado, elemento esencial y común variación respecto de las condiciones de la infraestructura vial, la demanda estacional de transportes y las condiciones climáticas. Y c) La contratación con los proveedores de transportes, los cuales pueden variar desde el suministro de TRAYECTOS ESPECÍFICOS, lo cual es común para los transportes intermunicipales sea por vía terrestre o aérea, o por NUMERO DE KILOMETROS lo cual es común para los transportes especiales de pacientes y ambulancias no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.

Con el fin de sustentar lo descrito, se ejemplifica en la imagen 1, situación donde se identifica una variación del 98.92% sobre el valor unitario calculado para dos registros para el servicio TRANSPORTE NO AMBULANCIA (151). No obstante, dicha variación se sustenta en el hecho de que el registro TX_ID 71319967 corresponde a un

TRANSPORTE NO AMBULANCIA que a efectos de la prestación se materializo en un TRASLADO TERRESTRE NO ASISTENCIAL PUERTO BOYACA (BOYACA) BOGOTA (IDA Y VUELTA) para paciente y acompañante, entre tanto el registro TX_ID 50855087 corresponde a un TRANSPORTE NO AMBULANCIA que a efectos de la prestación se materializo en un TRANSPORTE INTERMUNICIPAL SIMPLE NO ASISTENCIAL MAYOR DE 25 KMS HASTA 300 KMS (CADA KILOMETRO) con ORIGEN en la ciudad de LORICA (Córdoba) Calle 22N 27-59 Barrio San Miguel y DESTINO la ciudad de MONTERIA (Córdoba) IPS PROMOSALUD Gli 25 N° 3 - 39 Edf. Promosalud.

Esta situación se replica en los registros relacionados a los SERVICIOS COMPLEMENTARIOS referenciados, lo que sugiere la necesidad de que se incorporen los elementos descritos en el análisis de variabilidad.

ALOJAMIENTO, HOSPEDAJE Y ALBERGUE (104). En función de los elementos descritos, los servicios de alojamiento y viáticos se ven especialmente afectados en su variabilidad por el destino donde debe pernoctar el afiliado y su acompañante en caso de que corresponda, así como por la disponibilidad de alojamiento derivado de la ocupación de la red de hoteles o albergues. En tal sentido se expone ejemplo (Imagen 2) donde se identifica variación del 81.5% sobre el valor unitario calculado para dos registros para el servicio ALOJAMIENTO, HOSPEDAJE Y ALBERGUE (104).

No obstante, dicha variación se sustenta debido a la ubicación del destino donde debe pernoctar el afiliado y su acompañante, para el caso del registro TX_ID 77047347 el alojamiento se otorgó en HOTEL C1 HABITACION DOBLE SAN ANDRÉS CD (NOCHE), en el caso del registro TX_ID 78015291 el alojamiento se En consideración a los argumentos expuestos, es necesario que se validen los elementos adicionales descritos previamente en el análisis del registro de las cantidades totales entregadas por la prescripción, dado que las variaciones percibidas por la Contraloría General de la República, no se debe únicamente a los procesos y procedimientos que se generan desde la EPS para validar la calidad de la información por parte de la EPS, sino también a factores propios de la herramienta MIPRES y para el caso concreto a las restricciones derivadas del uso de códigos genéricos que no contemplan las particulares respecto a su prestación.

En el caso de los procedimientos y otros servicios complementarios es importante resaltar el alcance del proceso a través del cual proviene la información analizada, que inicia con la identificación del método a consumir, continúa con la definición e incorporación de parámetros e ingreso al detalle de la información del Suministro (Direccionamiento, Programación, Entrega, Reporte Entrega y Suministro} de Procedimientos, Dispositivos Médicos y Servicios Complementarios no financiados con recursos de la UPC o Servicios Complementarios -MIPRES No PBSUPC, y termina con la información de respuesta del Servicio Web Suministros. Que aunque tiene como intervinientes a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y los Proveedores, que suministren a sus afiliados Tecnologías en Salud No Financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios • MIPRES No PBSUPC, a través del aplicativo web, su administración es de competencia exclusiva del Ministerio de Salud y Protección Social conforme a lo establecido por la Resolución 740 de 2024.

Conexo a lo anterior, la Resolución 740 de 2024 establece que el uso ejecución, utilización o realización en caso de procedimientos en salud en el aplicativo MIPRES, se encuentran

codificados y denominados en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), Resolución 2336 de 2023 (Por la cual establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CLIPS). En este sentido, es importante resaltar que la CLIPS corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de estos o la modalidad de pago que se acuerde entre las partes: en igual vía, en caso de que los procedimientos en salud de la CUPS requieran el uso de dispositivos médicos, estos se considerarán inherentes al procedimiento que lo origina, lo que permite garantizar su objetivo médico y la prestación del servicio respecto de la necesidad específica de salud; conforme al criterio y autonomía del profesional tratante y por tanto no se codifican de manera independiente.

Dentro del marco normativo del Decreto 441 de 2022 en el cual se busca establecer "modalidades de pago enfocadas en la atención integral del usuario, la agrupación de servicios y tecnologías integrales de salud alrededor de una población definida o de eventos y condiciones de salud y que permitan la optimización en el uso de recursos para la atención"; se establece la contratación dentro de la red de prestadores de Nueva EPS de algunos servicios en la modalidad Paquete, que conforme al artículo 2.5.3.4.2.3 Modalidades de Pago Aplicables en los Acuerdos de Voluntades - Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta se define esta modalidad con el objetivo de reconocer por cada caso atendido ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, la integralidad de un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior para garantizar la integralidad en la atención de los afiliados se realiza un análisis por servicio y desde el costo médico de cada una de las actividades, servicios, medicamentos e insumos contemplados dentro del procedimiento para así determinar un valor total de la atención. A partir de esto con la red de prestadores de Nueva EPS se establecen los acuerdos de voluntades correspondientes para la garantía del servicio. Adicionalmente, la contratación de los paquetes de atención integral de servicios se utilizan los códigos normativos contemplados en la Resolución 2336 de 2023 Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS y los acuerdos de voluntades se encuentran sujetos a las condiciones de negociación con las Instituciones, en donde se puede realizar la contratación del servicio a nivel individual o de forma integral por medio del paquete lo cual explica la variabilidad en los valores entregados.

Por lo anterior, una vez analizados los datos y las causas que explican la variabilidad de las tarifas, se establece que no necesariamente guardan relación con ineficiencias en el manejo de los recursos del SGGSS por el reconocimiento por una misma tecnología No PBS con diferencias significativas en precio, ya que este análisis requiere incluir variables adicionales como unidades de presentación, unidades de volumen, distancias en KM, territorios, tipo de contratación evento o paquete entre otras, las cuales al ser incorporadas en los análisis generan menor asimetría o eliminan incluso la potencial distorsión de información e incertidumbre en el valor de mercado de las tecnologías o servicios enunciadas.

Análisis Respuesta Nueva EPS

Conforme a la respuesta remitida por la EPS, y revisados los casos, se logra evidenciar que existen diferencias entre las cantidades registradas por parte del Prestador y que no tienen revisión por parte de la EPS. Del mismo modo ocurre con los valores reportados dentro de la base de datos, lo cual genera distorsiones entre el valor de la misma tecnología en salud y puede conllevar a que se Calculen valores incorrectos en Presupuestos máximos

Respuesta Coosalud EPS

“Deficiencias tanto en el registro de las cantidades totales entregadas por la prescripción, siendo inconsistentes con las unidades de empaque de las tecnologías en salud No UPC, como en los valores de las tecnologías y debilidades en los procesos de validación de esta información por parte de las EPS.

Frente a las presuntas variaciones de precios en tecnologías en salud No UPC, se efectúa la revisión del listado referenciado por la Contraloría General de la República, respecto del cual se procede a revisar el reporte de entrega y suministro en la plataforma MIPRES. Efectuada la revisión, en los cruces realizados en cantidad y valor reportado vs las cantidades y valores suministrados, se evidencian errores en los datos, como se detalla a continuación:

Se anexa revisión de las moléculas, evidenciando que algunas se encontraron en proceso de anulación y frente a las demás se realizó la corrección del dato.

De las 10 moléculas asociadas en el documento, se encontraron desviaciones para 188 registros reportados de estas moléculas, sin embargo, 36 de ellos estaban anulados por lo que quedan 152 registros para revisión:

De estos 152:

- En 103 casos la desviación es justificada por errores al momento del reporte, los que afectan el valor unitario mas no implican que el cobro sea excesivo. Tal es el caso de moléculas que fueron reportadas en cantidad 1, sin embargo, la unidad de medida era caja.*
- En 49 casos encontramos desviaciones sin errores, empero, en 28 casos el precio unitario es inferior al promedio y beneficia nuestro presupuesto, quedando solo 21 registros con desviaciones significativas que viene desde el dato del prestador por lo cual el suministro quedo con la misma asignación.*

Cabe resaltar que el proceso de suministro de la EPS se hace a través de una plataforma que carga diariamente lo reportado por el prestador de manera automática, por lo tanto, actualmente se han establecido reglas de validación para mitigar dichos errores, notificando al prestador para que de manera oportuna realice las correcciones”.

Análisis de la Respuesta Coosalud EPS

Conforme a la respuesta de la entidad y su revisión de los casos presentados, se evidencia que existen datos incorrectos en el registro de suministro y entrega de MIPRES, donde se evidencian casos de desviación en el reporte de la información, no afectando el pago de acuerdo con los soportes, pero si la información para el cálculo de presupuestos máximos a cargo del Ministerio.

Respuesta Capital Salud

Mediante oficio la EPS Respuesta Tercera comunicación de observaciones y conclusiones - Auditoría de Desempeño al Flujo de los Recursos del SGSSS, vigencias 2020, 2021 y 2022 No. 2023EE0117050:

“De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite inferir que con respecto a la observación se permite realizar las siguientes aclaraciones:

1. Teniendo en cuenta que la plataforma MiPres herramienta tecnológica administrada por MINSALUD no tiene controles o validaciones frente a los datos cargados por los prestadores de servicios de salud, a mediados del año 2021 implemento a través del proceso de auditoría de Cuentas Medicas la verificación de la consistencia de la información radicada a la EPSS versus lo que se reporta en plataforma MiPres. En caso de identificar inconsistencias procedemos con la devolución de la factura de venta con el fin de que se realicen los ajustes pertinentes.

Ahora bien, dentro de esta auditoria también validamos que las tarifas cobradas por los proveedores correspondan a los valores pactados en los contratos y en caso de identificar novedades procedemos con la devolución o glosa parcial de las mismas para que se proceda con los ajustes necesarios

2. Capital Salud EPSS en sus modelos de contratación realiza los estudios pertinentes con el fin de que las tarifas pactadas estén acorde al mercado, con el fin de mitigar los sobrecostos en la prestación efectiva del servicio.

3. Desde el año 2021 hemos realizado capacitaciones y acompañamiento a los prestadores de servicios del Régimen Subsidiado, con el fin de sensibilizarlos sobre la importancia y relevancia frente a la calidad de la información que reportan en plataforma MiPres.

Cabe señalar que, con la formalización del Giro Directo a través del Decreto 489 de 2024 (...) Por el cual se definen los porcentajes y condiciones para el giro directo de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen contributivo y de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado...” y la Resolución 82395 del 2024 “...Por medio de la cual se determinan las condiciones técnicas y operativas para la implementación del procedimiento para la transferencia y el giro directo de los recursos de presupuestos máximos por parte de la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES y se dictan otras disposiciones (...)

Se debe mejorar la calidad, consistencia y oportunidad de la información por parte de los prestadores de servicios. Lo anterior debido a que, será exigible para la postulación de giro directo de presupuestos máximos la información contenida en la plataforma MiPres y la relacionada con la factura de venta radicada ante la EPSS; este marco normativo ya fue socializado con nuestra red de prestadores en pro de mitigar afectaciones en el flujo de caja.

4. Como EPSS actualmente estamos fortaleciendo la automatización de esta gestión de reporte a través de desarrollos tecnológicos que permitan mitigar las desviaciones operativas a nivel de cierre de ciclo suministro, los cuales estarán en producción el último trimestre del 2024

5. Consideramos fundamental y teniendo en cuenta que la plataforma MiPres es el insumo para el cálculo de Presupuestos Máximos implementar validaciones y controles de los archivos cargados por los prestadores de servicios de salud que favorezcan al control, consistencia y calidad del dato evitando así los subregistros o novedades frente a las cantidades y valores reportados.

Aunado a lo anterior, es necesario para el SGSSS la generación de un manual tarifario único que permita la estandarización de las tarifas del mercado y mitigue la variación de precios o como primera medida formalizar y normalizar los valores de referencia que son utilizados por MINSALUD para el cálculo de los costos de los servicios NO FINANCIADOS y que están soportados mediante estudios técnicos de mercado a nivel nacional.

De acuerdo con lo anterior, se solicita se desvirtúe la observación efectuada por el equipo auditor, de acuerdo con los argumentos expuesto lo que permite evidencia las estrategias implementadas al interior de la entidad a fin de fortalecer el proceso y minimizar las desviaciones de este”.

Análisis de Respuesta Capital Salud

La EPS dentro de su respuesta no desvirtúa los casos presentados y especialmente frente a la revisión de los valores cargados y cantidades de suministro y entrega de las tecnologías en salud no financiadas con la UPC que presentan diferencias de precios. Por lo tanto, se mantiene la observación como hallazgo administrativo.

MSPS

Mediante oficio 2024300000144221 del 2 de julio de 2024, el MSPS dio respuesta a la observación, bajo la siguiente argumentación:

“Mi Prescripción -MIPRES es la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud que no se encuentran financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Por lo anterior, a través de la misma se recopila la información suministrada por las diferentes entidades que tienen relación con el reporte de prescripción y suministro y la dispone a través de servicios web para garantizar la continuidad de la información entre los prestadores de salud, las EPS y los proveedores que conforman la red de prestadores y la red de proveedores de las EPS. Así mismo, dentro de las obligaciones que la normatividad establece a las EPS como responsables del afiliado, está la de realizar la validación y correcto reporte de información de su red como de los proveedores, con los que suscribió contratos o acuerdos de voluntades”, como así lo estipuló el numeral 2 el artículo 4 de la Resolución 1885 de 2018.

“2. Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC). Corresponde a las EPS y EOC: i) garantizar el suministro oportuno a través de la red de prestadores o proveedores definida, de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud.... vii) reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud o servicios complementarios “. (Negrilla fuera de texto)

El Ministerio ha puesto a disposición de estas entidades los servicios Web y ha publicado los anexos técnicos en su página web TODO SOBRE MIPRES, para las áreas de tecnología de las EPS y de los proveedores generen sus desarrollos tecnológicos necesarios para la integración con sus sistemas de información. Los desarrollos entre la EPS y su red de proveedores pueden realizar las validaciones de los acuerdos contractuales. Adicionalmente, y en caso de presentarse errores en el reporte y correcciones en el registro de la información ya registrada se habilitaron mecanismos que permiten la modificación a través de transacciones de “anulación” y volver a registrar la información de manera fidedigna, a fin de garantizar información veraz en su reporte.

Por lo anterior, el Ministerio ha dispuesto de los mecanismos de información para que las EPS reporten su información la cual se entiende oportuna, confiable, suficiente y con la calidad necesaria, producto del proceso de reporte de prescripción y suministro efectivo por parte de la EPS.

Por último, y en cumplimiento de la normatividad vigente, dentro de las funcionalidades establecidas en MIPRES no se contempla el registro de las relaciones contractuales entre EPS y proveedores ni el control de los precios de las tecnologías en salud y servicios complementarios”.

Análisis de la Respuesta MSPS

De acuerdo con la respuesta de remitida por el MSPS y con respecto a la Resolución 1885 de 2019, a función principal del ente es disponer del sistema de información para el cargue de todas las prescripciones de tecnologías y procedimientos en salud no financiados con la UPC; sin embargo, desde el 2021, el MSPS es quien analiza y calcula de acuerdo con la metodología establecida el valor de los presupuestos máximos. Concorde a esto, es quien revisa, analiza, gestiona y calcula de acuerdo con los registros realizados por los prescriptores, EPS y prestadores el valor, por lo que toma el papel de garantizar que la calidad de la información dentro del aplicativo MIPRES sea acorde a las necesidades

establecidas en la Resolución 1885 de 2019, así como para dar cumplimiento a los ordenamientos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Dado que el MSPS adoptó la realización del cálculo de presupuestos máximos, dentro de sus acciones debe estar el detectar variaciones excesivas de precios entre los agentes del sistema (EPS-IPS) y realizar las respectivas gestiones para su modificación y arreglo o comunicación y traslado a los entes competentes en caso de violación al régimen de precios (si da a lugar).

La observación se valida como hallazgo.

4.3.4.6. Información MIPRES – Consistencia de datos

Hallazgo No. 18 Registros MIPRES (Responsable MSPS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud¹⁰² y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

*“(...) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan.*

(...)

Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023)¹⁰³.

“(...) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly

¹⁰² BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

¹⁰³ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras)."

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud ¹⁰⁴.

*"(...)
Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema (...)"*

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.

*"(...)
Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)"*

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023¹⁰⁵, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado *"(...)
Implementar un programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos (...)"*.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública ¹⁰⁶.

"(...) Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)"

Constitución Política de 1991. "Artículo 209. "La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado".

¹⁰⁴ Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

¹⁰⁵ Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

¹⁰⁶ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

“a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)”

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)”

Ley 610 de 2000 “Artículo 3o. Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...)”.

Ley 1438 de 2011. “Mediante la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

“Artículo 3o. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”.

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

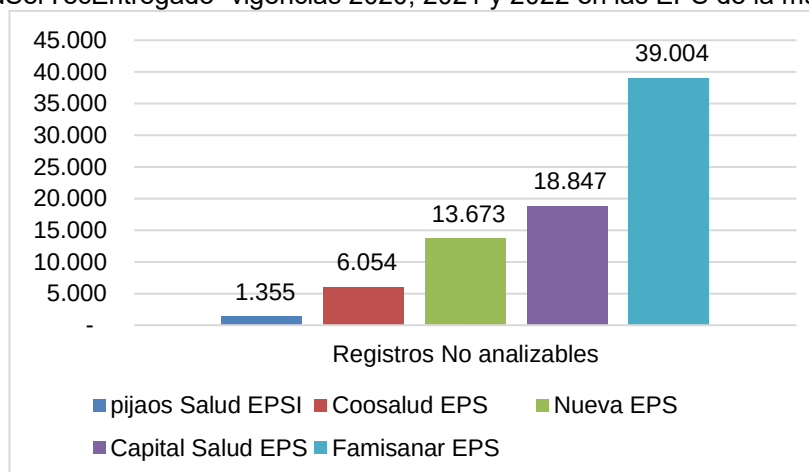
La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

Condición.

Conforme a la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social Frente a la Base MIPRES¹⁰⁷ de las cinco EPS seleccionadas en la muestra (Pijaos EPS, Coosalud EPS, Capital Salud EPS, Famisanar EPS, Nueva EPS), se identificaron registros vacíos o inconsistentes en el campo de “CodSerTecEntregado” para las vigencias 2020, 2021 y 2022, el cual, no cuenta con la identificación o ID de servicio o tecnología válido, encontrándose sin información o con un código que no corresponde con el archivo dispuesto por el MSPS en la página web, denominado “Códigos MIPRES 6.3” ni con los archivos para Códigos Únicos de Medicamentos (CUM) dispuestos por el INVIMA.

Imagen No. 15

Total registros no analizables de MIPRES por inconsistencia en el campo de “CodSerTecEntregado” vigencias 2020, 2021 y 2022 en las EPS de la muestra.



Fuente: MSPS (2023) BD MIPRES

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Pese a no contar con el dato de ID de servicio o tecnología válido, los registros presentan ID de suministro y entrega⁶, así como valor para su pago, lo cual es una inconsistencia dentro de los registros del aplicativo MIPRES que permite código

¹⁰⁷ Dentro de los campos referenciados en la base de datos de MIPRES suministrada por el MSPS se encuentra la información sobre los suministros de tecnologías y Servicios sin Cargo a la UPC y que se pagan con recursos de presupuestos máximos. Dentro de dicha base, se referencian los ID de cada suministro, Prescripción, proveedor, fechas de entrega, entre otros elementos.

de tecnologías y servicios sin cargo a la UPC vacíos y/o con códigos no correspondientes al tipo de tecnología o servicio¹⁰⁸.

Causa

La inexistencia de controles dentro del Aplicativo MIPRES que permite el registro de tecnologías y Servicios sin cargo a la UPC sin toda la información necesaria para su trazabilidad. Así mismo la inexistencia de una metodología de revisión de los registros realizados en el aplicativo MIPRES a través de la cual se identifiquen errores y/o desviaciones, y se puedan corregir con los demás agentes de manera oportuna antes de la emisión de factura y pago por parte de estos. (**Responsable: MSPS**).

Es preciso señalar que a Resolución 1885 de 2018 del MSPS, establece en su artículo 4: *“Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO. Le corresponde al Ministerio a través del SISPRO facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización de la herramienta tecnológica de que trata la presente resolución. **así como analizar la información resultante del proceso de suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de los servicios complementarios.**”*

Así las cosas, el MSPS no cuenta con mecanismos que permitan garantizar la Calidad y completitud de la información cargada y registrada en MIPRES por parte de los agentes que interactúan en el Sistema de Salud, razón por la cual el cálculo de presupuestos máximos puede presentar inconsistencias.

Efecto

Ineficiencia en el manejo de los recursos del SGGSS por cálculos errados o faltantes de presupuestos máximos, que puedan afectar el flujo de recursos hacia prestadores. Así mismo, la falta de control sobre los registros en el aplicativo MIPRES afecta el cálculo del costo real de los servicios en salud sin cargo a la UPC, generando incertidumbre en el valor de estos.

MSPS

Mediante oficio 2024300000144221 del 2 de julio de 2024, el MSPS dio respuesta a la observación en los siguientes términos:

“Respuesta. Respecto a la información relacionada con el suministro, como se indica en el Anexo Técnico Módulo Dispensador – Proveedores de MIPRES, el Código servicio o tecnología Entregado “CodSerTecEntregado” es un campo definido en 20 caracteres de longitud, de tipo Alfanumérico, que varía según la tecnología de la siguiente manera:

- *Para medicamentos con registro sanitario del INVIMA utilice el código CUM*

¹⁰⁸ Esto se comunicó a las entidades en archivo Excel denominado *Registros no analizables*.

- Para **MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES** utilice el código IUM asignado por el INVIMA
- Para medicamentos **PREPARACIONES MAGISTRALES** (sin código. Escribir comillas CON espacio: “ ”)
- Para procedimientos utilice el código del CUPS
- Para Dispositivos médicos utilice el código de MIPRES
- Para Productos de Soporte Nutricional utilice el Código MIPRES
- Para servicios complementarios utilice el código MIPRES si corresponde a un servicio complementario de prescripción o a un servicio complementario de tutela.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario resaltar que la **PREPARACIONES MAGISTRALES** no tienen código relacionado, solo se ingresan comillas dobles y esas prescripciones cuando las consultan se observa el valor NULL.

La tecnología asociada a la entrega y su trazabilidad en el proceso de direccionamiento hasta el suministro es dada por el Identificador Único de transacción asociado a cada reporte (ver IV. IDENTIFICADOR, ESTRUCTURA Y PARÁMETROS DEL ID del documento anexotecnico-modulo-dispensador-proveedores-v2.5.pdf).

Es importante resaltar que la información registrada en “Códigos MIPRES” es actualizada periódicamente según las necesidades y por lo tanto la información registrada puede variar de una versión a otra.

Finalmente, una vez revisado el informe correspondiente a “Registros_no analizables.xls” para FAMISANAR, COOSALUD; PIJAOS y CAPITAL SALUD se encontró que la no generación de ID corresponden y de otras variables que aparecen como NULL obedecen a las siguientes reglas de negocio:

1. Por tipo de versión del reporte de suministro.

Existen dos tipos de versiones de suministro.

Versión suministro 1. 0: La que envía directamente la EPS donde ella es la encargada de recoger todos los datos de la entrega y por tanto no existe ID de direccionamiento, ID de programación

Versión 2.0. El reporte de suministro se hace por la numeración de las transacciones y se construyen los ID a medida que se van produciendo cada una de ellas.

2. Por ámbito de atención. Las transacciones se generan dependiendo del ámbito por cuanto algunas transacciones no aplican. Ver gráfica.”III. TRANSACCIONES SEGÚN AMBITO DE ATENCION”

3. Por tipo de dispensador - proveedor. En caso de los profesionales independientes las transacciones no generan ID de programación. Ver gráfica.”III. DISPENSADOR – PROVEEDOR”

4. Tipo de prescripción. Si la prescripción se genera por la IPS o por TUTELA.

Si la prescripción se genera por TUTELA no tiene ámbito de atención y por tanto el ámbito es = 0.

No se pudo revisar lo relacionado con la NUEVA EPS porque la hoja enviada corresponde a otro tema.

Respecto a la calidad de los datos, como ya se indicó, a través de MIPRES, se recopila la información suministrada por las diferentes entidades que tienen relación con el reporte de prescripción y suministro, y, la dispone a través de servicios web para garantizar la continuidad de la información entre los prestadores de salud, las EPS y los proveedores

que conforman la red de prestadores y la red de proveedores de las EPS. Así mismo, la norma establece la responsabilidad de las EPS, como la de hacer la validación y correcto reporte de la información de su red de prescriptores y de proveedores a la que se hizo referencia en el artículo 4°, numeral 2, de la Resolución 1885 de 2019.

Con base en ello, el Ministerio ha puesto a disposición en línea y en tiempo real a través de servicios web los datos y ha publicado los anexos técnicos en su página web TODO SOBRE MIPRES para los actores en particular las áreas de tecnología de las EPS y de los proveedores con el objetivo y finalidad de que generen sus desarrollos tecnológicos necesarios para la integración con sus sistemas de información y analicen la calidad de esta.

Los desarrollos tecnológicos entre la EPS y su red de proveedores deben incluir las validaciones establecidas en sus acuerdos contractuales y puedan hacer análisis de los datos previa generación de la facturación.

Adicionalmente, y en caso de presentarse errores en el reporte y correcciones en el registro de la información ya registrada en MIPRES se habilitaron mecanismos que permiten la modificación a través de transacciones de “anulación” y volver a registrar la información de manera fidedigna, a fin de garantizar información veraz en su reporte. Por lo anterior, el Ministerio ha dispuesto de los mecanismos de información para que las EPS reporten su información, la cual se entiende oportuna, confiable, suficiente y con la calidad necesaria, producto del proceso de reporte de prescripción y suministro efectivo por parte de la EPS.

Ahora bien, en cumplimiento del artículo 4 de la mencionada Resolución 1885, el Ministerio, a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, integra los datos a otras fuentes de información en la Bodega de Datos y los publica en TODO SOBRE MIPRES a través de los cuales los interesados pueden realizar sus análisis. Ver <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>.

- MIPRES EN CIFRAS Corte Tercer trimestre 2023
- Comportamiento de las prescripciones de las tecnologías no financiadas por UPC
- Distribución geográfica de las prescripciones por tipo de tecnología.

Así mismo, se cuenta con un cubo de información denominado CUBO MIPRES a través de los cuales se puede realizar el análisis multidimensional de las prescripciones. Desde el año 2016, a partir de la automatización del proceso de cargue de RIPS al Ministerio de Salud y Protección Social las EPS realizan validaciones locales lo que les permite revisar los datos antes de enviarlos al Ministerio. El mecanismo de transporte PISIS es seguro y garantiza la integridad, confidencialidad y no repudio de los datos reportados. Se evidencia el crecimiento del número de registros de los RIPS (número de atenciones y número de personas atendidas) y se ha mejorado el número de EPS que reportan RIPS.

Adicionalmente, el Ministerio realiza un Informe periódico a la Superintendencia Nacional de Salud del no cumplimiento de reporte de los RIPS en los tiempos establecidos en la normatividad vigente por parte de las EPS, Entidades Territoriales, las ARL y demás aseguradoras que no reportan los datos de RIPS y se dispone mensualmente al ciudadano en el portal de www.miseguridadsocial.gov.co las prestaciones en salud reportadas por las EPS, Entidades Territoriales, ARL y entidades que ofrecen Planes Voluntarios de Salud.

La información de los RIPS suministrados por las EPS, Entidades Territoriales, ARL y demás aseguradoras para la construcción de algoritmos para la caracterización y evaluación de las entidades territoriales y EAPB como son AlHospital y AlHospital Contigo estrategia para que se generen más acciones en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que mejoren el acceso y los resultados en el sector, consiste en que los ciudadanos conozcan las intervenciones en salud que le corresponden, y, desarrollar un seguimiento de procesos de promoción y prevención en los territorios. Los indicadores de esta iniciativa se generan trimestralmente a partir de los RIPS.

En este sentido, la principal gestión que realizó el Ministerio para la mejora de la calidad de los datos de RIPS se dio con la expedición de la Resolución 1036 de 2022, "Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud" y con la que se deroga la Resolución 3374 de 2000 "Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados". Posteriormente, y en el marco de la expedición de la Resolución única reglamentaria 2275 de 2023 del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud-RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta FEV en Salud y su Resolución modificatoria 558 de 2024, se amplía el plazo de entrada en producción al 1 de octubre de 2024 debido a que las entidades obligadas a reportar RIPS presentaban demora en la adecuación de sus capacidades tecnológicas y aún no estaban técnicamente listas para la entrada en producción.

Toda la normatividad expedida se da para mejorar la calidad, oportunidad y la entrega de la totalidad de los RIPS, en los siguientes aspectos:

- *El flujo de los datos no pasaría de los prestadores a los pagadores y de estos al Ministerio, sino directamente de los prestadores al Ministerio.*
- *El incentivo para el reporte oportuno se da debido a que se incluyeron a los RIPS como soporte de la Factura Electrónica de Venta del Sector Salud.*
- *El Ministerio actualizó y complementó los datos que se debían recibir por parte de los prestadores de servicios de salud y definió las validaciones que se deben cumplir para garantizar la calidad de los datos.*
- *Se generó un mecanismo único de validación para que los RIPS solo fueran validados por el Ministerio y éste generara un código único de validación, que garantiza que los RIPS, fueron validados y cumplieron con todas las validaciones definidas en la Resolución 2275 de 2023.*
- *Definió las glosas y el proceso de radicación de facturas, para hacer más transparente y efectivo la revisión y pago de las facturas.*

Actualmente, el proceso de Factura Electrónica de Venta y RIPS (FEV-RIPS) está en proceso de pruebas y pilotos para garantizar su entrada en operación a partir del 1 de octubre de 2024"

Análisis de la Respuesta

El MSPS en respuesta a la observación informa las causas de la falta de información dentro de la base de datos de MIPRES, las cuales contemplan la prescripción de magistrales que no cuentan con códigos, la generación de tutelas, los cargues realizados directamente por la EPS-IPS, entre otras. Sin embargo la falta de información de los ID, no permite que se pueda realizar un rastreo

completo de la prescripción y dar un cumplimiento total tanto a la Resolución 1885 de 2019 como a las directrices emanadas de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, esto en cuanto la falta de información y de códigos o ID para su correcta trazabilidad, impide el poder calcular y realizar análisis de costos de las tecnologías y servicios no financiados con la UPC, teniendo que ser descartados o calculados sin ningún análisis posterior.

Frente a los magistrales, el Aplicativo debería contemplar códigos adecuados para su seguimiento, así como posibles valores de referencia conforme su prescripción, sea por unidad mínima de concentración o forma farmacéutica, pero la ausencia de estos limita estos análisis.

Dado lo anterior y ante la ausencia de un control efectivo para evitar el registro de productos o tecnologías en salud sin datos completos, se configura el Hallazgo Administrativo.

4.3.5. Pregunta No. 5 Es eficiente y eficaz la IVC en el flujo de los recursos?

4.3.5.1. Requerimientos relacionados con prácticas indebidas en flujo de recursos y acciones de la SNS a partir de los mismos, así como frente a expedientes conformados de prácticas indebidas y PQRS recibidas.

En atención a la información dispuesta por la SNS, relacionada con prácticas indebidas en el flujo de recursos realizadas por las EPS, que fueran recepcionadas por la entidad a partir de PQRS, mesas de flujo o de Circular 30, resultados de auditoría y expedientes trasladados por las Entidades Territoriales en las vigencias 2020, 2021 y 2022, la entidad hizo entrega de diferentes archivos en Excel, en los cuales se detallan por separado las gestiones surtidas en las diferentes áreas de la SNS, desde el conocimiento de la practica (PQRS, Mesas, Auditoria, Entidades Territoriales), el inicio del proceso administrativo y el resultado de este.

Al indagar sobre la trazabilidad de los procesos, se encontró que cada una de las dependencias se encarga de una tarea específica y una vez concluye su proceso, se traslada a otra área que actúa de manera independiente, sin embargo, el hecho de que se realicen las acciones mencionadas, no significa que se hagan de la manera más óptima, como tampoco limita la posibilidad de mejoras en la articulación entre Dependencias y procesos de la SNS.

La consolidación de estas situaciones que evidencian practicas indebidas, además, contribuye a la toma de decisiones propias de la SNS, y el planteamiento de estrategias que conduzcan a resultados más significativos frente a las gestiones que la entidad y los actores involucrados en este asunto.

Por lo anterior, esta situación se pone a consideración de la SNS con el fin de que se evalúe al interior de la misma, si es objeto de evaluación y si esta organización institucional, le permite desarrollar de manera efectiva sus acciones de IVC.

Hallazgo No. 19. Diseño del sistema de información en el que se registran las PQRD. (Responsable SNS)

Criterios

Constitución Política de 1991. *“Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.*

Ley 100 de 1993 *“Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”*

Ley 489 de 1998 *“Artículo 3o. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”.*

Ley 1122 de 2007. *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.*

“Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos: (...)

b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

Artículo 40º. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

(...)

e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud”.

Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

- a) *Eficiencia:* En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.
- b) *Eficacia:* En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)
- d) *Economía:* En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)

Decreto 1080 de 2021. “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”.

“Artículo 17. Funciones de la Subdirección de Analítica. Son funciones de la Subdirección de Analítica, las siguientes.:

- 2. Diseñar la política y lineamientos estratégicos respecto de estándares y mejores prácticas en materia gobierno de datos para la Superintendencia.
(...)
- 5. Realizar, en coordinación con las Superintendencias Delegadas, el análisis de riesgos generales, incluyendo el riesgo sistémico, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con fundamento en el análisis de riesgos por tipo de vigilado.
(...)
- 14. Dirigir el sistema de información que permita identificar, consolidar y realizar seguimiento a las prácticas de gestión de los vigilados.

Artículo 18. Funciones de la Subdirección de Tecnologías de la Información. Son funciones de la Subdirección de Tecnologías de la Información, las siguientes:

- 4. Adelantar acciones que faciliten la coordinación y articulación en materia de integración e interoperabilidad de información y servicios, creando sinergias y optimizando los recursos para coadyuvar en la prestación de mejores servicios al ciudadano.
- 5. Proponer estrategias y adelantar acciones para que los sistemas de información de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud sean interoperables con los demás sistemas de información existentes y que se requieran para el cumplimiento de las funciones de la entidad.
- 7. Desarrollar estrategias de gestión de información orientadas a mantener la pertinencia, calidad, oportunidad, seguridad e intercambio de esta.
- 8. Proponer e implementar acciones para impulsar la estrategia de gobierno abierto mediante la habilitación de mecanismos de interoperabilidad y apertura de datos que faciliten la participación, transparencia y colaboración en el Estado.

12. *Evaluar la seguridad y flujo de la información de la Superintendencia a fin de permitir su acceso entre las diferentes dependencias para el cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de inspección, vigilancia y control”.*

CONPES 4023 “Política para la reactivación, la repotenciación y el crecimiento sostenible e incluyente: Nuevo compromiso por el futuro de Colombia”¹⁰⁹

4.5.3. *Necesidad de fortalecer y acelerar la implementación de la infraestructura de datos para su aprovechamiento estratégico Colombia presenta baja disponibilidad y reutilización de datos de calidad para tomar decisiones, deficiencias en la infraestructura de registros administrativos y dispersión de funciones de las entidades públicas que tienen competencia en el aprovechamiento de datos. La economía digital requiere de la disponibilidad y el aprovechamiento de datos del sector público y privado para incentivar nuevos modelos de negocio basados en tecnologías digitales de la cuarta revolución industrial, y mejorar la prestación de bienes y servicios para los ciudadanos y las empresas (OCDE,2019).*

Durante la reactivación los gobiernos se enfrentan al reto de consolidar una infraestructura de datos de alta calidad y lo más abierta posible, que garantice la disponibilidad, accesibilidad, usabilidad, reutilización y seguridad de los datos (OCDE, 2020) (...) Para que los datos publicados por las entidades tengan usabilidad y valor deben ser de calidad.

(...)

Estos desarrollos evidenciaron la necesidad de disponer y usar datos confiables para identificar y atender a ciudadanos y empresas, por lo que es indispensable darle sostenibilidad y mantenimiento a la infraestructura de datos del país. Lo anterior permitirá soportar la interoperabilidad de trámites, servicios y consultas de información, alimentar registros nacionales, y reducir costos administrativos y operativos de la función pública, bajo un marco ético y normativo que proteja los datos personales y los derechos fundamentales”.

Modelo de Gobernanza de la Infraestructura de Datos para el Estado Colombiano. Acción A1: Plan Nacional de Infraestructura de Datos (PNID). Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones.¹¹⁰

“Considerando que los datos, las tecnologías y otros recursos se encuentran distribuidos en una compleja red institucional, se propone un esquema jerárquico, con objetivos por nivel, responsabilidad compartida y un elemento de coordinación bidireccional que informe sobre la visión de política, así como los avances y retos a nivel operativo en el corto, mediano y largo plazo.

Una infraestructura está compuesta por diversos activos que, solos o en conjunto, poseen potencial intrínseco para la generación de valor público y desarrollo económico. Desde

¹⁰⁹ Consultado: 14/03/2024 en:

https://repository.agrosavia.co/bitstream/handle/20.500.12324/36736/Ver_documento_36736.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹¹⁰ Consultado: 14/03/2024 en https://gobiernodigital.mintic.gov.co/692/articles-273751_modelo_gobernanza_infraestructura_datos.pdf

un punto de vista holístico, estos activos forman parte de un todo y dependen unos de otros para que el sistema sea efectivo e inteligente. Los recursos de datos que interactúan en el modelo, son los activos más importantes de la Infraestructura, y son los definidos en el PNID: 1. Datos maestros 2. Datos transaccionales 3. Datos de referencia 4. Datos abiertos Mapear y conocer los recursos de datos con los que cuenta un país permite tener un mejor manejo de riesgos a todos los niveles, detectar oportunidades de colaboración y conocer y reaccionar de manera más rápida frente a emergencias. Esto resulta en la generación de confianza en las instituciones al momento de tomar decisiones basadas en datos y ofrece claridad en la oferta y demanda de datos con otros actores.

Operar el modelo de gobernanza sobre las tecnologías habilitadoras del aprovechamiento de la infraestructura de datos permite asegurar la consistencia de las acciones y resultados derivados del uso de datos, así como la construcción de un lenguaje común para la interacción de diversas fuentes de información. Por ello, es necesario asegurar su gestión, adquisición y mantenimiento, así como promover acciones de investigación y desarrollo para utilizar las tecnologías correctas en los casos de uso que se determinen.”

Metodología de Articulación para la Competitividad 2021. Departamento Nacional de Planeación y Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico.¹¹¹

“(…) Incorporar herramientas de evaluación ex ante: Promover la optimización de la oferta institucional y el gasto público previo a su ejecución, generando un marco de acción pertinente para mejorar uso de los recursos a través de la evaluación de la eficiencia y la eficacia de los instrumentos.

Orientar el presupuesto a resultados: Promover el uso eficiente de los recursos evitando la atomización del gasto en instrumentos que no alcanzan una escala mínima de impacto para lograr sus objetivos de política. Asimismo, fomentar el trabajo colaborativo entre entidades que incrementen el alcance y resultado de sus intervenciones”.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach¹¹²

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.¹¹³

¹¹¹ Consultado 14/03/2024. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Empresarial/Metodologia-de-Articulacion-para-la-Competitividad-ArCo.pdf>

¹¹² Consulta realizada en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

¹¹³ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas -Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 - Estrategia para el acceso universal a La salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.¹¹⁴

“48. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluyendo la medición de los resultados de salud, de los servicios integrales de salud, así como de las inequidades y los determinantes sociales de la salud.

Es necesario garantizar la calidad e integralidad de los datos, que sean oportunos y confiables, lo que comprende la interoperabilidad con otras instancias, así como el desarrollo de indicadores que permitan el monitoreo y evaluación de la situación de salud, de la equidad y sus determinantes. Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023.¹¹⁵

“(…)Si la gestión del financiamiento público y los sistemas de financiamiento de la salud están alineados, se deduce que también pueden reforzar los objetivos de cada cual y lograr un uso más eficaz y eficiente de los fondos públicos, una mejor rendición de cuentas financiera y una mayor transparencia.

(…)

Como se trata de una subfunción de la gobernanza, la información e inteligencia se centra en la cultura gerencial y la voluntad política necesarias para apoyar un entorno en el cual la generación y el uso de evidencia sean la norma, y donde los cambios dentro del sistema de salud y sus efectos sobre el desempeño del sistema sean objeto de seguimiento, aprendizaje y acción constantes (Aqil et al., 2017). Un sistema de información que funcione bien es fundamental para lograr esos objetivos (OMS, 2008b), al igual que su accesibilidad para una amplia gama de partes interesadas del sistema de salud que pueden utilizar colectivamente la información al servicio de los objetivos del sistema de salud (OMS, 2009).

Los sistemas de información de salud también ayudan a determinar y comprender ineficiencias dentro del sistema (Cylus, Papanicolas y Smith, 2017; Unión Europea, 2019), lo cual puede contribuir a impulsar acciones que mejoren la utilización de los recursos (Yip y Hafez, 2015). Nguyen, Bellucci y Nguyen (2014) muestran que un ejercicio riguroso

¹¹⁴ Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

¹¹⁵ Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

de presentación de informes, seguimiento y evaluación pueden mejorar la eficiencia administrativa; pero todo esto depende del desempeño de los mecanismos de información de salud y de la accesibilidad a información oportuna y de alta calidad sobre los obstáculos de los sistemas”.

Recomendaciones de política aplicada al sistema de pago en salud para mejorar la sostenibilidad y el acceso de la población en Ecuador. Organización Internacional del Trabajo para los Países Andinos. Abril de 2022.¹¹⁶

“Para ello se debe identificar la suficiencia de información equivalente en cada subsistema, definir las necesidades de información adicional, definir la pertinencia de interrelacionar bases de datos de los diferentes subsistemas y evaluar la necesidad de diseñar sistemas integrados”.

Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas. Alcaldía Mayor de Bogotá.¹¹⁷

“(…)

En la gestión pública, es deseable que las políticas, los planes, los programas y los proyectos estén articulados, de manera que cada uno de ellos sea susceptible de seguimiento y evaluación, individualmente o en conjunto. Por tal motivo, uno de los factores conceptuales clave es la identificación del objeto al que se le realiza el seguimiento o la evaluación.

Todo sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados debe cumplir con cinco condiciones (Kusek & Rist, 2004), a saber: la apropiación, la administración, el mantenimiento, la credibilidad y la oportunidad.

La oportunidad consiste en tres aspectos: la frecuencia con la que se recolecta la información, la actualización de la información y la accesibilidad, es decir, la disponibilidad de la información para apoyar la toma de decisiones administrativas.

La credibilidad, por su parte, hace referencia a la validez y fiabilidad de la información que se cargue, se analice y se reporte en el sistema. Para ser creíble, un sistema de información tiene que informar acerca de los avances, pero también de los estancamientos y los resultados no deseados producidos por la intervención pública. En la medida en que el sistema de recolección de información sea estable y consistente a través del tiempo, es decir, si la medición de los indicadores es llevada a cabo del mismo modo cada vez, el sistema aumenta en confiabilidad”.

Condición

Mediante oficio No. 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023 se solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud, en el numeral 5.1 información de prácticas indebidas en el flujo de recursos realizadas por las EPS, que fueran recepcionadas

¹¹⁶ Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_845314.pdf

¹¹⁷ Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_el_seguimiento_evaluacion_de_politicas_publicas.pdf

por la entidad a partir de PQRD. Se recibió respuesta de la entidad mediante oficio No. 20239000002020921 del 14 de noviembre de 2023, en la cual se refiere:

“(…) se procedió a realizar la consulta en el Sistema de Gestión Documental Supercor 4.0 y SuperArgo 1, de las peticiones a cargo de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional antes del rediseño institucional, generando el archivo formato Excel denominado “5.1 PQRD – Hoja_2020-2021 Antes Reestructuración” que incluye las PQRD radicadas ante esta Superintendencia para la vigencia 2020 con corte al 9 de septiembre de 2021, con los datos disponibles en los sistemas de información de la Entidad.

*Ahora bien, la parametrización de los referidos **sistemas no permite extraer la información** correspondiente a las columnas “NIT PRESTADOR”, “No requerimiento EPS” y “Fecha requerimiento EPS”; respetuosamente se informa que por el alto volumen de la información y el corto plazo concedido para la respuesta, no fue posible la organización con esos datos que incluyen la totalidad de información y no la muestra inicialmente aportada; sin embargo, **esa información puede ser obtenida por consulta manual de fuentes externas** de información de los 6.356 registros que conforman la base correspondiente a las vigencias del rediseño institucional”. (Negrilla fuera de texto)*

Al respecto, la entidad señala que existen dificultades para la extracción de información en sus sistemas de información, por lo cual, en mesa de trabajo del 27 de febrero de 2024, se realizó un ejercicio de consulta de una PQRD en las dos plataformas (Supercor y SuperArgo), en el cual se evidenció que los funcionarios identifican un radicado numérico y para validar las gestiones adelantadas, deben realizar una búsqueda en la que establecen rangos de fechas.

Se encontró que deben realizar la consulta manual, sin que en el sistema arroje la trazabilidad de la petición, incluyendo la respuesta dada al peticionario, los requerimientos realizados a la EPS, y en general todas las gestiones que haya adelantado la entidad frente a la práctica indebida.

Por otro lado, en la validación del archivo entregado por la entidad, denominado “5.1 PQRD – Hoja_2021-2022 Después Reestructurac” se presentaron dificultades para la verificación del tiempo transcurrido entre la radicación de la PQRD y el requerimiento realizado por la SNS a la EAPB, por cuanto en las peticiones radicadas en 2020 y hasta septiembre de 2021, no reportan la fecha de requerimiento a la EPS.

También se evidenció que no existe una parametrización en el Sistema de Gestión Documental, frente a la clasificación del tipo de práctica indebida, puesto que la consulta arroja categorías con errores gramaticales o que no son claras, como se puede detallar a continuación:

- CONCILIACIÓN DE CARTERA
- CONCILIACIÓN Y DEPURACION DE CARTERA
- COBRO PERJUDICO
- COBRO PREJURÍDICO
- INCUMPLIMIENTO GIRO DIRECTO



- INCUMPLIMIENTO GIRO DIRECTO
- INCUMPLIMINETO GIRO DIRECTO
- INCUNPLIMIENTO GIRO DIRECTO
- LEGALIZACION DE CONTRATOS
- LEGALIZACION Y/O LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS
- LIQUIDACION DE CONTRATOS
- NA
- NO APLICA
- BARRERAS DE RADICACIÓN Y/O FACTURACIÓN
- RESTRICCIÓN EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS
- INCUMPLIMIENTO ACUERDOS DE PAGO Y/O PAGOS
- INCUMPLIMIENTO ACURDOS DE PAGO Y/O PAGOS
- INCUMPLIMIENTO DE PAGOS
- INCUMPLIMIENTO GIRO DIRECTO
- INCUMPLIMINETO ACUERDOS DE PAGO Y/O PAGOS
- INUMPLIMIENTO ACUERDOS DE PAGO Y/O PAGOS
- VARIOS TEMAS

Causa

La SNS encargada de la inspección, vigilancia y control presenta debilidades en el diseño del sistema de información y en el seguimiento realizado a las peticiones radicadas relacionadas con prácticas indebidas que afectan el flujo de recursos del SGSSS. Así mismo, en la mesa de trabajo realizada con la SNS y referida anteriormente, se expresó que uno de los inconvenientes que se presenta es la rotación de personal que dificulta la validación de la información que estaba a cargo de los funcionarios salientes.

Efecto

Dificultad en la validación y seguimiento a los casos de prácticas indebidas, desde su recepción hasta el resultado final.

Limitación para validar la oportunidad en la gestión realizada por la SNS, y para generar indicadores frente a las diferentes categorías de practica indebida.

Respuesta de la entidad.

Mediante SIGEDOC 2024ER0078843 del 15 de abril de 2024, la entidad dio respuesta en los siguientes términos:

“Para el periodo y temas de información a analizar, seleccionado por el ente de control, se obtuvo un número significativo de PQRD, de acuerdo con los reportes registrados en los sistemas de información de la Superintendencia Nacional de Salud denominados: Supercor 4.0. y SuperArgo 1 y 2; información que no contenía a detalle las variables puntuales solicitadas por el ente de control y que, por la estructura de los sistemas, no permitía validar de manera eficiente en el tiempo asignado para dar respuesta al requerimiento.

En virtud de lo anterior y con el ánimo de dar cumplimiento a lo requerido, la consolidación se realizó de forma manual para la totalidad de las peticiones que hacían parte de la vigencia 2020, 2021 y 2022. No obstante, el plazo concedido y la cantidad de registros generaron la materialización de errores en el proceso de digitación en el campo denominado “tipo de práctica indebida” y la imposibilidad de registrar el detalle de la fecha en que fueron requeridas las entidades de aseguramiento en salud involucradas, en lo relacionado con las peticiones de los periodos 2020 y hasta septiembre de 2021.

Pese a lo anterior, los errores de digitación involuntarios no obstaculizaron la gestión de verificación a realizar por parte de la Contraloría General de la República, ya que fue posible identificar el asunto objeto de requerimiento para la entrega de información.

Ahora bien, los sistemas de información de la entidad cuenta con la parametrización especial que sirve para las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, en el marco de las competencias del Decreto 1080 de 2021, por lo que los criterios e ítems de información expuestos al ente de control no necesariamente genera limitaciones al seguimiento de la gestión realizada por los funcionarios de la Superintendencia; así como tampoco está probado que no se haya realizado el seguimiento a las peticiones radicadas relacionadas con prácticas indebidas que afectan el flujo de recursos del SGSSS, ya que el ente de control no soporta que la gestión no se ejecutó.

En consecuencia, se solicita respetuosamente eliminar la observación, dado que el sistema de gestión de información es de uso institucional, por lo que las mejoras que considere el equipo auditor serán verificadas internamente, sin que pueda considerarse como observación”.

Análisis de la respuesta.

Se evidencia que en la respuesta la Superintendencia refiere errores en el proceso de digitación del campo “*tipo de practica indebida*”, sin embargo, en el oficio con radicado No. 20239000002020921 del 14 de noviembre de 2023, refirió que se extraía del sistema de información, y en ningún momento precisó que la parametrización no extrajera el tipo de practica indebida, indicando que no era posible extraer otros datos como se evidencia a continuación:

“(…) la parametrización de los referidos sistemas no permite extraer la información correspondiente a las columnas “NIT PRESTADOR”, “No requerimiento EPS” y “Fecha requerimiento EPS”; (…)”

En ese sentido, no es de recibo, que, una vez comunicada la situación, la entidad alegue que el campo “*tipo de practica*” fue digitado manualmente, y por ello se presentaron errores de digitación.

Adicionalmente, señalan que la imposibilidad de registrar el detalle de la fecha de requerimiento a la EPS, en los periodos 2020 y hasta septiembre de 2021, no obstaculizó la gestión de verificación por parte de la Contraloría. Al respecto, esta afirmación no es de recibo para la CGR, por cuanto el hecho de no poder

identificar la fecha de requerimiento, impidió el análisis de oportunidad en la gestión de la Superintendencia, generando una *“Limitación para validar la oportunidad en la gestión realizada por la SNS, y para generar indicadores frente a las diferentes categorías de práctica indebida”*.

Por otra parte, la entidad refiere que el sistema cuenta con parametrización que sirve para las acciones IVC, en el marco de las competencias del Decreto 1080 de 2021; sin embargo, para la CGR es un aspecto de mejora.

Adicionalmente, si el sistema no establece la fecha en que se requirió al sujeto de control, lo cual, dificulta el seguimiento oportuno de los tiempos entre la radicación de la PQRD y el requerimiento a la EPS.

Adicionalmente, dentro de los criterios establecidos en la observación, no solo se disponen criterios normativos atinentes a las funciones que desempeña la Superintendencia Nacional de Salud y sus dependencias, sino también criterios de fortalecimiento institucional y prácticas de buen gobierno que exhortan a la mejora continua en los procesos y la gestión de las organizaciones utilizando de manera óptima los activos y recursos de información, financieros y de gestión humana.

Los argumentos presentados por la entidad tampoco controvierten lo señalado en la causa de la observación en relación con las debilidades en la gestión del talento humano y transferencia del conocimiento para la ejecución de los asuntos planteados en la observación.

Por último, de acuerdo con lo expuesto se mantiene lo observado y se valida como hallazgo administrativo.

4.3.5.2. Sanciones por prácticas indebidas en el flujo de recurso en las vigencias auditadas.

Hallazgo No. 20. Oportunidad y eficacia de las acciones de la SNS (Responsable SNS)

Criterios

Constitución Política de 1991. *“Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”*.

Ley 100 de 1993 *“Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”*

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

“Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos: (...)

b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.

Artículo 40º. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

(...)

e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud”.

Decreto Ley 1281 de 2002 “Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación”.

“Artículo 1o. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país. (...)”

Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach.¹¹⁸

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.¹¹⁹

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023.¹²⁰

“El logro de un sistema de salud sólido y resiliente implica acciones de política que deben emprenderse sobre la base de la mejor evidencia disponible. Esto requiere el seguimiento regular de los sistemas de salud para aprovechar sus puntos fuertes y superar cualquier deficiencia manifiesta”.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública.¹²¹

“11. Garantizar que los mecanismos de ejecución ofrezcan respuestas apropiadas a todas las sospechas de infracciones de las normas de integridad pública por parte de

¹¹⁸ Consulta realizada en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

¹¹⁹ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

¹²⁰ Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

¹²¹ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

funcionarios públicos y de todas las demás personas o entidades implicadas en las infracciones, en concreto:

(...)

b) promoviendo mecanismos para la cooperación y el intercambio de información entre los organismos, las entidades y los funcionarios respectivos (a nivel institucional, subnacional y nacional) para evitar duplicidades y lagunas, y para incrementar la rapidez y proporcionalidad de los mecanismos de aplicación.

c) fomentando la transparencia dentro de las entidades del sector público y de cara a los ciudadanos en relación con la eficacia de los mecanismos de aplicación y la resolución de casos, concretamente, elaborando datos estadísticos relevantes que respeten la confidencialidad y otras disposiciones jurídicas relevantes.

12 Reforzar el papel de la supervisión y control externos en el sistema de integridad del sector público, en concreto:

b) garantizando que los órganos de control, los organismos de reglamentación y aplicación y los tribunales administrativos, que sirven para reforzar la integridad pública, respondan a la información facilitada por terceros sobre sospechas de actuaciones ilícitas o conductas indebidas (como puede ser el caso de denuncias o alegaciones presentadas por empresas, trabajadores u otras personas físicas)".

The United Republic of Tanzania, National Audit Office. Performance Audit Report on Controls of Payments made by NHIF to Accredited Healthcare Facilities.¹²²

5.2 Audit Recommendations

5.2.2 Control Mechanisms on Claims Processed and Paid

2. Set control mechanisms which will ensure claims/folios are submitted for processing on real time upon service delivery;

[5.2 Recomendaciones de auditoría

5.2.2 Mecanismos de control sobre reclamaciones procesadas y pagadas

2. Establecer mecanismos de control que aseguren que los reclamos sean enviados para procesamiento en tiempo real al momento de la prestación del servicio]".

Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas. Alcaldía Mayor de Bogotá.¹²³

"(...) El seguimiento a las políticas públicas es una actividad que requiere de una estructura institucional que lo soporte, que le permita continuidad en el tiempo y que desarrolle sus componentes funcionales y operativos. Un sistema de seguimiento se debe entender como la arquitectura organizacional de la cual disponen las entidades públicas para medir el progreso de sus intervenciones, en atención a las necesidades y demandas ciudadanas en el marco del desarrollo y la implementación de las políticas públicas. Estas mediciones parten de contar con procesos continuos y sistemáticos basados en la presencia de indicadores (DNP, 2014).

Todo sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados debe cumplir con cinco condiciones (Kusek & Rist, 2004), a saber: la apropiación, la administración, el mantenimiento, la credibilidad y la oportunidad.

¹²² Recuperado el 11 de octubre de 2023, de: <https://www.nao.go.tz/reports/view/performance-audit-report-on-controls-of-payments-made-by-nhif-to-accredited-healthcare-facilities>

¹²³ Disponible en:

https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_el_seguimiento_evaluacion_de_politicas_publicas.pdf

La oportunidad consiste en tres aspectos: la frecuencia con la que se recolecta la información, la actualización de la información y la accesibilidad, es decir, la disponibilidad de la información para apoyar la toma de decisiones administrativas.

La credibilidad, por su parte, hace referencia a la validez y fiabilidad de la información que se cargue, se analice y se reporte en el sistema. Para ser creíble, un sistema de información tiene que informar acerca de los avances, pero también de los estancamientos y los resultados no deseados producidos por la intervención pública. En la medida en que el sistema de recolección de información sea estable y consistente a través del tiempo, es decir, si la medición de los indicadores es llevada a cabo del mismo modo cada vez, el sistema aumenta en confiabilidad”.

Condición

a. Oportunidad en los requerimientos a las EAPB frente a la comisión de prácticas indebidas.

En archivo Excel denominado “5.1 PQRD – Hoja_2021-2022 Después Reestructurac” fueron reportadas las PQRD radicadas en las vigencias 2020, 2021 y 2022, encontrando en total 8.913 peticiones, de las cuales, fue reportada fecha de requerimiento a la EPS, únicamente de 2.775 que corresponden a radicados de octubre de 2021 a 31 de diciembre de 2022.

Al respecto se realizó análisis del tiempo transcurrido entre la fecha de radicación y la fecha de requerimiento a la EPS, relacionando a continuación algunas de las peticiones, con los tiempos más representativos:

Tabla No. 140
Relación tiempo de radicación PQRD vs requerimiento

Días Transcurridos	Cantidad PQRD
261	1
289	1
310	1
383	5
390	1
427	1
741	2
795	1
796	2
824	2

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel “5.1 PQRD – Hoja_2021-2022 Después Reestructurac”
Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Esto demuestra que la gestión adelantada por la SNS no resulta oportuna, encontrando que en 828 radicados transcurrió más de 60 días para que la SNS requiriera a la EPS que presuntamente incurrió en una práctica indebida, lo que representa el 29.8% del total de radicaciones, evidenciando peticiones en las cuales transcurrió más de dos años (824, 796, 795 y 742 días) para que la SNS adelantará alguna acción frente a la comisión de la práctica.

Así mismo, se evidenciaron (43) PQRD en las cuales, se requirió a la EPS, en fechas anteriores al requerimiento del prestador, como se puede detallar a continuación:

Tabla No. 141
 Relación tiempo de radicación PQRD vs requerimiento

Días Transcurridos	Cantidad PQRD
-320	1
-247	1
-155	1
-148	1
-126	1
-116	1
-48	1
-43	1
-40	1
-37	1
-35	4
-30	2
-22	1
-21	2
-19	1
-16	1
-15	4
-13	3
-12	1
-10	1
-9	2
-8	1
-7	1
-5	1
-4	2
-3	1
-1	5

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "5.1 PQRD – Hoja_2021-2022 Después Reestructurac"
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

La situación evidenciada, resulta inconsistente puesto que no es posible requerir a una EPS antes de conocer la comisión de la práctica indebida.

b. Oportunidad en la consolidación de los incumplimientos para el inicio del proceso administrativo sancionatorio.

Respecto de los procesos administrativos sancionatorios que fueron iniciados por la SNS a las EPS que incurrieron en prácticas indebidas, se evidenciaron hechos que datan incluso de 2018 y 2019 y el traslado del expediente se realizó uno o dos años después, evidenciándose demora en la consolidación de los expedientes y consecuentemente en el inicio del proceso sancionatorio, como se evidencia a continuación, en 12 de los 16 expedientes validados:

Tabla No. 142
 Tiempos consolidación y traslado expedientes

SIAD	Fecha formato traslado	Fecha de los hechos	Fecha resolución inicio PAS
7000202300064	jun-21	01/06/2019 a 31/12/2020	21/03/2023
7000202300129	1. 1/06/2020 2. 04/06/2020 3. 04/06/2020 4. 04/06/2020 5. 15/10/2019 6. 14/07/2020	1. 25/04/2019 a 19/07/2019 2. 23/05/2019 a 19/09/2019 3. 19/03/2019 a 30/11/2019 4. 11/04/2019 a 30/06/2019 5. 03/05/2019 a 31/07/2019 6. 13/03/2019 a 31/12/2019	28/03/2023
7000202300137	25/08/2022	01/01/2018 al 31/03/2021	17/04/2023
7000202300300	4/10/2021	28/10/2019 al 28/01/2021	5/06/2023
7000202300304	feb-21	01/01/2018 al 31/12/2019	12/07/2023
7000202301254	jun-21	01/01/2019 al 31/12/2020	31/08/2023
7000202301097	25/08/2022	01/01/2020 al 31/03/2021	16/08/2023
910202100937	25/02/2021	2018 2019 2020	24/12/2021
7000202300081	4/10/2021	02/09/2020 al 30/06/2020	21/03/2023
910202200614	28/04/2022	09/04/2019 al 26/09/2019	13/12/2022
910202100959	feb-21	01/01/2019 al 30/06/2020	23/12/2021
910202200202	feb-21	01/01/2018 al 30/06/2020	26/04/2022

Fuente: SNS (2024) Expedientes oficio con radicado 20249000000325101.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De los 16 expedientes de muestra que fueron validados, se encontraron (4) procesos sancionatorios, en los que las EPS refirieron como fundamento “*Carencia actual de objeto por hecho superado*”, situación que resulta relevante por cuanto los hechos fueron acaecidos en 2019 y 2020 y las resoluciones que dan inicio al proceso administrativo, datan de 2023, habiendo transcurrido más de dos años, como se evidencia a continuación:

Tabla No. 143
 Relación expedientes PAS

SIAD	Prestador	Entidad territorial que consolida el incumplimiento	Fecha formato traslado	Fecha de los hechos	Fecha Res. Inicio PAS	Fecha Not. Res. inicio PAS
7000202300064	Hospital San Rafael ESE el Águila Valle Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Fundación Valle ESE El Tambo	Secretaria del Cauca y Valle del Cauca	jun-21	01/06/2019 a 31/12/2020	21/03/2023	23/03/2023
7000202300137	Clínica Portoazul Hospital Universidad del Norte	Departamento de Atlántico. Departamento del Guaviare.	25/08/2022	01/01/2018 al 31/03/2021	17/04/2023	3/05/2023

7000202300081	ESE del Departamento del Bolívar	Secretaría de Salud del Departamento del Bolívar	4/10/2021	02/09/2020 al 30/06/2020	21/03/2023	23/03/2023
910202000230	ESE Hospital Universitario del Caribe ESE Hospital la Divina Misericordia ESE San Antonio de Padua	Secretaría de Salud de Bolívar	7/10/2019	18/02/2019 al 31/07/2019	25/09/2020	7/10/2020

Fuente: SNS (2024) Expedientes oficio con radicado 20249000000365241.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Esta situación demuestra que las acciones adelantadas por la SNS no son realizadas de manera oportuna, por cuanto al momento de consolidar el expediente transcurren periodos de tiempo extensos; lo cual, repercute en el resultado del Proceso Administrativo Sancionatorio, puesto que, al inicio del proceso, pueden haber sido subsanados los motivos que dieron origen al mismo.

Adicionalmente, los prestadores acuden a la SNS con el fin de que las acciones que se adelanten por la entidad repercutan de manera efectiva en la garantía del flujo oportuno de recursos; sin embargo, transcurren de dos o más años para que se consoliden los expedientes de prácticas indebidas.

c. Ineficacia de las gestiones realizadas por la SNS

En archivo Excel denominado “5.1 PQRD – Hoja_2021-2022 Después Reestructurac” fueron reportadas las PQRD radicadas en las vigencias 2020, 2021 y 2022, encontrando en total 8.913 peticiones radicadas por los prestadores, informando la comisión de prácticas indebidas por parte de las EPS.

Es de aclarar que, en la solicitud de información, se le requirió a la SNS que indicara las gestiones adelantadas frente a estas peticiones recibidas, encontrando que, en el archivo entregado, respecto de las PQRD radicadas en vigencia 2020 y de enero a septiembre de 2021, no fue relacionada ninguna gestión por parte de la SNS, aduciendo dificultad en su Sistema de Gestión Documental para la consulta y extracción de esta información. Y frente a las PQRD radicadas con posterioridad, se relaciona como gestión de la entidad, el requerimiento realizado a la EPS.

Teniendo en cuenta la respuesta proporcionada por la entidad, se solicitó una mesa de trabajo para aclarar las gestiones adelantadas por la SNS frente a las PQRD de prácticas indebidas, la cual se desarrolló el 27 de febrero de 2024, y en la que los funcionarios de la entidad refirieron que las acciones que se adelantan son comunicaciones a los vigilados, aduciendo que la información sobre la comisión de prácticas indebidas, que se recepciona a través de PQRD, no necesariamente conduce a una investigación administrativa.

Ahora bien, con el fin de validar los soportes de la gestión adelantada por la SNS, se seleccionó una muestra de 55 PQRD, encontrando que las acciones reportadas por la entidad, consisten en requerir a la EAPB solicitando las explicaciones sobre las quejas allegadas, dar respuesta a la IPS indicando que ha requerido a la entidad involucrada y señalando que es necesario que el prestador actualice sus registros contables y en algunos casos remite a la Entidad Territorial las PQRD como insumo en el seguimiento al flujo de recursos.

A continuación, se presentan unos ejemplos de los soportes allegados por la entidad, como soporte de su gestión:

Tabla No. 144
 Relación NURC y acciones adelantadas

NURC	Fecha	Peticionario	Entidad requerida	Tipo de práctica indebida	Acciones adelantadas SNS
202182300426372	17/03/2021	Instituto para Niños Ciegos Y Sordos del Valle del Cauca	Coosalud EPS	Conciliación cartera	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas. 2. Remite a la Entidad Territorial las PQRD allegadas para que se tomen como insumo en el seguimiento al flujo de recursos. 3. Da respuesta a la IPS sobre la PQRD radicada.
202182302239332	9/08/2021	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	Coosalud EPS	Incumplimiento de pagos	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas. 2. Remite a la Entidad Territorial las PQRD allegadas para que se tomen como insumo en el seguimiento al flujo de recursos. 3. Da respuesta a la IPS sobre la PQRD radicada.
202182300642502	21/04/2021	Hospital Landázuri	Coosalud EPS	Practicas indebidas	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas. 2. Da respuesta a la IPS sobre la PQRD radicada.
202182301072712	27/05/2021	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	Ecoopsos	Conciliación de cartera	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas.
202182320944822	19/05/2021	Fundación Clínica Leticia	Capital Salud EPS	Practicas indebidas	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas. 2. Remite a la Entidad Territorial las PQRD allegadas para que se tomen como insumo en el seguimiento al flujo de recursos. 3. Da respuesta a la IPS sobre la PQRD radicada.
202182300418772	17/03/2021	Hospital Sagrada Familia ESE	Pijaos EPSI	Conciliación de cartera	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas. 2. Da respuesta a la IPS sobre la PQRD radicada.
202182302369872	17/08/2021	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	Pijaos EPSI	Incumplimiento de pagos	1. Solicitud de gestión a la EPS. 2. Respuesta a la IPS.

NURC	Fecha	Peticionario	Entidad requerida	Tipo de práctica indebida	Acciones adelantadas SNS
202182300676362	26/04/2021	Subred Sur Occidente	Pijaos EPSI	Incumplimiento de pagos	1. Solicita explicaciones a la EPS sobre las quejas allegadas. 2. Da respuesta a la IPS sobre la PQRD radicada.

Fuente: SNS (2024) PQRD allegadas mediante oficio con radicado 20249000000325101 y 20249000000365241.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De conformidad con los soportes allegados, las acciones adelantadas por la Superintendencia se circunscriben a una comunicación en la que le solicitan información a la EPS, frente al presunto incumplimiento, como por ejemplo el radicado No. 202141000384181 del 28 de marzo de 2021, en el cual la Superintendencia requiere a Coosalud e indica:

“La Superintendencia Nacional de Salud, recibió las comunicaciones que se relacionan a continuación, presentadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las cuales ponen en conocimiento irregularidades que afectan el flujo de recursos.

De acuerdo con el resultado que genere el proceso de radicación, revisión, conciliación, liquidación de contratos, ajuste, depuración y pago de las obligaciones, COOSALUD EPS S.A debe presentar respuesta directamente a las IPS con copia a esta Delegada, donde se evidencie la solución de las irregularidades planteadas por las IPS y el soporte de pago correspondiente, en cumplimiento de las normas que rigen el Flujo de Recursos en el SGSSS, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Circular Conjunta 030 de 2013, Circular Externa 016 de 2015, Ley 1797 de 2016, Resolución 6066 de 2016, Resolución 332 de 2017, Circular Externa 008 del 2020 (Política de Pagos y publicación de pagos) y Circular Externa 0011 de 2020, que refieren la aclaración de cuentas, saneamiento contable y pago de los servicios de salud”.

d. Ineficacia de las sanciones impuestas a las EAPB.

Ahora bien, en cuanto a las sanciones que se imponen en los Procesos Administrativos Sancionatorios, se evidenció que estas no han impactado en la comisión de prácticas indebidas por parte de las EAPB, puesto que, pese a la imposición de multas, amonestación o sanción, el comportamiento de las aseguradoras es reiterado, en las vigencias auditadas.

Se encontraron EPS que en las vigencias auditadas han sido sancionadas, multadas o amonestadas por la comisión de prácticas indebidas en el flujo de recursos del SGSSS, encontrando un incumplimiento sistemático en los lineamientos dispuestos por la SNS, que se reiteran en el tiempo.

A continuación, se detallan las EPS que han incurrido en prácticas indebidas que fueron de conocimiento de la SNS como resultado de las auditorías adelantadas, tomando únicamente las aseguradoras que han reincidido en la comisión de prácticas indebidas:

Tabla No. 145

Relación EPS que incurrieron en prácticas indebidas en vigencias 2020, 2021 y 2022

PAS Auditorías

EPS	Sanciones EPS origen del PAS en Auditorías			Tipo de Práctica Indevida					
	2020	2021	2022	Incumplimiento flujo de recursos	Incumplimiento instrucciones SNS	Giro Directo del 80%	Incumplimiento compromiso mea de flujo	No restituyó recursos ADRES	Violación de la Circular 30
Asmet Salud EPS SAS	3	2	3	8					
Cooameva E.P.S. S.A.	1	1	6	8					
Ess Comparta	2		5	7					
Nueva EPS	1	1	5	7					
AIC EPS	1		4	5					
Coosalud	3		2	4	1				
Ecoopsos EPS	1		4	5					
Medimas Eps S.A.S.	1	2	2	5					
Cajacopi Atlántico	1		3	4					
Ambuq EPS-S			4	4					
Comfacor	2	1		1	1	1			
Convida	1		2	3					
Emdisalud ESS	1	1	1	3					
Emssanar SAS	1		2	2	1				
Mallamas EPS I	1	1	1	2				1	
Capital Salud	1		2	3					
Saludvida E.P.S.		1	2	3					
Mutual Ser	2			1			1		
Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca	1	1		1	1				
Capresoca E.P.S.	1		1	1	1				
Sanitas E.P.S.		2		2					
SOS S.A.			2	2					
Salud Total S.A.			2	2					
Savia Salud EPS			2	1	1				

Fuente: SNS (2024) Archivo Excel denominado "Rta_febrero_2024_5.3_practicas_indebidas_noviembre_2023". Oficio con radicado 20249000000365241.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1.

Así mismo, se observó que, en el desarrollo de mesas de flujo de recursos, fueron conocidas prácticas indebidas de las EPS, las cuales han sido objeto sanciones; sin embargo, algunas aseguradoras han incurrido nuevamente en estas prácticas, como se detalla a continuación:

Tabla No. 146
 Relación EPS que incurrieron en prácticas indebidas en vigencias 2020, 2021 y 2022
 PAS Mesas de flujo y Circular 30

EPS	Sanciones EPS por mesa de flujo			Tipo de practica indebida					
	2020	2021	2022	Incumplimiento flujo de recursos	Incumplimiento instrucciones SNS	Calidad de información	Incumplimiento compromisos mea de flujo	Incumplimiento compromisos de pago	Violación de la circular 30
Asmet Salud EPS	1	1	1	3					
Cooameva	3			2				1	
Comparta	1	1		2					
Nueva EPS	3	1		3	1				

Coosalud EPS	3			3					
Medimas EPS	1	2		2		1			
Salud Vida EPS	2	1		3					

Fuente: SNS (2024) Archivo Excel denominado "Rta febrero 2024 5.2 meses de flujo circular_030_noviembre_2023" allegados por la SNS mediante oficio con radicado 20249000000365241.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente las EPS, presentan procesos administrativos sancionatorios en curso, por la comisión de prácticas indebidas que afectan el flujo de recursos, como se evidencia a continuación:

Tabla No. 147
Relación EPS con procesos en curso

EPS	Tipo de practica indebida												
	Incumplimiento flujo de recursos	Incumplimiento instrucciones Supersalud	Flujo de recursos/ Circular 030	Obligación de depurar y conciliar las cuentas	Calidad de la información	Calidad - Atención	Incumplimiento compromisos de pago	Incumplimiento compromisos mesa de flujo	Ley 1949 de 2019	Controlaría Traslado hallazgo	Violación de la Circular 30	Recursos adeudados a la cuenta de alto costo-CAC	Posible pago sanciones con UPC
AIC EPSI	3									1			
Aliansalud EPS S.A	3						1						
Ambug EPS	10		1				1						
Asmet Salud EPS	5				1				3		1		
Cajacopi Atlantico	4												
Capital Salud EPS	4		1										1
Capresoca EPS	3						1						
Comfachocó	1	1											
Comfacundi	2												
Comfaguajira	1												
Comfamiliar Cartagena	3												
Comfamiliar Huila	3												
Comfamiliar Valle	1												
Comfanariño	3						1						
Comfaorienté		1											
Comfasucre	1												
Comfenalco Valle EPS		1											
Comparta EPS-S	8	1									1		
Compensar EPS	1	1											
Convida	1									1			
Coomeva EPS S.A.	28	1					5						
Coosalud ESS	13	1		1			2	1					
Dusakawi EPSI	1	1					1						
Ecoopsos	9												
Emssanar ESS	4	1					1						
Famisanar SAS	3	1											
Mallamas Epsi	5	1						1		1			
Medimas EPS	34	1					1	1	1				
Nueva EPS SA	18			1		1		1		1	1		
Pijaos Salud EPSI	1							1					

EPS	Tipo de practica indebida												
	Incumplimiento flujo de recursos	Incumplimiento instrucciones Supersalud	Flujo de recursos/ Circular 030	Obligación de depurar y conciliar las cuentas	Calidad de la información	Calidad - Atención	Incumplimiento compromisos de pago	Incumplimiento compromisos mesa de flujo	Ley 1949 de 2019	Controlaría Traslado hallazgo	Violación de la Circular 30	Recurso s adeudados a la cuenta de alto costo-CAC	Posible pago sanciones con UPC
S.O.S. EPS	3												
Salud Total EPS	2												
Saludvida EPS S.A.	2											1	
Sanitas EPS	6												
Savia Salud EPS S.A.S.	3	1											
Total General	189	13	2	2	1	1	14	5	4	4	3	1	1

Fuente: SNS (2024) Archivo Excel denominado "Rta febrero 2024 5.2 mesas de flujo circular_030_noviembre_2023" allegados por la SNS mediante oficio con radicado 20249000000365241.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Se observa que, pese a que las EPS han sido objeto de sanciones, amonestaciones o multas por incurrir en prácticas indebidas, esto no ha impactado de manera asertiva en la no comisión de estas, puesto que, en las vigencias auditadas, ha sido reiterado el incumplimiento a los lineamientos dispuestos por la entidad, y la imposición de sanciones no ha repercutido o exhortado a las aseguradoras.

Esta situación se encuentra soportada en las PQRD que se radicaron ante la SNS, en las cuales se evidencia que los prestadores continúan reportando la comisión de prácticas indebidas por parte de las aseguradoras, encontrando representatividad en algunos de los tipos de práctica indebida, como se indica a continuación:

Tabla No. 148
Prácticas indebidas por vigencia

Tipo de práctica	2020	2021	2022
Aplicación de Pagos	0	11	60
Barreras de Radicación y/o Facturación	0	77	919
Canales de Comunicación	0	0	3
Cita de Conciliación	0	0	46
Devolución	0	0	14
Devolución o Glosa Injustificada	0	29	0
Glosa	0	0	24
Incumplimiento a Mesas	0	3	26
Incumplimiento de Pagos	1.072	831	767
Incumplimiento Giro Directo	0	31	106
Varios Temas	0	0	61

Fuente: SNS (2023) Archivo Excel "5.1 PQRD – Hoja_2021-2022 Después Reestructurac"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Causa

El procedimiento al interior de la entidad para realizar la recopilación de los hechos constitutivos de prácticas indebidas ha sido realizado de manera inoportuna, permitiendo que se acumulen prácticas de varias vigencias.

En cuanto a la atención de las PQRD existen debilidades en el seguimiento realizado por parte de la entidad.

Ineficacia en las acciones de control adelantadas por la SNS, ya que sus sanciones no han sido contundentes o definitivas frente al incumplimiento de los lineamientos en los cuales se establecen las prácticas que son indebidas por parte de las EPS y que afectan el flujo de recursos del SGSSS.

Efecto

Debido a la inoportunidad en la consolidación de los expedientes y en el inicio de los procesos sancionatorios, se puede generar desgaste administrativo al adelantar procesos que, al fallar, la conducta ya ha sido subsanada.

No se generan acciones oportunas ante las prácticas indebidas reportadas por los prestadores, por lo cual las EAPB continúan incurriendo en prácticas indebidas afectando el flujo de recursos a los actores del SGSSS.

Respuesta de la entidad:

Mediante SIGEDOC 2024ER0078843 del 15 de abril de 2024, la entidad dio respuesta en los siguientes términos:

“Verificada la información dispuesta en la “Tabla No. 1 Relación tiempo de radicación vs requerimiento”, se evidenció un error de digitación al momento de consolidar el reporte, relacionado con la digitación del año en que se efectuó el requerimiento. Por lo anterior, no es cierto afirmar que los requerimientos a las EPS, frente a las PQRD presentadas en la precitada tabla, fueron contestadas en periodos superiores a los dos años (824, 796, 795 y 742 días).

A continuación, se proporciona el detalle de información que evidencia las fechas reales de gestión de las PQRD:

Tabla. Revisión relación tiempo de radicación vs requerimiento

NURC	FECHA	No requerimiento EPS	Fecha requerimiento EPS	Días Transcurridos	Verificación NURC	Fecha aclaración	Días Transcurridos aclaración
202182302547802	20/09/2021	20213100001751061	23/12/2023	824	20213100001634691	01/12/2021	72
202182302961412	20/09/2021	20213100001610341	25/11/2023	796	20213100001610341	25/11/2021	66
202182302962332	20/09/2021	20213100001610341	25/11/2023	796	20213100001610341	25/11/2021	66
202182302973542	21/09/2021	20213100001610341	25/11/2023	795	20213100001610341	25/11/2021	65
202182303198192	01/10/2021	20213100001440411	19/10/2022	383	20213100001440411	19/10/2021	18
202182303198252	01/10/2021	20213100001440411	19/10/2022	383	20213100001440411	19/10/2021	18
202182303198332	01/10/2021	20213100001440411	19/10/2022	383	20213100001440411	19/10/2021	18
202182303198372	01/10/2021	20213100001440411	19/10/2022	383	20213100001440411	19/10/2021	18
202182303198452	01/10/2021	20213100001440411	19/10/2022	383	20213100001440411	19/10/2021	18
20219300403567032	19/11/2021	20213100001691601	15/12/2022	390	20213100001691601	15/12/2021	25
20219300403444592	04/11/2021	20213100001550371	16/11/2023	742	20213100001550371	16/11/2021	12
20219300403444152	04/11/2021	20213100001550291	16/11/2023	742	20213100001550291	16/11/2021	12
20219300403296282	13/10/2021	20213100001694901, 20213100001742501	15/12/2022	428	20213100001694901, 20213100001742501	15/12/2021	63

Fuente: Sistema de Gestión Documental Superargo Versión 1 y 2

De la muestra seleccionada, las PQRD relacionadas en la tabla No. 2, se evidencian retrasos en la contestación de las peticiones presentadas, conforme se evidencia a continuación:

Tabla. Revisión relación tiempo de radicación vs requerimiento

NURC	FECHA	No requerimiento EPS	Fecha requerimiento EPS
202182302547942	20/09/2021	20213100001751061	23/12/2021
20219300403577102	22/11/2021	20223100001079691	05/08/2022
20219300403257862	07/10/2021	20223100300863471	06/06/2022
202182303101872	27/09/2021	20221300001071941	03/08/2022

Teniendo en cuenta el periodo analizado, es necesario recordar que de conformidad con lo establecido en la Resolución 385 de marzo de 2020, el gobierno nacional declaró la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, y adoptó las medidas para la contención del virus, en procura del cuidado integral de la salud personal y de la comunidad en general.

En apoyo, mediante el Decreto 457 de marzo de 2020, ordenó el aislamiento preventivo obligatorio para todos los habitantes desde el 25 de marzo de 2020, medida que afectó el normal desarrollo de actividades de tipo administrativo en la mayoría de entidades del territorio nacional y que no fue ajena al funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del estado, ya que como es de pleno conocimiento de todos los habitantes, a nivel mundial no había preparación para migrar a una era netamente tecnológica que permitiera implementar de manera inmediata las conexiones necesarias para el trabajo en casa. Situación que se fue solucionando paulatinamente.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta el objeto misional de la Superintendencia Nacional de Salud, que es precisamente desplegar acciones de inspección, vigilancia y control para identificar posibles incumplimientos de las normas del SGSSS que afecten de manera directa a los usuarios del sistema del sector salud, y que una vez iniciada la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19, vio la necesidad de enfocar sus esfuerzos en la contención del contagio mediante las medidas desplegadas en el territorio nacional para garantizar políticas como la de PRASS, vacunación y/o procesos de afiliación, en la que fue necesaria remitir a gran cantidad de funcionarios por todo el territorio nacional, situación que pudo generar atrasos en la gestión administrativa por la urgencia manifiesta.

Por otra parte, en relación con la identificación de las PQRD en las cuales, se requirió a la EPS, en fechas anteriores al requerimiento del prestador, tal como se indicó en la tabla No 1, para algunos de los registros obedece a un error de digitación como se presenta a continuación:

Tabla. Revisión relación tiempo de radicación vs requerimiento

NURC	FECHA	No requerimiento EPS	Fecha requerimiento EPS	Días Transcurridos	Verificación NURC	Fecha aclaración	Días Transcurridos aclaración
20219300403627432	29/11/2021	20213100001768781	14/01/2021	-320	20213100001768781	29/12/2021	29
202182323031922	22/09/2021	20223100000034241	18/01/2021	-247	20223100000034241	18/01/2022	118
20219300403287882	12/10/2021	202141000692261	11/05/2021	-155	20223100000392561	19/03/2022	157
202182323053492	23/09/2021	20214110072769	20/05/2021	-126	202131000015660	18/11/2021	56

NURC	FECHA	No requerimiento EPS	Fecha requerimiento EPS	Días Transcurridos	Verificación NURC	Fecha aclaración	Días Transcurridos aclaración
20229300402304872	27/09/2022	20223100201405231	10/08/2022	-48	20223100201405231	8/10/2022	11
20229300402251712	22/09/2022	20223100201405211	10/08/2022	-43	20223100201405211	8/10/2022	16
20229300402207392	19/09/2022	20223100201405211	10/08/2022	-40	20223100201405211	8/10/2022	19
20229300401962442	25/08/2022	20223100201405211	10/08/2022	-15	20223100201405211	8/10/2022	44
202121000005059272	11/11/2021	20212100000344202	28/10/2021	-15	20213100001749561	23/12/2021	41
202182323051562	23/09/2021	20213100001412121	10/09/2021	-13	20213100001412121	9/10/2021	16
20212100000413372	4/11/2021	20212100000344202	28/10/2021	-7	20213100001749771	23/12/2021	49
202114003011602	22/09/2021	20213100001433991	15/09/2021	-7	20213100001433991	15/10/2021	23
20219300403483282	9/11/2021	20213100001694971	5/11/2021	-5	20213100001694971	15/12/2021	35
20222100009171832	30/07/2022	20223100201028011	26/07/2022	-4	20223100201210881	4/09/2022	36
20219300403318262	15/10/2021	20214100001418951	12/10/2021	-3	20214100001418951	15/12/2021	61

Adicionalmente, algunos de los radicados corresponden a respuestas dadas por las EPS, así:

NURC de respuesta por parte de la EPS	FECHA	No requerimiento EPS	Fecha requerimiento EPS	Días Transcurridos	Fecha aclaración	Días Transcurridos aclaración
20219300403541472	17/11/2021	20213100001430781	12/10/2021	-36	17/11/2021	36
20219300403277642	11/10/2021	202141101313451	11/09/2021	-30	11/10/2021	30
20219300403509232	11/11/2021	20213100001457321	22/10/2021	-21	11/11/2021	21
20219300403440400	03/11/2021	20213100001430631	14/10/2021	-21	3/11/2021	21
20219300403720500	13/12/2021	20213100001610341	25/11/2021	-18	13/12/2021	18
20219300403706772	09/12/2021	20213100001610321	25/11/2021	-15	9/12/2021	15
20219300403407562	28/10/2021	20213000001427521	14/10/2021	-15	28/10/2021	15
20219300403731872	14/12/2021	20213100001639121	02/12/2021	-12	14/12/2021	12
20219300403538832	17/11/2021	20213100001505011	05/11/2021	-12	17/11/2021	12
20219300403610942	25/11/2021	20213100001548571	14/11/2021	-12	25/11/2021	12
20219300403526672	16/11/2021	20213100001508231	07/11/2021	-9	16/11/2021	9
20219300403337202	20/10/2021	20213100001430651	12/10/2021	-8	20/10/2021	8
20219300403314622	15/10/2021	202141001402521	07/10/2021	-8	15/10/2021	8



Finalmente, algunos de los NURC habían sido radicados con anterioridad, razón por la que se indicó la gestión llevada a cabo de manera previa:

NURC	FECHA	No requerimiento EPS	Fecha requerimiento EPS	Días Transcurridos	Observación
20219300403498	11/11/20	20213100001505031	27/10/2021	-15	Esta comunicación llegó previamente
042	21	20213100001505041 20213100001505071 20213100001505261 20213100001505251			con radicado No del 20219300403415522 29/12/2021.
20219300403580 542	23/11/20 21	202151001092081.	30/07/2021	-116	Con anterioridad el prestador radicado la PQRD No 202182322007502 de fecha 26 de julio de 2021, el cual fue tramitado con el radicado No 202151001092081.
20218230310014 2	27/09/20 21	202141101219861	23/08/2021	-35	La PQRD llegó previamente con radicado No 202182322214702 del 06/08/2021; por lo que se tramitó con el requerimiento a la EPS Famisaner mediante radicado No 202141101219861.
20218230310043 2	27/09/20 21	20214110121999	23/08/2021	-35	La PQRD llegó previamente con radicado 202182322214872 del 6/08/2021 por lo que se tramitó con el requerimiento a la Nueva EPS con rad '20214110121999
20218230310075 2	27/09/20 21	202141101219931	23/08/2021	-35	La PQRD llegó previamente con radicado 202182322215062 del 6/08/2021 por lo que se tramitó con el requerimiento a la Nueva EPS con rad '20214110121999
20218230310087 2	27/09/20 21	202141101219931	23/08/2021	-35	La PQRD llegó previamente con radicado 202182322215062 del 6/08/2021 por lo que se tramitó con el requerimiento a la Nueva EPS con rad '20214110121999
20219300403543 562	17/11/20 21	20213100001440511	19/10/2021	-30	Con anterioridad el prestador radicado la PQRD No 202182322471842 de fecha 23 de agosto de 2021, el cual fue tramitado con el radicado No 20213100001440511.

Respecto del PQRD con NURC No. 202182300700342 y 1-2020-370797 no fueron remitidos soportes que demuestren alguna gestión por parte de la entidad. (página 26), se informa lo siguiente:

- Respecto del radicado No. 202182300700342 de fecha 29 de abril de 2021, se informa que se trata de una PQRD dirigida a la EPS Capital Salud por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y en la que se incluyó en copia a esta Superintendencia para información, motivo por el cual no se dio respuesta de fondo al petionario, pues el objeto de esta no era de resorte de esta entidad. Sin embargo, se dio traslado a la Secretaría de Salud de Bogotá mediante radicado No. 202141000698111 del 12 de mayo de 2021, para que, en el ámbito de sus competencias, desplegara las acciones que corresponden y notificara a la Superintendencia Nacional de Salud, mediante informe detallado la presunta comisión de una infracción a la normatividad vigente del SGSSS, si a ello hubiere lugar.

No obstante, es importante señalar que mediante el radicado 202182300563882 del 12 de abril de 2021, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE había radicado una PQRD que versaba sobre el mismo tema; por lo que se dio respuesta al prestador mediante radicado No 202141100564981, se remitió al ente

territorial mediante radicado No 202141000511461 y se requirió a la EPS Capital Salud mediante radicado No 202141000483591.

- *Respecto del radicado No 1-2020-370797; corresponde a un correo electrónico en el que la Secretaría de Salud de Bogotá remite copia de solicitud efectuada a la EPS Capital Salud, en atención a una PQRD interpuesta por la Fundación Santafé de Bogotá, al tratarse de una copia informativa que ya se encontraba en trámite de la Secretaría de Salud de Bogotá fue finalizada como informativa.*

Sin embargo, la Fundación Santafé de Bogotá allegó comunicaciones mediante radicados No. 1-2020-363192 y 1-2020-456149 en las que solicita intervención con Capital Salud EPS, por lo que se dio respuesta al prestador mediante radicado No 2-2020-133860, indicando la gestión que debía adelantarse para iniciar el proceso conciliatorio entre las partes con la vigilancia de esta Superintendencia y se requirió a la EPS Capital Salud mediante radicado No 2-2020-149575, para que informara las acciones respectivas.

Desde la Superintendencia Nacional de Salud se identificaron acciones de mejora en el seguimiento a las PQRD radicadas; específicamente desde el Grupo Financiero de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud, desde diciembre de 2022 se han desarrollado bases consolidadas que permiten llevar a cabo la trazabilidad de la gestión, partiendo de la identificación del motivo de la PQRD interpuesta, el radicado de requerimiento a la EPS, el radicado de respuesta al peticionario, el trámite de acuerdo con la respuesta dada por parte de la EPS, así como, el radicado de reiteración y respuesta de este. Mejoras que facilitarían la identificación en menor tiempo de la trazabilidad relacionada con la PQRD analizada.

De otra parte, señala la Contraloría que ha identificado ineficacia en las acciones de control por cuanto los vigilados a pesar de las sanciones impuestas siguen realizando prácticas indebidas de manera reiterativa y repetitiva afectando el flujo de recursos del SGSSS. Sobre el particular, es importante exponer que la reincidencia en la conducta infractora es un agravante de la responsabilidad administrativa tal y como lo establece el artículo 134 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 5 de la Ley 1949 de 2019 que señala:

“ARTÍCULO 134. CRITERIOS AGRAVANTES Y ATENUANTES DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. Son circunstancias agravantes de la responsabilidad de los sujetos de sanciones administrativas las siguientes:

(...)

6. La reincidencia en la conducta infractora.

(...)

9. Haber sido sancionado o amonestado con anterioridad por infracciones que atentan contra el Sistema General de Seguridad Social en Salud. ”

En ese entendido cuando se evidencia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud una reincidencia en la conducta del vigilado, la sanción aumenta, lo cual significa un castigo mayor al infractor y un aumento de responsabilidad administrativa como concurrencia de una mayor gravedad respecto a las infracciones en contra del Sistema General de Seguridad Social e Salud.

En este contexto, se solicita respetuosamente la eliminación de la observación, dado que no se precisa fundamento que pueda respaldar la afirmación contenida en la causa y efecto de esta”.

Análisis de la respuesta:

En la observación se establecieron (4) situaciones relacionadas con la oportunidad y eficacia de las acciones de la Superintendencia, sin embargo, en la respuesta de la entidad no se refiere de manera específica a cada uno de los literales comunicados.

Se identifico que la entidad se refirió en su respuesta de manera parcial a los literales a, c y d, de la siguiente manera:

a. Oportunidad en los requerimientos a las EAPB frente a la comisión de prácticas indebidas.

La entidad refiere que, en la consolidación del reporte, existió error de digitación frente al año en que se efectuó el requerimiento, razón por la cual, las PQRD no fueron contestadas en periodos superiores a los dos años.

En virtud de lo anterior, las debilidades en el reporte de la información, generaron que el análisis realizado por el equipo auditor se viera afectado, puesto que en el reporte inicial se señaló una fecha y en la respuesta a la observación, la entidad establece una fecha anterior; sin embargo, no se adjuntaron los soportes que permitieran validar los días realmente transcurridos entre la fecha de radicación y de requerimiento.

Por otra parte, respecto de los radicados en los cuales se evidenció que el requerimiento a la EPS se realizó previo a la radicación de la PQRD, la entidad aseveró que en algunos casos obedeció a un error de digitación, relacionando la fecha de requerimiento posterior a la radicación, por lo que por ejemplo en el caso de -320 días, la entidad refiere se requirió el 29/12/2021, es decir que transcurrieron 29 días.

Al respecto, si bien la entidad reconoce error en la información reportada a la CGR e indica otras fechas respecto de los requerimientos a las entidades, no fueron allegados los soportes que permitan validar que efectivamente las fechas de requerimiento, son las dispuestas en el oficio de respuesta.

Por otro lado, la entidad hace alusión a “retrasos en la contestación de las peticiones”, señalando que las medidas de aislamiento en virtud de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, afectaron el desarrollo de actividades administrativas, así mismo que dada la emergencia, sus esfuerzos se enfocaron en la contención del contagio, señalando que esto condujo al desplazamiento de funcionarios al territorio nacional, lo que pudo generar retrasos en la gestión administrativa. Al respecto, la CGR considera los efectos relativos a la emergencia sanitaria en la

gestión de las entidades, principalmente en 2020; sin embargo, la situación observada se presentó también en las demás vigencias auditadas.

b. Oportunidad en la consolidación de los incumplimientos para el inicio del proceso administrativo sancionatorio.

Respecto de la situación descrita la entidad no se pronuncia, por lo cual se valida este punto dentro del hallazgo.

c. Ineficacia de las gestiones realizadas por la SNS

Sobre las situaciones descritas en este literal, la entidad se pronuncia únicamente respecto de los radicados en los que no fueron remitidos soportes de gestión. Refiriendo que respecto del radicado No. 202182300700342 de fecha 29 de abril de 2021, al ser una petición directa a Capital Salud, con copia a la SNS, por ello no dieron respuesta de fondo, pero dieron traslado a la Secretaría de Salud de Bogotá. Adicionalmente, señalan que previamente el prestador había radicado PQRD del mismo tema, y que, frente a esta radicación, se le había dado respuesta y requerido a la EPS.

Misma situación presentan con el radicado No. 1-2020-370797, señalando que en otros requerimientos el prestador solicitó intervención a Capital Salud y que, al respecto, se había dado respuesta al prestador y requerido a la EPS.

Al respecto, es de aclarar que, dentro de los soportes allegados inicialmente por la SNS, no fue proporcionado el soporte del traslado, así como tampoco, se indicó que se había requerido previamente a la EPS, por el mismo tema, por lo cual, al momento de realizar el análisis, no se tenía conocimiento de dicha gestión.

En virtud de lo expuesto, se retira lo referente a los radicados No.202182300700342 y 1-2020-370797 pero se mantienen las demás situaciones observadas, validándose como hallazgo.

d. Ineficacia de las sanciones impuestas a las EAPB.

En cuanto a la ineficacia de las sanciones, la SNS señala que la reincidencia de la conducta es agravante de la responsabilidad administrativa, y en virtud de ello la sanción aumenta, haciendo referencia al artículo 134 de la Ley 1438 de 2011, en el que se detallan los criterios agravantes y atenuantes; sin embargo, no fueran allegados soportes en los cuales se demuestre que efectivamente con la reincidencia, han aumentado las sanciones.

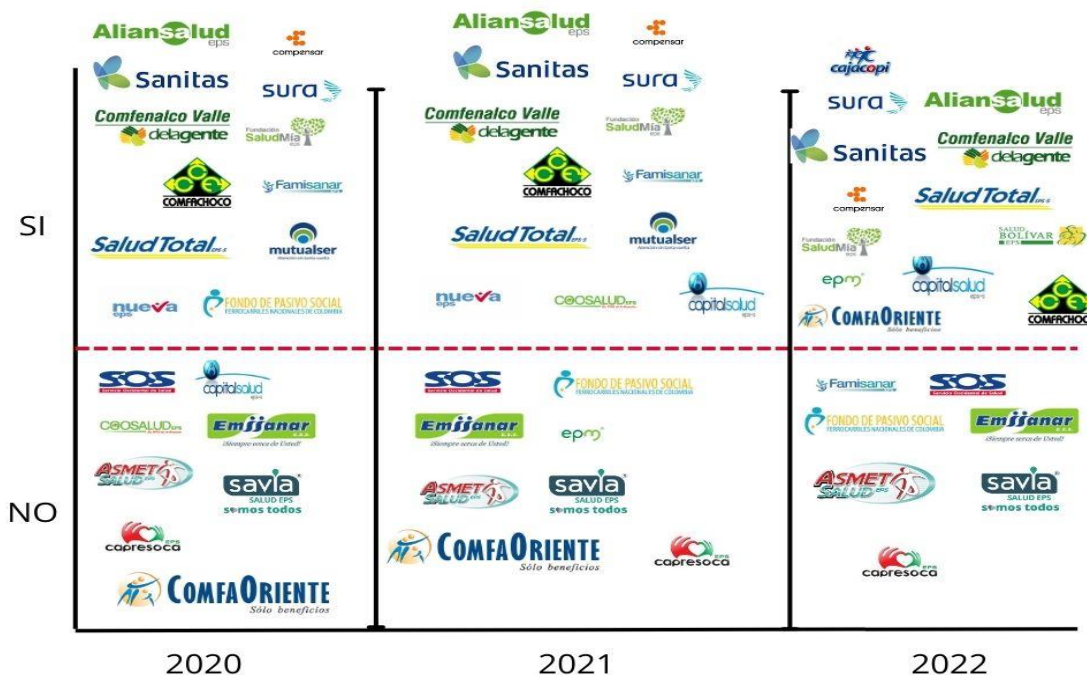
En virtud de lo anterior, algunos aspectos de la respuesta fueron considerados y se ajustó el hallazgo en especial frente a la causa y el efecto; sin embargo, lo planteado en la condición no fue desvirtuado, por lo que se validan como hallazgo administrativo.

4.3.5.3. *Cumplimiento de indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado, margen de solvencia, inversión de reserva técnica, siniestralidad del costo y gasto administrativo de las EPS vs acciones de la SNS.*

La CGR mediante oficio 2023EE0186258 del 24 de octubre de 2023, en los numerales 5.5, 5.6 y 5.7; solicitó a la SNS una relación en archivo de Excel, de los indicadores de: capital mínimo, patrimonio adecuado, régimen de inversión de la reserva técnica, siniestralidad del costo y gasto administrativo, tanto de las EPS del régimen contributivo como subsidiado, con corte al 31 de diciembre de cada una de las vigencias auditadas (2020, 2021 y 2022) y las acciones realizadas por la SNS tendientes a exigir el cumplimiento de los indicadores como elemento esencial del funcionamiento y operación del SGSSS. La SNS respondió a esta solicitud con el radicado 20239000002020921 del 14 de noviembre de 2023 y producto del análisis de la información, se observó lo siguiente:

La EPS S.O.S. incumple con el indicador de **capital mínimo** durante tres periodos consecutivos (2020, 2021 y 2022), al igual que la EPS Emssanar, Asmet Salud, Savia Salud y Capresoca. Por su parte, la EAS Ferrocarriles no ha alcanzado este indicador en los años 2021 y 2022, y Famisanar no cumplió con este indicador en el año 2022, como se muestra en la siguiente gráfica:

Imagen No. 16
Cumplimiento de indicador de Capital Mínimo
A 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022



Fuente: SNS (2023) oficio 20239000002020921.

Con respecto al indicador de **Patrimonio Adecuado**, las EPS Famisanar, S.O.S., Ferrocarriles, Capital Salud, Emssanar, Asmet Salud, Savia Salud y Capresoca no lograron cumplir con este indicador durante tres periodos consecutivos (2020, 2021 y 2022):

Imagen No. 17
Cumplimiento de indicador de Patrimonio Adecuado
A 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022



Fuente: SNS (2023) oficio 20239000002020921.

En relación con el régimen de **inversión de la Reserva Técnica**, las EPS Comfenalco Valle, Compensar, Famisanar, S.O.S., Ferrocarriles, Capital Salud, Emssanar, Asmet Salud, Savia Salud, Capresoca y Nueva EPS, incumplieron durante tres periodos consecutivos (2020, 2021 y 2022). Además, las EPS Sanitas y EPM también incumplieron este indicador para los periodos 2021 y 2022, como se puede observar en la gráfica a continuación

Imagen No. 18
Cumplimiento de indicador de Régimen de Inversión de la Reserva Técnica
A 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022



*Para diciembre de 2022, Salud Bolívar y Cajacopi SAS no tienen cálculo de Régimen de Inversiones de las Reserva Técnica, toda vez que Salud Bolívar inició operaciones el 01 de noviembre de 2022 y Cajacopi SAS el 01 de diciembre de 2022.

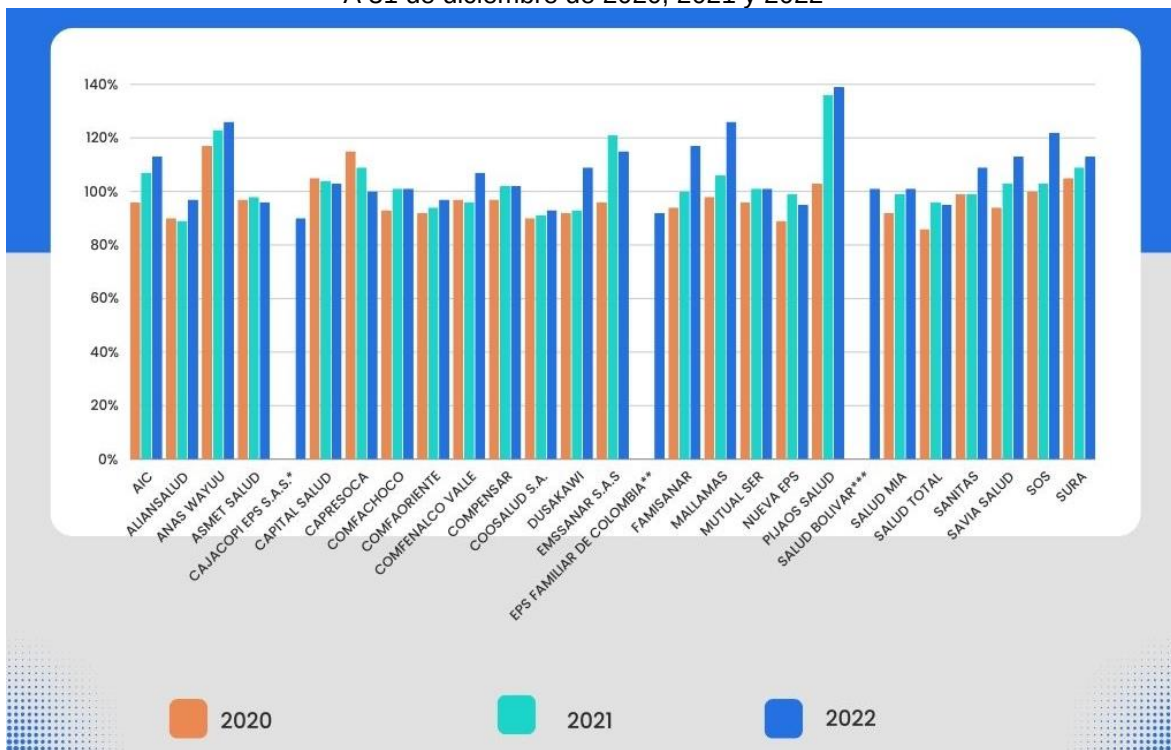
Fuente: SNS (2023) oficio 20239000002020921.

En cuanto al **Indicador de Siniestralidad**, se entiende que debe estar por debajo del 100%, pues un valor superior al 100% indicaría que los costos superan los ingresos. Por otra parte, al analizar la información proporcionada por la SNS, se encontró lo siguiente:

Las EPS Anas Wayuu EPSI, Capital Salud, Capresoca, Pijaos Salud EPSI, S.O.S y Sura han presentado indicadores de siniestralidad superiores al 100% durante tres años consecutivos (2020, 2021 y 2022). Por otro lado, las EPS AIC EPSI, Comfachocó, Compensar, Emssanar, Famisanar, Mallamas EPSI, Mutualser y

Savia Salud también han superado el 100% en su indicador de siniestralidad durante dos años seguidos (2021 y 2022), como se muestra en los siguientes gráficos:

Imagen No. 19
Cumplimiento de Indicador de Siniestralidad
A 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022



Notas: *Mediante Resolución No 2022310010005241-6 del 10 de agosto de 2022, la SNS autorizó el plan de reorganización institucional, presentado por Cajacopi, consistente en la Escisión del programa de la EPS que inició operaciones el 01 de diciembre de 2022.

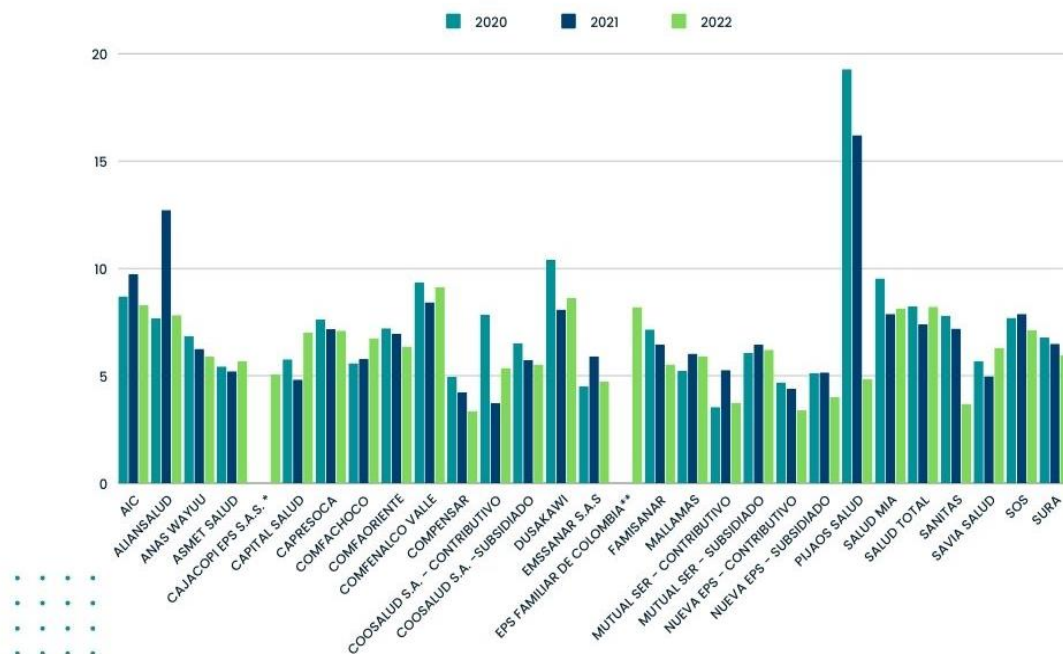
**La solicitud del Plan de Reorganización Institucional presentado por Comfasucre fue resuelto mediante la Resolución 2022310000000415-6 de 2022, por la cual se autoriza la escisión del programa de salud y la creación de la EPS Familiar de Colombia S.A.S. la cual entra en operación a partir del 1º de mayo de 2022.

***Mediante la Resolución No 2022310010005358-6 de 17-08-2022, se autorizó el funcionamiento de Salud Bolívar EPS, iniciando operaciones en noviembre de 2022.

Fuente: SNS (2023) oficio 20239000002020921.

Con respecto al **indicador de gasto administrativo**, ninguna de las EPS del régimen subsidiado superó el 8% para los años 2020, 2021 y 2022. Sin embargo, en el régimen contributivo, algunas EPS sí presentaron un indicador superior al 10% en los años 2020 y 2021, es el caso de Aliansalud EPS, que en 2021 registró un indicador del 12,72%, y de Pijaos Salud EPSI, que en 2020 y 2021 registró indicadores del 19,28% y 16,21% respectivamente. No obstante, en 2022 todas las EPS evaluadas cumplieron con lo estipulado en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.

Imagen No. 20
Cumplimiento de Indicador de Gasto Administrativo
A 31 de diciembre de 2020, 2021 y 2022



Nota: *Mediante Resolución No 2022310010005241-6 del 10 de agosto de 2022, la SNS autorizó el plan de reorganización institucional, presentado por Cajacopi, consistente en la Escisión del programa de la EPS que inició operaciones el 01 de diciembre de 2022.

**La solicitud del Plan de Reorganización Institucional presentado por Comfasucre fue resuelto mediante la Resolución 2022310000000415-6 de 2022, por la cual se autoriza la escisión del programa de salud y la creación de le EPS Familiar de Colombia S.A.S. la cual entra en operación a partir del 1º de mayo de 2022.

***Mediante la Resolución No 2022310010005358-6 de 17-08-2022, se autorizó el funcionamiento de Salud Bolívar EPS, iniciando operaciones en noviembre de 2022.

Fuente: SNS (2023) oficio 20239000002020921.

Al revisar las gestiones realizadas por la SNS en el marco de los plazos dispuestos en el Decreto 780 de 2016 para el ajuste progresivo de los indicadores de las EPS, estas se sustentaron en las disposiciones normativas; sin embargo, las medidas adoptadas y requerimientos realizados a las entidades por parte de la SNS no lograron en términos generales revertir o mejorar las condiciones financieras y de solvencia de las entidades.

4.3.5.4. Acciones de IVC frente al incumplimiento en las ET en el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos de conciliación y compromisos de pago entre EPS e IPS y frente a ET que no giran recursos de Esfuerzo Propio a las EPS, de acuerdo con lo que reporte la ADRES.

- IVC frente al incumplimiento en las ET en el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos de conciliación y compromisos de pago entre EPS e IPS

Los aspectos que se tratan en la Mesas de Flujo de Recursos -MFR- corresponden a la aclaración y depuración de cartera, liquidación de acuerdos de voluntades, caracterización de prácticas indebidas tanto de prestadores como de aseguradores y generación de acuerdos de pago. Para el desarrollo de las MFR debe estar presentes los ERP, EBP. Las ET son las entidades que convocan o en su defecto la SNS, de realizar los seguimientos de los compromisos, de aquí surge las etapas para el desarrollo de las MFR como se evidencia en la siguiente imagen:

Imagen No. 21
Etapas del proceso entre ERP, EBP y ET en la Mesa de Flujo de recursos



Fuente: SNS (2023)

La Circular Conjunta 030 de 2013 establece en su objetivo el “*procedimiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre ERP (EPS R. Contributivo y Subsidiado y ET) e IPS (públicas y privadas) si hay concordancia fijar y suscribir compromisos, si no hay coincidencia aclara y depurar la información que no coincide entre los actores del sistema*”.

Las competencias como órgano de IVC está a cargo de la SNS: “*Realizar IVC de las acciones adelantadas, verificar los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances, así como realizar seguimiento al proceso de aclaración de cuentas y adelantar los procesos sancionatorios correspondientes contra los actores que incumplan con el reporte de información*”.

Responsabilidades de la Entidad Territorial Departamental y/o Distrital

“*Convocar a EPS, IPS y municipios de su jurisdicción para la realización de cuatro mesas de saneamiento de cartera y aclaración de cuentas en las siguientes fechas:*

Mesa	Fecha realización de la mesa
1	A más tardar el 28 de febrero
2	A más tardar el 30 de mayo
3	A más tardar el 30 de agosto
4	A más tardar el 30 de noviembre

Hacer seguimiento a los compromisos de pago y compromisos de depuración y aclaración de cuentas.

Revisar y analizar los cruces de su información dispuestos en la plataforma del MSPS, previo a la convocatoria de las mesas de saneamiento de cartera”.

El seguimiento a las estrategias de MFR que programa la SNS o las ET en el marco de la Circular conjunta 030, las ET tiene la responsabilidad primaria del seguimiento; lo hacen a través del instrumento AIFT09, en este formato se desarrolla la trazabilidad de los compromisos de pago suscritos en cada una de las mesas, el resultado de este seguimiento por parte de la ET es remitido a la SNS de manera trimestral y al final de cada año se consolida los incumplimientos por parte de la ET, trasladando los expedientes de aquellos actores (ERP, EBP) que hayan incumplido para proceder al traslado a la delegada de investigaciones administrativas.

Imagen No. 22
Seguimiento a las estrategias de MFR que programa la SNS o las ET



Fuente: SNS (2023)

A continuación, se presentan las fechas definidas para la entrega del formato AIFT 09 por parte de las ET a la SNS:

Imagen No. 23
Fechas de entrega del formato AIFT 09 por parte de las ET a la SNS

05. Seguimiento a las estrategias de Flujo de Recursos SNS



Fechas Entrega Herramienta AIFT09 de la ET a SNS	CC 030 de 2013	MFR - SNS
15 de abril	Reporte mesa 1 con seguimiento definitivo mesa 1,2,3 y 4 vigencia anterior.	1 trimestre (A demanda)
15 de julio	Reporte mesa 2 con seguimiento mesa 1 *	2 trimestre (A demanda)
15 de octubre	Reporte mesa 3 con seguimiento mesa 1 y 2 *	3 trimestre (A demanda)
15 de enero	Reporte mesa 4 con seguimiento mesa 1,2 y 3 *	4 trimestre (A demanda)



Fuente: SNS (2023)

Las acciones de IV por parte de la SNS frente al seguimiento realizado por la ET son:

1. “Validaciones mensuales:

Las regionales de la SNS hacen validaciones y verificaciones mensuales al seguimiento que están haciendo las ET sobre el cumplimiento de compromisos de acuerdo a los soportes presentados para la adecuada conformación de expedientes; sin embargo, el reporte de seguimiento se hace de manera trimestral.

2. Validación del reporte trimestral de la ET:

La SNS revisa el envío por parte de las ET del formato de seguimiento a los compromisos y su contenido. Para esto, se realiza un acta de reunión y se validan soportes.”

La generación de expedientes se realizará de manera semestral por los incumplimientos que se validen durante los seguimientos, para asegurar que se cumplan los requisitos exigidos por la Delegada de Investigaciones Administrativas.

La ET emite una certificación firmada por el secretario de salud de acuerdo al seguimiento realizado, adjuntando los documentos que consolida la Regional para posterior traslado a la Delegatura (DEAPB, DPSS, DIA) de acuerdo a su competencia.

Imagen No. 24

Generación de expedientes por corte de los incumplimientos reportados por las ET a la SNS

Reporte	Corte de incumplimientos	Revisión de expedientes y soportes por parte de la Regional de la SNS	Fecha de remisión a la SNS
1	Enero a junio	Mes de julio	10 de agosto
2	Julio a Diciembre	Mes de enero	10 de febrero

Fuente: SNS (2023)

La SNS dentro de su dinámica en la MFR realiza los acercamientos entre las ERP y EBP, logrando concertar el cruce de cuentas y glosas para realizar el saneamiento de la cartera obteniendo acuerdos de pagos, la entidad manifiesta los procedimientos de seguimiento a las mesas de saneamiento que se encuentra establecida en la CC 030, sin ejercer coerción frente a los compromisos que adquieren los actores en las mesas.

Frente a la solicitud de incumplimientos por parte de las Entidades Territoriales (ET) frente al seguimiento de los acuerdos de conciliación y compromisos de pago entre EPS e IPS, la SNS manifestó que durante las tres vigencias auditadas, solo en el 2022 la Gobernación de Cundinamarca incumplió con las responsabilidades de seguimiento a los acuerdos de conciliación y compromisos de pago entre EPS e IPS suscritos en el marco de las mesas de flujo de recursos por la ausencia de suministro de información a la SNS.

El 22/06/2022 (Convocatoria 3) y el 2/12/2022 (Convocatoria 4) la SNS notificó a la Secretaría de Salud de Cundinamarca el desarrollo de mesas técnicas de flujo de recursos entre ERP y EBP realizadas el 23, 24 y 27 de mayo de 2022 de la convocatoria 3 con un acuerdo por 1.239.139.058 COP y el 13 de diciembre de la convocatoria 4 por 264.342.859 COP, con fechas de acuerdos de pago.

El 2/02/2023 la SNS realizó *“Seguimiento a mesas de flujo de recursos convocatorias No. 3 y 4 de la vigencia 2022”, (...)* *“la Superintendencia Nacional de Salud realizará el seguimiento de los compromisos adquiridos en las Mesas de Flujo de Recursos de la vigencia 2022 con corte a 31 de diciembre de 2022, por lo cual, de manera atenta se solicita al Departamento disponer de la información actualizada de los AIFT09, con los respectivos soportes de las acciones de seguimiento efectuadas a cada una de las mesas desarrolladas en su jurisdicción”*.

La SNS tiene dentro de sus procesos la validación mensual que realizan las regionales, hace referencia a las *“validaciones y verificaciones mensuales al seguimiento que están haciendo las ET sobre el cumplimiento de compromisos de acuerdo a los soportes presentados para la adecuada conformación de expedientes; sin embargo, el reporte de seguimiento se hace de manera trimestral”*. Y validación del reporte trimestral de la ET *“La SNS revisa el envío por parte de las ET del formato de seguimiento a los compromisos y su contenido. Para esto, se realiza un acta de reunión y se validan soportes.”*

Los lapsos de tiempo en el seguimiento de la SNS a las E.T, son un aspecto a validar por parte de esta entidad.

- Recursos de Esfuerzo Propio ET

Las fuentes que financian el régimen subsidiado provienen de las Cajas de Compensación Familiar, Presupuesto General de la Nación, Sistema General de Participaciones y Esfuerzo Propio Territorial con situación de fondos, girados a la ADRES desde el nivel central en el marco del Decreto 2265 de 2017 y sin situación

de fondos, transferidos por las ET de acuerdo a las directrices que ordena el MSPS. En cuanto a los recaudos por giro de Entidades Territoriales, estos corresponden a los juegos de suerte y azar, licores, vinos, aperitivos, cervezas, sifones, cigarrillos y tabacos, como se detalla en la siguiente imagen:

Imagen No 25

Fuentes y conceptos de financiación de recursos que recauda la ADRES al SGSSS RS

01. Generación y destinación de recursos que recauda la ADRES **Flujo de Recursos del SGSSS**



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**

Fuente	Concepto de recaudo	Destinación
Juegos de Suerte y Azar	Recaudo COLJUEGOS por concepto de Derechos de Explotación del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar	Régimen Subsidado
	Recaudo proveniente de la operación de juegos de apuestas permanentes o chance por derechos de explotación	
	Recaudo por giro de loterías producto de recursos provenientes de la operación directa de juego de lotería tradicional o de billetes	
	Recaudo proveniente de los premios no reclamados	
	Recaudo proveniente del impuesto a ganadores	
	Recaudo proveniente del impuesto de loterías foráneas	
	Recaudo proveniente de la operación de juegos promocionales locales por derechos de explotación	
CCF que no administran Rég. Subsidado	Recaudo proveniente de la operación de rifas por derechos de explotación	Régimen Subsidado
	Recaudo por giro de ET por impuesto consumo de cigarrillos y tabacos elaborados nacional	
Aseguradoras SOAT	Recursos FONSAT (Compañías aseguradoras)	reclam. IPS
	Contribución SOAT (Compañías aseguradoras)	R. Subsidado
Indumil	Impuesto social a las municiones y explosivos (INDUML)	Régimen Subsidado
	Impuesto Social a las Armas (INDUML)	Régimen Subsidado

Fuente	Concepto de recaudo	Destinación
Licores, vinos, aperitivos, cervezas, sifones, cigarrillos, tabaco	Recaudo por giro de ET por impuesto Ad Valorem del consumo de cigarrillos y tabacos elaborados extranjero	Régimen Subsidado
	Recaudo por giro de ET por impuesto Ad Valorem del consumo de cigarrillos y tabacos elaborados nacional	
	Recaudo por giro de ET por impuesto consumo de cigarrillos y tabacos elaborados extranjero	
	Recaudo por giro de ET por impuesto al consumo de licores, vinos aperitivos y similares nacional	
	Recaudo por giro de ET por impuesto al consumo de licores, vinos aperitivos y similares extranjero	
	Recaudo por giro de ET por monopolio rentístico de licores destilados nacional	
	Recaudo por giro de ET por monopolio rentístico de licores destilados extranjero	
	Recaudo por giro de ET por impuesto al consumo de cervezas y sifones de producción nacional	
	Recaudo por giro de ET por impuesto al consumo de cervezas y sifones de origen extranjero	
	Recaudo por giro de ET por monopolio de alcohol potable con destino a la fabricación de licores nacional	
Otros recaudos	Recaudo por giro de ET por monopolio de alcohol potable con destino a la fabricación de licores extranjero	Varios
	Recaudo intereses moratorios provenientes de: 1. operadores directos o a través de terceros del juego tradicional de loterías o de billetes, 2. concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance, 3. sociedad de capital público departamental, 4. administradora del monopolio de juego de suerte y azar o quien haga sus veces; por pago inoportuno de sus obligaciones	

Fuente	Concepto de recaudo	Destinación
Nación	Aportes de la Nación (Demás aportes) — Destinados al Régimen Contributivo	Régimen Contributivo
Afiliados	Cotizaciones de afiliados al SGSSS	
	Intereses de mora por pago extemporáneo de cotizaciones y aportes al SGSSS	
Entidades Territoriales LMA	Recursos por esfuerzos propios ET	Régimen Subsidado
	Rendimientos financieros de las rentas territoriales	
	Recaudo de recursos del SGP en salud del componente de subsidios a la demanda (Vinsalud)	
Régimen Especial y de Excepción	Cotizaciones afiliados Régimen Especial o de Excepción con relación laboral o ingresos adicionales (Art.2.1.13.5 Decreto 780/16)	Régimen Subsidado
	Aportes porcentaje de solidaridad provenientes de regímenes especiales o de excepción (Art. 204 Ley 100/93)	
Saneamiento de deudas Plan de Desarrollo 2018-2022	Recursos para la financiación de las obligaciones del artículo 245 de la Ley 1955 de 2019	Servicios y Tecnologías NO UPC
	Recursos para la financiación de las obligaciones del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019	
Restitución de recursos	Restitución MyT	Restitución de recursos
	Restitución Régimen Subsidado	
	Restitución de recursos asignados para saneamiento de deudas del régimen subsidiado por partes de las ET	
	Restitución - Indexación	
	Restitución Contributivo	
	Restituciones por Reclamaciones Ecet	

Fuente	Concepto de recaudo	Destinación
Otros recaudos	Otros ingresos aportes adicionales en salud-min001-003	Varios
	I.V.A. (DIAN)	
	Aportes de la Nación para el Aseguramiento en Salud Cierre / Crédito BID	
	Aportes de la Nación para el Aseguramiento en Salud Cierre	
	Rendimientos financieros en general	
	Valor recaudado por ADRES pendiente de conciliar (incluye todas las Partidas Pendientes Por Identificar)	
	Gestión de ADRES por acciones pre y judiciales (No incluye órdenes de reintegro)	
	Contribución Solidaria - Decreto 616 de 2022	
	Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP	
	Otros recaudos	
	Intereses por operaciones financieras	

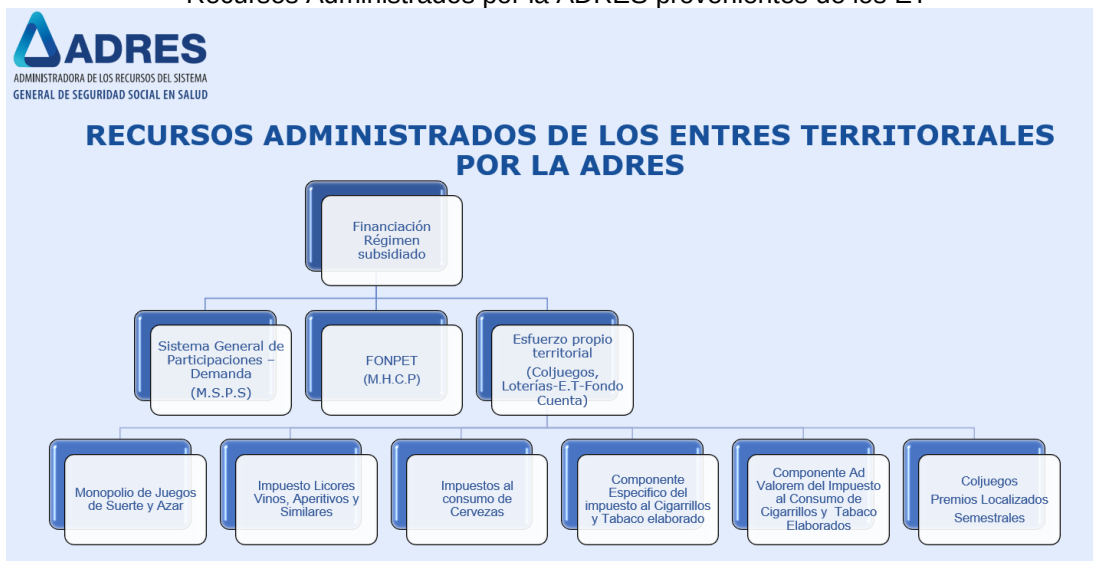


Fuente: SNS (2023)

El financiamiento por esfuerzo propio de los ET está definido en el Decreto 780 de 2016 y los montos se establecen de acuerdo de los techos de las matrices que genera el MSPS para cada una de las ET.

Imagen No. 26

Recursos Administrados por la ADRES provenientes de los ET



Fuente: ADRES (2023)¹²⁴

Hallazgo No. 21. IV frente al giro de recursos de esfuerzo propio de las ET (Responsable: SNS)

Fuente y Criterios

Ley 489 de 1998 “ARTICULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

Decreto Ley 403 de 2020. “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

- a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.
- b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)
- d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)

Decreto 1080 de 2020, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud” (...) “ARTÍCULO 4. Funciones. La Superintendencia Nacional de Salud cumplirá las siguientes funciones: (...) “10. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

¹²⁴ <https://servicios.adres.gov.co › Portals › Noticias 26/02/2024>

Ley 1438 de 2011, "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones".

"...Artículo 121. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la superintendencia nacional de salud: (...)

121.2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud. (...)

121.5. Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

121.6. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

121.7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.

121.8. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores".

Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".

"Artículo 2.3.2.2.9 Giro y flujo de los recursos de esfuerzo propio. Las entidades territoriales procederán a girar, dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, los recursos de esfuerzo propio a las Entidades Promotoras de Salud por el monto definido en la Liquidación Mensual de Afiliados". (subrayado fuera de texto).

Decreto 2497 de 2018, "Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones generales de operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES y el giro de los recursos de las rentas territoriales".

"Artículo 2.6.4.2.2.1.28. Recursos propios del orden territorial. Los recursos propios de orden territorial, correspondientes a recursos corrientes y de capital que hacen parte del esfuerzo propio territorial que las entidades territoriales destinan a la cofinanciación del régimen subsidiado, deberán ser girados a la ADRES a más tardar el último día hábil de cada mes para efectos de financiar el giro oportuno de la Liquidación Mensual de Afiliados-LMA del siguiente mes. De la misma manera podrán hacer parte de estos recursos los correspondientes a la estampilla procultura que no se inviertan en otros componentes de la seguridad social". (Subrayado fuera de texto).

Condición

La ADRES informó a la CGR acerca de la ausencia de giros de los recursos de esfuerzo propio que administran directamente las entidades territoriales y los giros

inoportunos por parte de estas, con destinación específica a la financiación de la Unidad de Pago por Capitación de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud¹²⁵. Al respecto, la SNS realizó requerimientos a las ET con base en la información suministrada mensualmente por la ADRES.

A continuación, se relacionan, los recursos de esfuerzo propio girados de manera inoportuna por parte de las ET y que representan 69.106.917.223 COP en 2020, 131.764.366.575 COP en 2021 y 111.234.245.331 COP en 2022; de los cuales, Cundinamarca, Atlántico y el Fondo Financiero Distrital de Salud representan el 54.75% de los recursos no girados oportunamente, según se detalla en la siguiente tabla:

Tabla No. 149
 Recursos girados a ADRES de manera extemporánea en cada vigencia por las ET
 Cifras en COP

ET	2020	2021	2022	Total	%
Departamento Archipiélago de San Andrés providencia y santa catalina	90.132.248	407.716.568	399.212.557	897.061.373	0,29
Departamento de Antioquia	116.000		466.677.254	466.793.254	0,15
Departamento de Bolívar	1.099.865.204	7.314.285.654	345.030	8.414.495.888	2,70
Departamento de Boyacá	6.227.515.682	987.315.368	3.060.294.827	10.275.125.877	3,29
Departamento de Córdoba	1.267.182.843		2.299.740.409	3.566.923.252	1,14
Departamento de Cundinamarca	3.750.685.940	35.955.384.382	10.566.752.594	50.272.822.916	16,11
Departamento de la Guajira	503.749.800	197.264.260	1.259.616.625	1.960.630.685	0,63
Departamento de Risaralda	1.399.524.419	6.821.241.437	3.552.431.914	11.773.197.770	3,77
Departamento de Santander	896.438	39.011.875	1.379.989.105	1.419.897.418	0,45
Departamento de Sucre	1.491.334.455	525.550.000	1.570.688.221	3.587.572.676	1,15
Departamento del Atlántico	6.735.476.415	18.293.767.852	26.966.475.638	51.995.719.905	16,66
Departamento del Caquetá	791.436.434	157.378.280		948.814.714	0,30
Departamento del Casanare	958.013.500	350.979.020		1.308.992.520	0,42
Departamento del Cauca	42.922.358	1.450.095.946	931.416.538	2.424.434.842	0,78
Departamento del Cesar	14.698.500	1.310.011.855	1.701.491.040	3.026.201.395	0,97
Departamento del Guainía	140.630.720	350.926.350	1.332.200.456	1.823.757.526	0,58
Departamento del Guaviare	1.002.461.330	3.094.531.007	1.159.220.705	5.256.213.042	1,68
Departamento del Huila	1.254.520.863	436.031.000	445.112.500	2.135.664.363	0,68
Departamento del Magdalena			1.254.994.375	1.254.994.375	0,40
Departamento del Meta	4.340.005.551	1.043.807.175	1.105.692.651	6.489.505.377	2,08
Departamento del Putumayo	113.062.000	3.902.085		116.964.085	0,04
Departamento del Quindío	6.274.604.962	4.601.622.757	1.260.127.570	12.136.355.289	3,89
Departamento del Vaupés	199.204.536	379.856.893	61.770.076	640.831.505	0,21
Departamento del Vichada	464.273.495	536.961.082	702.881.006	1.704.115.583	0,55
Dirección Territorial de Salud de Caldas	1.459.703.524	1.753.481.825	1.263.669.115	4.476.854.464	1,43
Fondo Financiero Distrital de Salud	12.713.082.654	27.999.056.259	27.881.838.421	68.593.977.334	21,98
Gobernación del Amazonas	379.210.401	82.370.795	570.793.850	1.032.375.046	0,33
Gobernación del Chocó	5.555.379.458	2.882.672.258	2.963.228.351	11.401.280.067	3,65
Gobierno Departamental del Tolima	292.294.000		2.162.146.219	2.454.440.219	0,79
Instituto Departamental de Salud de Nariño	7.971.382.028	10.601.937.282	11.394.529.384	29.967.848.693	9,60
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	1.436.136.895	1.246.555.148	1.377.807.312	4.060.499.355	1,30
Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca	1.137.414.570	2.940.652.161	2.143.101.588	6.221.168.320	1,99
Total	69.106.917.223	131.764.366.575	111.234.245.331	312.105.529.128	100,00

¹²⁵ La CGR mediante oficio 2023EE0186246 de 24/10/2024 solicitó a la ADRES, información sobre el reporte de las Entidades Territoriales (ET) que giraron de manera inoportuna los recursos de esfuerzo propio durante las vigencias 2020, 2021 y 2022. Mediante oficio 20231102283301 de 01/11/2023 la ADRES entregó por medio de un archivo, los recursos de esfuerzo propio por parte de los ET que han sido girados de manera inoportuna.

Fuente: ADRES (2023) oficio 20231102283301.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Respecto a las fechas en las cuales, cada ET debía girar los recursos de esfuerzo propio a la ADRES, se tiene que 99.437 giros fueron realizados por fuera de los términos, lo que corresponde a pagos entre 1 y más de 360 días posteriores al último día hábil de cada mes, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla No. 150
 Cantidad de giros realizados a la ADRES extemporáneo por los ET por edades
 Vigencias 2020, 2021 y 2022

Cantidad	Edades
7.812	1-30
12.320	31-60
9.997	61-90
25.472	91-180
27.746	181-360
16.090	>360
99.437	

Fuente: ADRES (2023) oficio 20231102283301.
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Los recursos girados por parte de las ET posteriores al último día hábil representan transferencias extemporáneas de la fuente esfuerzo propio que financia el régimen subsidiado. A continuación, se presenta por ET los valores que se giraron de manera extemporánea.

Tabla No. 151
 Recursos girados a ADRES extemporáneo en cada vigencia por las ET por edades
 Cifras en COP

ET	1-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	>360
Departamento Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina	407.628.459	306.984.107	36.700.891	105.615.738	170.567	39.961.611
Departamento de Antioquia	466.677.254	116.000				
Departamento de Bolívar	5.970.309.365	1.657.025.536	786.040.987	1.120.000		
Departamento de Boyacá	6.198.622.344	3.194.172.445	60.310		802.109.278	80.161.500
Departamento de Córdoba	1.267.182.843					
Departamento de Cundinamarca	31.420.149.832	18.756.345.987	17.967.704		7.213.471	
Departamento de la Guajira	1.116.381.245			197.264.260		234.870.300
Departamento de Risaralda	11.441.819.025	21.881.245				309.497.500
Departamento de Santander	90.285.478	63.399.315		1.002.912.565	263.300.060	
Departamento de Sucre	2.987.768.676	599.554.000				250.000
Departamento del Atlántico	39.500.888.375	7.354.667.098	3.578.938.106	523.027.696	255.671.050	122.638.500
Departamento del Caquetá	302.460.839	488.975.595				157.378.280
Departamento del Casanare	1.308.013.500			979.020		

ET	1-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	>360
Departamento del Cauca	1.863.382.319	518.130.165				42.922.358
Departamento del Cesar	1.864.169.300	603.735.030	8.455.065			549.842.000
Departamento del Guainía	413.101.268	210.264.616	614.631.703	478.319.749	88.388.690	19.051.500
Departamento del Guaviare	99.340.745	2.109.188.216	1.863.158.343	937.595.902	85.655	160.691.500
Departamento del Huila	2.135.664.363					
Departamento del Magdalena	1.206.984.657					
Departamento del Meta	2.151.013.301	4.337.019.836	925.740			546.500
Departamento del Putumayo					113.062.000	
Departamento del Quindío	4.648.790.798	1.526.290.896	2.630.597.728	2.175.643.402	1.155.032.466	
Departamento del Vaupés	115.780.095	315.872.737	148.740.955	55.701.798		
Departamento del Vichada	1.237.936.234	352.566.541	27.620.685	8.764.745		27.822.500
Dirección territorial de salud de caldas	3.017.118.940	177.127.135	423.857.821	858.750.568		
Fondo financiero distrital de salud	48.520.716.253	14.531.351.724	270.118.647	736.813.551	692.503.797	3.841.274.444
Gobernación del Amazonas	246.761.052	258.212.865	226.826.360	154.411.794	1.130.500	
Gobernación del Chocó	3.807.457.596	1.097.950.900	341.544.550	3.918.118.690	1.517.177.494	719.030.837
Gobierno departamental del Tolima	2.454.440.219					
Instituto Departamental de Salud de Nariño	15.772.715.422	3.666.274.055	3.030.729.920	5.167.256.283	1.470.252.868	
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	1.834.157.327	2.027.524.403				
Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca	1.965.616.223	1.287.012.727	1.302.669.070	897.986.240	446.911.938	
Total	195.833.333.347	65.461.643.174	15.309.584.585	17.220.281.999	6.813.009.833	6.305.939.330

Fuente: ADRES (2023) oficio 20231102283301.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

En relación con la vigencia 2020, a pesar de que se registra un giro extemporáneo por parte de las ET a la ADRES de recursos de esfuerzo propio por 69.106.917.223 COP, la SNS no suministró soportes de requerimientos a las ET.

Para las vigencias 2021 y 2022 la SNS inicialmente no entregó a la CGR soportes de las acciones realizadas frente a aquellas ET con recursos sin transferir a la ADRES, por lo que se reiteró la SNS la solicitud de la información¹²⁶; entregando

¹²⁶ Reiteración de la solicitud de información de la Auditoría de Desempeño al Flujo de los Recursos del SGSSS, vigencias 2020, 2021 y 2022 a la SNS mediante oficio 2024EE0018826 de 06 de febrero de 2024. La SNS entrega el 06/03/2024 mediante correo electrónico dos carpetas Vigencias 2021 y 2022

soportes parciales, toda vez que, para el 2021 no suministró los soportes de los requerimientos que indicó haber realizado a 25 ET y para el 2022 a 12 ET.

Frente a las vigencias 2021 y 2022, la SNS suministró 49 soportes de los oficios emitidos a las diferentes ET por ausencia de giro de los recursos de esfuerzo propio, sobre los cuales se observó que, en 41 de ellos, no se reportó el valor pendiente de pago. A continuación, se presenta un ejemplo del oficio que la SNS remitió a la ET departamento de la Guajira con deuda de esfuerzo propio.

Imagen No. 26

Oficio remitido de la SNS a ET por incumplimiento en pago de Rentas Cedidas sin valor a recaudar

La Superintendencia Nacional de Salud recibió la comunicación, No. 20211800074981, radicada con el No. 202182300305832, suscrita por la Directora de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la Administradora ADRES, mediante la cual informa que, durante el **mes de enero de 2021 (Recaudo mes anterior)**, el **Departamento de La Guajira**, no efectuó giro de las producciones, en los términos y condiciones definidos en el Decreto 780 de 2016 modificado por los Decretos 2265 de 2017, 1355 de 2018 y 2497 de 2018, así:

REPORT E ENERO DE 2021

DEPARTAMENTO	8 PUNTOS DEL IMPONCONSUMO DE CERVEZA (IVA DEL 8% CERVEZA) - Nacional	COMPONENTE ESPECÍFICO DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE CIGARRILLOS Y TABACO ELABORADO-LEY 1819 DE 2016 - Extranjero	AD VALOREM DEL IMPUESTO AL CIGARRILLOS -LEY 1819 DE 2016 - Nacional	IMPUESTO AL CONSUMO DE LICORES VINOS Y APERITIVOS - Nacional
LA GUAJIRA	XX	XX	XX	XX

Fuente: Oficio ADRES No. 202182300305832

Para atender este requerimiento se establece un término de diez (10) días contados a partir de la fecha de recibo de la presente comunicación. El incumplimiento a los requerimientos efectuados por la Superintendencia Nacional de Salud podrá dar lugar inicio de investigaciones de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 1949 de 2019.

Fuente: SNS (2024) oficio 20249000000244701.

De acuerdo con los oficios remitidos por parte de la SNS en el 2021 a las ET por el incumplimiento de las transferencias de esfuerzo propio con respecto a los pagos extemporáneos entregados a la ADRES, se establece que para el 2022 los pagos extemporáneos se incrementaron en las siguientes ET, pese a haberse emitido una comunicación por parte de la SNS, lo que indica que la gestión realizada por la SNS no surtió el efecto de mejorar en los ET el pago de recursos de esfuerzo propio en los tiempos establecidos:

Tabla No. 152
Pagos extemporáneos de las ET en las vigencias 2021 y 2022
Cifras en COP

ET	2021	2022
Departamento de Sucre	525.550.000	1.570.688.221
Departamento de la Guajira	197.264.260	1.259.616.625
Gobernación del Amazonas	82.370.795	570.793.850
Departamento del Guainía	350.926.350	1.332.200.456
Departamento del Cesar	1.310.011.855	1.701.491.040

Fuente: SNS (2024) oficio 20249000000244701.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Por otro lado, se generaron pagos extemporáneos en 2022 que comparados con 2021 muestran reducción, pero persisten las deudas de las ET con la ADRES realizando las transferencias por fuera de los términos, como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla No. 153
Pagos extemporáneos de las ET en las vigencias 2021 y 2022
Cifras en COP

ET	2021	2022
Departamento de Risaralda	6.821.241.437	3.552.431.914
Departamento del Vaupés	379.856.893	61.770.076

Fuente: SNS (2024) oficio 20249000000244701.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Si bien la responsabilidad del giro de los recursos a la ADRES recae en la ET, el ente encargado de monitorear y vigilar, es decir, ejercer la IV para que se cumplan las normas es la SNS, por lo tanto, le asiste responsabilidad en la eficacia y eficiencia en el flujo de recursos del SGSSS.

Causas

Ausencia de acciones eficaces de seguimiento por parte de la SNS frente a los giros extemporáneos realizado por las ET a la ADRES.

Efecto

Se afecta la disponibilidad de los recursos para la financiación del régimen subsidiado.

Respuesta de la Entidad

Mediante SIGEDOC 2024ER0078843 del 15 de abril de 2024, la SNS responde a la observación en los siguientes términos:

“Tratándose de flujo de recursos, la Superintendencia realiza acciones de inspección y vigilancia frente a las entidades territoriales, sin embargo, estas últimas son autónomas frente al cumplimiento de las normas que rigen la materia. Por tanto, cabe resaltar que, de conformidad con la Ley 1949 de 2019, estas infracciones administrativas son trasladadas a la Delegada de Investigaciones Administrativas para que realicen las acciones de control propias de esta entidad.

Ahora, frente a las comunicaciones que no tienen información o “xx”, estas corresponden a la información suministrada por la ADRES, en donde indica la relación de entidades territoriales que no han reportado giro de recursos, por tanto, se establece que dicha administradora no tiene conocimiento del valor adeudado, razón por la cual, al momento de recibir esta Superintendencia la comunicación, realiza requerimientos con las casillas vacías para que la entidad territorial informe los montos adeudados por concepto de esfuerzo propio.

En este orden de ideas, atentamente se solicita al Ente de Control que las observaciones relacionadas en este punto sean retiradas, dado que las competencias sobre estos aspectos recaen en otras entidades”.

Análisis de la respuesta

La respuesta suministrada por la SNS, refiere que las ET son autónomas frente al flujo de recursos, sin embargo, aclara que a través de la Ley 1949 de 2019 las ET que cometan infracciones administrativas, se dará traslado de la situación a la Delegada de Investigaciones Administrativas.

La SNS manifiesta que las comunicaciones recibidas por la ADRES de las que se desconoce el valor de cobro por parte las ET por giro de esfuerzo propio, realiza requerimiento a la ET para informar el monto de deuda no transferido a la ADRES.

Es así que, durante las tres vigencias, persistieron los pagos extemporáneos inclusive mayores a un año, no se evidenció la reducción de tiempos en la transferencia de estos recursos a la ADRES *“a más tardar el último día hábil de cada mes para efectos de financiar el giro oportuno de la Liquidación Mensual de Afiliados-LMA del siguiente mes”*. Por lo tanto, las acciones realizadas por la SNS no han sido eficientes y eficaces, por lo que los argumentos expuestos por la entidad, no logran desvirtuar la situación observada por la CGR y se constituye un hallazgo administrativo.

Conclusión

La entidad no desvirtuó la situación observada por la CGR y se constituyó un hallazgo administrativo.

4.3.5.5. Compromisos de mesas de flujo y de Circular 30, incumplimientos de compromisos de pago de las EPS reportados por las ET. Acciones de la SNS para verificación de resultados de depuración de cartera. - Asistencia de los actores a las convocatorias realizadas por la SNS a mesas de flujo, circular 30 o conciliación extrajudicial.

De acuerdo con la información remitida por la Superintendencia Nacional de Salud, frente a las mesas de conciliación, se tuvo un nivel de asistencia en 2020 de 28.1%, para 2021 fue el 71.5% y para 2022 fue de 87.2%.

Para las mesas de flujo realizadas y registradas en el FT009 para el año 2020 se tuvo un cumplimiento del indicador de realización de la mesa del 79.4%, para 2021 del 67.4% y para 2022 del 76.9%, adicionalmente en el archivo tipo, se registraron 394 practicas indebidas, y se conformaron expedientes de investigación, cuyos principales motivos fueron: incumplimiento de compromisos de pago (110 expedientes), No suministro de información (109 expedientes) y acuerdos no económicos (92 expedientes), inasistencia a mesas (35 expedientes) y prácticas indebidas (33 expedientes). En los periodos auditados, la Superintendencia Nacional de Salud aperturó 379 expedientes.

Con estos expedientes se conforman los Procesos Administrativos Sancionatorios, los cuales compilan los incumplimientos detectados en las mesas de flujo, conciliación, procesos judiciales, que de acuerdo con la información reportada, pueden transcurrir hasta 6 años para su apertura, situación que puede ser susceptible de caducidad del proceso si exceden los 5 años, tal como lo establece la ley 1949 de 2019 artículo 130B.

La Superintendencia Nacional de Salud, ejerce vigilancia y control frente al monitoreo y seguimiento de los incumplimientos detectados por parte de las entidades territoriales, siendo uno de estos, la inasistencia a las mesas de flujo, que, de acuerdo con lo indicado por la entidad, no son de carácter obligatorio para las ERP, por lo que no se garantiza la depuración de las cuentas.

La entidad convoca a los actores a las mesas de flujo, realizando un despliegue operativo para generar estos espacios con el fin de realizar saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud, objetivo que se puede permear ante la inasistencia de los actores. Por lo anterior, esta situación se pone a consideración de la SNS con el fin de que se evalúe al interior de la misma, si es objeto de evaluación y si esta organización institucional, le permite desarrollar de manera efectiva sus acciones de IVC.

4.3.5.6. IV de pagos realizados por las EPS por parte de la SNS y de verificación por parte de la ADRES de acuerdo con sus funciones y movimientos de cuentas bancarias de EPS por terceros vs prestadores o proveedores contratados, socios o accionistas y empleados.

Hallazgo No . 22. Acciones de Inspección y Vigilancia de la SNS frente a los pagos realizados por las EPS - (Responsable: SNS)

Criterios

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud y específicamente frente al caso de Colombia¹²⁷ señaló que:

“(…) Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...)”

¹²⁷ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre fe 2023

eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 489 de 1998 “ARTICULO 3o. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a l (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...).”

El Decreto Ley 403 de 2020. “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*”

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. ¹²⁸

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). *Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.*¹²⁹

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

El numeral 6 del artículo 2.5.2.6.7 del Decreto 780 de 2016 dispuso como responsabilidad de las EPS:

¹²⁸ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

¹²⁹ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

“Artículo 2.5.2.6.7. Responsabilidades de las entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud serán responsables, según corresponda:

(...)

3. Realizar el reporte detallado de las facturas o documentos equivalentes frente a los cuales aplica el giro directo autorizado, conforme a los términos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las especificaciones técnicas y operativas que adopte la ADRES.

6. reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, durante los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, el detalle de las facturas o documento equivalente respecto a las cuales se les realizaron pagos en el mes inmediatamente anterior, tanto por el mecanismo de giro directo a través de ADRES, así como los pagos efectuados directamente.”

El Decreto 1080 de 2021, artículo 4. Funciones de las SNS:

4. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo.

5. Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud.

(...)

6. Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la gestión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos.

(...)

9. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

10. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Condición

Mediante oficio No. 2024EE0031035 del 21 de febrero de 2024 se solicitó a la SNS la siguiente información *“Frente a los reportes presentados por las EPS en los formatos FT001, FT004 y FT005 informar los seguimientos, validaciones y/o monitoreo realizadas por la SNS frente a la oportunidad en los pagos y los valores pendientes de pago. Allegar los soportes (oficios, informes, actos administrativos, auditorías)”*.

La SNS dio respuesta mediante SIGEDOC 2024ER0044415 del 6 de marzo de 2024, señalando que se llevaron a cabo verificaciones de calidad y razonabilidad relacionadas con la información de costos, gastos y pagos, igualmente, indicó que realizó monitoreo de saldos en cuentas contables y del estado de cartera pendiente por pagar a prestadores de servicios de salud y requerimientos a las entidades vigiladas para la aclaración de cifras y se desarrollaron mesas técnicas vía Teams con las EPS a mediados de la vigencia 2020 para aclarar inquietudes de los vigilados; sin embargo, la entidad no allegó soportes que permitieran evidenciar las acciones descritas, pese a que fueron solicitados por la CGR; aunado a que la relación de radicados de los requerimientos de calidad y

consistencia realizados por la SNS a las EPS corresponden únicamente a la vigencia 2020, así como, de los seguimientos vía Teams realizados que datan al 2020, sin que con ello se demuestre su función de inspección, vigilancia y control en la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del SGSSS a través del seguimiento y monitoreo de la información reportada por las ERP.

Adicionalmente, se solicitó a la SNS informar las acciones de IV adelantadas durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 en torno a los pagos que realizaron las EPS a los terceros (prestadores, empleados, entre otros) y los mecanismos de alertas, indicadores, acciones y/o herramientas para realizar el monitoreo al flujo de los recursos del SGSSS ejecutados por las EPS. La SNS dio respuesta manifestando que:

“En cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia, en lo relacionado con el componente de información financiera y flujo de recursos, presentó los traslados a la Delegada para Investigaciones Administrativas de la Superintendencia, de las auditorías realizadas durante la vigencia (SIC) 2020, 2021 y 2022, para que dicha Delegada realice las acciones de control que correspondan. Ahora bien, mediante el archivo Excel denominado “Auditorías Flujo de los Recursos”, se entrega la información de las vigencias 2020, 2021 y 2022 (...). Por otra parte, como se indicó bajo la misma respuesta en el numeral 5.13, esta Superintendencia, ha efectuado análisis frente a la publicación de pagos efectuada por las EPS en el marco de lo dispuesto en la Circular Externa 008 modificada por las Circulares Externas 017 de 2020, 056 de 2022, 2023150000000006-5 de 2023 y 20241500000000015 de 2024; producto de ello, se han realizado los siguientes requerimientos (...). Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado visitas de auditoría (...) Así mismo, se han realizado auditorías específicas a algunas EPS que también han contemplado temas relacionados con la trazabilidad y oportunidad de pagos con prestadores y proveedores de tecnología en salud. En términos generales, estas actividades de auditoría han implicado la verificación directa de las obligaciones y pagos en los sistemas de información de las EPS, así como la validación de los soportes de transferencias bancarias y giros directos, para las vigencias 2021 y 2022”.

Así las cosas, se procedió a realizar la revisión de la relación de los informes de auditoría y los requerimientos de calidad y consistencia en la publicación de pagos por parte de las EPS, evidenciándose lo siguiente:

- La SNS presenta doce (12) informes de auditoría, de los cuales once (11) corresponden a la vigencia 2022 y uno (01) a la vigencia 2021, frente a la vigencia 2020 no presentó informes, lo que denota debilidades en las acciones de IV adelantadas por la SNS durante las vigencias 2020 y 2021 en torno a los pagos que realizaron las EPS a los terceros y que son monitoreados a través de sus auditorías.
- Se indicó por parte de la SNS la realización de auditorías específicas a algunas EPS relacionadas con la trazabilidad y oportunidad de pagos con prestadores y proveedores de tecnología en salud; no obstante, dentro de la respuesta recibida no se observan las mismas para las vigencias 2020, 2021 y 2022.

- La relación presentada de los requerimientos realizados de calidad y consistencia en la publicación de pagos por parte de las EPS corresponden únicamente a la vigencia 2023, sin que se observen para las vigencias 2020, 2021 y 2022, objeto de auditoría.

Finalmente, frente a los mecanismos de alertas, indicadores, acciones y/o herramientas para realizar el monitoreo al flujo de los recursos del SGSSS ejecutados por las EPS, la SNS señaló los informes de auditoría y los requerimientos realizados a las EPS; sin embargo, no se observa que se cuente con alertas e indicadores para monitorear la eficiencia del gasto; que de acuerdo al Informe del BID *“Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias”*.

Causas

Debilidades en la inspección y vigilancia por parte de la SNS para el seguimiento, validación, monitoreo y medición frente a los pagos y los valores pendientes de pago.¹³⁰

Baja cobertura de sujetos auditados para la realización de las auditorías específicas a las ERP relacionadas con la trazabilidad de pagos con prestadores y proveedores de tecnologías en salud, que implican la verificación de pagos en los sistemas de información de las ERP.¹³¹

Efecto

Carteras morosas con los prestadores, incumplimientos de acuerdos de pago entre ERP y prestadores de servicios, prácticas indebidas en el flujo de recursos.¹³²

Respuesta de la SNS

La SNS dio respuesta mediante SIGEDOC 2024ER0078843 del 15 de abril de 2024, suscrito por el Secretario General, señalando:

Respuesta

(...)

“Frente a la tabla 22, es importante aclarar que los resultados de los acuerdos de pago deben medirse de acuerdo con la columna que referencia “Valor Efectivamente Pagado por ERP”, toda vez que desde esta columna, se verifica la información del giro tanto con la ERP como con la EBP, ya que, se presenta en varias ocasiones que las EBP no

¹³⁰ Decreto 1080 de 2021- Artículo 4. Numeral 4. Y Circular 030 de 2013. Numeral 4.2.

¹³¹ Vigencias 2020, 2021 y 2022

¹³² Los resultados en calidad y oportunidad se evidencian en los reportes de indicadores de Circular 256 del MSPS.

responden a los requerimientos o llamadas que se hacen para validar el cumplimiento de los acuerdos. Lo anterior, aplica para las mesas de saneamiento de cartera de la Circular Conjunta 030 y las mesas de flujo de recursos.

Ahora bien, respecto a los archivos de MFR para la vigencia 2020 y 2021, no se generaban registros de fechas para los compromisos de pago, ya que, a partir del rediseño institucional de septiembre del 2021, fue cuando se comenzó con los registros del AIFT09 para estas mesas, donde se contemplan las fechas⁸ en los registros de compromisos. Para la vigencia 2022, se tiene los registros en las columnas "AB; AC; AD" (...).

Asimismo, en la Tabla No. 02, en la columna "registros totales" se aclara que, esta cifra no corresponde a la cantidad de mesas realizadas en cada vigencia, (...)"

Análisis de respuesta

En la validación de la respuesta proporcionada por la SNS, se evidencia que hace referencia al literal H del oficio de comunicación de observaciones con radicado No. 2024EE0055771, el cual correspondía a los indicadores asociados a los temas de la pregunta No. 5.

Por lo anterior, la respuesta dada por la SNS no guarda relación con los hechos observados, al hacer referencias a tablas y registros correspondientes a los indicadores presentados, por lo que se valida el hallazgo administrativo.

4.3.6. Pregunta No. 6 El arreglo institucional permite el flujo completo y oportuno de los recursos del SGSSS?

4.3.6.1. Tutelas por concepto de servicios de salud incluidos en el PBS y por servicios NO PBS, incoadas contra las EPS de la muestra.

Hallazgo No. 23 Fallos de tutelas y prestación de servicios de salud. (Responsable EPS – SNS)

Fuente y Criterios

Constitución Política de Colombia, "Artículo 86. *Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como*

mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución”

Ley 100 de 1993 “Artículo 2. PRINCIPIOS. (...) a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3. PRINCIPIOS DE LA FUNCION ADMINISTRATIVA. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

Ley 1751 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

“(...)”

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

(...)”

Artículo 6 Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. el derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

(...)”

*c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información; (...)”*

*e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones; (...)”*

El Decreto Ley 403 de 2020. “ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

- a) *Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.*
- b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*
- d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*

Decreto 1080 de 2020, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud” (...) “ARTÍCULO 4. Funciones. La Superintendencia Nacional de Salud cumplirá las siguientes funciones: (...) “10. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
(...)

f. *Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud”.*

Sentencia T- 760 de 2008

*“DERECHO A LA SALUD-Es un derecho fundamental. Comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Debe ser respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud - IPS y EPS -. Circunstancias en que es tutelable.
(...)*

2. Planteamiento de los problemas jurídicos y resumen de las decisiones

En la presente sentencia, la Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud –concretamente, el acceso a servicios de salud que se requieren–, cuya solución ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación. Estos casos se refieren a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado. Estas situaciones son las siguientes: acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS, sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona; libertad de elección de la ‘entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud’¹⁴ y duda acerca de la inclusión del lente intraocular en el POS y procedencia del recobro. También fueron repartidos a esta Sala casos en los cuales alguna EPS pedía el reembolso oportuno de los gastos de un servicio médico no cubierto por el POS.”

Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”

Artículo. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

(...)

Artículo 30. Principios del sistema general de seguridad social en salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en salud:

(...)

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.

(...)

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

(...)

3.19 Intersectorialidad Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

(...)

3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad". (Subrayado fuera de texto)

Resolución 4559 de 2018, "Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud"

"Artículo 1°. Adopción. Adóptese a través de la presente resolución el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los riesgos sistémicos como herramienta para la identificación, evaluación y medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos (salud, financieros, operativos, entre otros) a los que se encuentran expuestas las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Hará parte integrante del presente acto administrativo el documento técnico por el cual se define el modelo a que hace referencia el inciso anterior"

(...)

2.5 Identificación de los riesgos y de las actividades significativas

En esta actividad la SNS desarrolla, entre otras, la identificación de los tipos de riesgos, áreas significativas de supervisión y áreas e instituciones a las cuales se les asignará mayor o menor prioridad, siendo insumo para la planificación de la supervisión y presupuestación de la misma.

Las categorías de riesgo ver definiciones en anexo- sobre las cuales la SNS está desarrollando este marco de supervisión son las siguientes, lo cual no excluye que las entidades supervisadas gestionen

Categorías adicionales en sus modelos de administración de riesgos:

- *Riesgo en Salud y Riesgo Actuarial.*
- *Riesgos de Liquidez, Crédito y Mercado de Capitales.*
- *Riesgo Operacional.*
- *Riesgo de Grupo.*
- *Riesgo Reputacional.*
- *Riesgo de Fallas del Mercado de Salud.*
- *Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.” (...)*

(...)

Riesgo actuarial:

-Riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbimortalidad y en los costos de atención: Corresponde a la posibilidad de pérdida que se genera como consecuencia de variaciones considerables en las condiciones de morbi-mortalidad de la población afiliada, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención (...).

Decreto 1080 de 2020, “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud” (...) “ARTÍCULO 4. Funciones. La Superintendencia Nacional de Salud cumplirá las siguientes funciones: (...) “10. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Informe MSPS. “Informe de Tutelas en Salud 2023 Orden Trigésima Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Calidad”¹³³

Condición

En el marco de la acción de tutela como mecanismo garante del derecho a salud, y de los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión de los recursos para que los afiliados accedan a la prestación de servicios, se solicitó información a la SNS, con relación al seguimiento de los fallos de tutela contra EPS, por servicios PBS o NO PBS, durante las vigencias 2020, 2021 y 2022. La respuesta

¹³³ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2023-orden-trigesima-sentencia-T-760-2008.pdf>.

suministrada por la entidad²⁶ da cuenta del número de fallos de tutela con base en los datos suministrados por las PQRD recibidas por la SNS, en la que indica por cada EPS el número de reclamos recibidos.

Tabla No. 154
 Numero de Tutelas recibidas por la SNS durante las vigencias 2020, 2021 y 2022

EPS	2020	2021	2022	Total reclamos
NUEVA EPS	815	1.190	1.950	3.955
FAMISANAR	145	246	539	930
COOSALUD	104	177	504	785
CAPITAL SALUD	243	170	244	657
PIJAOS SALUD (EPS-I)	0	1	3	4
TOTAL	1.307	1.784	3.240	6.331

Fuente: SNS (2024) 20249000000345521.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

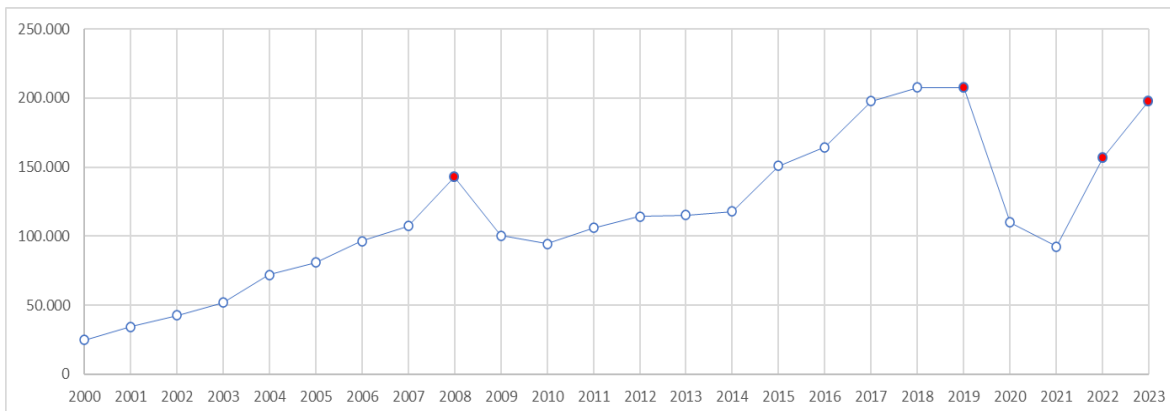
A partir de la información anterior, se identificó que la SNS durante la vigencia 2020, en las 5 EPS de la muestra registró 1.307 PQRD por acciones de tutela, en el 2021 registro 1.784 y en el 2022 reportó 6.331 PQRD; es decir, que el comportamiento en el uso de la acción de tutela para la garantía del derecho a la salud se incrementó en el 2021 en un 36% y en el 2022 en un 82% con relación al 2020, lo que permite concluir que año tras año, el uso de la tutela se ha incrementado, a pesar de la prohibición de barreras de acceso a los servicios de salud, y de la oportunidad con la cual debe brindarse la atención a los afiliados.

La SNS manifestó que *“se realiza seguimiento mediante la verificación del estado de los reclamos en salud radicados a las EAPB y para aquellos que persistan en estado abierto, se realizan requerimientos a las entidades aseguradoras con la instrucción de cierre inmediato; y en los casos en que persiste el incumplimiento a las normas del SGSSS se traslada a la Delegada para Investigaciones Administrativas con el fin de que se evalúe la pertinencia del inicio de una investigación administrativa sancionatoria”*.

En relación con lo anterior, se identifica que, aunque la SNS realiza las verificaciones mencionadas, la persistencia de incumplimientos refleja la inoportunidad en la prestación de servicios requeridos por los usuarios; los cuales, se han incrementado durante los últimos años.

A su vez, el MSPS en el Informe Tutelas 2023, registra datos, a partir de los cuales, se identifica una tendencia al crecimiento y mayor uso de este mecanismo jurídico como se ilustra a continuación:

Imagen No. 27
Informe Tutelas 2023- MSPS



Fuente: MSPS (2024) Informe MSPS. "Informe de Tutelas en Salud 2023 Orden Trigésima Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Calidad"

De otra parte, se solicitó a las EPS de la muestra (Capital Salud EPS-S, Coosalud EPS, Famisanar EPS, Nueva EPS y Pijaos EPS) la relación del número de tutelas, así como el valor correspondiente a la prestación de servicios que no fueron prestados a los accionantes. Al respecto, las EPS²⁷ de la muestra entregaron los siguientes datos para las vigencias 2020, 2021 y 2022, discriminados por regímenes y por PBS y NO PBS:

Tabla No. 155

Numero de registros de tutelas No PBS por EPS con el respectivo valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022. Cifras en COP

EPS	Vigencia	Número de registros de tutelas NO PBS con valor					
		Contributivo		Subsidiado		Total ambos regímenes	
		Cant.	costo	Cant.	costo	Cant.	costo
Capital Salud-S	2020	17	171.891.428	481	1.959.110.006	498	2.131.001.434
	2021	15	42.339.237	251	630.994.850	266	673.334.087
	2022	5	1.656.582	177	760.672.555	182	762.329.137
Nueva EPS	2020	26.110	45.723.838.201	15.673	28.087.467.220	41783	73.811.305.421
	2021	29.283	49.719.694.645	27.602	49.534.699.402	56885	99.254.394.047
	2022	13.214	18.655.136.279	14.570	16.791.772.757	27784	35.446.909.036
Famisanar	2020	2357	115.558.556.367	390	1.211.780.512	2747	116.770.336.879
	2021	2489	5.783.667.341	450	558.334.571	2939	6.342.001.912
	2022	1170	5.747.026.456	316	663.753.151	1486	6.410.779.607
Pijaos	2020	1	20.400.000	22	167.273.222	23	187.673.222
	2021	0	0	32	367.640.611	32	367.640.611
	2022	0	0	2	260.000	2	260.000

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) mediante oficio VAF-038-23 y Pijaos EPS oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De la anterior información, cuya fuente fueron las EPS, las tutelas interpuestas por los usuarios de cada una de las EPS de la muestra, detallan un comportamiento

decreciente en cada vigencia en lo correspondiente a los servicios de salud No PBS.

La persistencia de la interposición del mecanismo de tutela se puede presentar por la no prestación del servicio, la falta de oportunidad y la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud, entre otros, cuyo trámite de autorización no siempre se realiza de manera óptima y efectiva, conllevando al uso de la tutela como mecanismo al cual accede el afiliado para obtener el servicio requerido.

Por otra parte, en el caso de Coosalud, la información suministrada fue incompleta por lo cual, no permitió establecer la cuantía de los procesos de tutela registrados como se describe a continuación:

Tabla No. 156
 Numero de registros tutelas reportados por COOSALUD
 durante las vigencias 2020, 2021 y 2022.

Año	NO PBS	PBS	Total, de registros de tutelas reportados	Anotación
2020	No discrimina	No discrimina	256	No discrimina o clasifica PBS/ NO PBS, régimen y no reporta valor
2021	225	472	697	No discrimina régimen y no reporta valor
2022	508	2126	2634	No discrimina régimen y no reporta valor

Fuente: Coosalud EPS (2024)

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Adicionalmente, se identificó que cada una de las EPS de la muestra, reportó una cantidad determinada de registros de procesos de tutela No BPS y PBS, sin informar la cuantía de los servicios prestados, por lo que el costo real que representa el uso de este mecanismo de garantía de derechos en el flujo de los recursos de las EPS seleccionadas, es indeterminado para las vigencias auditadas. Las respectivas cantidades de registros que no indicaron el valor se detallan a continuación:

Tabla No. 157
 Numero de registros de tutelas No PBS Y PBS, reportados sin valor por cada EPS
 durante las vigencias 2020, 2021 y 2022.

EPS	Vigencia	Número de registros de tutelas				Total
		NO PBS		PBS		
		Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	
Capital Salud-S	2020	9	192	26	921	1.148
	2021	3	140	59	971	1.173
	2022	4	88	88	1.667	1.847
Nueva EPS	2020	4.890	4.492	16.940	11.881	38.203
	2021	8.199	9.849	23.402	20.078	61.528
	2022	6.052	7.794	15.662	15.468	44.976
Famisanar	2020	246	30	757	37	1.070
	2021	1229	188	1229	188	2.834
	2022	570	166	570	166	1.472

EPS	Vigencia	Número de registros de tutelas				Total
		NO PBS		PBS		
		Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	
Pijaos	2020	0	17	2	4	23
	2021	0	25	0	8	33
	2022	0	57	2	17	76

Fuente: Capital Salud EPS-S (2023) oficio DI-DG-CT_204-2023; Famisanar EPS (2024) oficio 2024ER0048009; Nueva EPS (2023) mediante oficio VAF-038-23 y Pijaos EPS oficio enviado el 29/02/2024.

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Por último, la existencia de estos procesos de tutela asociados al PBS, refleja ineficiencias en la prestación de los servicios básicos que no están siendo atendidos, desconociendo la prevalencia de derechos, la calidad, pertinencia, oportunidad, eficiencia y continuidad de la atención en salud de los afiliados, así como incumplimiento del principio de intersectorialidad, entre los diferentes actores del sistema a fin de mitigar los riesgos en salud.

Causas

El comportamiento de las tutelas se relaciona con la inoportunidad o postergación del servicio de salud, asociadas a fallas en la supervisión de la contratación de los servicios y su disponibilidad; así como a la falta de aplicación de los principios que fundamentan el SGSSS, ya que las EPS continúan limitando y colocando barreras de acceso para la prestación de servicios y en los trámites de autorización, para garantizar el derecho a la salud en condiciones de oportunidad y calidad en los casos tutelados. **(Responsable: EPS)**

Además, las fallas de información y debilidades intersectoriales por la falta de cumplimiento de los deberes de cada una de las instituciones especialmente de las EPS quienes limitan la autorización de los servicios requeridos, y de la SNS en su función de inspeccionar, vigilar y controlar la garantía del derecho a la salud en el marco de la obligatoriedad, calidad y eficiencia. **(Responsable: EPS y SNS).**

Efecto

Incremento en el costo de salud, y reproceso de la gestión administrativa en toda la cadena de valor del uso del recurso y de la prestación del servicio.

Además, los fallos de información impiden determinar el costo real que representa el uso del mecanismo de tutela, en el flujo de los recursos de las EPS seleccionadas, lo que también dificulta la toma de decisiones y acciones de mejora concretas, que reduzcan a la menor cifra la ocurrencia de eventos de tutela, los desgastes administrativos, la vulneración de derechos, y que el uso y destinación de los recursos para la atención en salud sea más eficiente.

Respuestas de las Entidades

Capital salud EPS-S “De conformidad con lo requerido, Capital Salud EPS-S se permite informar que una vez realiza las validaciones correspondientes a la observación y las cifras mencionadas se precisa que el uso de la acción de tutela para la garantía del derecho a la salud genera incremento a nivel nacional, sin embargo, frente a las cifras de la entidad pese a presentar un crecimiento exponencial de la población, tasa de tutelas por población total permanece estable en el periodo como se detalla a continuación.

Criterio	2020	2021	2022
Población	1,101,383	1,090,254	1,280,642
Tutelas	1708	1515	2087
Taza* 1000	1.6	1.4	1.6

Fuente de información: Dirección Médica

Así pues, del análisis efectuado por el grupo auditor, se evidencia que se tuvo en cuenta únicamente las tutelas que cuentan con un fallo favorable, pero no se tomaron aquellas tutelas que tiene como criterio “Negada” lo que permite evidenciar que el uso de la tutela como lo describen el grupo auditor que solo es utilizado “para garantizar los derechos a la salud” no evidencia una aseveración del cien por ciento real, pues se evidencia que del total de tutelas interpuestas el 44% de las mismas no son utilizadas por mecanismo de garantía, contrario a esto es utilizado como mecanismo para obtención de servicios o recursos sin indicación criterio o pertinencia.

Régimen	Concepto	Porcentaje
CONTRIBUTIVO	Total	4%
	CONCEDIDO	2%
	NEGADO	2%
	Sin fallo notificado	1%
SUBSIDIADO	Total	96%
	CONCEDIDO	54%
	NEGADO	32%
	Sin fallo notificado	9%

Fuente de información: Dirección Médica

Por otra parte, dentro de las tutelas que se presenta con fallo a favor del paciente llama atención incremento de los fallos por procedimientos PBS, esto debido a que para la vigencia 2021 y 2022 se presentaron modificaciones Postpandemia a los insumos, medicamentos y procedimientos PBS, como se detalla continuación.

Vigencia	Concepto	Cantidad	Porcentaje
2020	EXCLUSION	62	4%
	NO PBS	699	41%
	PBS	947	55%
2021	EXCLUSION	76	5%
	NO PBS	409	27%
	PBS	1030	68%
2022	EXCLUSION	58	3%
	NO PBS	274	13%
	PBS	1755	84%

Fuente de información: Dirección Médica

Conforme a lo anterior se puede evidenciar que de acuerdo con las cifras que menciona el grupo auditor y los argumentos a los que se llegó no corresponde, toda vez que no se

tomó la totalidad de los registros que presento la entidad como respuesta al requerimiento, y solo se tomó una fracción de estas.

Es fundamental realizar un análisis exhaustivo y detallado de toda la información disponible para garantizar la exactitud y veracidad de los datos presentados. Además, es preciso tomar en consideración todos los factores y aspectos relevantes que se presentaron en la emergencia Sanitaria Covid-19 y Postpandemia a fin de tener una evaluación adecuada y justa de la situación.

Es importante resaltar Capital Salud EPS-S está comprometida con la defensa judicial adecuada para cumplir con los fallos y evitar sanciones para la entidad.

Es importante destacar que la acción de tutela es un mecanismo fundamental que puede ejercer los afiliados de la entidad, por lo que Capital Salud EPS-S continuará trabajando de manera diligente para resolver de manera oportuna y justa cada una de las peticiones que se presenten en este sentido.

De acuerdo con lo anterior, se solicita de manera respetuosa al grupo auditor, desvirtúe la observación efectuada, de acuerdo con los argumentos expuesto precisando que la entidad se encuentra adelantado estrategias a fin de fortalecer nuestros procesos esto con el objetivo que Capital Salud EPS-S se mantiene comprometida con la protección de los derechos de nuestros afiliados y seguiremos velando por su bienestar y satisfacción en términos de atención en salud”.

Famisanar EPS: Mediante oficio con radicado interno 1511821 de fecha 04 de julio de 2024.

“

– A. Tutelas por concepto de servicios de salud incluidos en el PBS y por servicios NO PBS, incoadas contra la EPS de la muestra.

Observación: Fallos de tutelas y prestación de servicios de salud.

Respuesta:

Al respecto desde la EPS, Famisanar se han adoptado todas las medidas necesarias para mejorar la prestación de servicios de salud que brindamos a nuestros afiliados, se tienen modelos de contratación que permite el seguimiento a los usuarios dentro de marco de Modelo de Atención en Salud.

En relación con la oportunidad en la atención y la accesibilidad a los servicios se realiza análisis con la red de prestadores para mejorar los tiempos de oportunidad en la prestación de servicios; es importante mencionar también que durante la post pandemia se incrementó la demande de servicios y se presentó poca oferta por parte de los prestadores aunado a las medidas de confinamiento (Pandemia COVID 19) que se tuvo para esta época y esto evidencia el crecimiento de las acciones de tutela en estos periodos. Es importante para los periodos mencionados tener en cuenta la cesión de usuarios de las EPS liquidadas, que venían con procesos jurídicos en contra de dichas entidades y que deben ser asumidas por la EPS Famisanar al momento del ingreso de esta población, sumado a que las nuevas tecnologías no PBS tienen un impacto importante en la radicación de procesos jurídicos que generan aumento en la radicación de tutelas.

En cuanto al cumplimiento de los fallos, EPS Famisanar históricamente ha venido dando cumplimiento a las órdenes judiciales, buscando siempre prestar los servicios bajo los criterios de calidad, oportunidad, en aras a la satisfacción de los usuarios: como medida adicional para la monitorización del cumplimiento a estos fallos, se está realizando el proceso de la implementación de un nuevo software de tutelas (SItI), con el objetivo de llevar la trazabilidad y control del requerimiento desde su notificación hasta su cierre”.

Coosalud EPS: Allega oficio con fecha 02 de julio de 2024

“9. Observación: Fallos de tutelas y prestación de servicios de salud

“La principal causa del comportamiento de las tutelas se relaciona con la inoportunidad o postergación del servicio de salud, asociadas a fallas en la supervisión de la contratación de los servicios y su disponibilidad; así como a la falta de aplicación de los principios que fundamentan el SGSSS, ya que las EPS continúan limitando y colocando barreras de acceso para la prestación de servicios y en los trámites de autorización, para garantizar el derecho a la salud en condiciones de oportunidad y calidad en los casos tutelados.

Además, las fallas de información y debilidades intersectoriales por el incumplimiento de los deberes de cada institución, especialmente de las EPS, que limitan la autorización de los servicios requeridos, y de la SNS, inspeccionando, vigilando y controlar la garantía del derecho a la salud en el marco de la obligatoriedad, calidad y eficiencia.

Sea lo primero precisar que COOSALUD EPS S.A. tiene una tasa de quejas inferior a la media nacional y las mediciones de satisfacción ha cumplido con los estándares evaluados por la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente, en el informe de la Defensoría del Pueblo puede observarse que Coosalud es una de las EPS con menor tasa de tutelas en el sistema de salud. Es mandatorio señalar que el incremento global, en todo el sistema de salud, de quejas y tutelas por temas relacionados con medicamentos responde en buena parte a la falta de políticas claras desde el nivel gubernamental, que permite que las casas farmacéuticas y los operadores logísticos robustos, desabastezcan en el canal institucional las moléculas, para mantener mucho mejor abastecido el canal comercial en lo atinente a distribución.

Aunado a ello, no es dable predicar respecto de Coosalud EPS S.A. que limite y coloque barreras de acceso para la prestación de servicios y en los trámites de autorización, toda vez que, como estrategia organizacional, nuestra entidad no exige autorización de servicios en la red de prestadores contratada por considerarlo una barrera de acceso al servicio de salud, por lo que no hay lugar a arribar a la conclusión esbozada por el equipo auditor.

Coosalud EPS cuenta con un sistema de información transaccional que permite el registro de las solicitudes ambulatorias por parte de los prestadores y los usuarios una vez cuenten con el ordenamiento médico, lo que garantiza una respuesta oportuna.

Este sistema proporciona una plataforma centralizada que permite dar seguimiento a estas solicitudes en tiempo real. Además, posibilita visualizar el estado actual de cada solicitud, lo que garantiza transparencia y oportunidad en la aprobación según la normatividad vigente. Para los servicios priorizados se tiene una oportunidad de 48 horas, dentro de este grupo están los pacientes asociados a cohortes, programas de riesgo y población especial, para los servicios no priorizados se tiene una oportunidad de 5 días calendarios, logrando con esto la efectividad en la prestación de servicios ambulatorios

Para garantizar su efectividad, realizamos un seguimiento de los indicadores establecidos por la normativa vigente, lo que nos permite monitorear y evaluar el funcionamiento del proceso de referencia ambulatorio. Así mismo, para un seguimiento continuo de la operación, disponemos de tableros de control de referencia ambulatoria que nos permiten hacer seguimiento del comportamiento de las solicitudes ambulatorias por sucursales.

En virtud de lo expuesto, y con los soportes probatorios que nos permitimos aportar queda demostrado que no existe actitud omisiva por parte de COOSALUD EPS S.A, en consecuencia, se desvirtúan las observaciones realizadas por el equipo auditor.”

Pijaos Salud EPSI:

Mediante oficio EPSI06-AGER-100-2024-055 del 10 de julio de 2024 responde la observación en los siguientes términos:

“Una vez validada la información contenida en el informe detallado (“Tercera comunicación de observaciones y conclusiones Auditoría de Desempeño al flujo de los recursos del SGSSS, vigencias 2020, 2021 y 2022”) se efectúa, el pertinente análisis estadístico y jurídico que se plasma en las gráficas relacionadas, en las cuales es imperativo para PIJAOS SALUD EPSI, manifestar que en aras de legitimar el derecho al debido proceso y el efectivo uso a la contradicción y defensa, solicitamos de manera respetuosa la debida validación de los datos suministrados por la EPS –i, teniendo en cuenta que los datos, cifras y numerosa apostados en la presente observación no dispone concordancia frente a los reportes proporcionados tanto a el presente ente auditor como a los demás entes de inspección, vigilancia y control, lo expuesto anteriormente en aras de contar con datos verídicos y sujetos a la realidad que permitan un análisis real e integral.

A causa de lo expuesto, de manera respetuosa se solicita a la C.G.N., validar los datos que se han suministrado, en el entendido que pueden existir razones subyacentes para estas diferencias.

De igual modo, es menester de PIJAOS SALUD EPSI, con relacion lo manifestado por el ente de control “la interposición de estos recursos ocasiona mayores riesgos frente a la calidad de vida e integridad de los pacientes, afectando la continuidad de sus tratamientos con posibilidades de complicación de las patologías padecidas, que requieren mayor nivel de atención y usos de más tecnologías.

Así mismo, la inoperancia en los casos tutelados genera incremento en el costo de salud, y reproceso de la gestión administrativa en toda la cadena de valor del uso del recurso y de la prestación del servicio.” Informar que en reiteradas ocasiones la activación de este mecanismo carece de una real vulneración al derecho fundamental a la salud, en el entendido que, a pesar de haberse prestado el servicio, si el usuario no se siente satisfecho tiene pleno derecho de accionar, ya que la protección de los derechos fundamentales es una piedra angular en los sistemas constitucionales modernos.

Entre los mecanismos más importantes para salvaguardar estos derechos se encuentran los recursos judiciales que permiten a los individuos defender sus garantías frente a POSIBLES vulneraciones. En este contexto, la tutela es un mecanismo expedito y preferente diseñado para proteger derechos fundamentales, como la vida, la libertad, la

salud y la dignidad humana, cuando estos son APARENTEMENTE amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad o incluso de particulares en ciertos casos específicos.

Bajo estos postulados, ninguna entidad o particular puede prohibir ni coaccionar el uso de la tutela, dado que ello contravendría los principios de supremacía constitucional y de la protección de derechos fundamentales. La Constitución Política de Colombia en su artículo 86 consagra el derecho a la acción de tutela, estableciendo que cualquier persona puede acudir ante los jueces para obtener la protección inmediata de sus derechos fundamentales.

En consecuencia, intentar impedir su uso no solo vulnera derechos fundamentales, sino que además constituiría un desacato a la Constitución y a los tratados internacionales de derechos humanos como la Convención Americana sobre derechos Humanos, que en su artículo 25 garantiza el derecho a un recurso sencillo y rápido ante jueces competentes que proteja contra actos que violen derechos fundamentales que los usuarios crean vulnerados. Por lo tanto, la tutela es un baluarte imprescindible para la protección de los derechos humanos y su libre acceso debe ser garantizado y respetado en todo momento”.

Nueva EPS

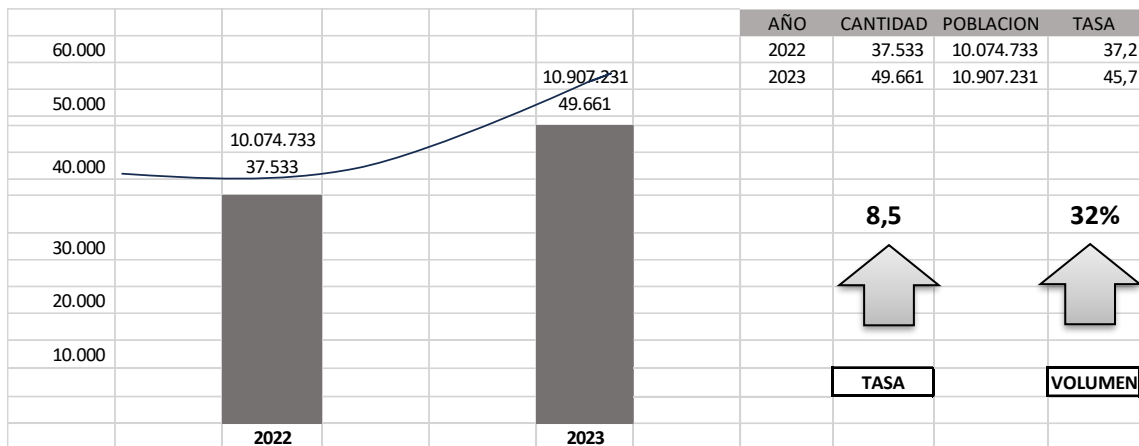
Mediante oficio Código: P-131-2024 del 11/07/2024 la nueva EPS responde a la observación en los siguientes términos:

“La gestión de las tutelas desde la perspectiva del aseguramiento es un riesgo inherente que se materializa en el ejercicio de garantizar el derecho de los afiliados a la salud.

Desde abril 2023 se reorganizó estructuralmente un área que presta dos servicios principalmente: 1. Dar respuestas de manera integral a los requerimientos de fondo y en forma y 2. entregar el servicio de información que busca que los procesos misionales, las regionales y zonales, conozcan las causas raíz que están generando la interposición de requerimientos por parte de los usuarios para que con base en su responsabilidad las mitiguen desde la causa.

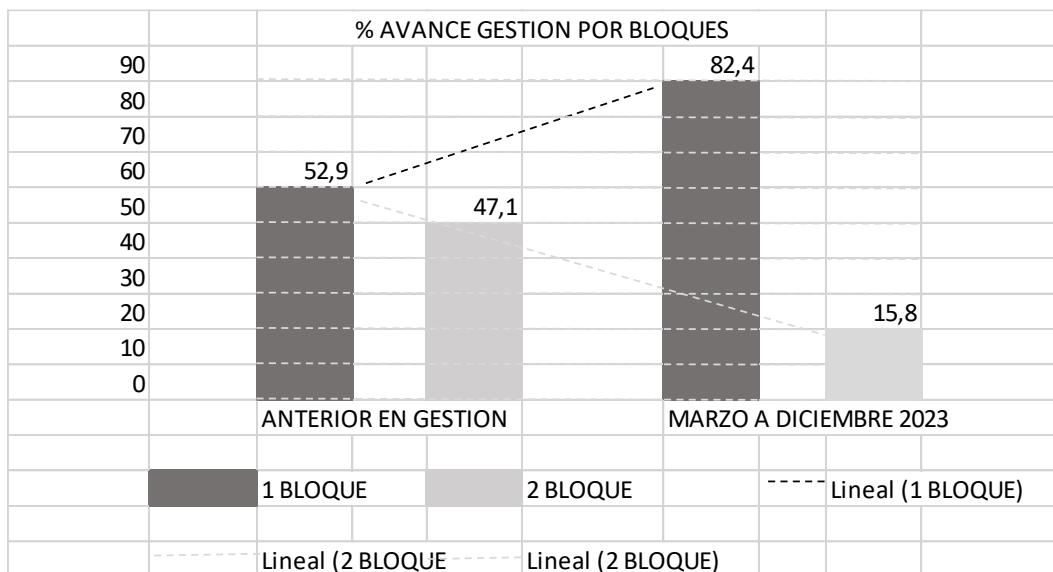
Con base en el comportamiento 2022 vs 2023, se presentó el siguiente comportamiento:

1. *Comparativa tasa: Entre el 2022 y 2023 se aumentó un 32% la tasa de tutelas en la compañía, lo que corresponde a un incremento del 8.5 de un año a otro (tasa calculada por cada 10.000 usuarios)*



Fuente: Informe Gestión comparativa 2022 2023_Tutelas. Gerencia Unidad de Servicios Compartidos en Salud

2. *Avance de gestión:* Con base en el estado de la tutela, se manejan dos bloques en la compañía; el primer bloque que corresponde desde la admisión hasta el fallo de tutela y el segundo desde el requerimiento e incidentes de desacato en la primera y segunda instancia o incidentes con riesgo de policía. En la imagen que se adjunta, se evidencia el avance en la gestión y cierre de cada uno de los bloques viendo para el segundo bloque un incremento en la gestión muy importante desde que inicio la reestructuración del proceso, que disminuye de una manera significativa los riesgos hacia la compañía frente a incumplimientos y multas hacia el asegurador, y más importante aún asegurado la prestación efectiva de los servicios al usuario.



Fuente: Informe Gestión comparativa 2022 2023_Tutelas. Gerencia Unidad de Servicios Compartidos en salud

3. *Principales tecnologías tuteladas:* Con base en el informe generado con corte a diciembre 2023 se adjunta la imagen de los principales servicios incluidos en las tutelas con su correspondiente participación; estos servicios eran los que a la fecha de corte se encontraban en gestión agrupándolos por tipo de servicio.

De acuerdo con la imagen se puede ver que los principales servicios hacen parte de apoyo diagnóstico y terapéutico consultas especializadas, los transportes como servicios complementarios para la prestación de servicios fuera de la zona y que no tiene UPC adicional así como los viáticos, albergues y demás necesarios para asegurar la estadía fuera del territorio, lo que corresponden al 79% del total de servicios; de igual manera, medicamentos, atención domiciliaria (incluye cuidadores) y demás que se muestran en la tabla con menor porcentaje de participación.

CANT. SERVICIOS		TIPO DE SERVICIO		CNAT	%
38.310		Procedimientos, ayudas diagnósticas y apoyo terapéutico		13.824	36,1
		Consultas básicas y especializadas		10.894	28,4
		Transporte y/o gastos de viaje		6.721	17,5
		Medicamentos		3.284	8,6
		Atención domiciliaria		2.013	5,3
		Suministros		811	2,1
		Ambulancias		192	0,5
		Lentes		173	0,5
		Reembolsos		145	0,4
		Ayudas auditivas		136	0,4
		Oxígeno/opap/opap		39	0,1
		Exoneración		32	0,1
		Otros servicios administrativos		27	0,1
		Afiliación		18	0,0
		Total general		38.310	100,0
CANT. USUARIOS					
16.057					
PROPORCION POR BLOQUE					
1 BLOQUE	54,4%				
2 BLOQUE	15,6%				
Total general	100,00%				

Fuente: Informe Consolidado GUSCS-enero 2024. Gerencia Unidad de Servicios Compartidos en Salud

Conclusión: con base en el ajuste de proceso, las áreas de negocio como direcciones nacionales, gerencias regionales y zonales, tiene una información específica que determina las acciones a seguir ya sea en la red, prescriptores o en cualquier actor que intervenga en la prestación efectiva de los servicios a los usuarios y que este generando interposición de tutelas hacia el asegurador, para implementar acciones de mejora específicas que denoten una disminución de tutelas por eventos evitables. Es necesario tener en cuenta para cualquier análisis el comportamiento del país frente a la incertidumbre y cierre de prestadores que está impactando fuertemente en el incremento de tutelas a nivel país por servicios incluidos en rutas de gestión ya definidas”.

Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante oficio 20249000001365041 del 05/07/2024 la entidad responde a la observación de la siguiente manera:

“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud, lo que implica, la gestión del riesgo, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias ejercer la inspección, vigilancia y control velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios

en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En desarrollo de lo anterior y para efectos de proteger los derechos de los usuarios ante las eventuales barreras o negaciones al acceso a los servicios de salud, la Superintendencia cuenta desde el año 2014, con un aplicativo de PQRD que permite dar traslado en línea a la entidad responsable de resolver el reclamo en el mismo momento de la radiación y en el marco de sus competencias ejercer inspección y vigilancia sobre las PQRD como se detalla a continuación:

Instrucciones Generales de obligatorio cumplimiento. En ejercicio de la facultad de vigilancia³, mediante la Circular Externa 047 de 2007, modificada por la Circular 008 de 2018 y posteriormente por la Circular 2023151000000010-5 del 2023 se han impartido instrucciones a las entidades responsables de garantizar los servicios de salud, en el sentido que los reclamos en salud presentados por sus afiliados deben ser resueltos de fondo atendiendo las necesidades y características del usuario dentro de las 72, 48 o 24 horas siguientes a la radicación dependiendo del tipo riesgo a la vida o la integridad.

Marcación Riesgo Vital: Al momento de recibir el reclamo en salud presentado por el usuario y atendiendo su condición, se procede a marcar la PQRD con “riesgo vital” lo cual implica que debe acatarse la instrucción de resolverla en un término máximo de 24 horas días según las instrucciones impartidas en la Circular 2023151000000010-5 del 2023.

Instrucción particular: De manera simultánea con el traslado de cada uno de los reclamos, se remite a la entidad responsable del servicio de salud, una instrucción concreta en la que se indica que debe desplegar de inmediato las acciones necesarias para superar la situación, otorgando el término correspondiente según la clase de PQRD (riesgo vital, priorizado o simple).

Marcación con fallo de tutela: Para aquellos reclamos en salud con providencias judiciales donde el usuario da a conocer que acudió a la acción de tutela, se realiza la marcación del reclamo con “fallo de tutela”.

Requerimientos de vigilancia a las EAPB: Todos los reclamos en salud que se reciben contra las entidades vigiladas, son monitoreados en el aplicativo Superargo PQRD, este monitoreo arroja resultados cuantificables y permite adoptar una acción mensual de inspección, vigilancia y control frente a las EPS mediante requerimientos de vigilancia en los cuales se da la instrucción de prestación de los servicios de salud, respuesta al usuario y cierre de la PQR en el aplicativo. Se anexan los siguientes documentos.

Instrucciones previas generales: Circular 2023151000000010-5 del 2023.

Ejemplo del formato con las instrucciones particulares que acompañan el traslado de cada una de las PQRD vitales, priorizadas o simples

De otra parte, el incumplimiento de las instrucciones de esta Superintendencia puede dar lugar al traslado a la Delegada para Investigaciones Administrativas.

Además de lo ya expuesto y frente a la observación de los controles inoperantes frente al incremento de los eventos tutelados por barreras en la prestación de servicios en salud, es necesario manifestar que el incremento en reclamos en salud puede ser atribuible a diferentes variables como lo es la promoción de canales de atención por parte de esta Superintendencia, lo que hace que más ciudadanos acudan a la entidad para poner en conocimiento sus barreras de acceso al servicio de salud así como situaciones mediáticas que hacen que el ciudadano decida acudir con mayor frecuencia a esta Superintendencia como anuncios de liquidaciones, retiros parciales entre otros.

Así las cosas, respetuosamente solicitamos que la observación sea retirada, dado que el aumento de acercamiento del usuario a la Superintendencia se atribuye a factores como recordación y presencia institucional en territorio”.

Análisis de las respuestas

Capital salud EPS-S

Respecto a la respuesta suministrada por Capital Salud EPS declara no compartir la observación por parte del grupo auditor con respecto al número de tutelas por la inoportunidad o postergación del servicio de salud, asociadas a fallas en la supervisión de la contratación de los servicios y su disponibilidad.

Con respecto a la observación Capital Salud EPS basada en la normatividad, no cumplió con la prestación de servicios de salud efectiva, por lo que la entidad no realizó las acciones de mejora para evitar que se vulneren los derechos fundamentales a los usuarios en su debido momento, evitando que los usuarios interpongan acciones de tutela, además no sustenta la aclaración sobre la causa de esta observación.

Famisanar EPS

Es de reconocer que la EPS Famisanar ha realizado gestiones para la mejora de la prestación de los servicios de salud y que se tienen modelos de contratación que permiten el seguimiento a los usuarios dentro del marco del modelo de Atención en Salud. Así mismo, los efectos como el incremento de la demanda de servicios posterior a la pandemia, la cesión de usuarios dada la liquidación de diferentes EPS, así como la inclusión de tecnologías No PBS, han incrementado la radicación de procesos jurídicos en la figura de tutela, lo cual no desvirtúa lo observado, pues en algunos de los procesos de tutela existen reclamaciones y exigencias de la prestación de servicios básicos que no están siendo atendidos, desconociendo la prevalencia de derechos, la calidad, pertinencia, oportunidad, eficiencia y continuidad de la atención en salud de los afiliados. Por lo anterior se mantiene la observación y se consolida como hallazgo.

Coosalud EPS

Teniendo en cuenta los argumentos presentados por Coosalud, si bien la EPS, es una de las que menor tasa de tutelas presenta en el SGSSS, y de acuerdo con lo informado ha realizado gestiones administrativas para garantizar la prestación de servicios. Sin embargo, esto no desvirtúa completamente lo observado toda vez que de acuerdo con la información obtenida en el desarrollo de la auditoría, las acciones de tutela representan reclamaciones y exigencias de la prestación de servicios o medicamentos, que no están siendo atendidos y/o suministrados.

De otra parte, teniendo en cuenta que la EPS Coosalud, no tiene dentro de sus procedimientos los trámites de autorización de servicios, se desvirtúa lo observado sólo en lo atinente a la causa donde *refiere “barreras de acceso en la prestación de servicios y en los trámites de autorización”* ya que esta EPS no practica este comportamiento y función, en el contexto de la situación detectada. Por lo anterior se mantiene la observación y se consolida como hallazgo.

Pijaos

Teniendo en cuenta el argumento presentado por Pijaos, en el cual refiere que “*los datos, cifras y numerosa apostados en la presente observación no dispone concordancia frente a los reportes proporcionados*”, a solicitud de la EPS, se realizó la validación de los datos teniendo en cuenta la información suministrada con el oficio de referencia epsi06-ager-100-2023-10 de fecha 09 de noviembre de 2023, archivo Excel denominado “**REPORTE CONTRALORIA ACCIONES JUDICIALES**” frente a los cuales si se identificaron inconsistencias en algunos valores, los cuales se aclaran a continuación:

Tabla No. 158

Numero de registros de tutelas No PBS por EPS con el respectivo valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022.
Cifras en COP

EPS	Vigencia	Número de registros de tutelas NO PBS con valor					
		Contributivo		Subsidiado		Total ambos regímenes	
		Cant.	costo	Cant.	costo	Cant.	costo
Pijaos	2020	1	20.400.000	19	123.299.179	20	143.699.179
	2021	0	0	32	367.640.611	32	367.640.611
	2022	0	0	57	301.262.953	57	301.262.953

Fuente: Pijaos EPS (2023) “REPORTE CONTRALORIA ACCIONES JUDICIALES”

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Además, en la misma base de datos se reportan procesos PBS del régimen subsidiado con valor así:

Tabla No. 159

Numero de registros de tutelas PBS régimen subsidiado con el respectivo valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022.

Cifras en COP

EPS	Vigencia	Cant.	costo
Pijaos	2020	19	123.299.179

EPS	Vigencia	Cant.	costo
	2021	32	367.640.611
	2022	57	301.262.953

Fuente: Pijaos EPS (2023) "REPORTE CONTRALORIA ACCIONES JUDICIALES"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

De igual manera se verificó la aclaración allegada mediante el oficio de la referencia EPSI06-AGER-100-2024-017 de fecha 26 de febrero de 2024, con los archivos Excel denominados "Reporte Contraloría Acciones judiciales-AJUSTADO FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA NO PBS" y "Contraloría Acciones judiciales-AJUSTADO FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA PBS" Frente a los cuales el resultado del ejercicio sería el siguiente aclarando las cifras:

Tabla No. 160

Numero de registros de tutelas No PBS por EPS con el respectivo valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022. Cifras en COP

EPS	Vigencia	Contributivo		Subsidiado		Total, ambos regímenes	
		Cant.	Costo	Cant.	Costo	Cant.	Costo
Pijaos	2020	1	20.400.000	29	1.116.853.442	30	1.137.253.442
	2021	0	0	25	919.465.814	25	919.465.814
	2022	0	0	48	278.969.676	48	278.969.676
Total		1	20.400.000	102	2.315.288.932	103	2.335.688.932

Fuente: Pijaos EPS (2024) "Reporte Contraloría Acciones judiciales-AJUSTADO FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA NO PBS"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 161

Numero de registros de tutelas No PBS por EPS sin valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022.

EPS	Vigencia	Subsidiado
		Cant.
Pijaos	2020	9
	2021	9
	2022	20
Total		38

Fuente: Pijaos EPS (2024) "Reporte Contraloría Acciones judiciales-AJUSTADO FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA NO PBS"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 162

Numero de registros de tutelas PBS por EPS con valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022.

Cifras en COP

EPS	Vigencia	Subsidiado	
		Cant.	Costo
Pijaos	2020	8	295.260.277
	2021	10	97.024.934
	2022	14	126.048.633
Total		32	518.333.844

Fuente: Pijaos EPS (2024) "Reporte Contraloría Acciones judiciales-AJUSTADO FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA NO PBS". Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 163

Numero de registros de tutelas PBS por EPS sin valor en las vigencias 2020, 2021 y 2022.

Número de registros de tutelas PBS sin valor		
EPS	Vigencia	Subsidiado

		Cant.
Pijaos	2020	18
	2021	15
	2022	58
Total		91

Fuente: Pijaos EPS (2024) "Reporte Contraloría Acciones judiciales-AJUSTADO FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA NO PBS"

Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Dado el resultado del de verificación de los datos reportados según la información allegada por la EPS Pijaos, se ajustó el resultado total de procesos y de la cuantía.

De otra parte, si bien la entidad informa y expone la importancia, uso de este mecanismo, y su responsabilidad como agente en el marco constitucional, eso no desvirtúa lo observado ya que en los casos donde existe alguna vulneración del derecho, se está evidenciando que existen debilidades en la prestación de los servicios de salud cuya calidad siempre puede ser mejorada en términos de oportunidad, calidad y pertinencia como garantía de la salud.

Lo anteriormente descrito no significa que se deba, coaccionar el uso y activación del mecanismo de tutela, al contrario, mejorar la eficiencia, eficacia, efectividad del uso de los recursos, e implementar estrategias y gestiones que permitan garantizar el derecho sin que necesariamente el afiliado tenga que acudir a la tutela como el mecanismo para que le sea reconocido a satisfacción su derecho.

Finalmente, se determina aclarar las respectivas cifras de la condición observada para la EPS pijaos, y se considera como hallazgo administrativo.

Nueva EPS

La EPS mediante derecho a réplica a la observación interpuesta por la CGR refiere las acciones de mejoramiento ante las tutelas interpuestas por los asegurados a causa de inoportunidad o postergación del servicio de salud, así mismo detalla las causales de servicios y tecnologías que los usuarios no le fueron otorgados por la EPS y que por medio de acciones jurídicas acudieron para prevalecer el derecho a la salud.

Sin embargo, la causa de la observación por el número de tutelas del registro enviado por la EPS no tuvo el soporte de aclaración, por lo que la entidad no desvirtuó la observación, razón por la que se valida como hallazgo.

Superintendencia Nacional de Salud

De acuerdo con las competencias de la entidad, le corresponde ejercer la inspección, vigilancia y control, velando por el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el SGSSS, por lo cual el comportamiento creciente de las tutelas, pone en evidencia que las acciones adelantadas por la entidad, no han resultado eficaces.

La SNS expone en la respuesta a la observación planteada por la CGR, las acciones que debe realizar las EAPB y la SNS frente a la Ley 1122 de 2007, es así que por medio del aplicativo Superargo con relación a las PQRD la entidad de IVC realiza un monitoreo de la cantidad de acciones de tutela que interpusieron los asegurados ante las diferentes EPS y que llevaron frente al incumplimiento de algunas tutelas a dar lugar al traslado a la Delegada para Investigaciones Administrativas. Si bien esto constituye un avance, que le permitirá a la entidad vigilar las acciones de tutela radicadas a través de este medio, esto no mitiga el número de tutelas impetradas por los usuarios.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo referido por la entidad, se tuvieron en cuenta sus argumentos, realizando ajustes en las causas y efecto de la situación observada.

Sin embargo, se valida como hallazgo administrativo.

4.3.6.2. Responsabilidad de control y vigilancia de MIPRES

El resultado frente a este tema se encuentra inmerso en los hallazgos denominados Variación de precios tecnologías en salud (Responsable EPS-MSPS) y Registros MIPRES (Responsable MSPS), a partir de los cuales se estableció ineffectividad en el control de MIPRES frente a los recursos.

4.3.6.3. Acciones de seguimiento, mesas o espacios intersectoriales para tratar problemas de flujo de recursos en las vigencias auditadas.

Hallazgo No 24 Articulación entre las entidades del SGGSSS (Responsables: MSPS-ADRES-SNS)

Criterios.

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998. “Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.”

“Artículo 3. Principios de la Función Administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”

Artículo 6. Principio de coordinación. En virtud del principio de coordinación y colaboración, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales.

En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares”.

Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

“Artículo 37. Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

(...)

Artículo 39. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

“(...) b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud”.

Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”

“(...)

Artículo 30. Principios del sistema general de seguridad social en salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en salud:

(...)

3.19 Intersectorialidad Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

(...)”.

Decreto 1080 de 2021. “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”.

Artículo 4. Funciones. La Superintendencia Nacional de Salud cumplirá las siguientes funciones:

“(...)

4. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo.

(...)

10. Inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Decreto 4107 de 2011. “Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.”

“Artículo 2°. Funciones. El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumplirá las siguientes:

(...)

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social.

3. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.

(..)

20. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio.

21. Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad.

26. Promover la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución de las actividades de salud, riesgos profesionales y promoción social a cargo del Ministerio”.

Artículo 34. Funciones de la Dirección de Financiamiento Sectorial. Son funciones de la Dirección de Financiamiento Sectorial las siguientes:

1. Diseñar las políticas, normas, estrategias, programas, proyectos y procedimientos que garanticen el adecuado y oportuno recaudo, flujo y utilización de los recursos fiscales y parafiscales para el financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud a cargo del Ministerio y de los recursos públicos y privados que contribuyan a la operación del mismo.

2. Orientar, desarrollar e implementar las políticas de financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud a cargo del Ministerio y adelantar el seguimiento y evaluación de las metas financieras y de gestión del mismo.

3. Coordinar, apoyar, establecer de acuerdo con sus competencias, así como proponer a las entidades competentes según corresponda, los criterios técnicos para la asignación y distribución de los recursos financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud a cargo del Ministerio, en el marco de la viabilidad y sostenibilidad financiera, de conformidad con las normas vigentes”.

Decreto Ley 403 de 2020. *“Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal”.*

“Artículo 30. Principios de la vigilancia y el control fiscal. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

b) Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)

d) Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)”

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach.¹³⁴

“The National Health Superintendency must play a fundamental and active role in monitoring HPE risks.

(...) as well as strengthening the supervision systems, in order to determine the effects of spending on the population health outcomes.

(La Superintendencia Nacional de Salud debe desempeñar un papel fundamental y activo en el seguimiento de los riesgos de HPE.

(...) así como fortalecer los sistemas de supervisión, con el fin de determinar los efectos del gasto en los resultados de salud de la población)”.

Rincón, J. I. E., Camelo, F., & Acosta-Ramírez, N. (s/f). Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.¹³⁵

“Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno”.

Metodología de Articulación para la Competitividad 2021. Departamento Nacional de Planeación y Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico.¹³⁶

“(...

Orientar el presupuesto a resultados: Promover el uso eficiente de los recursos evitando la atomización del gasto en instrumentos que no alcanzan una escala mínima de impacto para lograr sus objetivos de política. Asimismo, fomentar el trabajo colaborativo entre entidades que incrementen el alcance y resultado de sus intervenciones.

¹³⁴ Consulta realizada en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

¹³⁵ Recuperado el 11 de octubre de 2023, de https://easychair.org/publications/preprint_open/HhL1

¹³⁶ Consultado 14/03/2024. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Empresarial/Metodologia-de-Articulacion-para-la-Competitividad-ArCo.pdf>

La articulación es un desafío complejo que tiene diferentes niveles de coordinación entre entidades, así como dentro de estas.

La articulación necesita un marco común de entendimiento que permita definir acciones concretas, realizables, y a las cuales se pueda hacer seguimiento.

Esto es un trabajo en equipo dentro de las entidades; no es responsabilidad de una sola área o persona”.

Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas. Alcaldía Mayor de Bogotá.¹³⁷

“(…) En la gestión pública, es deseable que las políticas, los planes, los programas y los proyectos estén articulados, de manera que cada uno de ellos sea susceptible de seguimiento y evaluación, individualmente o en conjunto. Por tal motivo, uno de los factores conceptuales clave es la identificación del objeto al que se le realiza el seguimiento o la evaluación.

En ese orden de ideas, como las intervenciones públicas responden a las diferentes problemáticas o necesidades sociales y buscan mejorar las condiciones de vida de las personas, resulta necesario contar con información pertinente que sirva para evaluar y retroalimentar periódicamente a los responsables de las intervenciones, con el fin último de garantizar mejores políticas que aporten a la solución de las problemáticas. El seguimiento, también llamado monitoreo, permite conocer para “hacer, para actuar y para modificar” y así construir un resultado deseado para una política (Padrón, 2006)

(…)

El seguimiento a las políticas públicas es una actividad que requiere de una estructura institucional que lo soporte, que le permita continuidad en el tiempo y que desarrolle sus componentes funcionales y operativos. Un sistema de seguimiento se debe entender como la arquitectura organizacional de la cual disponen las entidades públicas para medir el progreso de sus intervenciones, en atención a las necesidades y demandas ciudadanas en el marco del desarrollo y la implementación de las políticas públicas. Estas mediciones parten de contar con procesos continuos y sistemáticos basados en la presencia de indicadores (DNP, 2014).”

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud¹³⁸ y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

“(…) Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023.¹³⁹

137 Disponible en:

https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_el_seguimiento_evaluacion_de_politicas_publicas.pdf

138 BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En qué gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

139 Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

“El logro de un sistema de salud sólido y resiliente implica acciones de política que deben emprenderse sobre la base de la mejor evidencia disponible. Esto requiere el seguimiento regular de los sistemas de salud para aprovechar sus puntos fuertes y superar cualquier deficiencia manifiesta.”

Revista de salud pública. Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. ¹⁴⁰

“La articulación y cooperación conllevan la toma de decisiones conjunta y la concertación; el desarrollo de estrategias de sensibilización (toma de conciencia colectiva) y factores de motivación para vincular a los actores necesarios según el tipo y objeto de la política, programa o proyecto; también se requiere construir relaciones cordiales y respetuosas pero no complacientes; fortalecer el compromiso y confianza entre las partes, que permitan manifestar diferencias e inconformidades entre los participantes, debatirlas y comprometerse con el cambio. Las relaciones políticas y personales entre los actores se vinculan con el logro de los objetivos; estas relaciones se hacen más complejas entre más recursos económicos se hayan asignado y más actores estén involucrados en una política, programa y/o proyecto en salud pública.

La articulación y cooperación genera ventajas y beneficios tales como: a) ayuda a la resolución de problemas en salud pública y es un factor de éxito de las acciones en salud pública; b) trasciende las acciones asistencialistas aisladas; c) contribuye a racionalizar los recursos y a lograr mayor cobertura, eficiencia, eficacia, calidad y continuidad de los programas”.

Condición

Al indagar sobre la existencia de espacios intersectoriales en los cuales las entidades que encabezan el sector salud, participen y aborden los temas relacionados con el flujo de recursos, se evidenció que tanto la SNS como el MSPS, refieren que el acercamiento que han tenido, ha sido en virtud de la expedición del Decreto 441 de 2022, por cuanto han adelantado mesas técnicas sobre el contenido de la norma y su nota técnica.¹⁴¹

Por su parte, ADRES, refirió que los espacios con que cuenta para tratar los problemas de flujo de recursos, son con la Junta Directiva de la entidad; sin embargo, al verificar los soportes allegados, se evidenció que los temas abordados en dichos encuentros, de conformidad con las Actas No. 42 de 2020, 55 de 2021 y 71 de 2022, se relacionan con el presupuesto de ADRES y la necesidad de recursos de esta entidad para cumplir con compromisos financieros, entre estos, los adquiridos con las EPS¹⁴². No obstante, no se observa que este

140 Molina-Marín, G., Ramírez-Gómez, A. y Oquendo-Lozano, T. (2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. Revista de Salud Pública, 20(3), 286–292. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n3.62648>

141 Oficio de respuesta de la SNS con radicado No. 2024900000345521 del 01 de marzo de 2024 y del MSPS con radicado No. 202330002357191 del 09 de noviembre de 2023.

142 Oficio de respuesta de ADRES con radicado No. 20231102283301 del 01 de noviembre de 2023.

sea un espacio en el cual se analicen las problemáticas del flujo de recursos, donde participen los principales actores del SGSSS (MSPS, ADRES y SNS), propongan soluciones, se adquieran compromisos y se realice seguimiento a los mismos y se brinden lineamientos para garantizar el flujo de recursos oportuno hacia los prestadores.

En virtud de lo anterior, no se evidencia la disposición de un espacio formal y periódico de acercamiento entre las entidades que encabezan el sector, esto es MSPS, ADRES y SNS, con el fin de estudiar y adoptar medidas frente a las situaciones que afectan el flujo de recursos, por cuanto el contacto que refieren las entidades se encuentra relacionado con la expedición del Decreto 441, y dichas mesas se realizaron en la vigencia 2022, sin que en las vigencias 2020 y 2021, se evidencien registros de la articulación entre las entidades frente al flujo de recursos.

Se solicitó al MSPS, que indicara si existían espacios formalmente constituidos para tratar problemas relacionados con el flujo de recursos entre los distintos actores; sin embargo, la entidad aduce que no son de su competencia, refiriendo que es algo que se encuentra a cargo de la SNS; no obstante, los inconvenientes que se suscitan en el flujo de recursos del SGSSS, son responsabilidad de todos los actores que participan, de conformidad con las funciones que le han sido asignadas por la norma.

Se evidencia , que al tratar otras problemáticas, como por ejemplo la atención de la pandemia y el proceso estratégico de inmunización frente a Covid-19, el MSPS creó un Comité Asesor, mediante la Resolución 1270 de 2020, el cual estaba conformado por los directivos de diferentes entidades, como el INS y el INVIMA, e incluso se estableció la posibilidad de participación de otras entidades públicas, de organismos de cooperación, personas jurídicas privadas, e incluso personas naturales cualificadas.

En ese sentido, la articulación entre entidades para la toma de decisiones que afectan un sector, no es ajena al MSPS, por lo cual resulta de relevancia que para tratar un tema de importancia significativa como es el flujo de recursos, no exista un espacio de coordinación y articulación, en el cual se realice análisis y contraste de la información de la cual dispone cada actor para la toma de decisiones.

Causa.

Inexistencia de un lineamiento que disponga la creación de comités o mesas interinstitucionales en la que participen los principales actores el Sistema. **(MSPS)**

Falta de una estrategia institucionalizada y articulada para monitorear y actuar de manera conjunta ante las ineficiencias del SGSSS. **(MSPS-ADRES-SNS)**

Efecto.

Debido a la desarticulación de las entidades que encabezan el sector salud, no se generan acciones oportunas y efectivas frente al comportamiento y problemáticas en el flujo de recursos del SGSSS.

No se socializa la información que se genera en cada entidad de manera independiente para actuar sobre las ineficiencias, ni se cuenta con una estrategia interinstitucional para monitorear y proceder ante las problemáticas del flujo.

Respuesta ADRES

Mediante oficio con radicado 20241103495901 del 02 de julio de 2024, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad en Salud (ADRES), dio respuesta a comunicación con radicado No. 2024EE0116954, en los siguientes términos:

“Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social es la cabeza del sector Salud, y por ende tiene las competencias para articular un espacio de análisis respecto de las problemáticas del flujo de recursos, definiendo sus reglas, periodicidad y seguimiento, esta Administradora manifiesta su disposición para realizar sus aportes en pro de definir el mecanismo interinstitucional de articulación que se considere más apropiado para mejorar el monitoreo de los recursos del SGSSS.

En los anteriores términos, se da respuesta al requerimiento señalado en el asunto de la referencia, y se solicita de manera atenta al equipo auditor analizar las evidencias y respuestas dadas en cada caso para levantar las observaciones, ya que la ADRES a lo largo del documento y con los soportes anexos está demostrando que ha dado cumplimiento a los principios y normatividad asociada a la ejecución de recursos como entidad de naturaleza especial, asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015 y el Decreto 1429 de 2016”.

Respuesta SNS

En oficio con radicado 20249000001365041 del 05 de julio de 2024, la SNS allegó la siguiente respuesta:

“El sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, establecido en la Ley 1122 de 2007, se encuentra en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, que cuenta con facultades, entre otras, la de “Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo”. La precitada norma, establece en su artículo 35, la definición de las actividades que harán parte del proceso por medio del cual se desplegará dicha vigilancia, así como los ejes del Sistema de Inspección y Vigilancia, a saber: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, de atención en salud pública y el eje de acciones y medidas especiales.

Dentro de este sistema convergen un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, que como se expresó en líneas anteriores se encuentra en cabeza de esta Superintendencia. No obstante, y conforme se evidencia dentro del Decreto 1080 de

2021, al interior de la entidad concurren una serie de dependencias de tipo misional, que el precitado decreto otorga un margen de acción dentro del sistema de inspección, vigilancia y control.

Así las cosas, considerando las funciones establecidas en las leyes y reglamentos, las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud trabajan en colaboración armónica en el marco de sus competencias, por lo que la conclusión del equipo auditor respetuosamente debe limitarse al ámbito de capacidad institucional de cada una de las entidades involucradas, sin que conlleve coadministración. Motivo por el que, respetuosamente no se acepta la observación indicada dado que la coadministración impide la actuación independiente de cada entidad.

En conclusión, de lo hasta aquí explicado se desprende que la Superintendencia Nacional de Salud, no ha dejado de ejercer acciones de inspección y vigilancia, no obstante, de los resultados obtenidos frente a cada uno de los sujetos vigilados, en caso de no ser positivos o favorables, esta Superintendencia no puede llegar a coadministrarlos dado que gozan de autonomía, por lo que las competencias funcionales de este organismo de supervisión se encuentran limitadas en la Ley. (...)"

Respuesta MSPS

Mediante oficio 2024300000144221 del 02 de julio de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social dio respuesta a la observación, en los siguientes términos:

"(...)

A este respecto, y además de lo indicado en la observación formulada, en relación con el tema de flujo de recursos, vale la pena destacar que se adoptó la Resolución 2116 de 2018 creó un Comité con ese propósito. Se considera que su funcionamiento debe articularse con otras instancias que tienen una participación directa con el flujo de recursos.

De otra parte, en virtud de lo previsto en el Decreto 2562 de 2012 se creó la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento que se ocupa de aspectos centrales en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta Comisión, integrada por este Ministerio, el Ministro de Hacienda y Crédito Público, el Director Nacional de Planeación, el Director del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y un delegado del Presidente de la República, tiene dentro de sus funciones (art. 12):

14. Formular recomendaciones sobre los modelos, procesos y medios de pago y contratación entre las aseguradoras y prestadoras de los servicios de salud.

Se aclara, adicionalmente, en el párrafo del artículo 11 de ese decreto que:

Parágrafo 1°. La Comisión podrá invitar, para lo pertinente, entre otros, a los directores del Instituto Nacional de Salud (INS) y del Instituto Nacional de Vigilancia y Alimentos (Invima), así como a los actores más representativos del sistema de seguridad social en salud para deliberar y recibir propuestas que le permitan fortalecer y estructurar criterios de orden epidemiológico, tecnológico, de costo efectividad, social y cultural, entre otros, para el desarrollo de sus competencias y funciones, quienes tendrán voz, pero no voto.

Adicionalmente, y fruto del problema en el flujo de recursos, en el reciente Decreto 489 de 2024 se establece lo siguiente en relación con el giro directo:

Artículo 2.6.4.3.5.1.11. Control y seguimiento para el giro directo. La ADRES determinará las condiciones técnicas y operativas para la implementación, aplicación, control y seguimiento del giro directo de los recursos que se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, por concepto de los recursos de los presupuestos máximos que financian tecnologías en salud no cubiertas por la Unidad de Pago por Capitación — UPC.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES establecerán el instrumento para el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por parte de las EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y proveedores de tecnologías en salud.”

Teniendo en cuenta lo anterior, se estima del caso fortalecer estas instancias y dinamizar los aspectos de flujo para actuar conjuntamente y, de esta manera, combatir las ineficiencias en este aspecto”.

Análisis de las respuestas.

MSPS

Con respecto a la respuesta suministrada frente a la inexistencia de un lineamiento que disponga la creación de comités o mesas interinstitucionales en la que participen los principales actores del Sistema, la entidad destaca la adopción del Decreto 2562 de 2012, por el cual se creó la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento, integrada por el MSPS, el MHCP, el DNP, el director del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y un delegado del presidente de la República, para ocuparse de aspectos centrales en el funcionamiento del SGSSS, con potestad de invitar a los directores del INS y del INVIMA, con voz, pero sin voto.

Ahora bien, la comisión asesora creada no tiene como integrantes a la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad de Social en Salud) y SNS (Superintendencia Nacional de Salud) principales entidades que encabezan el sector, para tratar las deficiencias del SGSSS,

Por otra parte, alega que en el Decreto 489 de 2024 recientemente emitido se establece en relación con el giro directo; que las condiciones técnicas y operativas para la implementación, aplicación, control y seguimiento del giro directo de los recursos que se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, por concepto de los recursos de los presupuestos máximos que financian tecnologías en salud no cubiertas por la Unidad de Pago por Capitación — UPC, serán determinados por la ADRES¹⁴³.

¹⁴³ Decreto 489 de 2024, Artículo 2.6.4.3.5.1.11. Control y seguimiento para el giro directo.

Adicionalmente, la entidad refiere que en su parágrafo indica que el MSPS y la ADRES establecerán el instrumento que permita el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, a las EPS, así como a su programación, destinación y ejecución por parte de las IPS y proveedores de tecnologías en salud.

Sin embargo, la norma referenciada por la entidad, no establece espacios interinstitucionales que permitan tratar temas del flujo de recursos del SGSSS, por lo cual, la observación se configura como hallazgo administrativo.

SNS

La entidad presenta resultados de acciones ejercidas de inspección y vigilancia como medidas de control a las EPS quienes son sus sujetos vigilados, expresando que las competencias funcionales de este organismo de supervisión se encuentran limitadas en la ley, y que en virtud de ello se debe evaluar la capacidad institucional de las entidades que participan en el flujo, de acuerdo con las funciones dispuestas en la norma, aduciendo que la conclusión obtenida puede conllevar a la coadministración.

Al respecto, se aclara que la situación observada, se enfoca en los espacios que puedan plantearse por los actores del SGSSS, frente a las problemáticas del flujo, sin que ello implique el traslape de funciones entre las entidades, sino que cada una desde sus competencias y a partir de la información que obtienen de su ejercicio, dispongan estrategias que contribuyan a mejorar el flujo del recurso del SGSSS.

Así mismo refiere que ante la incertidumbre en el manejo de los recursos del sistema, ha ordenado medidas cautelares de cesación provisional, haciendo un recuento de las medidas especiales adoptadas en las vigencias auditadas, sin embargo, este argumento no controvierte la situación observada. Por lo anterior, se valida como hallazgo administrativo.

ADRES

La entidad, destaca que el MSPS es la cabeza del sector Salud, y por ende tiene las competencias para articular un espacio de análisis respecto de las problemáticas del flujo de recursos y manifiesta su disposición para la creación y participación en el mecanismo interinstitucional que disponga la cartera ministerial.

Ahora bien, dada la respuesta proporcionada por la entidad y en aras de que se disponga y gestione la creación de estos espacios, se mantiene lo observado y se valida como hallazgo administrativo.

4.3.6.4. *Actividades realizadas por cada uno de los actores, MHCP-MSPS-ET-ADRES-EPS- IPS, en el flujo de recursos.*

Las principales relaciones entre actores frente al flujo de recursos en el SGSSS se ilustran en la Imagen No. 1 del presente Informe. Básicamente existe una definición de funciones para cada uno de los actores; sin embargo, en su desempeño, articulación y coordinación se identificaron debilidades plasmadas en hallazgos y conclusiones del informe, particularmente referentes las acciones frente a la claridad y consistencia de las cifras sobre el uso de los recursos.

4.3.6.5. *Ineficiencias identificadas del SGSSS*

No todas las entidades del SGSSS identifican o reconocen las ineficiencias del mismo y si bien es cierto, todas las instituciones MSPS, ADRES, SNS, EPS, e IPS, han presentado avances frente al flujo de los recursos del sector salud, desde los objetivos trazados para la Auditoría de Desempeño y concretamente frente a la pregunta 6., se identificaron ineficiencias frente al cumplimiento de los propósitos misionales del sector, en beneficio de la sociedad garantizando del derecho a la salud.

Por su parte el MSPS, ha realizado *“acciones de socialización y asistencia técnica a Prestadores, Proveedores y Entidades Responsables de Pago, así como a asociaciones de usuarios, con el fin de dar a conocer los cambios normativos, facilitar su proceso de implementación y unificar los conceptos entre todos los participantes. A su vez, se han realizado procesos de asistencia técnica y mesas de trabajo con algunas entidades territoriales, con el fin de reforzar la aplicación de las disposiciones establecidas en el Decreto 441 de 2022”*.¹⁴⁴

Además, durante las vigencias analizadas 2020, 2021 y 2022 ha realizado las gestiones de recursos requeridos para el sector ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, teniendo en cuenta el comportamiento de ingresos y gastos, así como las relacionados para disponer el presupuesto de los presupuestos máximos con sus respectivos ajustes, y para atender a la emergencia sanitaria por Covid-19.

Por su parte de la SNS, ha informado resultados de las acciones implementadas respecto al flujo de los recursos en los siguientes términos: *“se determinó que con corte al 30 de septiembre de 2022 y una vez finalizada la ejecución de lo establecido en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, de la facturación radicada, que ascendió a \$2.441.107 millones, el 96,6% fue auditada (\$2.359.219 millones), el 91,7% conciliada (\$2.238.605 millones) y el 78,2% pagada (\$1.909.317 millones). Frente a los pagos realizados, fueron financiados en un 59% (\$1.126.136 millones) con recursos de*

¹⁴⁴ Punto 9.7. (6.7.) Radicado No.: 202330002357191 de Fecha: 09-11-2023

*cofinanciación de la Nación (a los que accedieron 24 de las 37 entidades territoriales) y 41% (\$783.180 millones) con recursos de las entidades territoriales”.*¹⁴⁵

Sin embargo, aunque las acciones mencionadas se han ejecutado, obteniendo resultados, se identificó que existen fallos de información durante todo el flujo de la información, falta cultura de calidad del dato, en la que se dé la importancia al diligenciamiento de cada uno de los registros, entendiendo los estándares de cómo, por qué y para qué, se deben reportar y según correspondan los roles. De igual manera, no se están midiendo de manera permanente y oportuna todas las variables significativas frente al flujo de los recursos, para su seguimiento, monitoreo, evaluación y toma oportuna de decisiones.

Estas debilidades desde el reporte y durante el control de la información han afectado toda la información asociada al flujo de los recursos desde el momento en que inicia la prestación de los servicios de salud por parte de las IPS, el reconocimiento y pago realizado por la ADRES con el giro directo y por parte de las EPS de los servicios contratados y prestados. Ya que a la fecha aún se encuentran asuntos de recobros, cartera, y glosas definitivas, suficiencia e la UPC, los cuales deberían pautar la orientación de las políticas programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y salud de los colombianos, así como la disminución de costos en salud y la inversión en ciencia, tecnología, y una promoción y prevención de mayor impacto y mejor focalizada. Lo cual hace imperante la necesidad de diseñar e implementar un Sistema de información financiera y asistencial y garantizar su interoperabilidad en el marco del artículo 3ro de la Ley 1966 de 2019

Así mismo existen debilidades por parte de la SNS en la ejecución de la Inspección, Vigilancia y Control de la información financiera, a fin de garantizar una mayor certidumbre y transparencia que permita conocer la realidad financiera del sector salud; la cual no es precisa por fallas como: No se le da buen término a los asuntos conciliados y por conciliar entre las IPS y las EPS, tanto en los términos jurídicos como en los financieros garantizando una permanente claridad de las cuentas, así como su depuración evitando el reproceso de cuentas, y la verificación de estos procesos hasta su afectación en los Estados Financieros.

Toda vez que estas debilidades se pudieron identificar y son asuntos inconclusos y con falta de certeza, por cuanto no se conocen los valores de las glosas definitivas, hay disparidad entre las cuentas de los deudores y los acreedores, los asuntos de cartera no están resueltos, la información reportada en los Estados Financieros en algunos casos no es coincidente y no corresponde a los procesos de conciliación y depuración efectuados, además que el propósito de las circulares 030, 016 y las demás emitidas, evidencian la falta de efectividad de las actividades desempeñadas por cada una de las partes responsables para garantizar no solo la consistencia de las cifras, sino la transparencia de la gestión y el uso eficiente de los recursos de la salud.

¹⁴⁵ Punto (6.5 y 6.7) Rad No: 20239000002020921 de Fecha: 14-11-2023

Finalmente, la falta de articulación entre los flujos de información financiera y el flujo del recurso afecta la toma de decisiones en materia de políticas, programas y proyectos, así como la toma de las decisiones frente al uso eficiente de los recursos del SGSSS, que mitiguen las barreras de acceso a los recursos que deben ser orientados a garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y pertinencia.

4.3.6.6. Acciones frente a la claridad y consistencia de las cifras sobre el uso de los recursos.

Hallazgo No. 25 Fuentes de información financiera y Sistema de Información Financiera y asistencial para el sector salud (Responsables: MSPS – SNS)

Criterios

Decreto 2649 de 1993 (Diciembre 29). *“Por el cual se reglamenta la Contabilidad en General y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia”*

Decreto 1281 de 2002 (Junio,19) *“Artículo 1. “Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.*

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.”

Artículo 5°. Sistema Integral de Información del Sector Salud. Quienes administren recursos del sector salud, y quienes manejen información sobre la población incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del Ministerio de Salud.

Corresponde al Ministerio de Salud definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con tales definiciones, impartir las instrucciones de carácter particular o general que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Cuando el incumplimiento de los deberes de información no imposibilite el giro o pago de los recursos, se debe garantizar su flujo para la financiación de la prestación efectiva de los servicios de salud. En todo caso, procederá la imposición de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las demás acciones de carácter administrativo, disciplinario o fiscal que correspondan.

Decreto 0302 de 2015. *“Por el cual se reglamenta la Ley 1314 de 2009 sobre el marco técnico normativo para las normas de aseguramiento de la información.*

“ARTÍCULO 1°. Objetivos de esta ley. Por mandato de esta ley, el Estado, bajo la dirección del Presidente la República y por intermedio de las entidades a que hace referencia la presente ley, intervendrá la economía, limitando la libertad económica, para expedir normas contables, de información financiera y de aseguramiento de la información, que conformen un sistema único y homogéneo de alta calidad, comprensible y de forzosa observancia, por cuya virtud los informes contables y, en particular, los estados financieros, brinden información financiera comprensible, transparente y comparable, pertinente y confiable, útil para la toma de decisiones económicas por parte del Estado, los propietarios, funcionarios y empleados de las empresas, los inversionistas actuales o potenciales y otras partes interesadas, para mejorar la productividad, la competitividad y el desarrollo armónico de la actividad empresarial de las personas naturales y jurídicas, nacionales o extranjeras. Con tal finalidad, en atención al interés público, expedirá normas de contabilidad, de información financiera y de aseguramiento de información, en los términos establecidos en la presente ley. Subrayado y cursiva fuera de texto.

Ley 1438 de 2011, enero 19. *“por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*

“Artículo 114. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

Artículo 121. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud: 121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar. 121.2 Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud. 121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. 121.4 La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía,

Fosyga, o quienes hagan sus veces. 121.5 Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar. 121.6 Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 121.7 Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas. 121.8 Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.

Artículo 122. Presentación de informes financieros de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para la vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema deberán presentar los estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 126. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así: “e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo; f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud; g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador”. Modificar el párrafo 2° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así: “La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción. La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad”.

Artículo 130. Conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud. La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas: 130.11 Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos. 130.12 No reportar

oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces. 130.13 Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.

Artículo 133. Multas por no pago de las acreencias por parte del Fosyga o la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas entre cien (100) y dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos mensuales vigentes cuando el Fosyga, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación

Artículo 135. Competencia de conciliación. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales.”

Decreto 4747 de 2007, “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”

“ARTÍCULO 25. REGISTRO CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.”

Ley 715 de 2001, “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.”

Decreto 1429 de 2016 “Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones”

Ley 1966 de 2019. “Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”

“ARTÍCULO 3°. Del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. El sistema integral de información financiera y asistencial tendrá por objeto agilizar la transmisión · y evaluación de la información financiera, de manera que se acelere el flujo de recursos y la transparencia que soportan las transacciones entre los agentes del sector salud.

El diseño e implementación del sistema estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, quien tendrá la concurrencia y apoyo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en el proceso de garantía de conexión de todos los agentes del sector, según sus competencias.

Para efectos de la inspección, vigilancia y control, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los contenidos técnicos de conectividad, lineamientos y estándares técnicos de interoperabilidad de los sistemas de información de cada uno de los actores del sistema, con el fin de alcanzar las condiciones necesarias para implementar el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial.

La Superintendencia de Salud administrará la información necesaria para efectos de inspección, vigilancia y control”.

Circular Conjunta N°030 de septiembre 2013. Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud “*Procedimiento de Aclaración de Cartera, Depuración obligatoria de cuentas, pago de Facturación por Prestación de Servicios y Recobros.*”

Circular Externa 016 de 2016. “*Por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la circular 047 de 2007 – Información Financiera para Efectos de Supervisión*”

El Informe del BID relacionado con el gasto de los países en recursos de salud¹⁴⁶ y específicamente frente al caso de Colombia señaló que:

*“(…) No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que **al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud**, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aun así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan.*

(…)

Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto. Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección”.

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023)¹⁴⁷.

¹⁴⁶ BID. NOTA TÉCNICA No IDB-TN-02784. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Septiembre de 2023.

¹⁴⁷ Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>

“(...) Every health system must have, as its most important premise, the maximization and improvement of the health results of the general population, and thus must be aiming for the financial sustainability of the different actors (patients, government, providers, insurers, pharmaceutical companies, etc.) in a way that allows a sustainable, relevant, and orderly performance within clear institutional rules.

(Todo sistema de salud debe tener como premisa más importante la maximización y mejora de los resultados de salud de la población general, y por tanto debe apuntar a la sostenibilidad financiera de los diferentes actores (pacientes, gobierno, proveedores, aseguradoras, compañías farmacéuticas, etc.) de manera que permita un desempeño sostenible, relevante y ordenado dentro de reglas institucionales claras).”

El Informe Nacional de Competitividad 2022-2023¹⁴⁸, dentro de las recomendaciones priorizadas señala en relación con la eficiencia del Estado *“(...) Implementar un programa de evaluación y modificación de la regulación basado en la medición de costos (...)”*.

Recomendación del Consejo de la OCDE sobre integridad pública. ¹⁴⁹

“(...) Las acciones tienen que ir más allá del gobierno e involucrar a las personas y al sector privado. Las acciones deben también cruzar todas las fronteras jurisdiccionales. La integridad no sólo ha de ser motivo de preocupación del gobierno nacional, sino que debe estar presente en todos los niveles administrativos, incluyendo los municipios, lugar donde los ciudadanos experimentan la integridad de primera mano. (...)”

Constitución Política de 1991. “Artículo 209. “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de (...) eficacia, economía, celeridad, (...). Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado”.

Ley 100 de 1993 “Artículo 2o. Principios. (...) a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (...)”

Ley 489 de 1998 “Artículo 3o. Principios de la función administrativa. La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a (...) celeridad, economía, (...) eficacia, eficiencia, (...)”.

El Decreto Ley 403 de 2020. “Artículo 3o. Principios de la vigilancia y el control FISCAL. La vigilancia y el control fiscal se fundamentan en los siguientes principios:

a) Eficiencia: En virtud de este principio, se debe buscar la máxima racionalidad en la relación costo-beneficio en el uso del recurso público, de manera que la gestión fiscal debe propender por maximizar los resultados, con costos iguales o menores.

¹⁴⁸ Consejo Nacional de Competitividad, CNC. Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. <https://compite.com.co/wpc>

¹⁴⁹ Disponible en: <https://www.oecd.org/gov/ethics/recomendacion-sobre-integridad-es.pdf>

b) *Eficacia: En virtud de este principio, los resultados de la gestión fiscal deben guardar relación con sus objetivos y metas y lograrse en la oportunidad, costos y condiciones previstos. (...)*

d) *Economía: En virtud de este principio, la gestión fiscal debe realizarse con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos públicos, procurando el más alto nivel de calidad en sus resultados (...)*

Ley 610 de 2000 “Artículo 3o. Gestión fiscal. Para los efectos de la presente ley, se entiende por gestión fiscal el conjunto de actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, que realizan los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, tendientes a la adecuada y correcta (...), planeación, conservación, administración, custodia, (...), así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas en orden a cumplir los fines esenciales del Estado, con sujeción a los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad (...).”

Ley 100 de 1993 y normatividad posterior en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen funciones adscritas para la gestión, análisis, revisión y auditoría del flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las cuales frente al flujo de los recursos y al flujo de información se consideran como criterios las siguientes:

Ministerio de Salud y Protección Social

(...) “7. Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades” (...)”9. Formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos. (...)10. Establecer los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.11. Formular y evaluar la política de talento humano en salud, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud.” (...)14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley. (...)20. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio. (...)21. Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad. (...)” “22. Constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan el cumplimiento de las funciones o fines inherentes al Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo, destinar recursos de su presupuesto para la creación, funcionamiento e inversión del instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud de que trata el Artículo 92 de la Ley 1438 de 2011 o al de las asociaciones, fundaciones o entidades que constituya.” (...)”25. Promover, de conformidad con los principios

constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las acciones de salud. (...) 28. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio. (...) 31. Administrar los fondos, cuentas y recursos de administración especial de protección social a cargo del Ministerio. (...) 32. Las demás funciones asignadas por la Constitución y la Ley¹⁵⁰. Subrayado y cursiva fuera de texto.

Superintendencia Nacional de Salud

(...) 4. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo. (...) 18. Aprobar o negar los planes voluntarios de salud y las tarifas, en los términos establecidos en el artículo 38 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. (...) 31. Ejercer la inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud en los casos en que se adelanten procesos de liquidación en los sujetos vigilados. (...) 34. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o quien administre estos recursos, incluidos los Regímenes Especial y de Excepción contemplados en la Ley 100 de 1993. (...) 39. Conocer y resolver en segunda instancia los recursos interpuestos por los directores o gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial en relación con los informes de gestión de aquellos, de conformidad con lo señalado en el numeral 4 del artículo 74.4 de la Ley 1438 de 2011 o la norma que lo modifique o sustituya. (...) 41. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...) 44. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud. (...) 51. Conciliar de oficio o a petición de parte, los conflictos que surjan entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de que tratan los artículos 38 de la Ley 1122 de 2007 y 135 de la Ley 1438 de 2011 en los términos allí previstos. (...) 53. Recaudar y administrar los recursos del Fondo Cuenta destinados a la financiación de los costos que demande el defensor del usuario en salud. (...) Las demás funciones que determine la constitución o la Ley¹⁵⁰. Subrayado y cursiva fuera de texto.

Condición

Evaluando el desempeño del SGSSS durante las vigencias auditadas, en el marco del arreglo institucional que existe para el flujo de los recursos, se analizaron instrumentos normativos y actividades realizadas por cada uno de los actores especialmente el MSPS, la SNS y las EPS.

Se identificó que normativamente el flujo de los recursos, y la información financiera, corresponden a la aplicación de la Circular 030 y 016, que forman parte fundamental de los datos disponibles frente de los recursos de la Salud y su

¹⁵⁰ <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/funciones-y-deberes>

respectiva gestión. Para ello en las circulares mencionadas cada entidad tiene roles y responsabilidades que se describen a continuación.

Tabla No. 164
 Responsabilidades según Circular 030 de 2013

Actor	Responsabilidades
MSPS	Apoyar a los responsables de pago, administrar la información y disponer la ayuda técnica en la plataforma PISIS
	Validar y cargar la información reportada en la base de datos.
	Realizar cruce de la información y disponer los resultados en el portal SISPRO para consultas
	Disponer la información recibida y procesada en el sistema para ser consultada por parte de los actores, con el propósito de avanzar en la aclaración de cuentas.
SNS	Efectuar en el marco de sus competencias, inspección, vigilancia y control de las acciones adelantadas en virtud del procedimiento establecido para la aclaración de cuentas y la depuración de cartera.
	Realizar el proceso de verificación de los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances
	Efectuar seguimiento al proceso de aclaración de cuentas y adelantar los procesos sancionatorios correspondientes contra los actores destinatarios de la circular, que incumplan con el reporte de información
EPS- IPS	Reportar con la periodicidad definida en esta circular, a través de la plataforma PISIS, del MSPS, la información detallada de las facturas de las IPS por Servicios Prestados.
	Reportar con la periodicidad definida en esta circular, a través de la plataforma PISIS, del MSPS, la información detallada de los recobros con cargo a las Entidades Territoriales departamentales.
	Reportar con la periodicidad definida en esta circular, a través de la plataforma PISIS, del MSPS, la información detallada de las facturas pagadas por giro directo a las IPS

Fuente: MSPS (2024) SNS (2024) Circular 030/13 y Circular 016/16
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Tabla No. 165
 Responsabilidades según Circular 016 de 2016

Actor	Responsabilidades
EPS - IPS	Reportar la información conforme a los lineamientos técnicos de la Circular
Superintendencia Nacional de Salud	Establecer las disposiciones de supervisión a los sujetos vigilados, conforme a los marcos técnicos normativos definidos por el MHCP y MCIT.
	Establecer los incumplimientos generados en el cargue de la información y las investigaciones que deriven de ello.

Fuente: MSPS (2024) SNS (2024) Circular 030/13 y Circular 016/16
 Elaboró: Equipo Auditoría de Desempeño CAT_1574_2023_1

Al determinar o evaluar el cumplimiento y la eficiencia de las actividades asociadas a estas circulares, se evidenció que la SNS, cuenta con información financiera disponible solicitada en el marco de esas circulares; sin embargo, el procesamiento, verificación y análisis de resultados respecto a la información recibida se encuentra fragmentada al interior de la institución por cuanto no se cumplen los fines normativos propuestos. Así mismo, la información financiera no se encuentra disponible para su consulta por parte de los actores del SGSSS en

los tiempos establecidos en la norma, lo cual limita el acceso para la conciliación de cuentas y cartera.

Al realizar una revisión sobre la Circular Conjunta 030 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección y Superintendencia Nacional de Salud y la Circular 016 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, se observa que existe información solicitada para reporte por parte de las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, dentro de las cuales uno de los aspectos considerados es el saneamiento y aclaración de las cuentas del sector salud, a través de cruces de información entre los obligados a reportar para poder determinar el estado de cuentas.

Así mismo la Circular 016 de 2016 establece la revisión para los marcos técnicos normativos definidos por los reguladores (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Contaduría General de la Nación), donde dentro de los catálogos de información se observa la referente a las Cuentas por Cobrar y Cuentas Por pagar (FT003 y FT004 respectivamente), los cuales constituyen la misma información reportada en la Circular 30 de 2013, bajo el concepto de facturas pagadas y pendientes según el anexo de información.

Estas dos circulares comparten similitud en la información solicitada a los obligados a reportar, pero las mismas no son uniformes y no se utilizan dentro de los análisis financieros del Sistema de Salud. Adicionalmente sus sistemas receptores no son interoperables entre sí, lo que impide el análisis de información en conjunto.

La Circular 030 plantea en su numeral 4 las responsabilidades que cada uno de los actores tiene frente a la aclaración de cartera y depuración de cuentas y en su numeral 5 establece el procedimiento para tal fin; sin embargo, por parte de la SNS, estas responsabilidades no se han llevado a cabo de manera coordinada, permanente y secuencial en lo atinente a la verificación de resultados de la depuración, seguimiento y aclaración de cuentas, establecimiento de procesos sancionatorios a quienes incumplen con los reportes de información y calidad de las mismas, conciliar las cuentas, además de realizar la Inspección Vigilancia y Control hasta la afectación de los EF, funciones que no han sido realizadas de manera eficiente.

De otra parte, se ha identificado la necesidad de que para el sector exista un sistema de información integrado, que garantice la interoperabilidad entre las diferentes fuentes de información, en el que repose la información financiera y asistencial; sin embargo, este no se ha diseñado y tampoco se implementó en aplicación del artículo 30 de la Ley 1966 de 2019, la cual estableció para el MSPS y la SNS responsabilidades así:

MSPS

(...) Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial con el objetivo agilizar la transmisión y evaluación de la información financiera, de manera que se acelere el flujo de recursos y la transparencia que soportan las transacciones entre los agentes del sector salud. El cual estaba a cargo del MSPS en concurrencia y con el apoyo de las TIC. , a fin de dar garantía de conexión de todos los agentes del sector, según sus competencias. (...)

SNS

(...) “definirá los contenidos técnicos de conectividad, lineamientos y estándares técnicos de interoperabilidad de los sistemas de información de cada uno de los actores del sistema, con el fin de alcanzar las condiciones necesarias para implementar el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. La Superintendencia de Salud administrará la información necesaria para efectos de inspección, vigilancia y control”. (...)

En relación con la responsabilidad anterior de la SNS, existen diferentes fuentes, herramientas y plataformas de información como por ejemplo los formatos FT001 al 27, GT0003, ST005, plataformas de información como SIVIGILA, SISPRO, entre otros, los cuales se encuentran desarticulados entre sí y no garantizan las condiciones necesarias de interoperabilidad para implementar el mencionado sistema.

Causa.

Debido a que, para el sector salud, nunca ha existido un sistema integrado de información, que permita en realidad, la eficiencia y efectividad en el uso de la información financiera disponible del sector, por medio de su interoperabilidad ya que no se ha dado cumplimiento por parte del MSPS y la SNS, al artículo 3o de la Ley 1966 de 2019. **(Responsables MSPS y SNS)**

Así mismo, se incumple por parte de la SNS y las EPS lo dispuesto en las Circulares 030 de 2013 y 016 de 2016, cuya información financiera obtenida y disponible se encuentra fragmentada al punto de desconocerse la realidad de la situación financiera de las EPS, ya que existen debilidades en la Inspección, Vigilancia y Control por parte de la SNS, frente a la calidad de la información suministrada por las EPS- e IPS, hasta su disposición final en la revelación de los estados financieros. **(Responsable: SNS)**

Además, existe incumplimiento, ineffectividad e ineficacia frente a las funciones No. 20, 21, 28 a cargo del MSPS, y No. 4, 31, 34, 39, 41, 44 y 51 por parte de la SNS, asociadas al flujo de los recursos en ambos casos; así como, vulneración del principio de transparencia. **(Responsables MSPS y SNS)**

Efecto

Se evidenció ineficiencia en el uso de la información reportada, dado que a la fecha existe desconocimiento de los datos y cifras reales del Sistema, afectando la pertinencia en los asuntos técnicos y discusiones del sector sin dirimir resolver tales como:

- Suficiencia del recurso.
- Realidad de las fuentes y usos de los recursos.
- Distribución de los recursos.
- Recobros: Aún existen rezagos y no existen los datos adecuadamente sistematizados respecto a la depuración de la información de estas cuentas y el valor de las glosas definitivas.
- Falta de certidumbre en los estados financieros.
- Realidad de la cartera desconocida.
- Falta transparencia en el uso de los recursos.
- Ineficiencias significativas, desempeñar en la gestión y administración de la información y el flujo de los recursos destinados para la salud.
- Reprocesos en asuntos financieros en general.

Respuesta de la Entidad

El MSPS dio respuesta en los siguientes términos:

“Se afirma que “nunca ha existido un sistema integrado de información, que permita en realidad, la eficiencia y efectividad en el uso de la información financiera disponible del sector, por medio de su interoperabilidad ya que no se ha dado cumplimiento por parte del MSPS y la SNS, al artículo 3o de la Ley 1966 de 2019” así como un “incumplimiento, ineffectividad e ineficacia frente a las funciones No. 20, 21, 28 a cargo del MSPS, y No. 4, 31, 34, 39, 41, 44 y 51 por parte de la SNS, asociadas al flujo de los recursos en ambos casos; así como, vulneración del principio de transparencia”, lo que conduciría a una insuficiencia de recursos, ausencia de realidad en las fuentes de financiación y la distribución de los mismos, entre otros aspectos. La respuesta que se brinda se subdivide en tres aspectos principales que están planteados en las observaciones, así: por un lado, la elaboración de un sistema de información, de otro, los elementos de información que garantizan la sostenibilidad del SGSSS y, finalmente, el manejo de los recobros. En esencia, se puede colegir que el Ministerio cuenta con elementos necesarios para que la información sea consistente y permite el desarrollo de las funciones contenidas en los numerales 20, 21 y 28 del artículo 2° del Decreto 4107 de 2011, modificado por los Decretos 2562 de 2012 y 1432 de 2016, sin perjuicio de las mejoras en la depuración de la información que puedan realizarse, concretamente a partir de la regulación de la Ley 1966 de 2019.

La implementación de la ley de transparencia Respuesta. En primer lugar, el Ministerio está desarrollando un sistema de información a través del cual tendrá una visión más exacta del flujo financiero, en desarrollo de lo previsto en los artículos 3°, 4 y 15° de la Ley 1966 de 2019, Ley de Transparencia. En este sentido, se están adelantado las siguientes gestiones: 1. Proyecto de Decreto Reglamentario – Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA desde la vigencia 2023 el MSPS se

encuentra en construcción del proyecto de acto administrativo “Por el cual se adiciona la Parte 12 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social-, relativo al Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA y el Registro de Contratación del sector salud y se dictan otras disposiciones”, el cual fija la estructura general del sistema integrando el registro de contratación como parte del SIIFA y al mecanismo único de validación del RIPS como soporte de la FEV en salud (Resoluciones 2275 de 2023 y 558 de 2024), con la información detallada de las transacciones del sector, los actores y la secuencialidad que se tendrá en el proceso de implementación. El proyecto de decreto fue publicado desde el jueves 25 de enero de 2024, (6:00 p.m.) hasta el lunes 12 de febrero de 2024, (6:00 p.m.), recibándose 45 observaciones de 10 entidades, dentro de las cuales se encuentran asociaciones y agremiaciones de Prestadores de Servicios de Salud, Proveedores de Tecnologías en Salud, agremiaciones, entidades responsables de pago y la ADRES. Así mismo, en razón a la necesidad de definir en este proyecto de acto administrativo, cuál sería la participación del Ministerio de las Tecnologías y las Telecomunicaciones -MINTIC, frente a lo dispuesto en la Ley 1966 de 2019 en los temas de conectividad del SIIFA (artículo 3) y el estándar de información del registro de contratación (artículo 4); se realizaron durante marzo, abril y mayo de 2024, sesiones de trabajo con el equipo técnico de MINTIC, a quienes se les compartió los planteamientos del proyecto de decreto enfatizando en la posibilidad de coordinar la participación de dicha entidad desde sus competencias generales, y que en el caso de la conectividad avanza desde el plan nacional de conectividad de las entidades del sector salud, y en el tema del estándar de información en disposiciones que igualmente aplican a todas las entidades. El concepto rendido por MINTIC permitió que la participación dispuesta en la Ley 1966 de 2019, se diera desde la parte considerativa del decreto en razón a la transversalidad de estos temas de conectividad y estándar de información en proyectos de alcance nacional e intersectorial, que deben ser cumplidos no solo por el SIIFA sino por todos los sistemas de información que actualmente maneja el Minsalud.

2. Proyecto de Resolución del Comité Interinstitucional de SIIFA. Se elaboró durante el segundo semestre de 2023 un proyecto de resolución “Por la cual se crea el Comité Técnico Interinstitucional del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, y se establece su composición y las normas para su funcionamiento”, el cual, tiene como objeto la creación de un comité como instancia de coordinación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud, siendo este comité el encargado de establecer los lineamientos y gestionar la implementación, funcionamiento integral, desarrollo y actualización del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. El proyecto de resolución se encuentra en revisión de observaciones del equipo de trabajo para proceder con su publicación para observaciones de la ciudadanía durante julio de 2024.” Es pertinente mencionar que, en desarrollo de la mencionada Ley 1966, se expidió la Resolución 2275 de 2023, la cual constituye el marco operativo a partir del cual el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el proceso de masificación de la facturación electrónica en el sector salud, integrando la extensión salud habilitada por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales-DIAN al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, información que deberá ser generada en el estándar definido por los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en el proceso de cobro de la prestación o provisión

de servicios y tecnologías a las entidades responsables de pago y demás pagadores, en virtud de lo cual los participantes del sistema de salud deberán implementar las correspondientes adecuaciones en sus sistemas de información. De esta manera, se integra la información financiera y asistencial. Así mismo, el gobierno nacional, mediante el Decreto 058 de 2020, reglamentó los artículos 8 y 9 de la Ley 1966 de 2019. Las transacciones de información entre los actores del Sector Salud están enmarcadas en la integración de datos, los cuales, se basan en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el marco del Plan Nacional de Infraestructura de Datos bajo los principios de: i) calidad de datos; ii) confianza pública y gestión ética de los datos; iii) estandarización e interoperabilidad; iv) fácil búsqueda, accesibilidad, interoperabilidad y reutilización, v) privacidad por diseño y por defecto; vi) sectorización estratégica; y vii) seguridad y protección de datos. Así mismo, debe tenerse en cuenta que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece que los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine y la Ley 1438 de 2011 establece la articulación del sistema de información y el responsable de la administración de la información a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), la obligación de los agentes del sistema de proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y dentro de los plazos que se establezcan y las sanciones para los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud.

Condición

(...) Se identificó que normativamente el flujo de los recursos, y la información financiera, corresponden a la aplicación de la Circular 030 y 016, que forman parte fundamental de los datos disponibles frente de los recursos de la Salud y su respectiva gestión. Para ello en las circulares mencionadas cada entidad tiene roles y responsabilidades que se describen a continuación. (...)

Frente a esta condición, la CGR señala, entre las responsabilidades de este Ministerio de acuerdo con la Circular Conjunta 030 de 2013 “Apoyar a los responsables de pago, administrar la información y disponer la ayuda técnica en la plataforma PISIS” y “Validar y cargar la información reportada en la base de datos”; al respecto es necesario precisar que, este Ministerio es el administrador del sistema de información donde se reporta la cartera por parte de cada una de las Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En tal sentido, se brinda soporte técnico a las entidades para el cargue y cruce de información, se realizan validaciones de estructura y de contenido a cada uno de los anexos técnicos enviados por las IPS y EPS, de lo cual se remite correo a las entidades para que revisen y corrijan; así mismo, se efectúa el procesamiento de la información reportada por los diferentes agentes del Sistema y se dispone del cruce de información de cartera en la bodega de datos del SISPRO, para que todos los actores que hacen parte de la mencionada circular conjunta, puedan consultar y analizar los resultados de las cuentas por cobrar y cuentas por pagar. Por consiguiente, se indica que este Ministerio, no es el responsable del cargue de la información por parte de los actores en SISPRO, por el contrario, son estos actores quienes deben efectuar la

revisión de las validaciones y resultados que el sistema les notifique, tendiente a la generación de los respectivos ajustes en los reportes. De otra parte, se considera importante que, entre las responsabilidades de los actores relacionadas con el reporte y disposición de información, se incluya por parte de la CGR, la responsabilidad que tienen las EPS e IPS de “Revisar y analizar los cruces de su Información dispuestos en la plataforma del sistema PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social, previo a la convocatoria de las mesas de Osaneamiento de cartera”, teniendo en cuenta que la misma, permite que dichas entidades depuren los registros (facturas/recobros) reportados, lo cual impacta directamente en la calidad de la información financiera que reposa en la Circular Conjunta 030 de 2013, así como, en la suscripción de los acuerdos de pago.

“Causa.

Debido a que, para el sector salud, nunca ha existido un sistema integrado de información, que permita en realidad, la eficiencia y efectividad en el uso de la información financiera disponible del sector, por medio de su interoperabilidad ya que no se ha dado cumplimiento por parte del MSPS y la SNS, al artículo 3o de la Ley 1966 de 2019. (Responsables MSPS y SNS)

(...) Además, existe incumplimiento, ineffectividad e ineficacia frente a las funciones No. 20, 21, 28 a cargo del MSPS, (...), asociadas al flujo de los recursos en ambos casos; así como, vulneración del principio de transparencia. (Responsables MSPS y SNS)”

Respuesta. En relación con lo señalado por el órgano de control “(...) se ha identificado la necesidad de que para el sector exista un sistema de información integrado, que garantice la interoperabilidad entre las diferentes fuentes de información, en el que repose la información financiera y asistencial; sin embargo, este no se ha diseñado y tampoco se implementó en aplicación del artículo 3o de la Ley 1966 de 2019, (...)” se advierte que, como ya se indicó, en virtud de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, este Ministerio se encuentra trabajando en la estructuración y desarrollo del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial - SIIFA, el cual busca visibilizar y hacer transparente la gestión del flujo de recursos e información en el SGSSS, así como identificar las acciones realizadas entre los agentes involucrados, para generar información y estadísticas que permitan la toma de decisiones de políticas y estrategias para el Sistema de Salud. En este contexto, se anexan listas de asistencia de las reuniones que se han realizado en el marco del SIIFA. En la estructuración de SIIFA, conforme al levantamiento de necesidades que se viene trabajando en articulación con todas la dependencias del Ministerio, se ha definido que el sistema contará con: (i) estandarización de las estructuras de datos; (ii) el registro de la información contractual; (iii) información de la radicación de facturación electrónica de venta, que previamente haya sido reportada por las Entidades Responsables de Pago y los facturadores electrónicos al Ministerio de Salud y Protección Social a través del mecanismo único de validación FEV – RIPS; (iv) el seguimiento a la facturación, que incluye el registro de devoluciones, glosas y respuestas, así como, el resultado de auditoría; y (v) la información financiera relativa a los pagos. Respecto a lo manifestado por la CGR en torno a la responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud en la reglamentación del inciso 3 del artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, se aclara que, el mencionado artículo dispone

que, si bien es para los efectos de inspección, vigilancia y control, es el “Ministerio de Salud y Protección Social quién definirá los contenidos técnicos de conectividad, lineamientos y estándares técnicos de interoperabilidad de los sistemas de información de cada uno de los actores del sistema, con el fin de alcanzar las condiciones necesarias para implementar el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial”, por lo cual, esta cartera viene trabajando para reglamentar, estructurar e implementar de manera integral dicho artículo, tal y como se mencionó anteriormente. En este sentido, se han realizado reuniones de entendimiento y colaboración, con la participación de este Ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, con el propósito que, tanto la reglamentación como la estructuración del SIIFA cumpla con los lineamientos y estándares técnicos requeridos para que el flujo de información permita la toma de decisiones para el Sistema de Salud. De otra parte, con relación a la afirmación de incumplimiento, ineffectividad e ineficacia a las funciones señaladas en los numerales 20 y 21 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, es importante destacar que en relación con la función 20 – “Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio” a que hace referencia la Contraloría, es necesario anotar que el Ministerio lleva a cabo procesos de análisis de fuentes y usos del aseguramiento en salud del SGSSS para el cierre de la vigencia fiscal y la proyección de la siguiente vigencia, con lo cual se estiman los balances del sistema y la necesidad de recursos que garantice el cierre financiero del aseguramiento en salud y otros programas. En este sentido, el Ministerio adelanta en cada una de las vigencias el seguimiento a la ejecución de los recursos fiscales y parafiscales que financian el aseguramiento en salud y otros programas, con lo cual se proyectan las fuentes (correspondientes a los recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación -PGN, cotizaciones (aportes de los afiliados cotizantes del régimen contributivo acorde con el Ingreso Base de Cotización respectivo y aportes procedentes de los Regímenes Especiales y de Excepción), rentas territoriales, aportes de las cajas de compensación, reintegros, multas, sanciones e intereses y rendimientos financieros, entre otros), los usos (Unidad de Pago por Capitación, presupuestos máximos y recobros de ambos regímenes, así como, incapacidades por enfermedad general de origen común, licencias de maternidad y paternidad del régimen contributivo, reclamaciones por accidentes de tránsito y otros programas en salud) y se determina la necesidad de recursos del Presupuesto General de la Nación para la elaboración del anteproyecto de presupuesto del aseguramiento en salud de la vigencia siguiente. Lo anterior, de acuerdo con la información suministrada por las diferentes áreas técnicas del Ministerio y de la ADRES. Dicho insumo es utilizado por la Subdirección Financiera para la consolidación del anteproyecto del Ministerio y su presentación ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien, a su vez, en concordancia con el artículo 3 del Decreto 4712 de 2008 y lo señalado por la ley orgánica del presupuesto, prepara el proyecto de Ley del Presupuesto General de la Nación para ser sometido a consideración del Congreso de la República. Asimismo, como resultado del análisis de la evolución de fuentes y usos del aseguramiento de la vigencia corriente con el fin de garantizar el cierre financiero y, en tal caso de determinar una posible necesidad de recursos, se realizan las correspondientes comunicaciones al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, teniendo en cuenta que el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, define que los recursos del PGN que se requieran para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una

vez aplicadas las demás fuentes, financian el aseguramiento en salud del Régimen Subsidiado. En este contexto, se anexan al presente documento los anteproyectos elaborados para las vigencias 2020, 2021 y 2022, así como las comunicaciones de solicitud de recursos al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para cerrar el aseguramiento en salud: - Comunicaciones 202030001732411 y 202030001742701 del 5 y 6 de noviembre de 2020 se solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el desbloqueo de la partida de \$1 billón con cargo a la fuente 10 así como la disposición de recursos para el cierre del aseguramiento de la vigencia como para el ajuste de presupuestos máximos en virtud de la dinámica presentada en su momento sobre los ingresos y gastos de la ADRES. (Anexos Nos.6.6a MSPS 1732411 - Solicitud MHCP Rec para Cierre AS Vig 2020 y 6.6b MSPS 1742701 - Solicitud MHCP Rec para cierre AS Vig 2020) - Comunicación 202130001579681 del 5 de octubre de 2021, se remitió al Ministerio de Hacienda y Crédito Público los análisis de los recursos requeridos en la vigencia 2022 para la financiación del Aseguramiento en Salud, los Programas de Salud, las necesidades derivadas de la atención en salud de la pandemia por COVID-19 y la financiación de la atención de migrantes irregulares, teniendo en cuenta la proyección del comportamiento de las fuentes y usos del sistema. (Anexo No.6.6c MSPS 1579681 - Remisión MHCP Necesidad Rec Vig 2022). - Comunicación 202230001678781 del 27 de agosto de 2022, se le solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, recursos con respecto a las necesidades de los programas para la emergencia COVID-19 y para el cierre del aseguramiento y otros programas de la vigencia 2022, así como la necesidad de recursos de funcionamiento e inversión para la vigencia 2023 en virtud de la gestión del proyecto de Ley de Presupuesto del 2023. (Anexo No.6.6d MSPS 1678781 - Solicitud MHCP Rec Fto e Inv Vig 2023).

En relación con el presunto incumplimiento de la función 21 “Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad.”, se precisa que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, como “una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social”, la cual tiene por objeto “administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud. En este orden de ideas, es la ADRES quien administra las fuentes dispuestas en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, las cuales corresponden a los recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación - PGN, cotizaciones (aportes de los afiliados cotizantes del régimen contributivo acorde con el Ingreso Base de Cotización respectivo y aportes procedentes de los Regímenes

Especiales y de Excepción), rentas territoriales, aportes de las cajas de compensación, entre otros (reintegros, multas, sanciones e intereses y rendimientos financieros). Dichos recursos son utilizados para financiar la Unidad de Pago por Capitación - UPC, presupuestos máximos y recobros de ambos regímenes, así como, incapacidades por enfermedad general de origen común, licencias de maternidad y paternidad del régimen contributivo, reclamaciones por accidentes de tránsito y otros programas en salud. Es importante mencionar que, el mencionado artículo estableció que, los recursos hacen unidad de caja, salvo aquellos de destinación específica, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. No obstante lo anterior, se precisa que este Ministerio gestiona los recursos del PGN que son apropiados en su presupuesto para financiar el Aseguramiento en Salud[1] y otros programas, y una vez expedida la Ley de Presupuesto General de la Nación y el Decreto de Liquidación de este para determinada vigencia y la correspondiente habilitación de los recursos en el SIIF, la Dirección de Financiamiento Sectorial efectúa el trámite para la expedición de las resoluciones de asignación y autorización de reconocimiento y pago y ordenación de giro de los recursos apropiados en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento a nivel de Transferencias Corrientes a Otras Entidades del Gobierno bajo los rubros A-03-03-04-052. Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en salud, (Ley 100 de 1993 - Decreto 780 de 2016) y A-03-03-05-002 Participación para Salud del Sistema General de Participaciones, en consideración de los insumos provistos por la ADRES y las otras Áreas Técnicas del Ministerio a cargo de la ejecución de los Programas de Salud. Al respecto, se anexa documento en Excel con la relación de Resoluciones expedidas en las vigencias 2020-2022. Los actos administrativos expedidos con relación al rubro A-03-03-04052 Aseguramiento, Reclamaciones y Servicios Integrales en Salud (Ley 100 de 1993 – Decreto 780 de 2016), y del componente de Régimen Subsidiado del SGP, son remitidos a la ADRES para que en el marco sus competencias, efectúen los registros presupuestales, contables, tesorería y legalizaciones requeridas en el SIIF en coordinación con la Subdirección Financiera. (...)

“Efecto Se evidenció ineficiencia en el uso de la información reportada, dado que a la fecha existe desconocimiento de los datos y cifras reales del Sistema, afectando la pertinencia en los asuntos técnicos y discusiones del sector sin dirimir resolver tales como: (...)”.

Con relación a lo manifestado por la CGR, respecto de la ineficacia en el uso de información reportada, en razón al desconocimiento de los datos y cifras reales del Sistema la información que se recibe en el Sistema Integrado de la Protección Social – SISPRO, en cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013, actualmente, es la única que contiene el detalle a nivel de registro por factura o recobro de las Entidades Responsables de Pago (departamentos, distritos, municipios certificados en salud y EPS de los regímenes contributivo y subsidiado) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el cual permite que, una vez procesada la información reportada y dispuesta, por parte del Ministerio, para consulta de los actores del Sistema, cada uno de ellos realice el análisis de los resultados de las cuentas por cobrar y cuentas por pagar, de manera tal que sirva para la toma de decisiones desde la responsabilidad y competencia de entidad. En este contexto, la Superintendencia Nacional de Salud, así como, los departamentos y distritos, con base en los resultados de los cruces de información son responsables de

realizar la revisión y análisis de información, también son responsables de desarrollar las mesas de saneamiento de cartera para que las ERP e IPS suscriban compromisos de depuración de la información, y en caso de incumplimientos por parte de los agentes del Sistema, la Superintendencia está facultada para adelantar las acciones de vigilancia y control. De otra parte, si bien es cierto que los resultados obtenidos del reporte realizado por las ERP e IPS no reflejan totalmente la realidad del flujo de los recursos entre los actores del Sistema, se destaca que esta Cartera ministerial realiza acompañamiento técnico continuo y permanente a las entidades territoriales, IPS y EPS con el propósito que se reporte información con oportunidad y calidad, atendiendo los requerimientos técnicos y normativos dispuestos para tal fin. Adicionalmente se menciona que, es responsabilidad de las EPS, IPS y entidades territoriales, garantizar la veracidad de la información reportada, su actualización y calidad, como deberes y obligaciones de los usuarios del SGSSS consagrados en el artículo 139 de la Ley 1438 de 2011. En este sentido, como se ha indicado en comunicaciones anteriores a la CGR (comunicación 202330002287351 de fecha 31 de octubre de 2023 y 202330002357191 del 9 de noviembre de 2023), el contexto de las responsabilidades definidas en la Circular Conjunta 030 de 2013, este Ministerio es el administrador del sistema de información donde se reporta la cartera por parte de cada una de las Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por tanto, una vez realizado el cargue de información por parte de los actores del SGSSS (ERP e IPS) a través de PISIS, así como, realizado el procesamiento de los datos por parte de la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC y las diferentes validaciones a través de la plataforma PISIS, este Ministerio dispone el cruce de información de cartera a todos los actores que hacen parte de la mencionada circular conjunta, entre ellos, la Superintendencia Nacional de Salud. Finalmente, en caso de inconsistencias, falta de calidad y veracidad de los datos reportados por las ERP (EPS y entidades territoriales) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, es la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, la llamada a adelantar las acciones propias de su competencia. El manejo de recobros Al respecto y teniendo consideración la información remitida por la ADRES, mediante comunicación 20244303785341 de 8 de julio de los corrientes, en relación con la trazabilidad de cada recobro, informa que se encontraron dificultades con la calidad de la información registrada por las EPS en la base de datos de recobros. Con el fin de relacionar por EPS las glosas definitivas, es decir aquellas no subsanables porque i) el servicio o la tecnología recobrada está financiada con la UPC o es una exclusión sin fallo taxativo que la ordene o ii) las mismas ya se encuentra prescrita jurídicamente, la ADRES tenía que hacer la trazabilidad del recobro, para determinar que la glosa impuesta era definitiva, encontrando lo siguiente:

Ejercicio 1- Trazabilidad por número de recobro e ítem - Las presentaciones iniciales, es decir antes de junio del 2020, conforme a lo establecido normativamente, las entidades presentaban los recobros de manera agrupada por el usuario, es decir, todo lo prestado a un usuario se presentaba el recobro de manera agrupada, sin embargo, ello cambio a julio del 2020, por lo que cada servicio debía ser presentado de manera individual, generando con ello que los recobros presentados inicialmente agrupados y que habían sido glosados, al momento de reingresar fuesen desagregados dificultando con ello poder realizar la traza por número de recobro dado que el mismo se repite tantos ítems tuviese.

Por lo tanto, el número del ítem se hace necesario para culminar la tarea, sin embargo, el mismo en algunos casos no es confiable, dado que este fue relacionado de manera incorrecta por las EPS. - La información de la base de datos de los recobros corresponde a los datos diligenciados por las EPS y EOC, conforme las estructuras, contenidos y alcances definidos en los diferentes actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo anterior, dicha información no es objeto de modificación por ninguno de los actores que intervienen en el proceso de recobros. La decisión de la procedencia o no del recobro se realiza una vez realizadas las verificaciones sobre todos los soportes documentales, allegados por las entidades recobrantes de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente. Por lo tanto, se presentan inconsistencias en la información allegada en el medio magnético generando dificultades en la extracción y análisis de la información, para establecer la trazabilidad del recobro. - Un ítem tiene puede tener más de una glosa, lo que genera una traza extensa relacionando la totalidad de las glosas aplicadas, así como las múltiples presentaciones ante el Fosyga o la ADRES. - Teniendo en cuenta que la información registrada por las EPS tiene inconsistencias en cuanto al número del recobro e ítem, es posible que el valor recobrado y por tanto glosado se duplique tantas veces se remita el recobro, por lo tanto, el valor no sería confiable. - Con el fin de permitir la radicación de las cuentas de APF y los servicios prestados hasta el 28 de febrero del 2020, la ADRES abrió diferentes ventanas de radicación, sin embargo y a solicitud de diferentes EPS, así como indicaciones emitidas por el Ministerio de Salud, las validaciones que se hacían al momento de radicar la cuenta por parte de la EPS, se flexibilizaron. Lo anterior, afectó directamente la calidad de información de la base de datos. No obstante lo anterior, se precisa que dicha flexibilización obedeció a tres razones a saber: i) garantizar la radicación de la totalidad de cuentas por la línea de radicación de APF y lograr el saneamiento de cuentas, ii) garantizar la radicación de los servicios prestados a 28 de febrero del 2020 y finalizar el recobro y iii) permitir la radicación de las cuentas que por los cambios normativos no podían pasar las validaciones automáticas (MIPRES, enfermedades huérfanas, códigos CUMS), toda vez que la auditoría se realizaba sobre físicos.

Ejercicio 2 - Traza por factura: Teniendo en cuenta lo explicado en el ejercicio 1, se empezó una nueva metodología para la extracción de la información, atendiendo la explicación realizada por la Contraloría en cuanto al objetivo de la información requerida. En este sentido, se analizó la información por número de factura a fin de extraer la información de la glosa depurada, de la siguiente manera: - Se extrajo del universo teniendo en cuenta la fecha y número de la factura. - Teniendo en cuenta el universo, se empezó a realizar el rastreo de la factura y a determinar la última presentación de dicha factura a la ADRES, su estado final, sus glosas y el valor glosado. Sin embargo, se presentaron las siguientes dificultades: - La cantidad de registros a analizar es muy alta y por tanto se requiere de un tiempo importante para analizarla y dar un resultado final. - Existen inconsistencias en la información registrada en el TXT, por lo tanto, realizar la trazabilidad de la factura fue dispendioso, dado que se ha observaron cambios en los datos de fecha y número de factura, en las diferentes presentaciones del recobro y esto ocasiona reprocesos en el análisis de la información.

Rezago Recobros Ahora bien, en cuanto al rezago que cita la CGR, la ADRES precisa al Ministerio de Salud y Protección Social que actualmente [...] por el proceso de Recobros

no existe rezago en la auditoría puesto que: - Para Acuerdo de Punto Final el último paquete tramitado correspondió a la radicación del mes de noviembre del 2022, el cual cerro en abril del 2023. - Servicios prestados a 28 de febrero del 2020, el último paquete correspondió a la radicación de agosto y septiembre del 2023, que cerró en diciembre del 2023.”

Análisis de la Respuesta

Conforme a la respuesta del MSPS, este informa que a partir del 2023 se inició la construcción del proyecto de acto administrativo para la reglamentación del SIIFA, con proyecto publicado el 25 de enero de 2024, donde debe incluirse la participación del MINTIC, así mismo ha expedido las resoluciones asociadas al comité interinstitucional del SIIFA, y al marco operativo para la implementación de la facturación electrónica asociada a los RIPS, si bien el MSPS, se encuentra trabajando en labores atinentes al diseño de lo cual ha logrado definir los criterios con los que ha de contar para su implementación, la expedición de los actos administrativos es tan solo un avance, más aún no da cumplimiento al artículo 3o de la Ley 1966 de 2019, ya que aún no se ha implementado máxime cuando se ha identificado como una necesidad imperante para el desempeño del SGSSS-

Además, se identifica que esta directriz viene establecida desde la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y actos normativos anteriores, lo cual indica que han pasado 11 años desde la expedición de la circular 030 de 2013 sin que se hayan integrado los sistemas de información.

En lo atinente a las funciones ejecutadas por el MSPS, Nro. 20 y 21 correspondientes a los estudios financieros del Sistema y a la administración de los recursos respectivamente; en el marco del análisis de la suficiencia de los recursos de la Salud así como de los usos y las fuentes, si bien este ente realiza los estudios técnicamente con la información disponible al momento, los resultados nos son claros para las partes en la discusión y las cifras presentadas, lo cual requiere de mayor rigor en la presentación de los datos oficiales, ya que las cifras entre los diferentes actores y en los diferentes temas son discrepantes particularmente en cuanto a la suficiencia de los recursos de la salud de los colombianos y el presupuesto que deba ser destinado en el PGN durante cada vigencia, conforme a las necesidades existentes y el uso real de los recursos.

Así mismo, respecto a la función de la administración de los recursos para promover la sostenibilidad financiera del SGSSS, si bien el MSPS a través de la ADRES, la desempeña de manera organizada, hoy día se discute ampliamente,

acerca de la sostenibilidad del sistema que afronta una crisis financiera, en la que la necesidad de las cifras reales entre las partes respecto a los asuntos de recobro, cartera y demás asuntos auditados no se conoce, durante el periodo evaluado, lo cual refleja una vez más las falencias en el desempeño del sistema lo cual no desvirtúa lo observado.

De otra parte, frente a la condición señalada en las responsabilidades de la circular 030 de 2013, y la respuesta dada por el MSPS, se indica que dentro de la circular se establece que la validación de la información corresponde a una labor del MSPS, el cual debe revisar la información cargada por los agentes obligados al reporte, y cargar la información en la plataforma SISPRO. Adicional a ello, dentro de las labores de revisión y validación, también existen las de reporte a la Superintendencia Nacional de Salud para su respectiva apertura de investigaciones o procesos de IVC.

Respuesta SNS

“Desde la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Aseguramiento en Salud, se ha indicado que la información reportada por las EPS en el archivo tipo FT004 Cuentas por pagar acreedores, contiene todas las cuentas por pagar desagregadas por línea de negocio, acreedor, concepto, edad; y se encuentra debidamente firmada por el representante legal, contador y revisor fiscal; no obstante, se han llevado a cabo requerimientos y solicitudes con el fin de que las EPS den las explicaciones respecto de las diferencias entre los dos reportes (Archivo tipo FT004 y Circular 030); indicando que obedecen, entre otros a errores en las mallas de validación SISPRO y diferencias en la estructura de los dos reportes Desde el II semestre del 2023, la Superintendencia está trabajando con el Ministerio de Salud y Protección Social, para cruzar la información con la que cuentan ambas entidades, con el objetivo de identificar donde están las principales brechas e identificar oportunidades de mejora, y de esta manera actualizar las instrucciones contenidas en la CC030. Frente a la afirmación como:

“Así mismo la Circular 016 de 2016 establece la revisión para los marcos técnicos normativos definidos por los reguladores (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Contaduría General de la Nación), donde dentro de los catálogos de información se observa la referente a las Cuentas por Cobrar y Cuentas Por pagar (FT003 y FT004 respectivamente), los cuales constituyen la misma información reportada en la Circular 30 de 2013, bajo el concepto de facturas pagadas y pendientes según el anexo de información”. Respecto a esta afirmación es importante aclarar que no es la misma información la que se recibe por CC030 (MSPS-SNS) y la de la CE016 (SNS) dado que en la primera se recibe la información al detalle por factura uno a uno, de las entidades que se encuentran en funcionamiento, mientras que en los reportes a la SNS se recibe el detalle de las cuentas por cobrar (FT003) y cuentas por pagar (FT004), agregadas por nivel de tercero sin importar si se encuentran en procesos de liquidación. En este sentido, las dinámicas de los reportes son diferentes. Sin embargo, se busca en conjunto con el MSPS que las brechas de información sean mínimas. En

cuanto la manifestación: “Estas dos circulares comparten similitud en la información solicitada a los obligados a reportar, pero las mismas no son uniformes y no se utilizan dentro de los análisis financieros del Sistema de Salud. Adicionalmente sus sistemas receptores no son interoperables entre sí, lo que impide el análisis de información en conjunto”. La principal fuente de información para poder los análisis de cartera parte precisamente de la información recabada en estas circulares por lo que no se comparte la posición realizada en el enunciado. Es así como dada la importancia de esta información se inició un trabajo con el MSPS para la actualización de la CC030 con el objetivo de mejorar en cuanto a oportunidad y claridad, incorporando la evolución en los sistemas de información y acceso a la facturación electrónica que hace más de 10 años no contábamos. En cuanto la afirmación que indica: “La Circular 030 plantea en su numeral 4 las responsabilidades que cada uno de los actores tiene frente a la aclaración de cartera y depuración de cuentas y en su numeral 5 establece el procedimiento para tal fin; sin embargo, por parte de la SNS, estas responsabilidades no se han llevado a cabo de manera coordinada, permanente y secuencial en lo atinente a la verificación de resultados de la depuración, seguimiento y aclaración de cuentas, establecimiento de procesos sancionatorios a quienes incumplen con los reportes de información y calidad de la mismas, conciliar las cuentas, además de realizar la Inspección Vigilancia y Control hasta la afectación de los EF, funciones que no han sido realizadas de manera eficiente”. El proceso descrito en el numeral 4 incorpora al interior de la entidad un trabajo denominado “Mesas de Conciliación”. La SNS realiza las mesas de conciliación a través de la Delegada de Entidades Territoriales, la cual incorpora cuando haya a lugar a procesos administrativos haciendo seguimiento a los acuerdos de pago a los que se llega en estos espacios. Sin embargo, hay que aclarar que estas mesas no son obligatorias y las entidades vigiladas acuden de manera voluntaria. Además, en lo que corresponde a lo indicado como: “De otra parte, se ha identificado la necesidad de que para el sector exista un sistema de información integrado, que garantice la interoperabilidad entre las diferentes fuentes de información, en el que repose la información financiera y asistencial; sin embargo, este no se ha diseñado y tampoco se implementó en aplicación del artículo 3o de la Ley 1966 de 2019” La implementación de este sistema de información integrado está en cabeza del órgano rector del sector, es decir el MSPS. Se reitera que conjuntamente se está trabajando en la actualización de la CC030 la cual contempla en uno de sus pilares la actualización del sistema de información por la que se recibiría la data. En cuanto la observación: “Así mismo, se incumple por parte de la SNS y las EPS lo dispuesto en las Circulares 030 de 2013 y 016 de 2016, cuya información financiera obtenida y disponible se encuentra fragmentada al punto de desconocerse la realidad de la situación financiera de las EPS, ya que existen debilidades en la Inspección, Vigilancia y Control por parte de la SNS, frente a la calidad de la información suministrada por las EPS- e IPS, hasta su disposición final en la revelación de los estados financieros”. La información que recibe la SNS a través de su sistema nRVCC se encuentra firmada y avalada por representante legal, contador público y revisor fiscal, este último en el caso que aplique. Asimismo, la información entre los diferentes formatos complementarios es cruzada contra el FT001 que contiene la información financiera de las entidades y cuenta con unos mínimos de calidad al pasar por unas mallas de validación, por lo que la información cumple con criterios de completitud y lo que se busca es mejorarla en cuanto a los principios de calidad y oportunidad. Adicionalmente, esta información es dispuesta internamente para que cada una de las delegadas pueda usarla y facilite sus acciones de

IV en sus análisis correspondientes. En este contexto, se solicita la eliminación de la observación a la Superintendencia, dado que la entidad ejerce adecuadamente y avanza desde sus competencias en acciones que permitan fortalecer el ejercicio de la inspección, vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud.

Finalmente, reiteramos la disposición de esta Superintendencia para atender y ampliar las respuestas al análisis presentado por el equipo, en el marco de la auditoria, solicitando respetuosamente el retiro de las observaciones presentadas”.

Análisis Respuesta SNS

Dentro de la respuesta dada por la SNS, la entidad reconoce que no existen mecanismos de coordinación con el MSPS para la vigilancia de la información cargada en la plataforma SISPRO (circular 030 de 2013); así mismo, establece que las mesas de flujo de recursos es un mecanismo empleado insuficiente para garantizar el flujo de los recursos hacia los prestadores.

Dado lo anterior y que las labores de IVC corresponden a la SNS sus funciones no se están ejecutando de manera coordinada con el MSPS, así mismo en el control y las responsabilidades indicadas en la circular 30, respecto a los fallos de información por datos incorrectos o faltantes, siendo esto un problema en la transparencia y calidad de los datos, para el conocimiento de la deuda real y las cifras en el Sistema de Salud. Así mismo, no existen mecanismos de validación y cruce de la información reportada entre ambas circulares, con lo cual existen diferencias entre ambos reportes, además no se verifican en los estados financieros que reportan las entidades inspeccionadas, vigiladas y controladas, hecho que no debería generarse, y que ocasiona una distorsión en las cifras reportadas.

Además, más allá de las similitudes de la información que se obtiene de cada una de las circulares, y de si son interoperables o no, el resultado final afecta la realidad de los Estados Financieros de las entidades a los cuales no se les da el control adecuado en cuanto a la verificación de los procesos de depuración de las cuentas, de tal manera que conforme avanzan los procesos de depuración y aclaración de las cuentas así mismo se vea reflejado financieramente. Al respecto hoy se desconoce la cifra real de los recobros, de la cartera, así como lo pendiente por aclarar y depurar en cumplimiento de las mencionadas circulares.

Así mismo, la falta de interoperabilidad y de coordinación entre las entidades a través de sus diferentes aplicativos y fuentes de información, dificultan la comprensión acerca de la realidad financiera del sector y en la que la estimación del costo y gasto en salud, no es clara y tampoco permite dirimir con mayor técnica

y certeza la discusión sobre la suficiencia de los recursos de la salud de los colombianos.

En el caso del MSPS, las acciones realizadas muestran avances con la expedición de actos administrativos que aluden a la responsabilidad del diseño del SIIFA y el establecimiento de los contenidos mínimos que deba tener el sistema, sin embargo, no se han ejecutado en totalidad y frente a lo observado estas acciones no corresponden al periodo auditado, siendo ejecutadas en el año 2023 y 2024

Por parte de ambos entes, las acciones realizadas no aclaran la realidad financiera del sector, ni las cifras en ninguno de los temas enunciados en la observación; así mismo, sin desconocer los significativos avances, la aplicación de los instrumentos normativos requiere mayor rigor en el desempeño cabal de las funciones observadas, en la captura, análisis y validación de datos, en las condiciones de interoperabilidad de las fuentes de información, así como en la Inspección, Vigilancia y Control de la información Financiera. Además, aún no se ha llevado a cabo la implementación del SIIFA.

Finalmente, los argumentos del MSPS y la SNS, presentan gestiones realizadas por cada uno de los actores respecto a la materia auditada, mas no son suficientes para desvirtuar lo observado, ya que no evidencian solución a las debilidades identificadas y tampoco se cuenta con los suficientes soportes.

Por lo anterior se valida la observación como hallazgo Administrativo para el MSPS y la SNS.

5. CONCLUSIONES

4.4. PREGUNTA NO. 1 - FRENTE A LOS RECURSOS QUE NO FLUYERON EN EL SGSSS, SE TIENEN IDENTIFICADOS, VALORADOS Y SE HAN PLANTEADO ACCIONES PARA EVITAR QUE ESTO CONTINÚE SUCEDIENDO?

La CGR identificó recursos significativos que no fluyeron en el SGSSS, las acciones para su cobro o recuperación por parte de las entidades responsables de la administración de estos recursos fueron ineficaces, ineficientes y/o antieconómicas, pues si bien se ha definido un marco reglamentario para estas actividades, se generaron reprocesos, desperdicios y costos adicionales para el SGSSS. Sin observarse, al cierre de 2022 la adopción de medidas suficientes y oportunas por parte de los sujetos de control y moduladores para evitar que estas situaciones continuaran sucediendo; las cuales impactan el equilibrio financiero del SGSSS; e iterándose prácticas contrarias al buen gobierno y gestión fiscal de los recursos del SGSSS.

A continuación, se indican los montos de los recursos que a 31 de diciembre de 2022 no fluyeron en el SGSSS¹⁵¹:

- Recursos reconocidos sin justa causa por FOSYGA o ADRES a entidades liquidadas y sin reintegrar al SGSSS al cierre de 2022¹⁵² en cuantía de 165.957.749.580 COP.
- Glosas definitivas entre EPS e IPS, se identificaron 3.443.651 millones de COP que no fluyeron hacia los prestadores por este concepto, conforme a lo reportado por la SNS¹⁵³ a la CGR. Al respecto, se identificó una tendencia creciente en la glosa definitiva entre EPS e IPS durante el periodo auditado. Adicionalmente, se identificaron diferencias entre la información reportada por las EPS de la muestra y la SNS referente a las glosas definitivas con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2020, 2021 y 2022. Por otra parte, la glosa definitiva establecida por las EPS pueden ser radicarlas de nuevo por las IPS generando un reproceso y bucle que hace perdurar en el tiempo la discrepancia en las cuentas por cobrar (prestadores) y por pagar (EPS).
- Cuentas por Cobrar con EPS liquidadas, se presentan discrepancias significativas entre la información de la SNS formato FT003 (999.686.800.446 COP) reportada por las IPS, frente al registro de la Circular 030 del MSPS (3.758.728.348.268 COP); de lo que se concluye que, las Cuentas por Cobrar reportadas por los prestadores con EPS Liquidadas son incobrables al cierre de 2022.

¹⁵¹ A la SNS le fueron comunicadas las conclusiones de la primera pregunta de auditoría, presentándole las cifras de los recursos que no fluyeron en el SGSSS, sin embargo, frente a los valores presentados no se presentaron comentarios por parte de esta entidad.

¹⁵² No hubo pronunciamiento por parte de la ADRES, MSPS y SNS sobre la cifra presentada pendiente de reintegro al cierre de la vigencia 2022.

¹⁵³ (Respuesta SNS 20249000000585611 del 02-04-2024, Sistema de gestión documental SUPERARGO. Marzo 2024)

- Cuentas por Cobrar con EPS ya liquidadas al cierre de 2022 por 5.685.181.154.872 COP que presentan las IPS de la fuente Circular 030 del MSPS, correspondientes a datos no coincidentes, es decir facturas en las cuales no concuerdan los datos de las IPS con las EPS al validar por parte del MSPS siete campos básicos. Esto indica la falta de aclaración y depuración de la información no coincidente que es una obligación de los actores.
- 2.987.227.925.484 COP presentan las IPS como Cuentas por Cobrar con EPS en liquidación de la fuente FT003 de la SNS; es decir, con alto riesgo de no pago, teniendo en cuenta que, en las EPS liquidadas, el porcentaje de pago de las deudas reconocidas observado en esta auditoría es del 3,2%.
- Las 5 EPS de la muestra seleccionada, presentan 1.254.682.582 COP como Cuentas por Cobrar con entidades liquidadas, es decir incobrables¹⁵⁴.
- Cartera en mora (> a 360 días) con los prestadores de servicios de salud ascendió a 1.910.951.471.526 COP de la fuente FT003 de la SNS al cierre de 2022 y a 9.518.964.439.636 COP reportados por las EPS y 16.779.374.951.690 COP de acuerdo con las IPS de la fuente Circular 030 del MSPS, con un riesgo significativo de no recuperación de los recursos y por ende de no flujo y cancelación a las IPS.
- Las EPS liquidadas en las vigencias 2020, 2021 y 2022, de acuerdo con lo reportado a SNS en el formato FT 015, quedaron sin pagar 2.078.874.692.636 COP equivalentes al 96,8% de lo reconocido.
- En recobros por servicios y medicamentos No financiados por la UPC, se identificaron 1.826.414.929.147 COP correspondientes a pretensiones en procesos judiciales en contra de la ADRES, que no fueron reconocidos por esta entidad a las EPS, recursos que no fluyeron en el sistema al cierre de 2022; y frente a los cuales no existe certeza de su reconocimiento por la vía judicial, lo que, impactará los estados financieros de las EPS.
- En fallos judiciales en contra de ADRES para las vigencias 2020, 2021 y 2022; se estableció que del valor recobrado total por 27.786.452.379 COP, finalmente no se había reconocido por ADRES en auditorías, ni a través de sentencia judicial 16.859.010.765 COP, indicador de recursos que las EPS radicaron ante la ADRES y no fueron aprobados de acuerdo con los requisitos establecidos en el Manual de Auditoría de Recobros y sobre los cuales, las EPS interpusieron demandas en cuyos fallos se ratificó la decisión inicial de la ADRES.

¹⁵⁴ El MSPS no emitió respuesta frente a esta conclusión.

- El reconocimiento de recobros mediante sentencias, genera un costo adicional para el SGSSS y de específicamente para la ADRES, ya que esta entidad se ve obligada al reconocimiento de intereses moratorios, agencias en derecho, indexación y costas procesales; estos costos representaron 21.736.153.574 COP en los procesos relacionados con recobros que fueron fallados y pagados en las sentencias en las vigencias auditadas.
- De acuerdo con las providencias a favor de la ADRES de 2020 a 2022, no se reconocerá ni pagará a los demandantes un total de 25.987.078.623 COP, recurso que no fluyó en el SGSSS por considerarse en sede judicial que no se encontraba debidamente soportado; lo cual genera duda frente a la prestación efectiva de estos servicios y/o tecnologías, además que por los costos administrativos que conlleva ejercer la defensa judicial en este tipo de procesos se generan ineficiencias.
- A 31 de diciembre de 2022 en virtud del no reconocimiento y pago de facturas por servicios de salud prestados Nueva EPS, Famisanar, Coosalud, Capital Salud EPSS y Pijaos Salud EPSI, registran 178 procesos judiciales activos, con una cuantía total de las pretensiones de 196.109.827.623 COP, recursos sobre los cuales no existe certeza de que fluyan en el Sistema. Además, se evidencia que existe concentración de estos valores en las Empresas Sociales del Estado con 79 de estos procesos y cuantía de pretensiones por 101.176.586.654 COP que representa un 52% del total pretendido.
- En las vigencias 2020, 2021 y 2022, para las mismas entidades, se proferieron 102 sentencias en contra con diferencia de 186.009.337.198 COP, entre lo pretendido y lo pagado, que corresponden a recursos que no fluyeron en el SGSSS hacia los prestadores y frente a los cuales, estos buscaban el reconocimiento; sin embargo, no se aprobó el pago por parte de las auditorías de las EPS ni en los procesos judiciales. Frente a estos últimos, la radicación de demandas para obtener el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados evidencia el desacuerdo entre los actores, genera desgaste en las entidades y mayores costos tanto para el demandante como para el demandado en procesos administrativos asumidos con recursos del SGSSS, además del costo para el estado en el sistema judicial para adelantar estos procesos¹⁵⁵.

Frente a las acciones del MSPS y SNS para evitar que las situaciones planteadas continúen sucediendo, se evidenciaron debilidades, en el caso del MSPS frente a la evaluación de resultados, reglamentación y definición de indicadores, entre otras. Para la SNS se observó falta de medición, seguimiento y monitoreo de

¹⁵⁵ El MSPS en respuesta expone que la competencia de la institucionalidad de los espacios donde se traten problemas relacionados con flujo de los recursos entre los distintos actores del SGSSS fue facultada a la SNS como conciliador, conforme el artículo 38 de la ley 1122 de 2007 y 135 de la Ley 1438 de 2011, además de la Ley 1949 de 2019, que establece la función Jurisdiccional de la Superintendencia como ente encargado para la materia, siendo así, extralimitación del Ministerio de Salud y Protección Social en sus competencias; sin embargo, se evidencia debilidad en el MSPS frente al seguimiento del cumplimiento de lineamientos emitidos, que permitan mitigar el impacto que se genera de los extensos e ineficaces procesos judiciales, afectando el oportuno y suficiente flujo de los recursos del SGSSS.

información relevante sobre el flujo de recursos, así como la identificación de riesgos que impactan en el SGSSS; falta de vigilancia y control frente al cumplimiento de las normas que regulan el SGSSS por parte de los sujetos vigilados e ineffectividad de los resultados de las gestiones de IVC respecto de los procesos de glosas entre EPS e IPS, carteras vencidas superiores a 360 días, pagos y reconocimientos sin justa causa.

4.5. PREGUNTA NO. 2 -SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS RECURSOS CON FLUJO INOPORTUNO Y SE ADELANTRAN GESTIONES EFECTIVAS PARA MEJORAR SU ASIGNACIÓN Y OPORTUNO GIRO PARA CUBRIR LOS SERVICIOS DE SALUD?

Se identificaron gestiones ineffectivas, ineficientes e ineficaces frente a la asignación y giro oportuno de los recursos del SGSSS en el periodo auditado. Lo anterior se sustenta, por una parte, en la inoportunidad en el reconocimiento y pago de recobros - No UPC - ante la ADRES, donde por la línea de radicación de recobros Acuerdo de Punto Final - APF – se presentaron tiempos entre la radicación y pago hasta de 262 días, y frente al mecanismo Corriente y No Presupuestos Máximos - NPM - tiempos máximos de aprobación de hasta 854 días. En cuanto a las reclamaciones, se identificó un tiempo máximo para aprobación de 549 días, además, para 2022 se registraron 2.017 reclamaciones aprobadas, sin pago al 01/11/2023. Al respecto, la CGR resalta la importancia para todos los actores, de establecer tiempos para todos los procesos y realizar seguimiento y monitoreo de los mismos.

Por otra parte, se observó en general un comportamiento creciente en el porcentaje de glosas aplicadas a las EPS por la línea Acuerdo de Punto Final y No Presupuestos Máximos, donde para el primer caso, la causal de prescripción o caducidad jurídica es la más representativa. Los porcentajes de glosas aplicadas por la ADRES a las EPS de la muestra en 2022 estuvieron entre el 62% y el 99% para la línea de APF y por el mecanismo corriente y No Presupuestos Máximos - NPM entre el 47% y el 87%, lo cual, es un indicador de ineficiencia en ineficacia en el flujo de recursos.

Además, frente a los recursos reconocidos sin justa causa identificados por ADRES y/o Fosyga; se identificaron saldos pendientes de reintegrar al Sistema a 31 de diciembre de 2022, como resultado de las auditorías a los procesos de reconocimiento y pago por UPC (910.083.412.690 COP), No UPC (166.298.489.022 COP) y reclamaciones (10.996.999.350 COP); al respecto, se estableció demora entre la fecha de auditoría y la del acto administrativo del reintegro, evidenciando que transcurrieron hasta 5 años entre una y otra.

Al 4 de septiembre de 2023, se establecieron recursos pendientes de validar por 286.181.578.185 de pruebas COVID – 19 por parte de ADRES, presentadas por las EAPB. Frente a Comparta en Liquidación, entre la solicitud de la EPS y el pago a los prestadores, transcurrieron dos años, durante los cuales se evidencian

comunicaciones sin respuesta oportuna entre ADRES, MSPS y SNS; con relación a Coomeva en Liquidación se observó que, entre la solicitud de la EPS y el pago a los prestadores, transcurrió un año y medio sin que se realizara el giro de los recursos a los prestadores. Esto denota fallas en la articulación entre entidades.

En la vigencia 2022, las medidas cautelares alcanzaron la cifra más alta de las tres vigencias auditadas, con embargos por 35.767.530.258 COP, lo cual afecta el flujo de los recursos hacia los prestadores.

La asignación de Presupuestos Máximos para las vigencias 2020, 2021 y 2022, se realizó sin una frecuencia o regularidad establecida entre las resoluciones iniciales y los ajustes realizados para cada EPS; lo cual repercute en el flujo de los recursos hacia las aseguradoras, por cuanto los valores que corresponden a un periodo, no son reconocidos en su totalidad durante la misma vigencia, encontrando que incluso transcurre más de un año para que se realice el ajuste. El comportamiento de los ajustes a la asignación de presupuestos máximos, no se encuentra determinado con una periodicidad establecida ni con un límite de tiempo para efectuar el ajuste definitivo.

Durante las vigencias 2020, 2021 y 2022 se identificaron facturas de los prestadores a las EPS, cuyo proceso de auditoría superó el tiempo establecido normativamente de 20 días hábiles para la notificación de glosas, alcanzando entre 31 y 365 días para este proceso; además, se detectaron facturas glosadas que, luego de radicadas por las IPS en las EPS, trascurrieron más de 365 días para la notificación de la glosa. Así mismo, se evidencia un nivel de glosa representativo y creciente en la mayoría de los casos de las EPS de la muestra comparando las vigencias auditadas, que indica persistencia de las inconsistencias o falta de soportes en la facturación que dificulta el flujo oportuno de los recursos.

4.6. PREGUNTA NO. 3 SE REALIZA SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y CONTROL SOBRE LAS BARRERAS EN EL FLUJO E INEFICIENCIAS EN EL USO DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN EL ASEGURAMIENTO EN SALUD?

Se identificaron deficiencias en el seguimiento, medición y control sobre las barreras e ineficiencias en el flujo de los recursos en el SGSSS, de acuerdo con los siguientes resultados:

La devolución de facturas y glosas injustificadas es la práctica más reiterada por parte de las EPS, situación que genera costos adicionales para los diferentes actores del Sistema, por el doble proceso de auditoría que se genera al revisar nuevamente la misma cuenta; además del costo doble también para el prestador en la preparación y radicación de las facturas. Al respecto, EPS como Capital Salud y Coosalud refirieron no contar con medición de los costos que se generan al reprocesar las facturas. Por su parte la SNS indicó que no dispone de

información de devoluciones y glosas injustificadas y que no cuenta con indicadores al respecto ni con algún tipo de seguimiento o medición sobre el reproceso de facturas. La Auditoría de Desempeño resalta la importancia del costeo y medición para el seguimiento control de los recursos del SGSSS.

Frente a la cartera, se establecieron valores adeudados con antigüedad superior a 360 días representativos para el SGSSS que no han fluido hacia los prestadores e incremento en los saldos tanto desde la perspectiva de la ERP como de los prestadores, en los regímenes contributivo y subsidiado en las vigencias auditadas¹⁵⁶.

Al revisar los anticipos vs los regímenes de inversión de la reserva técnica, se evidenció que las EPS de la muestra presentan resultado negativo con corte a diciembre de 2020, 2021 y 2022. Adicionalmente, se evidencian anticipos sin legalización a corte del 31 de diciembre de 2022, con fechas mayores a 90 días. Finalmente, se observó en general un comportamiento creciente de los anticipos durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, en contraste con el incumplimiento en el régimen de inversión de la reserva técnica.

4.7. PREGUNTA NO. 4 - SE ADOPTAN ACCIONES EFECTIVAS FRENTE A LAS ASIMETRÍAS, DISTORSIONES Y FALTA DE TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL FLUJO DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN EL ASEGURAMIENTO EN SALUD?

Las acciones adoptadas frente a las asimetrías, distorsiones y falta de transparencia de la información del flujo de los recursos que financian el aseguramiento en salud no han sido efectivas de acuerdo con lo observado en la auditoría así:

En cuanto a la información de RIPS analizada para las EPS de la muestra, se identificaron casos de registros de diferentes CUMS para el mismo nombre genérico de los medicamentos; además, el diligenciamiento de los campos solicitados no atiende los criterios de estandarización respecto a las denominaciones de las tecnologías.

También se identificaron precios con diferencias significativas en la prestación de servicios de consultas, procedimientos médicos y medicamentos, incluso superiores al 100% de los precios promedio pagados por la misma prestación de servicio en cada una de las EPS de la muestra.

La información suministrada por el MSPS, a su vez da cuenta de precios por prestación de servicios con diferencias significativas respecto a los valores de comparación establecidos por el ente rector para cada RIPS. Los datos con valores atípicos y que no cumplen con la calidad establecida, son retirados y la

¹⁵⁶ Esto fue planteado en el hallazgo denominado “Deudas reconocidas con antigüedad superior a 360 días”.

información de los RIPS en general está siendo descartada para el cálculo de la UPC.

Conforme a la información reportada por el MSPS frente a la Base MIPRES de las 5 EPS de la Muestra (Pijaos EPS, Coosalud EPS, Capital Salud EPS, Famisanar EPS, Nueva EPS) del 2020 al 2022, que registra los suministros de prescripciones de tecnologías no cubiertas con la UPC (No UPC) y con pago a través de Presupuestos Máximos, se identificaron variaciones de precios unitarios significativas en la misma tecnología, tomando el valor mínimo y máximo registrado en la base de datos, presentándose diferencias entre los precios de hasta el 96% entre los valores piso y techo observados.

También se observaron registros en la cantidad suministrada total, con valor cero o en cifras con decimales, datos que difieren de las presentaciones comerciales de los productos farmacéuticos y afines, conforme a las reportadas en las bases de datos del INVIMA. Adicionalmente, se identificaron valores que no corresponden a los acordados dentro de los anexos contractuales de las EPS con los prestadores o proveedores entre las vigencias 2020, 2021 y 2022.

En la Base de Datos MIPRES de las cinco EPS de la muestra se identificaron registros vacíos o inconsistentes para las vigencias auditadas al no contar con la identificación o ID de servicio o tecnología válido, encontrándose sin información o con un código que no corresponde con el archivo dispuesto por el MSPS en la página web, denominado “Códigos MIPRES 6.3” ni con los archivos para Códigos Únicos de Medicamentos (CUM) dispuestos por el INVIMA; no obstante presentar esta inconsistencia, se registra ID de suministro y entrega y valor para pago. Esto evidencia debilidades de control en MIPRES.

En los informes de flujo emitidos por la SNS, se reportaron recursos entregados a las EPS durante las vigencias 2020 y 2021, sobre los cuales se desconoce su destinación, y respecto de los cuales la Supersalud, no realizó acciones efectivas que permitieran determinar el uso de los mismos.

A partir de las acciones de inspección y vigilancia de la SNS se realizan requerimientos a las EPS, sobre los cuales se cuestiona su oportunidad, teniendo en cuenta que, de los 52 requerimientos realizados, un 82,69 % fueron realizados entre los 61 y 240 días posteriores al reporte de las aseguradoras, lo cual cobra relevancia puesto que los datos reportados por las entidades corresponden a la información de cuentas por cobrar y cuentas por pagar, relevante en el flujo de recursos del SGSSS.

4.8. PREGUNTA NO. 5 ES EFICIENTE Y EFICAZ LA IVC EN EL FLUJO DE LOS RECURSOS?

De acuerdo con los hallazgos estructurados se estableció ineficiencia e ineficacia en la IVC en el flujo de recursos del SGSSS, en razón a:

- Limitaciones en los sistemas de información para realizar trazabilidad de las PQRSD sobre flujo de recursos, pues deben realizarse consultas manuales, no disponen de todas las fechas y no hay una parametrización frente al registro de prácticas indebidas.
- Inoportunidad e ineficacia en las acciones de IVC, encontrando, por ejemplo, que en 828 radicados transcurrió más de 60 días para que la SNS requiriera a la EPS que presuntamente incurrió en una práctica indebida, lo que representa el 29.8% del total de radicaciones, evidenciando peticiones en las cuales transcurrió más de dos años (824, 796, 795 y 742 días) para que la SNS adelantaré alguna acción frente a la comisión de la práctica.
- Respecto de los procesos administrativos sancionatorios iniciados por la SNS a las EPS que incurrieron en prácticas indebidas, se evidenciaron hechos que datan desde 2018, y el traslado de expedientes se realizó entre uno o dos años después, observándose un retraso en la consolidación de los expedientes y consecuentemente en el inicio del proceso sancionatorio.
- Reiteradas sanciones sin impacto en la eliminación de prácticas indebidas frente al flujo de los recursos y debilidades en el seguimiento, validación, monitoreo y medición frente a los pagos y los valores pendientes de pago a prestadores y proveedores de tecnologías en salud.

4.9. PREGUNTA NO. 6 - EL ARREGLO INSTITUCIONAL PERMITE EL FLUJO COMPLETO Y OPORTUNO DE LOS RECURSOS DEL SGSSS?

El arreglo institucional presenta deficiencias en su diseño y estructura para el flujo completo y oportuno de los recursos del SGSSS; por una parte, no se evidencian espacios formales y periódicos de coordinación y articulación interinstitucional en los cuales se realice análisis y contraste de la información de la cual dispone cada actor para la toma de decisiones frente a los problemas en el flujo de los recursos.

Un mecanismo excepcional como la tutela para la garantía del derecho a la salud, presenta un comportamiento creciente al aumentar en el 2021 en un 36% y en el 2022 en un 82% con relación al 2020, pese a la prohibición de barreras de acceso a los servicios de salud, y a la oportunidad con la cual debe brindarse la atención a los afiliados, lo cual es contrario a los principios de eficiencia e intersectorialidad, entre los diferentes actores del sistema a fin de mitigar los riesgos en salud.

Las EPS de la muestra no reportaron la cuantía de los servicios prestados a partir de tutela, por lo que el costo real que representa el uso de este mecanismo de garantía de derechos en el flujo de los recursos de las EPS seleccionadas, es indeterminado para las vigencias auditadas.

Existen fallos de información durante todo el flujo de la información, falta cultura de calidad del dato y no se están midiendo de manera permanente y oportuna

todas las variables significativas frente al flujo de los recursos, para su seguimiento, monitoreo y evaluación. Se desconocen aspectos de la realidad financiera del sector salud como los montos exactos de cuentas por cobrar y por pagar entre los actores.

Las Circulares 030 de 2013 y 016 de 2016 comparten similitud en los campos de la información solicitada, pero no son uniformes ni se utilizan dentro de los análisis financieros del Sistema de Salud. Adicionalmente sus sistemas receptores no son interoperables entre sí, lo que impide el análisis de información en conjunto.

Se ha identificado la necesidad que para el sector exista un sistema de información integrado, que garantice la interoperabilidad entre las diferentes fuentes de información, en el que repose la información financiera y asistencial; sin embargo, este no se ha diseñado ni implementado.

Finalmente, la falta de articulación entre los flujos de información financiera y el flujo del recurso afecta la toma de decisiones en materia de políticas, programas y proyectos, así como la toma de las decisiones frente al uso eficiente de los recursos del SGSSS, que mitiguen las barreras de acceso a los recursos que deben ser orientados a garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad, oportunidad y pertinencia.

6. APÉNDICES Y ANEXOS

ANEXO No. 1 MATRIZ DE PLANEACIÓN

ANEXO No. 2. DETALLE DE FUENTES Y CRITERIOS

ANEXO No. 3 REFERENCIAS

ANEXO No. 4. MATRIZ DE HALLAZGOS