



# ASISTENCIA TÉCNICA EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES PARA EL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE CUENTAS MÉDICAS

INFORME DE ASISTENCIA CON RESULTADOS PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE AUDITORÍA EN CADA ENTIDAD TERRITORIAL

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud IDIQ

Diciembre de 2022

Este documento fue elaborado para su examen por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID.

## **El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables**

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en ingles), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en ingles), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en ingles), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

**Presentado a:** Scott Stewart, COR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

**USAID Contrato No:** 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

**Citación recomendada:** Gomez, David, Lina Camero, Michelle Barliza y Redesis. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre 2022. *Informe de Asistencia Técnica en las Entidades Territoriales para el Proceso de Auditoría Integral de Cuentas Médicas*. Rockville, MD: Abt Associates.

# CONTENIDO

Lista de Tablas.....	ii
Lista de Figuras .....	ii
<b>ACRÓNIMOS .....</b>	<b>iv</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE .....</b>	<b>6</b>
2.1 Atención en salud a la población migrante .....	6
2.2 Auditoría de cuentas en las entidades territoriales .....	7
2.2.1 Caracterización del proceso de auditoría médica .....	8
2.2.2 Descripción de procesos .....	9
2.2.3 Roles y responsabilidades .....	9
<b>3. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE AUDITORÍA Y SUFICIENCIA FINANCIERA DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. I I</b>	
3.1 Metodología de suficiencia financiera de las entidades territoriales.....	11
3.1.1 Metodología de suficiencia ajustada.....	12
3.1.2 Aplicación de metodología ajustada .....	15
3.2 Diseño de la solución tecnológica para el proceso de auditoría integral de cuenta médicas .....	25
3.2.1 Marco Conceptual .....	25
3.2.2 Procesos.....	26
3.2.3 Elementos funcionales.....	39
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>44</b>
4.1 Respecto a la aplicación de la metodología de suficiencia financiera en las ET .....	44
4.2 Frente al diseño de la solución tecnológica para apoyar la auditoría integral de cuentas médicas en las ET .....	45
<b>5. SOSTENIBILIDAD .....</b>	<b>46</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>48</b>
Anexo I Marco normativo de la atención a migrantes de origen venezolano en Colombia .....	48
Anexo II Tipos de auditoría médica.....	50
Anexo III Ajustes a la metodología de suficiencia financiera de las entidades territoriales .....	53
Anexo IV Conceptualización de macroprocesos de la auditoría integral de cuentas médicas en las ET.....	58
Anexo V Instrumentos desarrollados para la aplicación de la metodología de suficiencia financiera de las ET .....	63

## Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de competencias territoriales en Colombia .....	8
Tabla 2. Descripción de roles y responsabilidades por área.....	10
Tabla 3. Tablero de control metodología inicial.....	12
Tabla 4. Puntajes de cada indicador propuesto.....	14
Tabla 5. Categorización del nivel de criticidad por indicador.....	15
Tabla 6. Categorización del nivel de criticidad por Entidad Territorial.....	15
Tabla 7. Calificación nivel de riesgo ET – viabilidad fiscal 2020.....	16
Tabla 8. Calificación nivel de riesgo ET – viabilidad fiscal 2021 .....	18
Tabla 9. Valor radicado, auditado, conciliado y pagado – atención de urgencias ET (cifras en \$ COP).....	20
Tabla 10. Calificación nivel de riesgo ET – deuda con IPS 2021.....	21
Tabla 11. Pre registro migrantes venezolanos (RUMV) - 31 de mayo 2022 .....	22
Tabla 12. Calificación suficiencia financiera ET - atención población migrante 2021 .....	23
Tabla 13. Resultados componente de capacidad de gestión 2021 .....	24
Tabla 14. Requerimientos de información .....	38
Tabla 15. Funcionalidades módulo registro población .....	40
Tabla 16. Funcionalidades módulo cargue y radicación .....	40
Tabla 17. Funcionalidades módulo auditoría de cuentas.....	42
Tabla 18. Funcionalidades módulo glosas y conciliaciones .....	43
Tabla 19. Funcionalidades módulo contabilización y pago.....	44
Tabla 20. Propuesta ajuste de indicadores categoría viabilidad fiscal .....	53
Tabla 21. Fuentes de información - distritos no capitales. ....	54
Tabla 22. Propuesta ajuste de indicadores categoría gestión administrativa.....	55
Tabla 23. Propuesta ajuste de indicadores categoría deuda con las IPS.....	56
Tabla 24. Calificación indicador y categoría – ET con red propia de prestadores.....	56
Tabla 25. Calificación indicador y categoría – ET sin red propia de prestadores.....	57
Tabla 26. Rangos de calificación - nivel de criticidad de las ET .....	57

## Lista de Figuras

Figura 1. Caracterización de actores en el proceso de auditoría de cuentas en salud.....	26
Figura 2. Modelo conceptual de los procesos llevados a cabo por las Entidades Territoriales para la auditoría integral de cuentas médicas .....	26
Figura 3. Proceso 0. registro de población .....	27
Figura 4. Flujo proceso 0. registro de población.....	28
Figura 5. Componentes registro de población .....	28
Figura 6. Proceso I. cargue y radicación .....	29
Figura 7. Flujo proceso I. cargue y radicación.....	30
Figura 8. Componentes cargue y radicación de documentos .....	30

Figura 9. Proceso II. auditoría de cuentas médicas .....	31
Figura 10. Flujo proceso II. auditoría de cuentas médicas.....	32
Figura 11. Componentes auditoría de cuentas médicas .....	32
Figura 12. Proceso III. glosas y conciliaciones .....	33
Figura 13. Flujo proceso III. glosas y conciliaciones.....	34
Figura 14. Componentes glosas y conciliaciones.....	35
Figura 15. Proceso IV. contabilización y pago .....	36
Figura 16. Flujo proceso IV. contabilización y pago.....	37
Figura 17. Componentes contabilización y pago .....	38
Figura 18. Funcionalidad registro de población .....	39
Figura 19. Funcionalidad cargue y radicación .....	40
Figura 20. Funcionalidad auditoría de cuentas .....	41
Figura 21. Funcionalidad glosas y conciliaciones.....	42
Figura 22. Funcionalidad contabilización y pago .....	43
Figura 23. Macroproceso I. evaluación de cuentas médicas .....	58
Figura 24. Macroproceso II. glosas de cuentas médicas .....	60
Figura 25. Macroproceso III. contabilización y pago.....	61
Figura 26. Instrumento de capacidad de gestión ET – auditoría de las cuentas de servicios a la población migrante.....	63
Figura 27. Instrumento de consolidación y categorización de información .....	64
Figura 28. Instrumento de consolidación y categorización de información: tablero de categorización.. .....	65

# ACRÓNIMOS

<b>BDUA</b>	Base de Datos Única de Afiliados
<b>CS</b>	Programa Comunidades Saludables
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
<b>DFS</b>	Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS
<b>DNP</b>	Departamento Nacional de Planeación
<b>ERP</b>	Entidad Responsable de Pago
<b>EPS</b>	Empresa Promotora de Salud
<b>ET</b>	Entidades Territoriales (pueden ser Departamental, Distrital o Municipal)
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>IVF</b>	Informes de Viabilidad Fiscal
<b>LHSS</b>	Local Health System Sustainability
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>MHCP</b>	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
<b>PPT</b>	Permiso Protección Temporal
<b>RIPS</b>	Registros individuales de prestación de servicios de salud
<b>RUAF</b>	Registro Único de Afiliados
<b>RNEC</b>	Registraduría Nacional del Estado Civil
<b>RUMV</b>	Registro Único de Migrantes Venezolanos
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SUPERSALUD</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>USAID</b>	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

# I. INTRODUCCIÓN

La Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) es el principal acuerdo alcanzado por la sociedad colombiana en la definición del alcance del derecho fundamental a la salud, los principios que rigen la organización de la prestación de servicios de salud y los mecanismos disponibles para que tanto el estado como el ciudadano puedan garantizar el efectivo goce del derecho.

Basado en este marco legal, la atención de población migrante de origen venezolano en Colombia reconoce el derecho a la prestación de servicios de salud de urgencias independientemente del origen, capacidad de pago o estatus migratorio de los individuos. De esta forma, el Estado colombiano está en la obligación de procurar los medios administrativos y financieros para que la prestación de estos servicios sea efectivamente reconocida y se dé la garantía del acceso a la prestación de servicios de salud. Lo anterior implica la coordinación institucional entre las Entidades Territoriales, el Gobierno Nacional y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tanto públicas como privadas. Particularmente importante es el denominado proceso de auditoría integral de cuentas médicas en las Entidades Territoriales que permite el reconocimiento financiero de las prestaciones a población migrante y población colombiana que no está asegurada.

La auditoría de cuentas médicas es un proceso administrativo y financiero en cabeza de la Entidad Territorial que permite el reconocimiento económico de los servicios prestados a población no asegurada por parte de las IPS, garantizando la idoneidad de los procedimientos médicos realizados. En el diagnóstico elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y acompañado por el Programa de Comunidades Saludables de USAID mediante el desarrollo y aplicación de la denominada metodología de suficiencia financiera, se evidencia la importancia del proceso de auditoría de cuentas médicas para efectivamente reconocer el valor económico de los servicios prestados, dimensionar la necesidad de recursos que se requieren para reconocer estas atenciones y atenuar el impacto de barreras administrativas y financieras que pudiesen afectar la prestación adecuada de servicios de salud a población migrante con estatus migratorio irregular.

El presente informe muestra el trabajo adelantado desde el Programa de Comunidades Saludables de USAID en el apoyo al MSPS para la caracterización del proceso de auditoría integral de cuentas médicas en dos grandes ejes de trabajo. En primer lugar, en el desarrollo y aplicación de la metodología de suficiencia financiera de las Entidades Territoriales en su componente de Gestión en auditoría de cuentas<sup>1</sup>, centrando su análisis en la preparación institucional y la respuesta de los gobiernos locales en lo referente a la trazabilidad de las atenciones prestadas a población migrante con estatus migratorio irregular y población no asegurada.

El segundo eje presenta el trabajo articulado entre el MSPS y Comunidades Saludables en el desarrollo de una herramienta tecnológica que permita realizar un seguimiento integral al proceso de facturación, reconocimiento, auditoría integral, pago y monitoreo de las prestaciones en salud provistas en el marco de la atención de urgencias y las atenciones por fuera del aseguramiento, que son reconocidas desde los niveles territoriales de gobierno. La carencia de un sistema de información robusto que permita informar el estado del proceso de reconocimiento y auditoría integral de las cuentas médicas por atenciones provistas por fuera del aseguramiento es uno de los principales hallazgos de la aplicación de la metodología de suficiencia financiera.

Siguiendo esta motivación, el presente informe está organizado en cinco secciones principales: en primer lugar, esta introducción. En la sección II se presentan los antecedentes y el marco normativo que reglamenta la prestación de servicios de salud para población no asegurada, los avances normativos en materia de garantía del derecho y la distribución territorial de competencias, así como la caracterización general del proceso de auditoría de cuentas en salud. La tercera sección se divide en las dos intervenciones del programa: primero se presenta la metodología de suficiencia financiera aplicada con énfasis en el componente de gestión de auditoría de cuentas, para pasar después a describir la arquitectura de la herramienta tecnológica propuesta desde Comunidades Saludables en articulación con

---

<sup>1</sup> Esta metodología de suficiencia financiera hace parte del entregable para Q1 del año 3 denominado “Resumen ejecutivo que contiene la metodología de análisis de las necesidades financieras territoriales, las condiciones financieras de las cuatro entidades territoriales seleccionadas, las fuentes de financiación disponibles a nivel territorial y las recomendaciones para su utilización y la generación de nuevas fuentes”.

el MSPS. La cuarta sección describe las conclusiones del informe y recomendaciones para las partes interesadas, y la quinta sección describe la sostenibilidad y el uso del informe.

## 2. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE

### 2.1 Atención en salud a la población migrante

De conformidad con el literal b) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015<sup>2</sup>, toda persona tiene derecho a recibir atención de urgencias sin que sea exigible un pago previo alguno.

Por su parte, el artículo 67 de la Ley 715 de 2001<sup>3</sup>, establece que “[L]a atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. (...)”.

De otro lado, el numeral 2.11 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, adicionado por el artículo 232 de la Ley 1955 de 2019, corresponde a las entidades territoriales “Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente”. En este sentido, las entidades territoriales departamentales y distritales son responsables de la auditoría, conciliación, reconocimiento y pago de la facturación prestados a la población migrante.

Conforme a lo anterior, cuando la persona no tiene afiliación al sistema de salud que cubra la atención o no tiene capacidad de pago, la financiación de la atención de urgencias estará a cargo de la Nación y las entidades territoriales de orden departamental y distrital.

Para el efecto, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 866 de 2017 sustituido por el Decreto 2408<sup>4</sup> de 2018 compilado en el Capítulo 6 del Título 2 de la parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 a través del cual se reglamentó la asignación recursos de que trata el artículo 57<sup>5</sup> de la Ley 1815 de 2016, a los departamentos y distritos para el pago de la atención inicial de urgencias de población migrante de países fronterizos. Así mismo, establece las condiciones para la distribución de los recursos a asignar y define que la atención inicial de urgencias incluye también la atención de urgencias<sup>6</sup>.

Estos recursos no tienen vocación de permanencia, sin embargo, han sido incorporados en las leyes que decretan el Presupuesto General de Nación para los años 2017 a 2021.

---

2 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

3 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.

4 Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto: 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos.

5 Ingresos corrientes y excedentes de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y con la supresión del FOSYGA, los recursos de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1. del Decreto 780 de 2016 que corresponden a: 1). Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, constituidas por la diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y el monto definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento y 2). Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra en adición a ella.

6 El artículo 2.5.3.2.3 del Decreto 780 de 2016, define la atención de urgencias, así: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias



De acuerdo con el anterior contexto para la población migrante irregular, la norma sólo ha previsto la financiación de los servicios de urgencias, los cuales deben ser asumidos con cargo a los recursos que la entidad territorial determine para ese propósito y complementariamente con aquellos asignados por la nación.

En este sentido, se resalta la importancia de precisar el contexto normativo a ser cumplido por las entidades territoriales, como entidades responsables del reconocimiento y pago de los servicios con algunos apartados relevantes en el proceso de reconocimiento y pago para la atención de urgencias a población migrante sin acceso al aseguramiento (ver Anexo I).

## 2.2 Auditoría de cuentas en las entidades territoriales

La descentralización del sistema de salud colombiano inició en 1990, cuando el gobierno emitió la Ley 10, mediante la cual se transferían las responsabilidades de la prestación de servicios de salud a los gobiernos municipales y departamentales, sin importar su categoría social y económica. Para otorgarles la certificación como entes descentralizados, los municipios y departamentos tenían que cumplir varios requisitos administrativos. El gobierno central dirige, regula y controla el sistema, así una nueva legislación (Ley 100 y Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001) fortaleció el proceso de descentralización. En Colombia, la descentralización comenzó en el sector salud y luego en otros servicios públicos, tal como la educación, a fin de construir o mejorar la capacidad institucional en los municipios e involucrar a la comunidad en la resolución de problemas públicos.

Para cumplir estas funciones, los municipios deben desarrollar la capacidad institucional que les permita administrar los recursos mejorando la eficiencia, la efectividad, la cobertura y la calidad de los servicios de salud. También deben establecer los mecanismos para lograr una participación efectiva de la comunidad en todo el proceso de prestación y control de los servicios de salud. Sin estos requisitos, es difícil implementar el proceso de descentralización.

En este apartado se presentará el detalle de un proceso estándar de auditoría de cuentas en las Entidades Territoriales, construido a partir del análisis particular de las experiencias de los Distritos de Cali, Bogotá y Cartagena, así como el Departamento de Antioquia<sup>7</sup>. Pero antes de iniciar con el análisis, en la tabla siguiente puede apreciarse la distribución de las funciones de la salud pública, la prestación de servicios y la administración de los subsidios para salud según la legislación (Ley 10 de 1990, Ley 60 de 1993 y Ley 715 de 2001).

---

<sup>7</sup> Se realizaron visitas a las Secretarías de Salud para realizar un diagnóstico de cómo funciona el proceso de auditoría de cuentas, roles, responsabilidades y flujo de información.

**Tabla 1. Distribución de competencias territoriales en Colombia**

<i>Gobierno central</i>	<i>Gobierno departamental</i>	<i>Gobierno municipal</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular políticas de salud pública, prestación de servicios, población objetivo de los subsidios y un sistema de información sobre salud.</li> <li>• Establecer las prioridades del Plan de Atención Básica de Salud.</li> <li>• Adoptar y proporcionar las vacunas para el plan de inmunización.</li> <li>• Proporcionar asistencia técnica a los departamentos.</li> <li>• Distribuir y controlar los recursos financieros.</li> <li>• Realizar la vigilancia nacional y el control de la salud pública y la prestación de servicios.</li> <li>• Proporcionar servicios de salud altamente especializados en conjunto con otras agencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y distribución de recursos.</li> <li>• Formular el Plan de Atención Básica de Salud departamental.</li> <li>• Administrar la red de servicios de salud por regiones y prestar servicios de salud de segundo y tercer nivel.</li> <li>• Realizar la vigilancia departamental y el control de los servicios de salud, los problemas de salud pública y los recursos.</li> <li>• Proporcionar asistencia técnica a los municipios.</li> <li>• Otorgar registro legal a las instituciones de salud.</li> <li>• Implementar el sistema de información de salud.</li> <li>• Distribuir y controlar los recursos del Régimen Subsidiado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y asignación de subsidios a la población objetivo.</li> <li>• Formular y cumplir el Plan de Atención Básica de Salud: programas preventivos y de promoción de la salud.</li> <li>• Prestar servicios de salud a la comunidad mediante instituciones de su propiedad o contratadas por el municipio.</li> <li>• Realizar la vigilancia y el control de la salud pública, y de los servicios prestados por las organizaciones sanitarias.</li> <li>• Promover la creación de organizaciones comunitarias para participar y controlar la calidad de los servicios.</li> <li>• Implementar el sistema de información sobre salud.</li> <li>• Llevar a cabo la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) y crear una base de datos de la población de acuerdo con la categoría social y económica.</li> <li>• Asignar los subsidios a la población pobre.</li> <li>• Contratar la prestación de servicios para la población pobre incluidos en el esquema de subsidios.</li> </ul>

Fuente: Comunidades Saludables. Solución tecnológica auditoría de cuentas.

## 2.2.1 Caracterización del proceso de auditoría médica

Para enmarcar el modelo conceptual de procesos que se presenta en la siguiente sección (2.2.2), es importante realizar una caracterización general del proceso de auditoría médica. La auditoría de servicios de salud es un proceso técnico, que va inmerso en la prestación del servicio como tal y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con un marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica y epidemiológica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

En su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente y aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales está correlacionado el proceso.

En este sentido, sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un *continuum* clínico-administrativo que atraviesa toda la organización auditada, examinando tanto el desempeño de la gestión clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad.

Se basa en la evidencia, tanto en la medida en que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados, lo cual

implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, como de otras experiencias similares.

Los recursos que la organización en particular y el sistema en general destine a ella deben generar retorno, ojalá medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia).

De acuerdo con las acciones específicas de cada auditoría se distingue varios tipos: Auditoría de calidad de los servicios, Auditoría médica y Auditoría de cuentas médicas (ver detalles en el Anexo).

## 2.2.2 Descripción de procesos

### **Modelo conceptual de macroprocesos y procesos**

A partir de la revisión de la normatividad vigente, los procedimientos detallados suministrados por las entidades territoriales y las reuniones que se llevaron a cabo con las áreas involucradas en el proceso de auditorías médicas, a continuación, se presenta una aproximación al modelo conceptual de los procesos clave involucrados.

En esta sección, se realiza una descripción de los macroprocesos y procesos vinculados con este modelo conceptual; y en la sección de oportunidades y desafíos, se incluye una aproximación más concreta a los aspectos específicos que podríamos desarrollar dentro de una plataforma tecnológica<sup>8</sup> en cada uno de los procesos descritos. Esta sección tiene el propósito de servir como presentación del proceso general de auditoría integral de cuentas en salud, para así, con este contexto entender el detalle del proceso que se presenta en la sección 3.2.2 Procesos .

En primer lugar, desde el punto de vista de estructura se dividió el proceso de auditorías médicas en tres macroprocesos claves: i) Evaluación de Cuentas Médicas y ii) Glosa de Cuentas Médicas y iii) Pago de Cuentas Médicas.

- **Macroproceso Evaluación de Cuentas Médicas:** incluye los procesos que van desde la recepción de las facturas hasta la firma de los informes de auditoría.
- **Macroproceso Glosas de Cuentas Médicas:** incluye los procesos que van desde la notificación de las glosas a los prestadores hasta el trámite final de las glosas y las actas de conciliación.
- **Macroproceso Pago de Cuentas Médicas:** que incluye la recepción y verificación de los informes de auditoría para la certificación de pago, hasta la comunicación al prestador de servicios de salud del pago de la cuenta correspondiente.

Para cada uno de los macroprocesos presentados previamente, se realiza una descripción de los procesos asociados a cada uno identificando tres aspectos relevantes: a) áreas o personas que participan en el proceso, b) actividades clave de cada proceso y c) resultados del proceso que puede consultarse en el Anexo IV.

## 2.2.3 Roles y responsabilidades

Tomando en cuenta el proceso descrito anteriormente las diferentes áreas involucradas tienen responsabilidades específicas resumidas en la tabla 2:

**Tabla 2. Descripción de roles y responsabilidades por área**

Dirección o Departamento	Funciones	Macroproceso
Dirección administrativa y financiera	Recibir las facturas o documentos equivalentes de los prestadores de servicios de salud	I - Evaluación de cuentas médicas
	Radicar las facturas de los prestadores de servicios de salud	
	Informar y reportar las cuentas radicadas	
Dirección de aseguramiento	Asignar a los auditores de cuentas médicas las facturas a auditar	I - Evaluación de cuentas médicas
	Entregar las facturas a los auditores médicos asignados	
	Evaluar la pertinencia administrativa de las cuentas médicas	
	Evaluar la pertinencia médica de los servicios efectivamente prestados.	
	Elaborar y entregar el informe de Auditoría a la Dirección para su revisión y firma.	
	Firmar el informe de auditoría y enviar al área financiera las facturas no glosadas.	
Dirección Técnica de Aseguramiento y Prestación de Servicios	Notificar a los prestadores de servicios las facturas glosadas.	II - Glosas de cuentas médica
	Realizar la conciliación de glosas con los auditores médicos o el personal responsable de la entidad prestadora	
	Elaborar el informe final de glosas de acuerdo con los resultados de las conciliaciones	
	Reportar el informe final de las glosas a la Dirección de Aseguramiento y a la Dirección Administrativa y Financiera	
Dirección administrativa y financiera	Recibir informes de auditoría para certificación y pago	III - Contabilización y Pago
	Elaborar y firmar la certificación de la deuda	
	Solicitar el Certificado de Disponibilidad Presupuestal para firma (Secretario)	
	Generar e imprimir el CDP para la aprobación del responsable del presupuesto	
	Elaborar resolución de pago	
	Revisar la resolución de pago y obtener las firmas respectivas (Secretario)	
	Solicitar y obtener las firmas correspondientes del registro presupuestal	
	Elaborar el registro presupuestal y obtener la firma del responsable del presupuesto	
	Elaborar y firmar la causación contable con la información del CDP y RP recibidas y firmadas	
	Aplicar cesiones y embargos de cuentas cuando corresponda	
	Diligenciar planilla bancaria para el pago o dispersión de pagos de tesorería	
	Registrar y comunicar al prestador el pago de la cuenta	

Fuente: Elaboración propia

Este listado es ilustrativo y presenta los roles y responsabilidades fundamentales que las diferentes áreas/actores toman o asumen dentro del proceso de auditoría de cuentas médicas por macroproceso al interior de una entidad territorial. Para efectos del desarrollo de la arquitectura tecnológica, el punto clave es establecer: i) quiénes son los participantes, ii) qué hace cada participante dentro del proceso y iii) en qué fase participan para poder traducir el proceso operativo a los perfiles y funcionalidad tecnológica requerida.

### 3. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE AUDITORÍA Y SUFICIENCIA FINANCIERA DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES

#### 3.1 Metodología de suficiencia financiera de las entidades territoriales

Como se mencionó en la sección 1, Comunidades Saludables desarrolló una metodología que permite conocer la capacidad financiera y administrativa de las entidades territoriales – ET para atender los compromisos derivados de la atención de la población migrante venezolana no afiliada, pendular y/o irregular, así como contar con información actualizada y completa de la deuda con las IPS públicas y privadas por estas atenciones, lo cual permite orientar las intervenciones en políticas de financiamiento de las mismas.

La metodología utiliza información disponible en el Gobierno Nacional respecto a la situación financiera de las entidades territoriales como los Informes de Viabilidad Fiscal – IVF del Ministerio de Hacienda y Crédito Público – MHCP, reporte de información de ejecución presupuestal del Fondo Local de Salud y reporte de información de cuentas presentadas por servicios de urgencias a la población migrante venezolana.

A partir de la información recibida, se consideraron algunas oportunidades de mejora en la metodología tales como ajustes en la ponderación de las categorías de análisis, definición de fuentes de información para los distritos no capitales en la categoría de viabilidad fiscal, cambios en los rangos de algunos indicadores, entre otros. Así mismo, se desarrollaron dos instrumentos de recolección de información y uno de consolidación y calificación de las entidades territoriales.

El primer instrumento de solicitud y recolección de la información se trabajó en conjunto con la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS y corresponde a un acto administrativo que requiera a las entidades territoriales la información de las facturas radicadas en las entidades territoriales por los servicios prestados a la población migrante en condición irregular o regular no afiliada. En este sentido, no fue posible la expedición del acto administrativo, sin embargo, se realizaron los trámites tendientes a su expedición, tales como la elaboración del acto administrativo, la memoria justificativa del acto, el trámite de publicación del mismo, así como la recepción de las inquietudes de las entidades territoriales.

Así mismo, se realizó la visita a las Secretarías de Salud de los departamentos de Nariño, La Guajira, Bolívar y Magdalena y el Distrito de Cartagena donde se presentó el proyecto de acto administrativo y se recibieron observaciones al mismo.

El segundo instrumento de recolección fue desarrollado en una hoja de cálculo, con base en el instrumento aplicado en las entidades territoriales para el desarrollo de la metodología, que tiene por objeto determinar la capacidad institucional de la entidad para adelantar el proceso de cuentas médica y está desarrollado a través de dos hojas de cálculo, la primera contiene una serie de preguntas y documentos a ser aportados en el diligenciamiento y la segunda, establece en detalle la valoración que debe realizar el evaluador de la entidad. La aplicación de la primera hoja puede ser realizada por cada una de las entidades territoriales, sin necesidad de realizar desplazamientos al territorio por parte del MSPS. El instrumento fue aplicado en las cinco (5) entidades visitadas.

La metodología define tres categorías de análisis: 1) Viabilidad fiscal; 2) Capacidad de Gestión Administrativa y 3) Análisis de la deuda con las IPS. En este sentido, para el año 2021 se encuentra información disponible así, en cada categoría de análisis. En la Categoría de viabilidad fiscal, se tiene información del total de entidades territoriales. En el caso, la categoría de Capacidad de Gestión Administrativa, se cuenta con la información obtenida de las visitas realizadas en esta vigencia a los departamentos de Nariño, La Guajira, Bolívar y Magdalena y Distrito de Cartagena y las visitas de diagnóstico, realizadas en el marco de la elaboración de la metodología al Distrito de Bogotá y los departamentos del Valle y Norte de Santander en 2021. Respecto a la deuda con las IPS, se utiliza la información recibida de la Supersalud de 23 ET con corte a 31 de diciembre de 2021 y con corte a 31 de marzo de 2022, en las

ET de Cartagena, Santa Marta, Tolima, Valle y Vichada. En los departamentos de La Guajira y Norte de Santander, se utiliza la información entregada en las visitas, toda vez que no reportaron a la Supersalud y no se tiene ninguna información de siete (7) entidades territoriales- Atlántico, Cesar, Quindío, Santander, Buenaventura, San Andrés y Amazonas.

Conforme a las fuentes de información señaladas se realizó la aplicación de la metodología en nueve (9) territoriales sobre las cuales se cuenta con información completa, encontrándose que, los departamentos de Bolívar, La Guajira y Magdalena tiene un nivel alto de riesgo de no cumplir con los compromisos derivados de la atención de la población migrante. Por su parte, los departamentos de Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Valle y el distrito de Bogotá tienen un riesgo medio y finalmente, el distrito de Cartagena con riesgo bajo de incumplimiento de los procesos y obligaciones en la atención de la población migrante irregular y no afiliada.

Si bien, son pocas las entidades territoriales, se cuenta con la información de cuatro de las entidades territoriales con mayor población migrante que corresponde a Bogotá, Antioquia, Norte de Santander y Valle. Así mismo, se encuentra que las nueve entidades territoriales concentran el 64% de la población migrante venezolana en el territorio Colombiano<sup>9</sup>.

### 3.1.1 Metodología de suficiencia ajustada

La metodología está conformada por tres clasificaciones, cada una de las cuales agrupa una serie de indicadores, con su respectiva fórmula, así como los lineamientos para establecer el puntaje y determinar el nivel de riesgo en el que se encuentra cada ET.

Tanto los indicadores como los lineamientos se derivan de la información proveniente de los IVF, así como de la información de los anexos técnicos propuestos por Comunidades Saludables para el reporte de información periódica que deben realizar las ET sobre la facturación de los costos derivados de los servicios de salud de urgencias prestados a los migrantes venezolanos no afiliado, pendulares y/o irregulares.

El primer aspecto para medir es la situación financiera de la ET con respecto a la información consolidada en los IVF la cual incluye indicadores sobre su solvencia económica, capacidad de endeudamiento y gasto público, así como el riesgo en el que se encuentran los hospitales públicos acorde a la resolución 1342 de 2019.

En segundo lugar, se valora la capacidad de gestión de cada ET, entendida como su suficiencia institucional para adelantar los procesos de revisión de las cuentas presentadas por las IPS, el uso de herramientas técnicas como la circular 29, así como el uso de recursos propios para realizar los pagos.

Finalmente, la guía evalúa la deuda hospitalaria pública derivada de los servicios de salud de urgencias prestados a la población migrante venezolana con el fin de que el MSPS pueda determinar no sólo el monto de la deuda sino tomar decisiones puntuales sobre flujo de recursos a las ET para el pago de dichos recursos.

Se describe un tablero de control con los indicadores propuestos con el que se medirán las entidades priorizadas en tres categorías y su fórmula asociada (Informe de Viabilidad Fiscal, Capacidad de Gestión de la ET y análisis de la deuda con hospitales) como se muestra a continuación.

**Tabla 3. Tablero de control metodología inicial**

Categoría	Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Puntaje Indicador
I. Informe de Viabilidad Fiscal	a. ¿Se encuentra en proceso de saneamiento fiscal? Si, No (Ley 550 de 1999).	Si/No	Si- Riesgo muy alto (1) No- Riesgo bajo (5)
	b. Resultado Presupuestal (Balance Financiero).	Superávit (Deseable)/ Déficit	Superávit - Riesgo bajo (5) Déficit - Riesgo muy alto (1)

<sup>9</sup> De acuerdo con el Pre registro en el RUMV con corte al 31 de mayo de 2022, las nueve entidades territoriales tienen 1.559.654 migrantes venezolanos registrados del total 2.438.594 inscrito.

	c. Gastos de funcionamiento.	Deseable <50% de los ingresos corrientes de libre destinación – Ley 617 de 2000	<50% - Riesgo bajo (5) >50% Riesgo alto (1)
	d. Calificación de Riesgo (para el endeudamiento).	Deseable AAA	AAA- AA- Riesgo bajo (5) B -Riesgo medio (3- 4) C- Riesgo alto (2) E - Riesgo muy alto (1)
	e. Indicadores financieros y contables de las entidades descentralizadas (específicamente hospitales)	Margen Ebitda (deseable positivo)	Positivo - Riesgo bajo Negativo- Riesgo muy alto
	f. Nivel de Riesgo Hospitales. Resolución 1342 de 2019.	(No. hospitales riesgo alto/Total Hospitales de cada departamento) *100; (No. hospitales riesgo medio/Total Hospitales de cada departamento) *100; (No. hospitales riesgo bajo/Total Hospitales de cada departamento) *100; No. hospitales sin riesgo/Total Hospitales de cada departamento) *100	50-70% hospitales riesgo alto= Riesgo muy alto; 40-50% hospitales riesgo alto o riesgo medio= Riesgo alto; 20-30% hospitales Riesgo alto o Riesgo medio= Riesgo medio; 10-20% hospitales Riesgo alto o Riesgo medio= Riesgo bajo; 0-10% hospitales riesgo alto o Riesgo medio- Sin Riesgo
2. Capacidad de Gestión del Departamento	a. % valor total auditado y conciliado (VAC) frente al valor radicado.	(Valor total auditado y conciliado * 100) / Valor total radicado	VAC>50% = Riesgo bajo; 30%<VAC< 50% = Riesgo medio; 20%<VAC<30% = Riesgo alto; VAC<20% = Riesgo muy alto
	b. Se realiza un control interno o auditoría para los procesos de reconocimiento de cuentas, pagos y definición de la deuda a las IPS?	Si/No	Si- Riesgo bajo (5) No- Riesgo muy alto (1)
	c. ¿Se usa la información de la Circular 29 de 2017 como referente de la prestación del servicio de salud a la población migrante?	Si/No/Parcial	Si- Riesgo bajo (5) No- Riesgo muy alto (1) Parcial- Riesgo medio (3)
	d. ¿Cuenta con herramientas adecuadas para la sistematización de los procesos de auditoría?	Si/No	Si- Riesgo bajo (5) No- Riesgo muy alto (1)
	e. Uso de fuentidad territorial para el pago de las cuentas por servicios de urgencias de salud.	Si/No/Parcial	Si- Riesgo bajo (5) Parcial- Riesgo medio (3-4) No- Riesgo muy alto (1)
3. Análisis deuda con los Hospitales	a. % valor total pagado de las cuentas no auditadas y no conciliadas (anticipo sobre la presentación de cuentas).	(Valor pagado * 100) / Valor cuentas no auditadas y conciliadas	>50 = Riesgo bajo; < 50 %=Riesgo medio; <30%= Riesgo alto; <20%= Riesgo muy alto
	b. % valor pendiente por auditar (VPA)y conciliar de las cuentas presentadas.	(Valor cuentas no auditadas * 100/Valor total radicado	VPA<20% = Riesgo bajo; 20%<VPA<40% =Riesgo medio; ≤40%<VPA<60% = Riesgo alto; VPA>60% = Riesgo muy alto
	c. % del valor total pagado (VTP) frente a la cuentas auditadas y conciliadas.	(Valor total pagado * 100) / Valor cuentas auditadas y conciliadas	VTP>50% = Riesgo bajo; 30%<VTP<50 % = Riesgo medio; 20%<VTP<30% = Riesgo alto; VTP<20% = Riesgo muy alto

Fuente: Elaboración propia

Vale la pena mencionar que para el cálculo de los indicadores se tomaron las cifras en pesos colombianos (\$).

- i. **Se imputa un puntaje o resultado del nivel de riesgo:** se presenta a continuación el cuadro explicativo de los puntajes:

Puntajes de las categorías	Calificación de 1 - 5
Riesgo muy alto	1
Riesgo alto	2
Riesgo medio	3
Riesgo bajo	Entre 4 y 5

Ese puntaje, hace referencia a la calificación de cada uno de los indicadores de gestión, y debe ir en una escala de 1 a 5, donde 5 es el puntaje que mejor valora el indicador. Es muy importante que los puntajes ingresados sean lo más objetivos posible, guiándose por las fórmulas establecidas para cada indicador, frente al cual debe existir un soporte para cada uno de ellos.

Para totalizar los indicadores se utilizará la siguiente tabla:

**Tabla 4. Puntajes de cada indicador propuesto**

I. Informe de Viabilidad Fiscal	Puntaje Indicador	Puntaje Máximo de los indicadores
Nombre ET	Puntaje (puntaje*100/30)	<b>30 = 100%</b>
2. Capacidad de Gestión del Departamento	Puntaje Indicador	Puntaje Máximo de los indicadores
Nombre ET	Puntaje (puntaje*100/25)	<b>25=100%</b>
3. Análisis deuda con los Hospitales	Puntaje Indicador	Puntaje Máximo de los indicadores
Nombre ET	Puntaje (puntaje*100/15)	<b>15=100%</b>
<b>Total</b>	<b>Puntaje (puntaje*100/70)</b>	<b>70=100%</b>

Fuente: Elaboración propia

- ii. **Se procede con la categorización:** se usa como metodología para la categorización del riesgo un semáforo de la siguiente manera (por cada indicador):



**Tabla 5. Categorización del nivel de criticidad por indicador**

RANGO CALIFICACIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	SEMÁFORO
$\geq 1 <= 2$	MUY ALTA	ROJO
$\geq 2 < 3$	ALTA	AMARILLO
$\geq 3 < 4$	MEDIA	VERDE
$\geq 4 < 5$	BAJA	VERDE OSCURO

Fuente: Elaboración propia

Para determinar el nivel de criticidad total de cada entidad territorial se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

**Tabla 6. Categorización del nivel de criticidad por Entidad Territorial**

RANGO CALIFICACIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	SEMÁFORO
$\geq 10 <= 25$	MUY ALTA	ROJO
$\geq 25 < 45$	ALTA	AMARILLO
$\geq 45 < 60$	MEDIA	VERDE
$\geq 60 < 70$	BAJA	VERDE OSCURO

Fuente: Elaboración propia

- iii. Al realizar la valoración se pueden presentar observaciones/planes de mejoramiento donde se detallarán algunas observaciones puntuales sobre el resultado del indicador, explicaciones sobre el mismo y establecer acciones por parte del MSPS para ayudar a que la ET pueda mejorar su puntuación.

### 3.1.2 Aplicación de metodología ajustada

Conforme fue expuesto al inicio de esta sección, no se cuenta con la información completa de la totalidad de las entidades territoriales. En este contexto, se presenta la información disponible en cada uno de los componentes y finalmente, la aplicación de la metodología de forma integral a nueve entidades territoriales.

Se utilizarán los mismos rangos para la calificación de cada uno de los componentes. Es decir, cada componente podrá obtener un máximo de 33 puntos los cuales mediante regla de tres serán 100 puntos, y se utilizarán los rangos definidos en la [Figura 28](#) en Anexo V para establecer el nivel del riesgo de la entidad en el componente. En el Anexo V está el detalle de los instrumentos construidos y los ajustes realizados principalmente fuentes de información para el análisis.

### Componente de viabilidad financiera

La principal fuente de información del presente componente son los informes de viabilidad fiscal elaborados por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público e información del índice de desempeño Fiscal territorial elaborado por la Dirección de Descentralización y Desarrollo Regional del DNP.

## Vigencia Fiscal 2020

Conforme lo definido en la metodología se identificaron las diferentes variables requeridas en el Informe de Viabilidad Fiscal del año 2020 publicados en la página web del Ministerio de Hacienda y Crédito público, así como la información del Indicador de Desempleo Fiscal del DNP, se diligenció la información en el instrumento de consolidación y análisis para las treinta y siete (37) entidades territoriales.

De la aplicación de la metodología se observa que ninguna entidad se encuentra en el mayor nivel de riesgo, 9 entidades se encuentran en el nivel alto de riesgo, 17 en el nivel medio y 11 en el nivel bajo (Ver **Error! Reference source not found.**).

Respecto al primer indicador, donde se establece si la entidad tiene suscrito un Programa de saneamiento fiscal y financiero, se presentan seis entidades con Acuerdo de Reestructuración de pasivos en los términos de la Ley 550 de 1999. Así mismo, se incluye al departamento de Chocó, toda vez que para la vigencia tiene adoptado un Programa de Ajuste Fiscal y Financiero – PSFF suscrito en diciembre de 2010, con un término de 15 años como consecuencia del incumplimiento del Acuerdo de Reestructuración de pasivos.

**Tabla 7. Calificación nivel de riesgo ET – viabilidad fiscal 2020**

Nombre Entidad Territorial	a. ¿Se encuentra en proceso saneamiento o fiscal? (Ley 550 de 1999)	b. Resultado Presupuestal (Balance Financiero)	c. Gastos funcionamiento	d. Calificación Riesgo	e. Balance financiero de las entidades descentralizadas	f. Nivel Riesgo Hospitales	Cal. total	% Calificación 2020
ANTIOQUIA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Alto	23,3	70,0%
ATLÁNTICO	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Muy alto	23,3	70,0%
BARRANQUILLA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	No aplica	28,0	84,0%
BOGOTÁ D.C.	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Sin Riesgo	28,9	86,7%
BOLÍVAR	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Alto	22,2	66,7%
CARTAGENA	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	26,7	80,0%
BOYACÁ	Bajo	Bajo	Muy alto	Sin riesgo	Muy alto	Bajo	18,9	56,7%
CALDAS	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Bajo	27,8	83,3%
CAQUETÁ	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Bajo	27,8	83,3%
CAUCA	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Muy alto	Bajo	21,1	63,3%
CESAR	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Medio	22,2	66,7%
CÓRDOBA	Muy alto	Bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Alto	15,6	46,7%
CUNDINAMARCA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Alto	23,3	70,0%
CHOCÓ	Muy alto	Bajo	Muy alto	Muy alto	Bajo	Muy alto	14,4	43,3%
HUILA	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Bajo	22,2	66,6%
LA GUAJIRA	Muy alto	Bajo	Bajo	Muy alto	Muy alto	Muy alto	14,4	43,3%
MAGDALENA	Muy alto	Bajo	Bajo	Muy alto	Muy alto	Alto	14,4	43,3%
SANTA MARTA	Muy alto	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Muy alto	17,8	53,3%
META	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Medio	23,3	70,0%
NARIÑO	Bajo	Bajo	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Medio	14,4	43,3%
NORTE DE SANTANDER	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	25,6	76,7%
QUINDÍO	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	26,7	80,0%

Nombre Entidad Territorial	a. ¿Se encuentra en proceso saneamiento o fiscal? (Ley 550 de 1999)	b. Resultado Presupuestal (Balance Financiero)	c. Gastos funcionamiento	d. Calificación Riesgo	e. Balance financiero de las entidades descentralizadas	f. Nivel Riesgo Hospitalares	Cal. total	% Calificación 2020
RISARALDA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Bajo	23,3	70,0%
SANTANDER	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Alto	27,8	83,3%
SUCRE	Muy alto	Bajo	Muy alto	Bajo	Muy alto	Muy alto	13,3	40,0%
TOLIMA	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Muy alto	Bajo	21,1	63,3%
VALLE DEL CAUCA	Muy alto	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Bajo	18,9	56,7%
BUENAVENTURA	Bajo	Bajo	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	15,6	46,7%
ARAUCA	Bajo	Bajo	Muy alto	Medio	Muy alto	Muy alto	16,7	50,0%
CASANARE	Bajo	Bajo	Muy alto	Sin riesgo	Muy alto	Medio	18,9	56,7%
PUTUMAYO	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Alto	22,2	66,7%
SAN ANDRÉS	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	No aplica	26,7	80,0%
AMAZONAS	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Muy alto	25,6	76,7%
GUAINÍA	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	No aplica	32,0	96,0%
GUAVIARE	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Muy alto	Muy alto	21,1	63,3%
VAUPÉS	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Sin Riesgo	33,3	100,0%
VICHADA	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Muy alto	25,6	76,7%

Fuente: Elaboración propia

Por su lado, el indicador del balance financiero, entendido como los ingresos menos los gastos, en la totalidad de las entidades se evidencia que no presentan déficit fiscal.

Al revisar el indicador de cumplimiento de gastos de funcionamiento en los términos establecidos en los artículos 4 y 6 de la Ley 617 de 2000, se tiene que siete entidades incumplimiento definido en dicha ley. Lo anterior pudo ser ocasionado por una caída en los ingresos de libre destinación por efecto de la Pandemia ocasionada por el COVID 19 y la inflexibilidad en los gastos.

Ahora bien, con relación al indicador de calificación del riesgo, no se obtuvo información de calificadoras de riesgo para los departamentos de Cauca, Arauca, Casanare, Putumayo, San Andrés, Guainía y Vaupés por lo cual se utilizó la información del indicador de riesgo de endeudamiento de largo plazo calculado por el DNP en el índice de desempeño fiscal. Se destacan las entidades de Chocó, La Guajira, Magdalena y Nariño que tiene una calificación entre CCC y D y Buenaventura y Córdoba que tiene una calificación entre BB+ y BB-.

Al observar el riesgo ocasionado por las entidades descentralizadas se evidencia que en 26 de las 37 entidades territoriales, el sector descentralizado es deficitario, lo que supone un riesgo en las finanzas de los departamentos y distritos, en la medida que conforme a la normatividad vigente las entidades deben ser financieramente sostenibles en el desarrollo de las actividades para las que son creadas.

Por su parte, respecto al riesgo de los hospitales se encuentra que Barranquilla, San Andrés y Guainía no cuenta con red propia. En el resto de las 34 entidades territoriales se encuentra que el 53% de las entidades presentan riesgo

alto y muy alto en la situación financieras de las IPS públicas, el 14,7% en riesgo medio, el 26,5% el riesgo bajo y el 5,9% sin riesgo.

## Vigencia Fiscal 2021

Para la vigencia 2021, se utilizó la información de los Informes de Viabilidad Fiscal del año 2021 publicados en la página web del Ministerio de Hacienda y Crédito público y el índice de desempleo Fiscal del DNP, diligenciando las variables requeridas para las treinta y siete (37) entidades territoriales en el instrumento de consolidación y análisis

De la aplicación de la metodología se observa que ninguna entidad se encuentra en el mayor nivel de riesgo, 5 entidades se encuentran en el nivel alto de riesgo, 12 en el nivel medio y 20 en el nivel bajo (Ver Tabla 8. Calificación nivel de riesgo ET – viabilidad fiscal 2021). Con lo anterior, se evidencia mejor comportamiento en las entidades territoriales pasando del 30% de las entidades con riesgo bajo al 59%.

Con relación a la adopción de Programa de saneamiento fiscal y financiero, se tiene la misma situación del año 2020. En el caso del Balance financiero, se encuentra que los departamentos de Atlántico y Bolívar tiene déficit fiscal en esta vigencia.

Ahora bien, respecto al indicador de cumplimiento de gastos de funcionamiento se presenta una gran disminución, tan solo el departamento de Arauca y Distrito de Buenaventura incumplen lo establecido en la ley.

**Tabla 8. Calificación nivel de riesgo ET – viabilidad fiscal 2021**

Nombre Entidad Territorial	a. ¿Se encuentra en proceso saneamiento fiscal? (Ley 550 de 1999).	b. Resultado Presupuestal (Balance Financiero).	c. Gastos funciona miento	d. Riesgo para endeuda miento	e. Balance financiero de las entidades descentra lizadas	f. Nivel Riesgo Hospitales	Cal. total	% Calificación 2021
ANTIOQUIA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Alto	30,0	90,0%
ATLÁNTICO	Bajo	Muy alto	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Muy alto	23,3	70,0%
BARRANQUILLA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	No aplica	28,0	84,0%
BOGOTÁ D.C.	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Sin Riesgo	33,3	100,0%
BOLÍVAR	Bajo	Muy alto	Bajo	Bajo	Muy alto	Alto	15,6	46,7%
CARTAGENA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Muy alto	27,8	83,3%
BOYACÁ	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Bajo	27,8	83,3%
CALDAS	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Bajo	27,8	83,3%
CAQUETÁ	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Muy alto	Bajo	21,1	63,3%
CAUCA	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	25,6	76,7%
CESAR	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Medio	17,8	53,3%
CÓRDOBA	Muy alto	Bajo	Bajo	Alto	Muy alto	Alto	15,6	46,7%
CUNDINAMARCA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Alto	30,0	90,0%
CHOCÓ	Muy alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	17,8	53,3%
HUILA	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	22,2	66,7%
LA GUAJIRA	Muy alto	Bajo	Bajo	Muy alto	Bajo	Muy alto	17,8	53,3%
MAGDALENA	Muy alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	20,0	60,0%
SANTA MARTA	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	22,2	66,7%
META	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Medio	23,3	70,0%
NARIÑO	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Bajo	Medio	22,2	66,7%
NORTE DE SANTANDER	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	25,6	76,7%

Nombre Entidad Territorial	a. ¿Se encuentra en proceso saneamiento fiscal? (Ley 550 de 1999).	b. Resultado Presupuestal (Balance Financiero).	c. Gastos funciona miento	d. Riesgo para endeuda miento	e. Balance financiero de las entidades descentra lizadas	f. Nivel Riesgo Hospitales	Cal. total	% Calificación 2021
QUINDÍO	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	22,2	66,7%
RISARALDA	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Muy alto	Bajo	23,3	70,0%
SANTANDER	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Alto	30,0	90,0%
SUCRE	Muy alto	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Muy alto	13,3	40,0%
TOLIMA	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	25,6	76,7%
VALLE DEL CAUCA	Muy alto	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Bajo	23,3	70,0%
BUENAVENTURA	Bajo	Bajo	Muy alto	Alto	Muy alto	Muy alto	13,3	40,0%
ARAUCA	Bajo	Bajo	Muy alto	Medio	Bajo	Muy alto	21,1	63,3%
CASANARE	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Medio	27,8	83,3%
PUTUMAYO	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	Alto	20,0	60,0%
SAN ANDRES	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	No aplica	21,3	64,0%
AMAZONAS	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Muy alto	22,2	66,7%
GUAINÍA	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	No aplica	26,7	80,0%
GUAVIARE	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Muy alto	25,6	76,7%
VAUPÉS	Bajo	Bajo	Bajo	Sin riesgo	Bajo	Sin Riesgo	33,3	100,0%
VICHADA	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Muy alto	25,6	76,7%

Fuente: Elaboración propia

Con relación al indicador de calificación del riesgo, nuevamente no se tiene información de calificadoras de riesgo en los siete departamentos señalados en el año 2020. Se destacan las entidades de Chocó y Nariño que mantienen la calificación entre CCC y D y Buenaventura y Córdoba que tiene una calificación entre BB+ y BB-.

En la vigencia 2021, se observa un mejoramiento ostensible de las condiciones de las entidades descentralizadas al pasar de 26 entidades con riesgo alto a 11 entidades territoriales. Por su parte, respecto al riesgo de los hospitales se mantiene igual toda vez que no hubo calificación del riesgo de los hospitales en virtud de la pandemia ocasionada por el COVID 19.

Se observan mejores condiciones en el año 2021 en la mayoría de las entidades territoriales con el cumplimiento de los gastos de funcionamiento y una disminución muy importante en los déficits en el sector descentralizado en quince entidades.

## Componente de capacidad de gestión

Para validar el componente de gestión definido en la metodología, conforme al instrumento de valoración definido y ajustado del proceso de auditoría, a continuación se presenta el detalle de la matriz de valoración de las entidades visitadas en los meses de junio y julio de 2022 con el objeto de probar el instrumento construido de Gestión, que corresponde a los departamentos de Bolívar, La Guajira y Magdalena y el distrito de Cartagena.

## Componente de deuda con IPS

La principal fuente de información del presente componente es el reporte que deben realizar las entidades territoriales conforme al acto administrativo que requiere las facturas radicadas, en el estado de cada una, es decir los valores glosados, reconocidos y pagados, así como indicar si la factura se encuentra en un proceso judicial y el

estado del proceso. Así mismo, solicita las fuentes de financiación utilizadas en los pagos con el objeto de determinar la financiación de las atenciones de los servicios prestados a la población migrante.

Como fue indicado anteriormente, el acto administrativo se encuentra en trámite. En consecuencia, se solicitó a la Supersalud la información disponible en la Delegada de Entidades Territoriales del reporte de las entidades territoriales de los servicios prestados a la población migrante. De la información recibida, no se tiene información de siete (7) entidades territoriales: Atlántico, Cesar, Quindío, Santander, Buenaventura, San Andrés y Amazonas.

Fue necesario utilizar dos cortes de información el 31 de diciembre de 2021 y 31 de marzo de 2022, toda vez que no se tiene información completa al cierre de la vigencia 2021.

Se utilizó la información al corte del 31 de diciembre de 2021 de veintitrés (23) entidades territoriales y con corte al 31 de marzo de 2022 de Cartagena, Santa Marta, Tolima, Valle y Vichada. Por su parte, en los departamentos de La Guajira y Norte de Santander, se utiliza la información entregada en las visitas, toda vez que no reportaron a la Supersalud.

**Tabla 9. Valor radicado, auditado, conciliado y pagado – atención de urgencias ET (cifras en \$ COP)**

Nombre Entidad Territorial	Valor total radicado (VR)	Valor auditado y conciliado	Valor cuentas pendientes por auditadas (VPA)	Valor total pagado	Valor pendiente de pago
ANTIOQUIA	61.941.016.196	57.441.084.001	683.310.193	38.352.082.262	19.089.001.739
BARRANQUILLA	37.517.202.820	24.517.398.996	0	24.517.398.996	0
BOGOTÁ	243.990.186.300	165.167.076.061	191.334.755.697	166.071.076.825	0
BOLIVAR	25.445.015.222	15.803.493.810	7.354.530.988	4.431.151.579	11.372.342.231
CARTAGENA*	91.043.398.504	80.256.480.872	6.867.180.249	62.796.231.327	17.460.249.545
BOYACA	51.937.962.104	19.898.792.916	6.594.930.242	12.600.242.736	7.298.550.180
CALDAS	4.870.920.890	4.619.270.834	0	0	4.619.270.834
CAQUETA	1.924.114.283	704.013.166	935.475.392	666.727.525	37.285.641
CAUCA	31.480.472.080	18.812.748.582	0	10.785.430.846	8.027.317.736
CORDOBA	5.553.807.685	1.198.361.955	4.292.386.203	0	1.198.361.955
CUNDINAMARCA	49.844.192.924	39.976.832.780	0	38.928.400.850	1.048.431.930
CHOCO	393.609.268	385.447.065	0	348.284.268	37.162.797
HUILA	9.683.769.761	9.043.933.217	64.391.547	6.327.953.744	2.715.979.474
LA GUAJIRA**	103.018.815.409	63.610.318.451	13.497.124.552	45.550.897.782	18.059.420.669
MAGDALENA	3.283.033.413	218.191.878	3.044.208.406	218.191.878	0
SANTA MARTA*	19.870.923.114	18.605.077.875	0	0	18.605.077.875
META	3.556.506.860	2.084.324.794	1.465.084.950	0	2.084.324.794
NARIÑO	21.598.354.766	17.731.948.555	637.696.751	9.573.618.721	8.158.329.834
NORTE DE SANTANDER***	184.362.734.861	8.925.070.229	47.916.490.631	3.602.916.716	5.322.153.513
RISARALDA	17.931.794.651	13.652.087.950	4.105.305.846	13.235.382.257	416.705.693
SUCRE	456.458.472	0	456.458.472	0	0
TOLIMA*	12.660.883.426	11.980.281.209	181.438.446	8.232.473.732	3.747.807.477
VALLE*	137.646.682.068	95.536.616.824	48.354.375.013	72.757.194.224	22.779.422.600
ARAUCA	3.290.110.854	3.181.379.573	0	3.002.915.121	178.464.452
CASANARE	18.336.322.540	17.039.169.903	0	14.555.852.691	2.483.317.213
PUTUMAYO	368.354.386	312.991.657	2.818.436	0	312.991.657
GUAINIA	588.168.560	588.168.560	0	588.168.560	0
GUAVIARE	360.426.584	105.593.283	5.503.700	0	105.593.283
VAUPES	3.702.590	0	3.702.590	0	0
VICHADA*	4.964.406.068	0	4.964.406.068	0	0

Nombre Entidad Territorial	Valor total radicado (VR)	Valor auditado y conciliado	Valor cuentas pendientes por auditadas (VPA)	Valor total pagado	Valor pendiente de pago
<b>Total</b>	<b>1.147.923.346.658</b>	<b>691.396.154.998</b>	<b>342.761.574.372</b>	<b>537.142.592.639</b>	<b>155.157.563.122</b>

\*Corte: 31 de marzo de 2022. \*\*Corte: 30 de junio de 2022. \*\*\*Corte: 30 de junio de 2021.

Fuente: Entidades territoriales. Reporte Delegada de Entidades Territoriales. Supersalud

Con la información reportada por las entidades territoriales a la Supersalud se encuentra que los valores radicados en las entidades territoriales por servicios prestados a la población migrantes son cerca de 1,1 billones de pesos de los cuales cerca del 30% no se encontraban auditados por parte de las entidades territoriales y el 60% de los valores radicados han sido reconocidos por las entidades luego del trámite de auditoría. Del valor reconocido que corresponde a \$691.396 millones el 77% ha sido pagado.

A continuación, se presentan los indicadores y valoración realizada en el componente:

**Tabla 10. Calificación nivel de riesgo ET – deuda con IPS 2021**

Nombre Entidad Territorial	% Val Pendiente de Auditar / Val Radicado	a. Riesgo valor pendiente por auditar (VPA) y conciliar de las cuentas presentadas	% del valor total pagado (VTP) frente a la cuentas auditadas y conciliadas	b. Riesgo valor total pagado (VTP) frente a la cuentas auditadas y conciliadas	Cal Total	% Cal 2021
ANTIOQUIA	1%	Sin riesgo	67%	Medio	26,7	80%
BARRANQUILLA	0%	Sin riesgo	100%	Sin riesgo	33,3	100%
BOGOTÁ	78%	Muy alto	100%	Sin riesgo	20	60%
BOLIVAR	29%	Medio	28%	Riesgo alto	16,7	50%
CARTAGENA	8%	Sin riesgo	78%	Bajo	30	90%
BOYACA	13%	Bajo	63%	Medio	23,3	70%
CALDAS	0%	Sin riesgo	0%	Muy alto	20	60%
CAQUETA	49%	Riesgo alto	95%	Sin riesgo	23,3	70%
CAUCA	0%	Sin riesgo	57%	Medio	26,7	80%
CORDOBA	77%	Muy alto	0%	Muy alto	6,7	20%
CUNDINAMARCA	0%	Sin riesgo	97%	Sin riesgo	33,3	100%
CHOCO	0%	Sin riesgo	90%	Sin riesgo	33,3	100%
HUILA	1%	Sin riesgo	70%	Bajo	30	90%
LA GUAJIRA	13%	Bajo	72%	Bajo	26,7	80%
MAGDALENA	93%	Muy alto	100%	Sin riesgo	20	60%
SANTA MARTA	0%	Sin riesgo	0%	Muy alto	20	60%
META	41%	Riesgo alto	0%	Muy alto	10	30%
NARIÑO	3%	Sin riesgo	54%	Medio	26,7	80%
NORTE DE SANTANDER	26%	Medio	40%	Riesgo alto	16,7	50%
RISARALDA	23%	Medio	97%	Sin riesgo	26,7	80%
SUCRE	100%	Muy alto	0%	Muy alto	6,7	20%
TOLIMA	1%	Sin riesgo	69%	Bajo	30	90%
VALLE	35%	Medio	76%	Bajo	23,3	70%
ARAUCA	0%	Sin riesgo	94%	Sin riesgo	33,3	100%
CASANARE	0%	Sin riesgo	85%	Bajo	30	90%
PUTUMAYO	1%	Sin riesgo	0%	Muy alto	20	60%
GUAINIA	0%	Sin riesgo	100%	Sin riesgo	33,3	100%

Nombre Entidad Territorial	% Val Pendiente de Auditar / Val Radicado	a. Riesgo valor pendiente por auditar (VPA) y conciliar de las cuentas presentadas	% del valor total pagado (VTP) frente a la cuentas auditadas y conciliadas	b. Riesgo valor total pagado (VTP) frente a la cuentas auditadas y conciliadas	Cal Total	% Cal 2021
GUAVIARE	2%	Sin riesgo	0%	Muy alto	20	60%
VAUPES	100%	Muy alto	0%	Muy alto	6,7	20%
VICHADA	100%	Muy alto	0%	Muy alto	6,7	20%

Fuente: Elaboración propia

De lo anterior, se encuentra que los departamentos de Córdoba, Meta, Sucre, Vaupés y Vichada presentan un muy alto riesgo como consecuencia de no adelantar el trámite de auditoría de cuentas médicas que permita determinar el valor reconocido y realizar el pago de los servicios.

Por otro lado, se encuentra que ocho (8) entidades territoriales presentan un riesgo alto en el componente de pago de deudas, sin embargo, las causas de la calificación son distintas. En el caso de Bolívar, Caldas, Santa Marta, Norte de Santander, Putumayo y Guaviare, las entidades adelantaron sus procesos de auditoría y reconocimiento de las deudas, pero no pagaron a los hospitales, mientras que Bogotá y Magdalena no adelantaron los procedimientos de auditorías de cuentas médicas, aunque realizaron los pagos sobre los valores que tenían auditados.

Vale la pena señalar que Bogotá al realizar anticipos sobre los valores radicados principalmente por las subredes públicas de prestación de servicios no presenta deudas, sin embargo, es necesario que mejore los procedimientos y tiempos de respuesta de los procesos de auditoría de cuentas médicas.

Finalmente, se encuentra que ocho (8) entidades presentan riesgo medio y nueve (9) riesgo bajo en el componente de pago de las deudas por atención a la población migrante.

## Resultados vigencia 2021

Conforme a las fuentes de información señaladas se realizó la aplicación de la metodología en nueve territoriales sobre las cuales se cuenta con información completa, a saber, los Departamentos de Bolívar, La Guajira, Magdalena, Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Valle y los distritos de Bogotá y Cartagena.

De acuerdo con el pre registro en el Registro Único de Migrantes Venezolanos – RUMV con corte al 31 de mayo de 2022 se encuentran registrados 2.438.594 migrantes venezolanos, en donde las nueve entidades territoriales mencionada tienen 1.559.654, lo que corresponde al 64% del total de la población venezolana en el territorio colombiano.

**Tabla 11. Pre registro migrantes venezolanos (RUMV) - 31 de mayo 2022**

Departamento	Pre registro 31 de mayo de 2022	% Participación
BOGOTA D.C.	428.416	17,6%
ANTIOQUIA	337.329	13,8%
NORTE DE SANTANDER	267.760	11,0%
VALLE	197.071	8,1%
LA GUAJIRA	143.310	5,9%
BOLIVAR	87.359	3,6%
MAGDALENA	78.930	3,2%
NARINO	19.479	0,8%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.559.654</b>	<b>64,0%</b>



Departamento	Pre registro 31 de mayo de 2022	% Participación
ATLANTICO	164.045	6,7%
CUNDINAMARCA	145.403	6,0%
SANTANDER	112.004	4,6%
ARAUCA	72.289	3,0%
CESAR	65.082	2,7%
RISARALDA	42.659	1,7%
META	38.961	1,6%
BOYACA	38.326	1,6%
CASANARE	25.978	1,1%
CAUCA	25.019	1,0%
TOLIMA	24.182	1,0%
QUINDIO	21.088	0,9%
CALDAS	19.181	0,8%
CORDOBA	18.291	0,8%
SUCRE	16.401	0,7%
HUILA	13.004	0,5%
PUTUMAYO	11.989	0,5%
VICHADA	10.751	0,4%
GUAINIA	6.541	0,3%
CHOCO	3.996	0,2%
GUAVIARE	1.904	0,1%
CAQUETA	1.515	0,1%
AMAZONAS	258	0,0%
SAN ANDRES	58	0,0%
VAUPES	15	0,0%
<b>NACIONAL</b>	<b>2.438.594</b>	<b>100%</b>

Fuente: Migración Colombia. RUMV corte al 31 de mayo de 2022.

Conforme a las fuentes de información señaladas se realizó la aplicación de la metodología en nueve territoriales sobre las cuales se cuenta con información completa, encontrándose que, los departamentos de Bolívar, La Guajira y Magdalena tiene un nivel alto de riesgo de no cumplir con los compromisos derivados de la atención de la población migrante. Por su parte, los departamentos de Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Valle y el distrito de Bogotá tienen un riesgo medio y finalmente, el distrito de Cartagena con riesgo bajo de incumplimiento de los procesos y obligaciones en la atención de la población migrante irregular y no afiliada. (ver Tabla 12. Calificación suficiencia financiera ET - atención población migrante 2021)

**Tabla 12. Calificación suficiencia financiera ET - atención población migrante 2021**

Nombre Entidad Territorial	1. Informe de Viabilidad Fiscal		2. Capacidad de Gestión del Departamento		3. Análisis deuda con las IPS		Cal total	Nivel de Criticidad
	Califica	% Cal. Comp.	Califica	% Cal. Comp.	Califica	% Cal. Comp.		
ANTIOQUIA	30,0	90%	20,0	60%	26,6	80,0%	77	Media
BOGOTÁ D.C.	33,3	100%	16,0	48%	20,0	60,0%	69	Media

Nombre Entidad Territorial	1. Informe de Viabilidad Fiscal		2. Capacidad de Gestión del Departamento		3. Análisis deuda con las IPS		Cal total	Nivel de Criticidad
	Califica	% Cal. Comp.	Califica	% Cal. Comp.	Califica	% Cal. Comp.		
BOLÍVAR	20,0	60%	20,0	60%	16,6	50,0%	57	Alta
CARTAGENA	28,8	87%	24,0	72%	30,0	90,0%	83	Baja
LA GUAJIRA	20,0	60%	10,7	32%	26,6	80,0%	57	Alta
MAGDALENA	24,4	73%	8,0	24%	20,0	60,0%	52	Alta
NARIÑO	26,6	80%	17,3	52%	26,6	80,0%	71	Media
NORTE DE SANTANDER	30,0	90%	14,7	44%	16,6	50,0%	61	Media
VALLE DEL CAUCA	27,7	83%	21,3	64%	23,3	70,0%	72	Media

Fuente: Elaboración propia

Al analizar los resultados por componente se observa que los departamentos de Bolívar y La Guajira tienen el peor desempeño en el informe de viabilidad fiscal ubicándose en el nivel alto de criticidad.

En el caso del componente de capacidad de gestión, se encuentra que la mayoría de las entidades se ubica en riesgo alto y los departamentos de La Guajira y Magdalena en riesgo muy alto al no contar con sistema de información para el procedimiento de la auditoría, ni controles internos al procedimiento de revisión de cuentas médicas. Esta misma situación la presenta el distrito de Bogotá, sin embargo, esta entidad cuenta con una destinación de recursos propios para la atención de la población migrante y así sea de forma manual tiene un porcentaje aceptable de cuentas auditadas frente a las presentadas. (ver **Tabla 13. Resultados componente de capacidad de gestión 2021**)

**Tabla 13. Resultados componente de capacidad de gestión 2021**

Entidad territorial	a. %Valor total auditado y conciliado frente al valor radicado.	b. Se realiza un control interno o auditoría para los procesos de reconocimiento de cuentas, pagos y definición de la deuda a las IPS?	c. Se usa la información de la Circular 29 de 2017 como referente de la prestación del servicio de salud?	d. ¿Cuenta con herramientas adecuadas para sistematización de los procesos de auditoría?	e. Uso de fuentidad territorial para el pago
ANTIOQUIA	93%	NO	NO	PARCIAL	47%
BOGOTÁ D.C.	68%	NO	NO	NO	SI – 100%
BOLÍVAR	62%	NO	NO	SI	9%
CARTAGENA	88%	SI	NO	PARCIAL	SI – 100%
LA GUAJIRA	62%	NO	NO	NO	0%
MAGDALENA	7%	NO	NO	NO	3%
NARIÑO	82%	NO	PARCIAL	PARCIAL	0%
N. DE SANTANDER	5%	NO	PARCIAL	SI	0%
VALLE DEL CAUCA	69%	NO	PARCIAL	SI	7%

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, respecto al componente de deudas se resalta la calificación del distrito de Bogotá que presenta riesgo alto expresado principalmente por el indicador “Valor pendiente por auditar (VPA) y conciliar de las cuentas presentadas”, el cual parece un error en el reporte realizado por el distrito.

## 3.2 Diseño de la solución tecnológica para el proceso de auditoría integral de cuenta médicas

En el año 2021 Comunidades Saludables realizó un primer análisis en cinco entidades territoriales para identificar los retos asociados a los procesos de facturación y auditoría de los servicios de salud prestados a la población migrante irregular como parte de la obligación legal que tienen las entidades territoriales de garantizar los servicios de urgencias para esta población.

La revisión realizada por Comunidades Saludables indica que el valor total de cuentas radicadas en las entidades territoriales por estos servicios de urgencias es aproximadamente de \$993.665 millones de pesos (USD \$256 millones), pero la deuda efectivamente reconocida alcanza el 45%, y se ha pagado el 25% del valor total de estas cuentas. Estas diferencias generan dificultades para llegar a un dimensionamiento adecuado del problema financiero, diseñar intervenciones para cubrir estas necesidades financieras y termina dificultando el acceso a estos servicios de salud por parte de población migrante irregular.

Con base en los resultados del análisis de condiciones financieras de las entidades territoriales realizado en el año 2020 Comunidades Saludables realizó un diagnóstico a cuatro entidades territoriales, definidas de común acuerdo con el MSPS, para mejorar el proceso de facturación y auditoría de los servicios de urgencias para población irregular.

Conforme a lo anterior y del análisis en las entidades territoriales priorizadas se definieron algunas recomendaciones para avanzar en los procesos de auditoría de las que se destacan las siguientes: i) fortalecer los controles internos para el caso de las cuentas presentadas por las IPS por las atenciones de urgencias a población migrante irregular y pendular, ii) promover la expedición de un acto administrativo por parte del MSPS donde se defina como requisito el reporte de la Circular 029 para el pago de cuentas a las IPS y reiterando la necesidad de que las entidades territoriales realicen cruces con otras fuentes de información para el reconocimiento de la deuda, iii) la creación de una plataforma virtual de formación para los funcionarios de las Secretarías de Salud Departamentales e Institutos Departamentales de Salud donde puedan recibir capacitación sobre algunos temas relacionados con la auditoría, reconocimiento y pago de cuentas, flujo de recursos y marco normativo relacionado con las atenciones a migrantes y iv) avanzar en el desarrollo de una herramienta tecnológica para realizar trazabilidad a los procesos de auditoría de cuentas asociados a los servicios de salud a población migrante.

A partir de lo anterior, en 2021 el MSPS solicitó a Comunidades Saludables avanzar en el diseño de una herramienta tecnológica para sistematizar el proceso de auditoría de cuentas por parte de las entidades territoriales para su posterior implementación.

### 3.2.1 Marco Conceptual

El Marco conceptual nos da entonces una visión de esos elementos clave que se han identificado y su interrelación a través de procesos asociados, reglas de negocio e información para conformar una visión más clara de la solución a desarrollar.

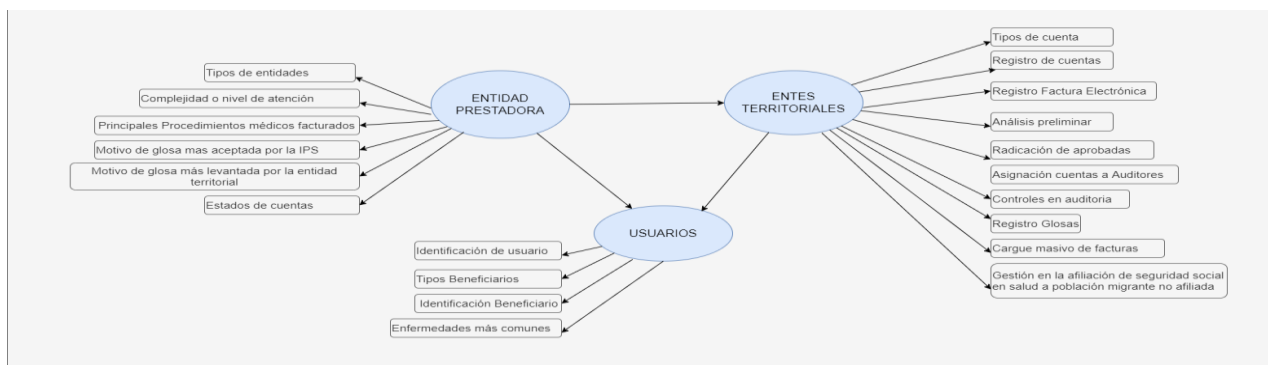
En el marco conceptual el primer paso permite identificar los elementos principales: Entidad Prestadora, Entidad territorial y Receptor o Usuario del Servicio.

El primero es la entidad prestadora, que corresponde a la Entidad organizada para la prestación de los servicios de salud - Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de su misma red o fuera de ella.

El segundo elemento es el Entidad territorial (Departamentos, los Distritos y Municipios) los cuales están organizados para contribuir con el bienestar social de la población, uno de sus pilares es la gestión de los procesos de atención en salud y seguimiento mediante la implementación de Auditoría de Cuentas médicas.

El tercer elemento es el receptor o usuario del servicio que requiera y obtenga los servicios de salud, en este caso los migrantes y personas no vinculadas al Sistema de Seguridad.

**Figura 1. Caracterización de actores en el proceso de auditoría de cuentas en salud**

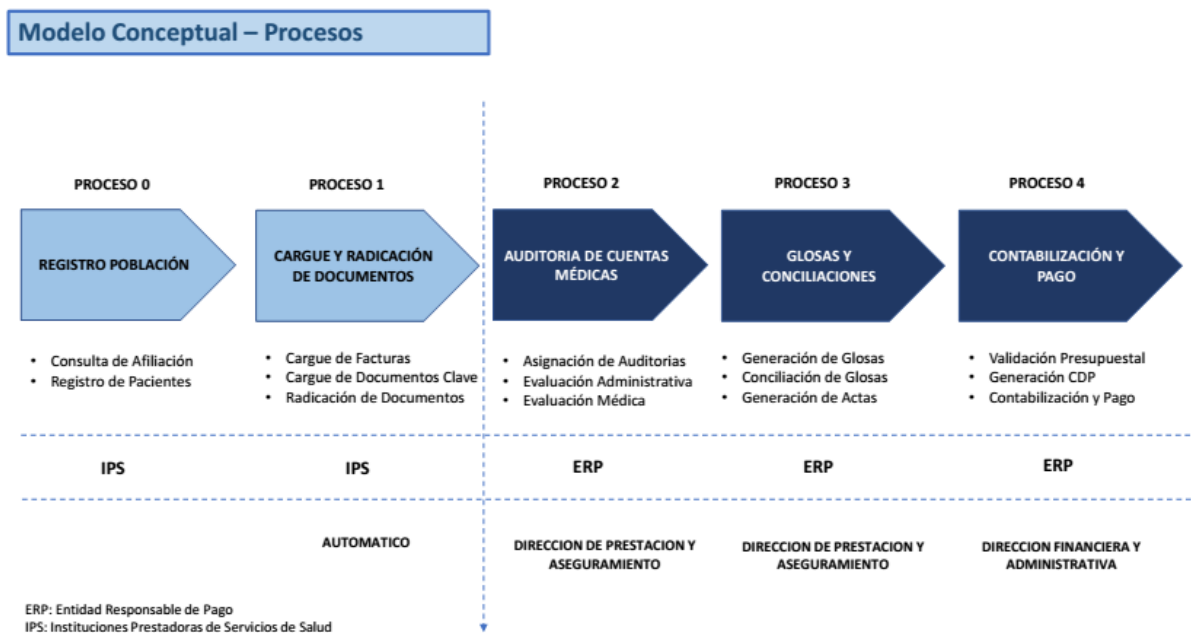


Fuente: Elaboración propia

### 3.2.2 Procesos

A continuación, se presenta una descripción general de los procesos involucrados en la Auditoría de Cuentas. En la sección 2.2.2 Descripción de procesos se presentó de manera general la auditoría integral de cuentas médicas en las ET dividido en tres macroprocesos, a saber: i) evaluación de cuentas médicas, ii) glosas de cuentas médicas y iii) pago de cuentas médicas. A partir de este levantamiento, en la presente sección se explica el modelo conceptual de procesos ajustado a la solución tecnológica que se propone implementar, la cual involucra cinco procesos puntuales.

**Figura 2. Modelo conceptual de los procesos llevados a cabo por las Entidades Territoriales para la auditoría integral de cuentas médicas**



Fuente: Elaboración propia

Como se observa el proceso de auditoría de cuentas médicas está actualmente enfocado en cinco procesos e inicia con la identificación / registro de la población migrante no asegurada o población no asegurada, hasta el proceso de pago y contabilización de los servicios prestados a estas personas.

El primero corresponde a la validación del estado de afiliación al SGSSS de la persona y sobre esa base realizar el registro de las personas no aseguradas. Proceso realizado por las entidades prestadoras de salud.

El segundo corresponde al cargue de las facturas en el sistema, con los RIPS y soportes, a la revisión básica de la cuenta y sobre esa base la radicación de la factura con todos sus soportes. Proceso realizado por las entidades prestadoras de salud.

El tercer proceso corresponde al análisis integral de la factura (evaluación administrativa y médica) realizada por el auditor de la entidad territorial y definición de reconocimiento total o parcial de la cuenta. Proceso realizado por el Entidad territorial.

Posteriormente en el cuarto proceso se realiza la notificación de glosa, trámite y subsanación de la misma. En este proceso a través del sistema la IPS analiza los motivos de glosa, da respuesta al ET quien realiza nuevo análisis, definición y notificación, según los resultados.

Para las glosas ratificadas se inicia un proceso de conciliación donde participan los Auditores de la IPS y la ET, se definen estas glosas y proceden con la firma del acta.

Finalmente, una vez aprobado el pago, se procede a realizar la liquidación de las cuentas, a reportar a la herramienta de pago y contabilización de cada ET las cuentas aprobadas y posteriormente recibir el soporte de pago, para lograr así la trazabilidad completa del proceso a través de la solución. Proceso realizado por la Entidad territorial.

## Proceso registro población

Figura 3. Proceso 0. registro de población

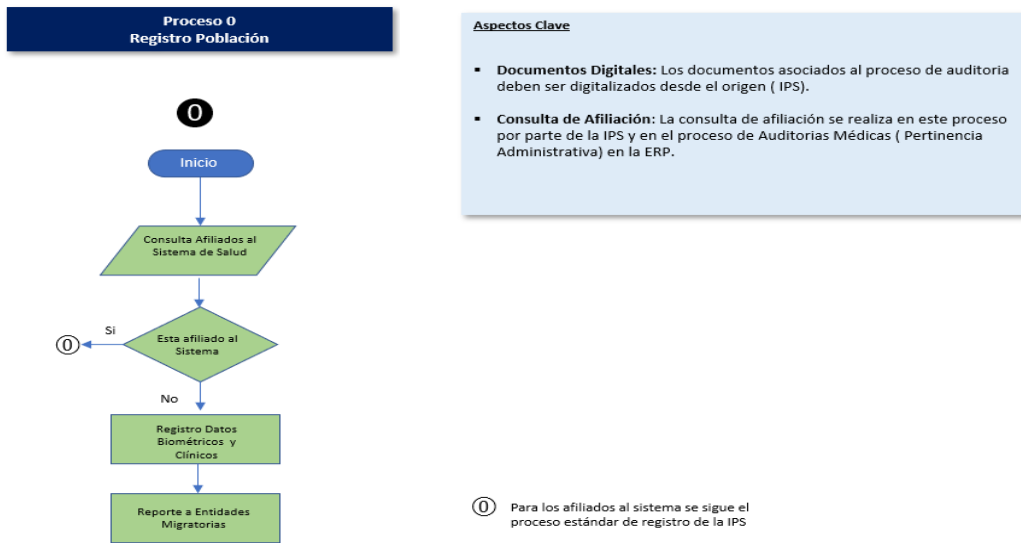
Macroproceso 0 - Registro Población		
Actividades	Descripción	Responsabilidades
0.1 Consulta de afiliación al sistema de salud	Se realiza la consulta del usuario para identificar si se encuentra afiliado al sistema de salud, si el usuario no se encuentra dentro de la BD se procede al registro de información. si se encuentra registrado continúa con proceso 1	Admisiones de la entidad prestadora de salud
0.2 Registro de Datos Biométricos y Clínicos	Según los documentos proporcionados por el usuario, el área correspondiente realiza la afiliación, para ello se sigue con el proceso estándar de registro de la IPS	Admisiones de la entidad prestadora de salud
0.3 Reporte a entidades migratorias	El área correspondiente reporta a las entidades migratorias sobre los usuarios que ingresaron en la BD como extranjeros.	Admisiones de la entidad prestadora de salud

Fuente: Elaboración propia

- **Registro de población:**

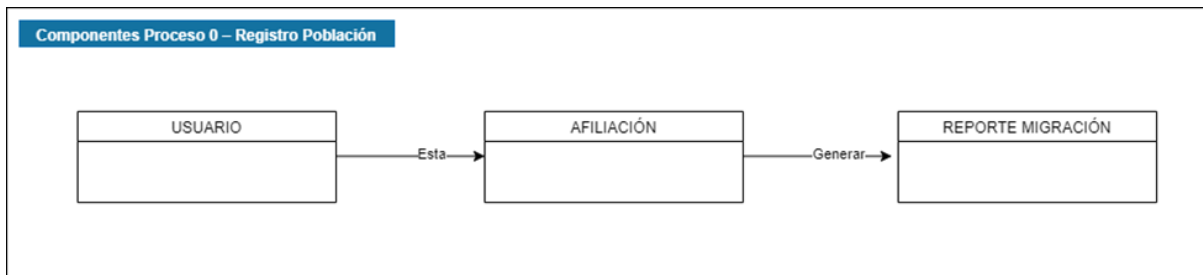
Proveer la posibilidad que las entidades prestadoras de servicios de salud, realice el registro en el sistema de aquellas personas que no aparecen afiliadas a una EPS. En este caso la solución proveerá una funcionalidad que le permita a las entidades prestadoras agilizar el proceso de registro de forma que cada vez que un migrante acceda al sistema de salud, se lleve a cabo el proceso de registro respectivo en la herramienta.

**Figura 4. Flujo proceso 0. registro de población**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 5. Componentes registro de población**



Fuente: Elaboración propia

En esta parte del proceso, la recomendación es realizar la identificación del usuario a través de herramientas biométricas, de tal forma que se pueda validar posteriormente si ya se encuentra registrado y ha recibido otras atenciones de salud.

## Cargue y radicación documentos

Figura 6. Proceso I. cargue y radicación

Macroproceso 1 - Cargue y Radicación		
Actividades	Descripción	Responsabilidades
1.1 Cargue de facturas	la actividad consiste en Cargar las facturas, teniendo en cuenta el detalle de esta(número, prefijo si aplica, fecha de la factura, fecha de radicación, entidad Territorial responsable de pago (selección por NIT de la entidad con dígito de verificación), correo institucional o del área encargada (no relacionar correos personales), grupo de población a la que se le preste el servicio (PPNA- migrante irregular etc.), valor de la factura, número de pacientes y/o registros relacionados en la factura, identificación y nombre del paciente, agregar observaciones de ser necesario)	Entidad prestadora de salud
1.2 Cargue de documentos clave	La actividad consiste en cargar los RIPS, Historia Clínica y Autorizaciones	Entidad prestadora de salud
1.3 Validación de documentos soporte y Validación de facturas	Se realiza las validaciones básicas de completitud y variables básicas. El proceso automático se encarga de validaciones como: realiza cruce en la base única de afiliados y RIPS, en caso de faltar algún soporte indispensable para la auditoría y/o que no corresponda a la entidad responsable de pago, y/o error en NIT, y/o año fiscal no vigente y/o sin cobertura (asegurado afiliado)	Entidad prestadora de salud
1.4 Notificación	Notificación a la IPS que las facturas no cumplen con los requisitos. Notificación a la IPS que los documentos de soporte no cumplen con los requisitos	Entidad prestadora de salud
1.5 Generación de Número Radicado	Si el radicado está completo, se pasa a la bandeja de auditoría y cuentas médicas para iniciar su análisis.	Entidad prestadora de salud

Fuente: Elaboración propia

- **Registro de facturas:**

Este proceso lo inicia la entidad prestadora de salud quien debe ser la encargada del cargue de la factura, sus soportes y los RIPS en el Sistema, es importante aclarar que el cargue de los RIPS es determinante para iniciar el proceso de auditoría de cuentas médicas.

Se sugiere contar con una lista de chequeo para que el cargue sea completo, ejemplo: (factura, detallado de la factura, historia clínica completa, lecturas de imágenes diagnósticas, reporte de laboratorios, descripción de procedimientos, cartas o correos de autorización, documento de identificación, factura de compra de material de osteosíntesis. En sí, todos los soportes necesarios para la validación de cada uno de los ítems facturados. Tener en cuenta que algunas entidades solicitan soportes específicos, como, por ejemplo: valoración y concepto por Trabajadora Social.

Es importante diligenciar cada una de las variables solicitadas en la herramienta: número de factura con prefijo si aplica, fecha de la factura, fecha de radicación, Entidad Territorial responsable de pago (selección por NIT de la entidad con dígito de verificación), correo institucional o del área encargada (no relacionar correos personales), grupo de población a la que se le preste el servicio (PPNA- migrante irregular etc.), valor de la factura, número de pacientes y/o registros relacionados en la factura, identificación y nombre del paciente, agregar observaciones de ser necesario.

Realizar también cargue de RIPS según los usuarios y prestaciones presentadas en la factura.

Al realizar el cargue el sistema debe generar un número de caso o número de radicado. Este ser el número que identificara el proceso en todas las instancias.

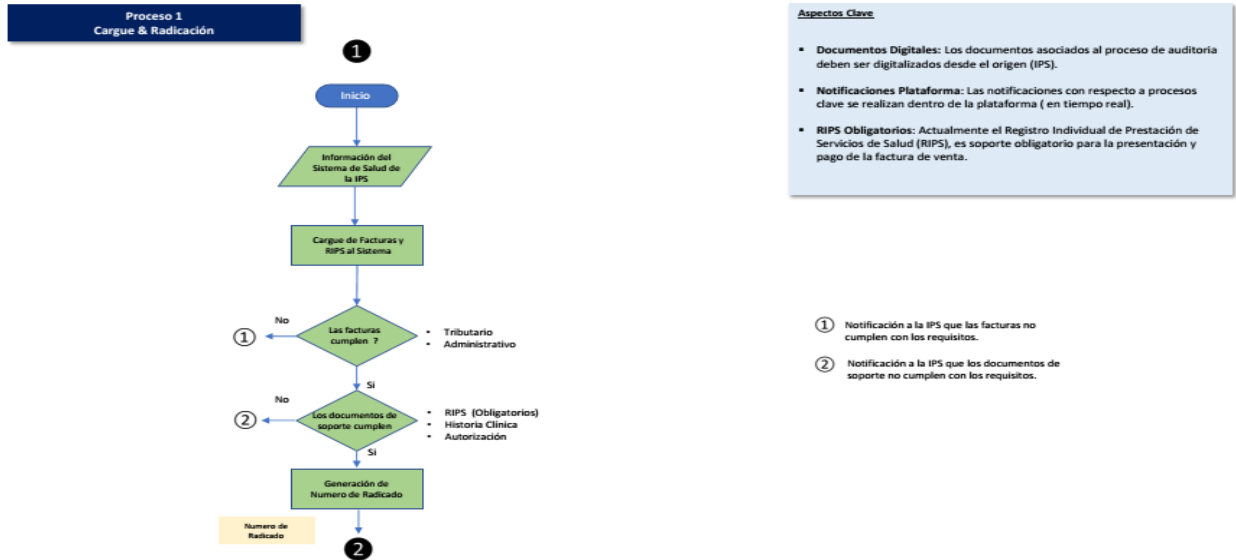
- **Validación inicial automática**

En este caso la solución realiza las validaciones básicas de completitud y variables básicas. El proceso automático se encarga de validaciones como: realiza cruce en la base única de afiliados y RIPS, en caso de faltar algún soporte indispensable para la auditoría y/o que no corresponda a la entidad responsable de pago, y/o error en NIT, y/o año fiscal no vigente y/o sin cobertura (asegurado afiliado).

Se realiza una notificación a través de comunicación predeterminada en la solución y se procede con la devolución automática al correo registrado por la IPS. Este caso sería cerrado como: Devuelto.

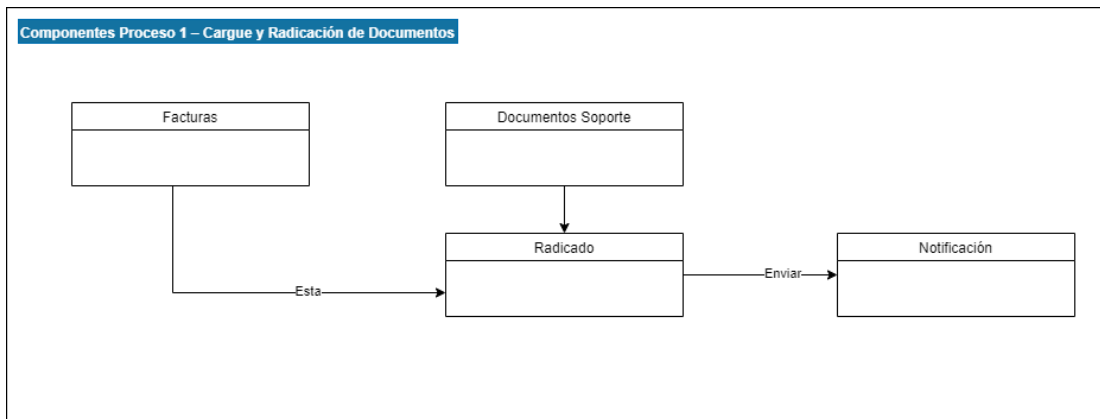
Si en la validación, el radicado está completo, se pasa a la bandeja de auditoría y cuentas médicas para iniciar su análisis y se genera la interfaz con el sistema contable del Ente para generar la provisión respectiva.

**Figura 7. Flujo proceso I. cargue y radicación**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 8. Componentes cargue y radicación de documentos**



Fuente: Elaboración propia

En este proceso participan las entidades prestadoras de salud, inician con la validación de derechos, posterior realiza cargue y radicación de RIPS (de acuerdo como lo establece la Resolución 1036 de 2022) y factura con todos sus soportes; de no cumplir con los requisitos se realiza devolución automática de la factura, si los cumple el aplicativo genera un numero de caso o radicado por cada factura y se inicia el proceso de auditoría de cuentas médicas.



# Auditoría cuentas medicas

Figura 9. Proceso II. auditoría de cuentas médicas

Actividades	Descripción	Responsabilidades
2.1 Asignación de auditorias	La asignación se realiza automática pero puede ser realizada manualmente por parte del Líder auditor de acuerdo con los criterios definidos por la entidad (por valor, # de facturas, cuantías, etc.).	Líder auditor
2.2 Análisis de la factura	El auditor recibe en su bandeja de entrada las cuentas que debe auditar, se procede a realizar el análisis de la factura y deja el registro de los hallazgos o aprobación de la misma y sus soportes. Si es el caso, procede a registrar en el sistema la glosa	Auditor
2.3 Remisión a pago o glosa de la factura	Una vez se ha concluido el proceso de auditoría, las facturas aprobadas son enviadas a la bandeja del Auditor Líder para su revisión y aprobación. El Auditor Líder confirma en el sistema el paquete aprobado (revisa y selecciona las facturas) y la envía a proceso de Pago	Líder auditor
2.4 Tramite de facturas Glosadas	las facturas con glosa son enviadas a la bandeja del Auditor Líder para su revisión y tramite, el Auditor Líder conforma el paquete de facturas con glosa y las envía con notificación a las entidades prestadoras del servicio.	Líder auditor
2.5 Notificación	Notificación al área correspondiente de pago Notificación a las entidades prestadoras del servicio sobre las glosas	Líder auditor Auditor

Fuente: Elaboración propia

- *Asignacion inicial automática*

En esta etapa del proceso, el sistema podrá con base en parámetros predefinidos, realizar la asignación automática de las facturas radicadas y aceptadas a cada uno de los auditores.

Cuando no sea viable la asignación automática, el líder auditor cuenta con un proceso que le permita realizar la asignación de acuerdo con los criterios definidos por la entidad (por valor, # de facturas, cuantías, etc.). En este punto se establecen los tiempos de la auditoría, de acuerdo con criterios previamente establecidos, que en todo caso deben corresponder con la normatividad vigente.

- *Analisis de la factura*

El auditor recibe en su bandeja las cuentas que debe auditar y procede, en el sistema, a realizar el correspondiente análisis de la factura y deja el registro de los hallazgos o aprobación de la misma y sus soportes.

Si es el caso, procede a registrar en el sistema la glosa. En cada caso el auditor registra las causales de glosa y deja las observaciones que considere en cada caso.

Si es aprobada realiza el informe de auditoría para el pago.

- *Remision a pago o glosa de la factura*

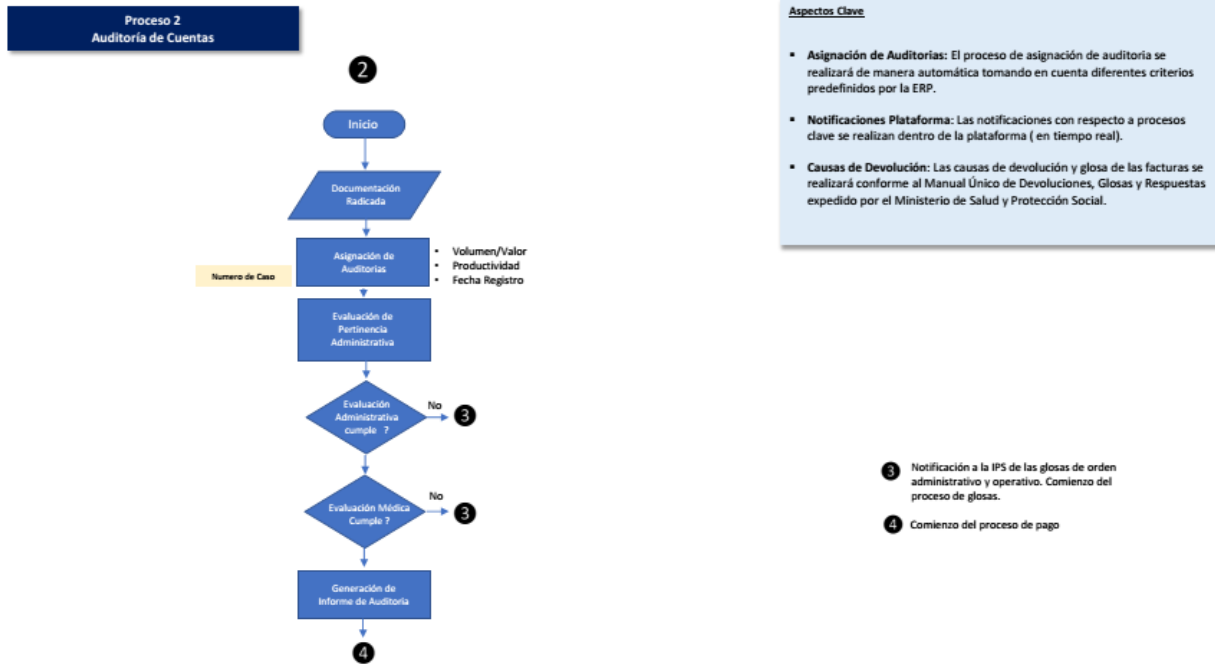
Una vez el auditor concluye el proceso de auditoría, las facturas aprobadas son enviadas a la bandeja del Auditor Líder para su revisión y aprobación. El Auditor Líder conforma en el sistema el paquete aprobado (revisa y selecciona las facturas) y la envía a proceso de Pago y el sistema notifica al área correspondiente de pago.

Una vez el auditor concluye el proceso de auditoría, las facturas con glosa son enviadas a la bandeja del Auditor Líder para su revisión y tramite.

El Auditor Líder conforma el paquete de facturas con glosa y las envía con notificación a las entidades prestadoras del servicio.

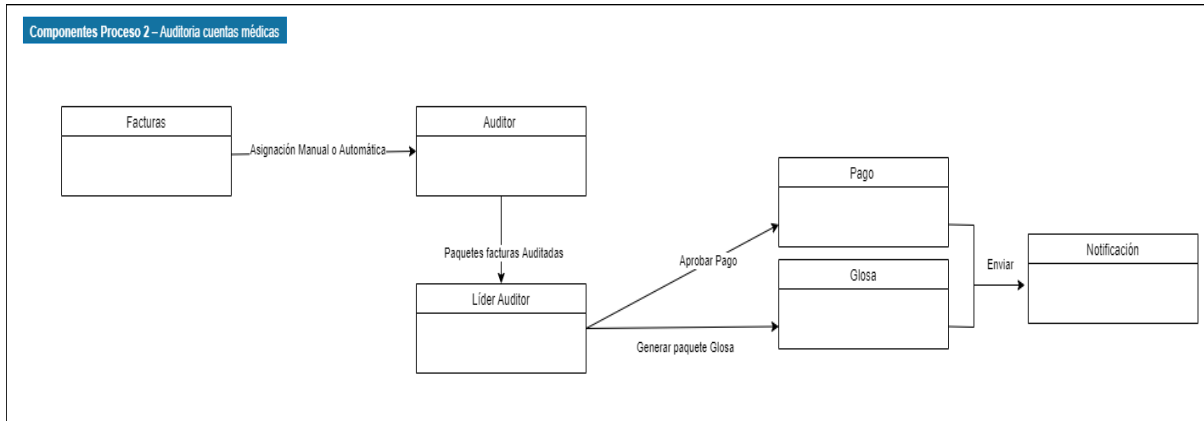
El proceso se podría parametrizar para determinar donde se daría autonomía al Auditor para pasar directo a proceso de pago o a Proceso de glosa

**Figura 10. Flujo proceso II. auditoría de cuentas médicas**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 11. Componentes auditoría de cuentas médicas**



Fuente: Elaboración propia

Una vez cargada y radicada la factura, el Sistema lleva a cabo el proceso de asignación de auditorías de forma automática (volumen, valor, fecha de registro etc.). Una vez asignada, la asignación es validada por el auditor líder.

El auditor encargado procede con una nueva validación de derechos y cobertura, concluye que efectivamente la entidad territorial es la responsable de pago, valida el adecuado cargue de RIPS en la malla validadora y realiza el correspondiente análisis de la factura, también determina si procede con el pago total o parcial de esta, al ser parcial (glosa, teniendo en cuenta el manual único de glosas) debe realizar la comunicación y notificación de glosa a través del sistema. Al finalizar con la auditoría de las facturas asignadas genera informe de gestión y envía sus resultados a líder de auditoría quien envía informe y solicitud de pago al área encargada.

El Sistema provee las consultas que permiten determinar las facturas por estado (Aprobadas, Glosadas, En proceso de auditoría, etc.).

## Glosas y conciliaciones

Figura 12. Proceso III. glosas y conciliaciones

Actividades	Descripción	Responsabilidades
3.1 Reporte y Respuesta de Glosa	La entidad prestadora recibe notificación donde se le indican los casos. La entidad prestadora realiza el análisis de los casos reportados y procede a dar solución en cada caso, en el sistema: adjuntar evidencias, responder con aclaración, corregir la información, etc.	Entidad prestadora de salud
3.2 Reconsideración de Glosas	El ente territorial recibe a través del sistema, notificación de respuesta de la entidad prestadora. Posterior a esto la entidad territorial se encarga de validar el caso, como corresponde a una respuesta a glosa, este debe ser cargado a la bandeja del área de auditoría.	Líder auditor Entidad territorial
3.3 Asignación de caso	El líder auditor descarga los casos y realiza correspondiente asignación. La asignación puede corresponder al Auditor original u otro según se parametrize en el sistema. Con los casos aceptados procede a conformar paquete para el pago. Con los casos ratificados en glosa procede a armar paquete para responder a entidad prestadora.	Líder auditor Auditor
3.4 Conciliación de Glosas	El proceso de conciliación de glosas se puede realizar de forma presencial o a través de video llamadas, para este proceso tanto la Entidad territorial, como la entidad prestadora tiene acceso a la información de las facturas junto con los soportes digitalizados que se cargaron al sistema. Posterior a la conciliación se genera el Acta de Conciliación a la cual el sistema asigna un consecutivo. Es recomendable contar con un procedimiento para la firma por las dos partes.	Líder auditor Entidad prestadora de salud
3.5 Segunda Instancia de Conciliación Glosas	Para aquellas facturas no conciliadas donde no se llega a acuerdos entre las partes, se eleva a una segunda instancia (Supersalud) quien actúa como medio conciliador, de no llegar a un acuerdo se inicia un proceso jurídico administrativo quien indicara el trámite final de la cuenta. Estas facturas quedaran identificadas consignadas en aplicativo para realizar un seguimiento y registrar observaciones de ser necesario.	Líder auditor Entidad prestadora de salud
3.5 Notificaciones	Notificación al Ente Territorial para informar sobre la respuesta Notificación la IPS su definición a través del sistema y cierra el caso como Ratificado. Notificación sobre análisis de reconsideración al Auditor Líder	Entidad prestadora de salud Auditor

Fuente: Elaboración propia

- *Reporte y respuesta de glosa*

La entidad prestadora recibe notificación donde se le indican los casos (con su número de radicado o caso) que fueron glosados. En cada caso el sistema le informa las razones por las cuales se presentó la glosa.

La entidad prestadora realiza el análisis de los casos reportados y procede a dar solución en cada caso, en el sistema: adjuntar evidencias, responder con aclaración, corregir la información, etc. Este registro de nuevos datos, así como los nuevos documentos que se adjuntan quedan identificados en el sistema como información adicional, de tal forma que se pueda tener trazabilidad sobre la información y soportes originales y de toda la información modificada o reemplazada.

En este paso del proceso el sistema permite que se acepte la glosa por parte de la entidad prestadora de servicios y la presentación de notas crédito, como documento legal de soporte de validación de auditoría.

La entidad prestadora conforma respuesta con las facturas aclaradas y sus anexos (digitalizados). Remite notificación a la Entidad territorial para informar sobre la respuesta.

- *Reconsideración de glosas*

La entidad territorial recibe a través del sistema, notificación de respuesta de la entidad prestadora.

Posterior a esto la entidad territorial se encarga de validar el caso, como corresponde a una respuesta a glosa, este debe ser cargado a la bandeja del área de auditoría.

El líder auditor descarga los casos y realiza correspondiente asignación. La asignación puede corresponder al Auditor original u otro según se parametrize en el sistema.

Después del análisis de la reconsideración, si el auditor define pago ya sea parcial o total, sube la notificación al sistema.

Si por lo contrario se ratifica toda la glosa, el auditor es el encargado de notificar a la IPS su definición a través del sistema y cierra el caso como Ratificado.

Posterior al análisis de reconsideración el auditor envía notificación al Auditor Líder. Para los casos con glosas levantadas de forma parcial o total, se notifica al auditor líder para que el proceda a enviar informe y solicitud de nuevo pago al área encargada.

El Auditor líder a través de notificación accede a los casos reconsiderados:

- ✓ Con los casos aceptados procede a conformar paquete para el pago.
- ✓ Con los casos ratificados en glosa procede a armar paquete para responder a entidad prestadora.
- Conciliación de glosas

El proceso de conciliación de glosas se puede realizar de forma presencial o a través de video llamadas.

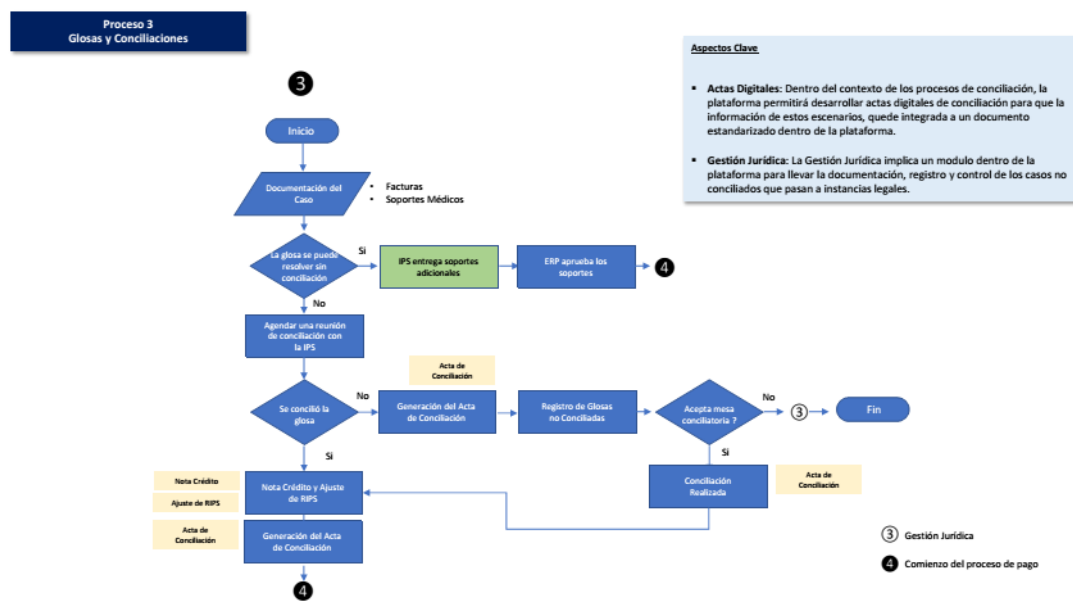
Para este proceso tanto la Entidad territorial como la entidad prestadora tiene acceso a la información de las facturas junto con los soportes digitalizados que se cargaron al sistema.

Posterior a la conciliación se genera el Acta de Conciliación a la cual el sistema asigna un consecutivo. Es recomendable contar con un procedimiento para la firma por las dos partes.

Para aquellas facturas no conciliadas donde no se llega a acuerdos entre las partes, se eleva a una segunda estancia (Supersalud) quien actúa como medio conciliador. De no llegar a un acuerdo se inicia un proceso jurídico administrativo que definirá el trámite final de la cuenta.

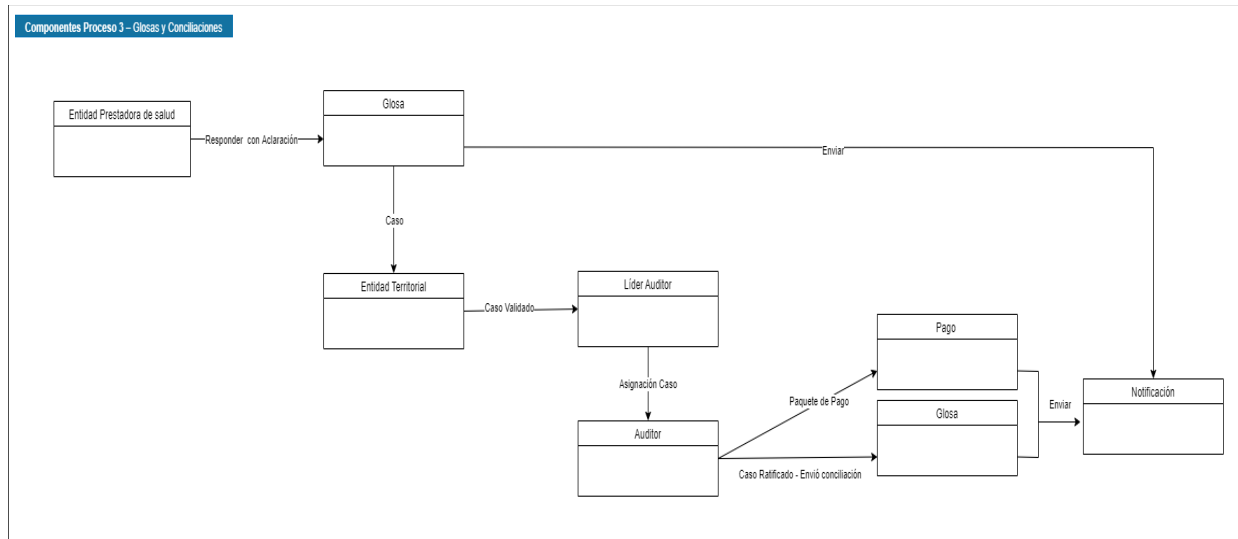
Estas facturas quedaran identificadas consignadas en aplicativo para realizar un seguimiento y registrar observaciones de ser necesario.

**Figura 13. Flujo proceso III. glosas y conciliaciones**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 14. Componentes glosas y conciliaciones**



Fuente: Elaboración propia

Una vez notificada la glosa, la IPS realiza su correspondiente análisis y da respuesta, a través del Sistema. El líder se encargará de validar y proceder con la asignación de los casos, Esta respuesta debe ser analizada nuevamente por el auditor asignado quien determina si procede con el pago total o parcial o si queda ratificada.

- ✓ *El auditor enviara archivo de gestión al Líder, quien enviara informe de las facturas con nuevo pago o pago parcial y solicitud de liquidación al área encargada.*
- ✓ *De ratificarse la glosa en su totalidad será el auditor quien realice la notificación a la IPS.*
- ✓ *El proceso de conciliaciones se da a partir de las glosas ratificadas, estas entran en un proceso de conciliación entre las partes (IPS y Entidad territorial) donde generalmente se llega a acuerdos de reconocimiento y aceptación de servicios, posteriormente se genera un acta la cual debe ser firmada entre los actores e informar al líder de auditoría para su informe y solicitud de pago por el área encargada.*

## Contabilización y pago

Figura 15. Proceso IV. contabilización y pago

Macroproceso 4 – Contabilización y pago		
Actividades	Descripción	Responsabilidades
4.1 Reporte de pago y registro	El sistema permite consultar los casos autorizados para pagar (la información y soporte de factura); a través del sistema se realiza integración con el sistema de presupuesto y contabilidad para: -Validar el certificado presupuestal que soporta el pago -Proceder a tramitar el certificado para pago -Realizar la contabilización de la factura.	Área financiera
4.2 Programación de pagos	El usuario pagador (Tesorería) programa los pagos de las facturas según notificación recibida área contable o financiera; realiza los pagos según programación y procedimiento de pago establecido.	Tesorería
4.3 Contabilización del pago	Genera la contabilización del pago; a través del sistema se genera integración con el sistema de Tesorería con el fin de conocer las factura pagadas. Con base en esta integración el sistema cambia el estado de la factura a pagada y sobre esa base cierra el proceso	Área contable
4.4 Proceso cartera	Acceder a cada IPS o prestadora del servicio a conocer el estado de sus facturas con opciones de: Factura radicadas y su estado, facturas radicadas y sus saldos aprobados, facturas radicadas y las glosas informadas, facturas aprobadas y el pago realizado.	Área financiera Área contable
4.5 Notificaciones	Notificación a área financiera donde se le reportan los casos aprobados para pago Notificación sobre los pagos programados.	IPS Área financiera

Fuente: Elaboración propia

- **Reporte de pago y registro**

El Sistema genera interfaz (archivo) donde reporta la información de las cuentas (casos) autorizadas para pago.

El archivo generado se carga a la herramienta de gestión Financiera. Esta área recibe notificación donde se le reportan los casos (con su número de radicado o caso) que fueron aprobados para pago. En cada caso el sistema le permite al usuario pagador consultar la información y soportes de la factura.

A través del sistema se realiza integración con el sistema de presupuesto y contabilidad para:

- ✓ *Validar el certificado presupuestal que soporta el pago*
- ✓ *Proceder a tramitar el certificado para el pago.*
- ✓ *Realizar la contabilización de la factura. Se sugiere realizar este proceso de acuerdo con una política estándar de contabilización de tal forma que el registro o causación se realice afectando las mismas cuentas en todos los casos. Los conceptos y cuentas se podrán parametrizar en la solución para indicar en cada caso las cuentas a afectar.*

El usuario pagador (Tesorería) programa los pagos de las facturas según notificación recibida de área contable o financiera.

Realiza los pagos según programación y procedimiento de pago establecido.

Genera la contabilización del pago Se sugiere realizar este proceso de acuerdo con una política estándar de contabilización de tal forma que el registro del pago se realice afectando las mismas cuentas en todos los casos. Los conceptos y cuentas se podrán parametrizar en la solución para indicar en cada caso las cuentas a afectar.

A través del sistema se genera integración con el sistema de Tesorería con el fin de conocer sobre las facturas pagadas. Con base en esta integración el sistema cambia el estado de la factura a pagada y sobre esa base cierra el proceso.

En el caso de los pagos anticipados, se consignará en el sistema esos pagos, con el detalle del monto cancelado y la factura a la que se le aplico el abono.

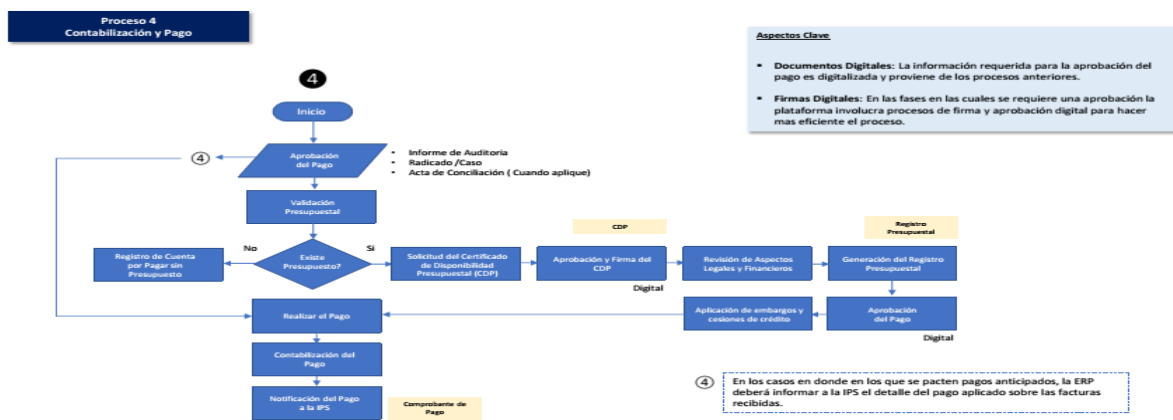
Las Facturas en trámite administrativo judicial deben quedar identificadas y consignadas en aplicativo para realizar seguimiento y registrar observaciones, si aplica.

- **Consultas**

El Sistema debe proveer funcionalidades que permitan:

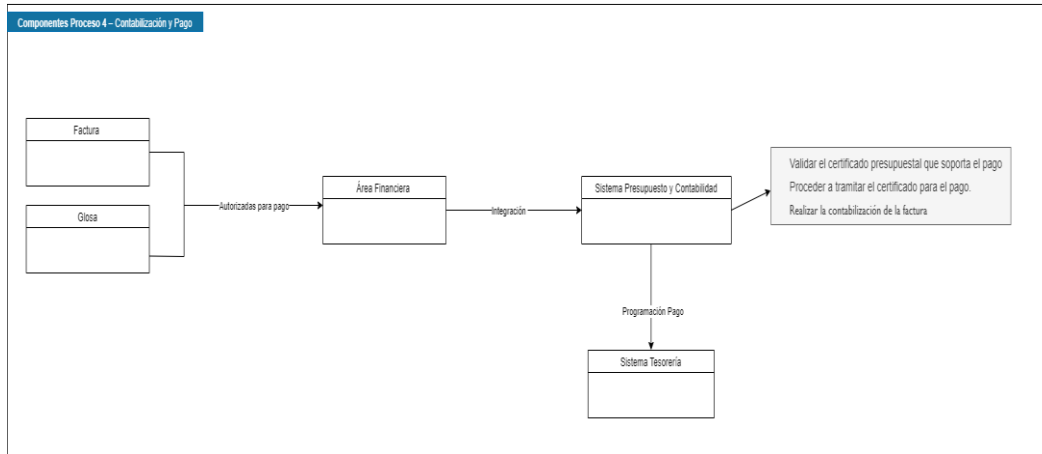
- ✓ Proveer información por IPS o prestadora del servicio para conocer el estado de sus facturas con opciones de: Facturas radicadas y su estado,
- ✓ Conocer las Facturas radicadas y sus saldos aprobados, facturas radicadas y las glosas informadas, facturas aprobadas y el pago realizado.
- ✓ Determinar las cifras de glosas por tipo de glosa o razón de glosa.
- ✓ Indicar las cifras por tipo de atención o procedimiento realizado.

**Figura 16. Flujo proceso IV. contabilización y pago**



Fuente: Elaboración propia

**Figura 17. Componentes contabilización y pago**



Fuente: Elaboración propia

Una vez aprobado el pago se procede a reportarlas al proceso definido en cada entidad territorial para el reconocimiento de las facturas. Una vez realizado el pago la herramienta financiera de la Entidad territorial reporta al sistema el soporte de los pagos efectuados.

### Información dentro de los procesos

A continuación, se presenta matriz de necesidades identificadas a nivel de la información que caracteriza cada uno de los elementos claves del Marco Conceptual en el proceso de Auditoría de Cuentas.

**Tabla 14. Requerimientos de información**

Elemento clave	Necesidades de información
Caracterización Entidades Prestadoras de servicios	Tipos Entidades prestadoras (Públicas, privadas y mixtas)
	IPS con mayor número de atenciones a usuarios a población migrante no afiliada.
	Especialidad médica más consultada por la población migrante no afiliada.
	Principales procedimientos médicos facturados a la población migrante no afiliada.
	Tiempo promedio para el reconocimiento de atenciones en salud, prestados a la población migrante no afiliada.
	Tiempo promedio de respuesta a glosa por parte de las IPS
	Motivo de glosa más aceptada por la IPS
	Motivo de glosa más levantada por la entidad territorial.
	Promedio de facturas y valores no conciliados definidos en segunda instancia.
Caracterización Entidades territoriales / Proceso Auditoría	Estatus de usuario, Proceso de validación en la IPS para determinar si es consulta es primer vez o re-consulta
	Tipos de Cuentas, según origen - naturaleza - tramite etc.
	Tipos de Glosas.
	Tipos de atención.
	Estados de una cuenta
	Lista de chequeo para aceptar la radicación de la factura
	Registro para la afiliación de seguridad social en salud a población migrante no afiliada.
	Cargue masivo de facturas, contar con un límite de atenciones por factura (facturas multipaciente).
	Registro de cuentas
	Registro de soportes cuentas
	Registro Factura Electrónica
	Análisis preliminar para aceptación o devolución
	Radicación de aprobadas
	Control según tipo de cuentas o entidad prestadora
	Control / auditoría Tarifas
Trámite y control en casos de diferencias o márgenes.	
Asignación cuentas a Auditores (teniendo en cuenta parámetros de asignación)	
Factores o aspectos auditoría (pertinencia médica, justificación médica, soportes, tarifas, cobertura)	



Elemento clave	Necesidades de información
	Controles en auditoría Tiempo promedio de respuesta a glosa por parte de las IPS Motivo de glosa más aceptada por la IPS Motivo de glosa más levantada por la entidad territorial. Promedio de facturas y valores no conciliados definidos en segunda instancia. Facturas en proceso jurídico y estado de estos
Caracterización Beneficiarios / Usuarios de los Servicios	Tipos Beneficiarios. Información Beneficiarios Generar un único número de identificación que permita realizar un seguimiento en las atenciones en salud. Considerar los determinantes sociales de la salud en los procesos de atención de la población migrante. Promedio de mujeres en edad fértil Promedio de número de hijos por cada mujer migrante (tasa de fertilidad). Enfermedades más comunes. Simplificar procesos de asegurabilidad. Trámites para solicitud, recibo y entrega Información que reporta el beneficiario Simplificar procesos de asegurabilidad. (Brindar información clara del proceso y realizar acompañamiento que permitan garantizar la cobertura).
Pago de Servicios	Pago aprobadas. Registro en herramientas del Entidad territorial. Tiempo promedio para el reconocimiento de atenciones en salud, prestadas a la población migrante no afiliada. (Determinar agendas de pago) Reportes Informe periódico de notificaciones de pago a las IPS Crear un proceso para el control de cartera. Informes

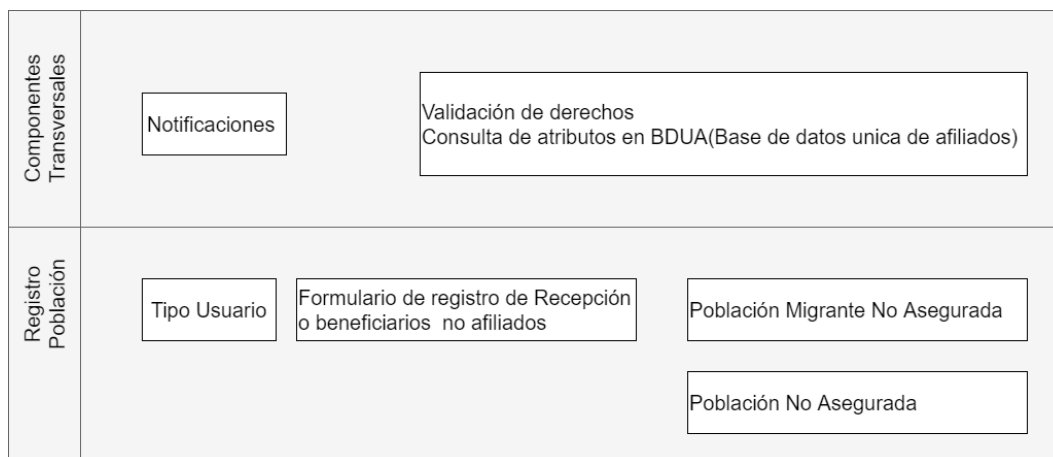
Fuente: Elaboración propia

### 3.2.3 Elementos funcionales

En este apartado se describe cada uno de los módulos y funcionalidades requeridas para el correcto funcionamiento de la solución. El sistema debe proporcionar los mecanismos y procedimientos necesarios para cubrir los siguientes requerimientos:

### Módulo de registro de población

Figura 18. Funcionalidad registro de población



Fuente: Elaboración propia

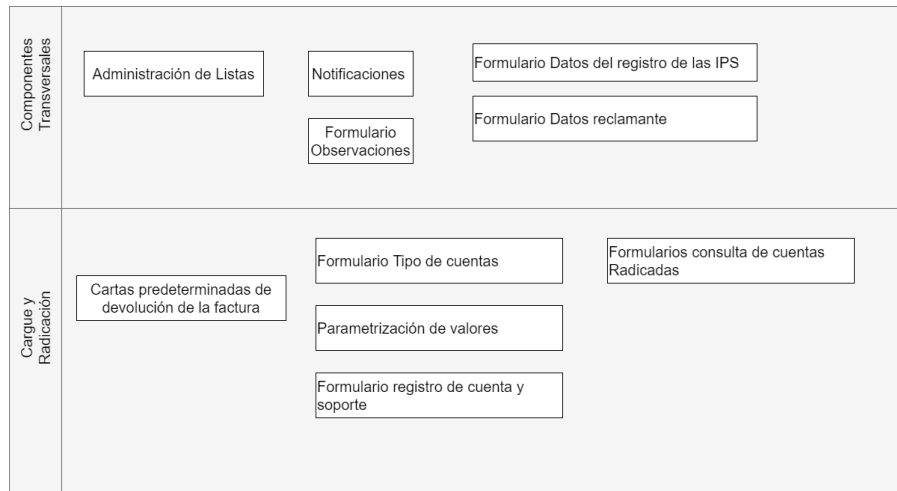
**Tabla 15. Funcionalidades módulo registro población**

Nombre	Descripción General
Formulario registro de receptores o beneficiarios no afiliados	La IPS determina estado de afiliación del usuario si corresponde a Población Migrante no Asegurada o Población no Asegurada. Realiza validación de derechos y cruces con BDUA

Fuente: Elaboración propia

## Módulo de carga y radicación

**Figura 19. Funcionalidad carga y radicación**



Fuente: Elaboración propia

En este módulo se valida la cuenta, se realiza el cargue de RIPS y la radicación de la factura con todos sus soportes, se debe diligenciar cada una de las variables determinadas en la aplicación, al realizar el proceso completamente el aplicativo genera un numero de caso, de no cumplir con lo requerido el sistema generara una devolución automática según los hallazgos.

**Tabla 16. Funcionalidades módulo carga y radicación**

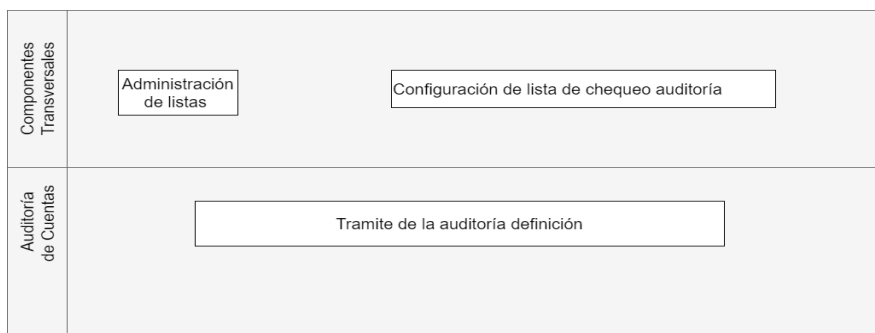
Nombre	Descripción General	Soportes
Parametrización tarifas (valor reclamado)	La IPS debe registrar el valor exacto de la factura, sin signos de pesos ni puntos.	
Formulario tipos de cuentas y tipos soportes	Definir si el cargue corresponde a factura /Respuesta a glosa / Acta de Conciliación. Si es Facturas, si corresponde solo a un usuario-paciente o Factura multipaciente.	
Formulario consulta cuentas radicadas	La IPS ingresa a la plataforma por la opción (consultar caso), registre el número de caso reportado en el momento de la radicación y ACEPTAR, (el aplicativo traerá el caso y la IPS podrá visualizar el estado de la factura).	
Notificaciones	(de manera automática, a la cuenta de correo registrada por la IPS debe llegar la notificación de la radicación con el número de caso generado)	Apreciado Usuario, (NOMBRE DE ENTIDAD TERRITORIAL), informa número de caso asociado a la radicación de la factura realizada por (NOMBRE DEL USUARIO) a través del Portal Web:
Formulario datos del registro	Correo institucional, fecha de radicación.	
Formulario datos del reclamante	Información del prestador: <b>Nombre prestador:</b> Registre el nombre completo del prestador de	

Nombre	Descripción General	Soportes
	<p>servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.</p> <p><b>NIT/CC:</b> Registre NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.</p> <p><b>Departamento:</b> Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.</p> <p><b>Municipio:</b> Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.</p>	
Formulario datos del Usuario (paciente)	<p><b>Datos del usuario – Paciente</b> (como aparecen en la base de datos)</p> <p><b>Apellidos y nombres:</b> Registre los nombres y apellidos del usuario, tal como figuran en la base de datos. Si el usuario solo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.</p> <p><b>Tipo documento de identificación:</b> Seleccione opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.</p> <p><b>Número de documento de identificación:</b> Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.</p> <p><b>Fecha de nacimiento:</b> Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme a los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.</p> <p><b>Cobertura en salud:</b> Relacione la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario o acudiente está solicitando servicios.</p>	<p>Abreviación / Término Definición:</p> <p>CC Cedula de ciudadanía</p> <p>TI Tarjeta de identidad</p> <p>CE Cedula de Extranjería</p> <p>NUIP Numero único de Identificación Personal</p> <p>PA Pasaporte</p> <p>RC Registro Civil</p>
Formulario de Observaciones	Formato que permita registrar observaciones tanto de los usuarios de las IPS como los del Entidad territorial, se podrán realizar en tiempo real, creando un histórico – (bitácora del caso), identificándose el nombre del usuario, fecha del registro y detalle de la observación.	
Provisión Contable	Al ser exitosa la radicación y obtener número de caso por el aplicativo, el valor de la factura debe migrar o tener una interfaz al área de pagos para realizar la provisión contable.	
Si la factura no cumple con los requisitos se realiza devolución automática.	Comunicaciones predeterminadas de devolución de la factura	

Fuente: Elaboración propia

## Módulo auditoría cuentas

Figura 20. Funcionalidad auditoría de cuentas



Fuente: Elaboración propia

El módulo de auditoría y cuentas medicas permite descargar la factura con todos sus soportes ser validada y analizada por el auditor, realizar la definición de la auditoría en el aplicativo y realizar la carta glosa si aplica.

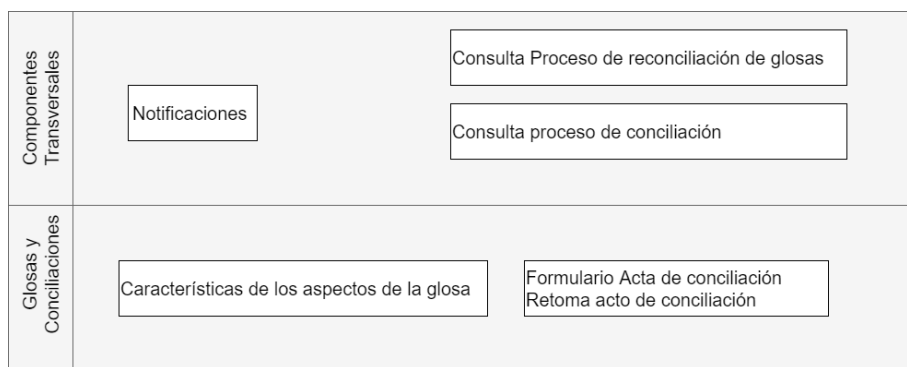
**Tabla 17. Funcionalidades módulo auditoría de cuentas**

Nombre	Descripción General
Configuración lista chequeo auditoría	Factura Detalle de la factura Autorización, si aplica Resumen de atención o epicrisis Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, si aplica Descripción quirúrgica, si aplica Registro de Anestesia, si aplica Comprobante de recibido del usuario Hoja de traslado en ambulancia, si aplica Resolución con tarifas oficiales de la institución prestadora del servicio, si aplica Orden y/o fórmula médica Lista de precios Institucionales Factura de MOST, si aplica FURIPS, si aplica Historia Clínica Hoja de atención a urgencias
Cobertura	El auditor realizara una nueva validación de cobertura, donde se confirme que la entidad territorial es la responsable del pago.
Validación RIPS	El Auditor valida el adecuado cargue de RIPS en la malla validadora
Trámite auditoría (Aceptación de cuenta, No aceptación de cuenta - glosa)	Factura sin glosa Pago parcial y glosa Objeción Devolución

Fuente: Elaboración propia

## Módulo de glosas y conciliaciones

**Figura 21. Funcionalidad glosas y conciliaciones**



Fuente: Elaboración propia

Este módulo permite realizar respuesta a la glosa y seguimiento a estas.

En el proceso de conciliación de glosas, la entidad territorial tiene la opción de consolidar las actas generando así un histórico y control de estas.

**Tabla 18. Funcionalidades módulo glosas y conciliaciones**

Nombre	Descripción general
Consulta proceso Reconsideración de glosas	Para dar respuesta a glosa, seleccione la opción Respuesta a Glosa, y proceda con los registros solicitados (se debe realizar el mismo procedimiento de la radicación de la factura, en este caso los datos que se registran en el aplicativo corresponden únicamente a lo glosado (valor reclamado corresponde al valor de la glosa, registrar el o los usuarios – pacientes a los que se les aplico la glosa).
Consulta proceso Conciliación	<p>El proceso de conciliación se realiza en la Opción: ACTAS DE CONCILIACION, este será diligenciado por la Entidad territorial.</p> <p>Se creará un numero de caso por cada conciliación realizada:</p> <p>Se Realizará el siguiente registro en el aplicativo:</p> <p>Nit. con digito de verificación de la entidad prestadora con la que se realizó la conciliación.</p> <p>Nombre de la IPS</p> <p>Ciudad, departamento</p> <p>Numero de Acta: se llevará de forma interna un control anual de registros de conciliación, el número de acta corresponderá al consecutivo + AÑO ejemplo Acta de conciliación # 1-2022</p> <p>Fecha de la conciliación.</p> <p>Numero de facturas conciliadas</p> <p>Valor Total de la factura</p> <p>Valor Total de la glosa</p> <p>Valor Total aceptado por la IPS</p> <p>Valor para cancelar por la Entidad Territorial</p> <p>Valor no conciliado</p> <p>Las conciliaciones escaladas o definidas por la Supersalud o en trámite administrativo judicial deben quedar identificadas y consignadas en aplicativo para realizar un seguimiento y registrar observaciones de ser necesario.</p>
Formulario concepto auditoría	<p>Aceptado</p> <p>Pago Total</p> <p>Pago Parcial</p> <p>Ratificado</p>

Fuente: Elaboración propia

## Módulo de contabilización y pago

**Figura 22. Funcionalidad contabilización y pago**



Fuente: Elaboración propia

Este Módulo permite subir soporte de pago, definir el caso, realizar la notificación de la definición y subir certificado de pago. La IPS puede consultar el soporte de pago y actualizar sus estados de cartera.

**Tabla 19. Funcionalidades módulo contabilización y pago**

Nombre	Descripción General
Creación beneficiarios	Datos generales de la IPS, Certificado de cuenta bancaria.
Cargue y Registro presupuestal	El Sistema genera la interfaz para entregar al Sistema Financiero de la Entidad Territorial las cuentas a pagar.
Cargue y Registro contable	El Sistema genera la interfaz para entregar al Sistema Contable de la Entidad Territorial las cuentas a pagar.
Cruce del pago	El Sistema carga la información generada por la herramienta de tesorería de la Entidad Territorial, con el registro de los pagos realizados. Pago total Pago parcial En trámite de Pago: (Cuando se ha determinado presupuesto para realizar el pago)
Reportes e informes	Consultas sobre el estado final de las cuentas.

Fuente: Elaboración propia

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Respecto a la aplicación de la metodología de suficiencia financiera en las ET

A continuación, se presentan algunas conclusiones derivadas de este reporte:

- Los IVF reflejan que en general las entidades territoriales analizadas han tenido un desempeño fiscal adecuado con un mejoramiento sustancial entre 2020 y 2021 en las condiciones. En el año 2020, el principal indicador afectado fue el de cumplimiento del límite en los gastos de funcionamiento, en donde siete de las 37 ET sobrepasaron el tope, ocasionado por la disminución de los ingresos de libre por efecto de la Pandemia ocasionada por el COVID-19 y la inflexibilidad en los gastos. En el 2021, solo dos (2) entidades territoriales superaron el límite de funcionamiento.
- Respecto al proceso adelantado en auditoría de cuentas medicas se observa que las ET revisan cada una de las cuentas y facturas y verifica su veracidad como parte del proceso de pago de las facturas. Sin embargo, no se realizan revisiones o auditorías posteriores que permitan identificar errores o indicios de hechos de fraude o corrupción en el proceso.
- Es necesario implementar la aplicación del instrumento de recolección de información respecto a la capacidad de gestión en las entidades territoriales que permita conocer en la totalidad de las entidades el estado de los procedimientos de auditorías de cuentas y en este sentido, realizar acciones que fortalezcan el trámite en las entidades donde se necesite. En el caso de las entidades en las cuales se aplicó el instrumento, se encuentra que siete entidades se ubica en riesgo alto y los departamento de La Guajira y Magdalena presentan riesgo muy alto al no contar con sistema de información para el procedimiento de la auditoría ni controles internos al procedimiento de revisión de cuentas médicas.
- Ahora bien, con relación a la deuda con las IPS, no se tiene información recurrente de los valores radicados y auditados de facturas o cuentas por servicios prestados a la población migrante que permitan aplicar adecuadamente la metodología en la totalidad de las entidades territoriales. Por lo cual es indispensable, expedir el acto administrativo de solicitud de información de facturación de valor radicado, valor auditado y conciliado y valor total pagado.

- De acuerdo con la información reportada por las entidades a la Supersalud al cierre de la vigencia 2021 cerca del 30% no se encontraban auditados por parte de las entidades territoriales y solo el 60% de los valores radicados han sido reconocidos por las entidades luego del trámite de auditoría. Del valor reconocido que corresponde a \$691.396 millones el 77% de ha sido pagados.

Conforme a las visitas y entrevistas realizadas a las entidades territoriales asociadas a los riesgos en la auditoría de las cuentas por servicios médicos se presentan las siguientes recomendaciones:

- Continuar con el desarrollo de la solución tecnológica propuesto por Comunidades Saludables que permita a las entidades territoriales tener la información completa y trazabilidad del procedimiento de auditoría de cuentas por servicios prestados a la población migrante. Así mismo, el sistema de información deberá permitir a las entidades territoriales conocer mejor la información de la atención de la población, como: los valores cobrados, promedio atención y la identificación de la población que accede en varias oportunidades al IPS con el objeto de acompañar el trámite de regularización el a población que le permita su afiliación. Así mismo, deberá permitir realizar cruces de información de forma automática que garantice la aplicación de los criterios de revisión de la identificación y tarifas a pagar por los servicios prestados.
- También se recomienda al MSPS expedir un concepto claro en relación con la obligación de pago de los servicios prestados a la población migrante en una departamento distinto al de residencia del migrante. Indicar que el servicio debe ser pagado por las ET donde se ubica las IPS que atienden servicios de mayor complejidad, ocasiona una fuerte presión en el gasto de éstas entidades. Lo anterior, puede ser una causa de barreras de acceso la población migrante en el sentido que las IPS al no tener claridad respecto a la ET que realizará el reconocimiento de los servicios pueden obstaculizar el trámite de remisión.
- Se recomienda al MSPS expedir Circular que conmine a las Entidades Territoriales a realizar acuerdos de tarifas con las IPS que presenten el 80% de la facturación en medicamentos, insumos, dispositivos y transporte de pacientes al inicio de año, con el objeto que si bien no media un contrato, se puedan establecer tarifas clara y se mejoren los tiempos en el proceso de auditoría.
- Mientras se implementan los desarrollos tecnológicos, se recomienda al MSPS realizar capacitaciones a los equipos auditores de las ET en el acceso a la información de expedición de PPT para la Población Migrante venezolana y el SAT. Así mismo, apoyar espacios virtuales entre las entidades territoriales de intercambios técnicos que fortalezcan el proceso de auditoría y se capitalicen las experiencias exitosas.

## 4.2 Frente al diseño de la solución tecnológica para apoyar la auditoría integral de cuentas médicas en las ET

Las conclusiones y recomendaciones del proceso desarrollado que buscar garantizar la sostenibilidad del proyecto y de la solución en el tiempo se muestran a continuación. Lo anterior parte del hecho que es necesario establecer un mecanismo para lograr la implementación de la solución de acuerdo con dos escenarios:

- Implementar una solución de mercado actual y desarrollar las funcionalidades para que cumplan con las oportunidades y aspectos funcionales acá planteadas. En este caso se generan costos iniciales de desarrollo de las adaptaciones requeridas, y a futuro relacionados con el mantenimiento de la solución o el costo del mismo en un modelo SaaS en la nube.
- Implementar una solución que se desarrolle totalmente bajo los criterios funcionales y técnicos acá planteados. En este caso se generan los costos de su desarrollo y la solución sería de propiedad del MSPS, quien asumiría los costos de mantenimiento y su plataforma de operación.

A partir de estas opciones los aspectos a tener en cuenta para la sostenibilidad de la solución son:

- En el ámbito tecnológico de la solución está planteada para ser alojada dentro de la plataforma actual del MSPS, lo que no generaría costos adicionales para su operación.
- Los costos asociados a uso de herramientas de software base y de desarrollo para mantener la solución propuesta están previstos dentro de lo que actualmente tiene el MSPS, así como el conocimiento y experiencia en el uso de esas herramientas.

- El recurso humano para mantener la solución también podría disminuirse en razón a implementar una solución acorde con las herramientas y plataforma con que cuenta el MSPS, dada la experiencia actual de esos recursos.
- Para evitar el impacto del desarrollo de la solución y su implementación sería necesario buscar un mecanismo de financiación que no impacte el presupuesto del MSPS
- El desarrollo bajo herramientas de punta y sobre componentes en versiones recientes asegura la sostenibilidad de la solución por varios años, sin expectativas de actualización tecnológica requeridas.

## 5. SOSTENIBILIDAD

Comunidades Saludables ha apoyado al Gobierno Nacional en el diagnóstico de la preparación institucional de las ET para responder al fenómeno migratorio de población proveniente de Venezuela. En el marco de este trabajo conjunto se diseñó e implementó la metodología de suficiencia financiera en las ET y se apoyó el diseño de una herramienta tecnológica que facilite el proceso integral de auditoría de cuentas en salud. Estas dos iniciativas han permitido subsanar dos dificultades sentidas en la elaboración de políticas públicas en salud para población migrante: i) la ausencia de información que permita entender el grado de respuesta institucional, preparación de las ET y las necesidades financieras por cada unidad territorial para responder al aumento de demanda de servicios de salud por parte de población que no es susceptible de ser asegurada; ii) la necesidad de contar con un modelo de gestión de la información apalancado sobre una herramienta tecnológica que le facilite a las ET el proceso de reconocimiento de las prestaciones en salud realizadas a población migrante y el monitoreo y seguimiento del proceso en cada uno de sus hitos, esto adicionalmente articulado con las necesidades de información del nivel central.

El objetivo de este reporte es informar de manera completa el detalle de la asistencia técnica que ha brindado Comunidades Saludables al MSPS en la co-creación de herramientas e instrumentos de política pública que afecten positivamente el acceso a servicios de salud de la población migrante, la población retornada y las comunidades de acogida. En particular, mediante el diseño, implementación y actualización de la metodología de suficiencia financiera se apoyó al MSPS en la valoración de las capacidades financieras y de gestión de las ET para responder al fenómeno migratorio. De esta análisis se demostró la necesidad sentida en las ET y el MSPS de fortalecer el proceso de auditoría integral de cuentas médicas mediante el desarrollo de un solución tecnológica que se articulara con el monitoreo y seguimiento desde MSPS, al tiempo que facilita los procesos al interior de la ET y en la relación ET e IPS.

Los desarrollos y mejoras administrativas que ha permitido el acompañamiento de Comunidades Saludables al MSPS son importantes en la búsqueda continua de garantizar el derecho a la salud de la población migrante, por al menos dos razones: en primer lugar, permite dimensionar la necesidad de recursos necesarios para atender en salud a la población migrante, principalmente los migrantes con estatus migratorio irregular, la capacidad institucional y grado de preparación de los diferentes territorios para responder a la llegada de población migrante. En segundo lugar, movilizar recursos para facilitar los procesos de auditoría integral de cuentas permite reducir barreras administrativas y amenazas financieras que dificultan el acceso efectivo a servicios de salud por parte de población no asegurada, en especial, población migrante con estatus migratorio irregular.

Para garantizar la apropiación y la sostenibilidad de la herramienta de valoración de la suficiencia financiera de las Entidades Territoriales se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Apoyo directo a la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS en la aplicación de la metodología de suficiencia financiera de las Entidades Territoriales, donde mediante el seguimiento con la Coordinación de Análisis y Seguimiento de Recursos del SGSSS se modificó la metodología de suficiencia financiera y se compartieron los principales resultados y conclusiones.
- Asistencia técnica a las Entidades Territoriales para compartir los resultados de la aplicación de la metodología de suficiencia financiera. Esto permitió retroalimentar los principales hallazgos del proceso y recibir insumos y evidencias por parte de cada actor.
- Apoyo al MSPS y en particular a la DFS en la elaboración de un diagnóstico de la situación financiera de las Entidades Territoriales, la necesidad de recursos para la atención de población migrante y un análisis de



los retos normativos para avanzar en la redefinición de las competencias por nivel territorial en un contexto cambiante del aseguramiento en salud.

Por su parte, en lo relacionado con el desarrollo de la herramienta tecnológica que permita el monitoreo y seguimiento del proceso de reconocimiento de cuentas médicas por servicios prestados a población migrante con estatus migratorio irregular, que no puede ser asegurada, se han desarrollado las siguientes acciones para garantizar su apropiación por parte del Gobierno Nacional:

- Desarrollo de la arquitectura de la solución tecnológica que apoye el proceso de reconocimiento de las cuentas médicas por servicios provistos por fuera del aseguramiento, en articulación con la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones del MSPS y partiendo de la realidad territorial; a partir del análisis de caso de Entidades Territoriales diversas en recursos, capacidad institucional y contexto migratorio, se construyó un proceso estándar de la adaptación del proceso de auditoría integral.
- Con los usuarios funcionales del MSPS, en particular la DFS, construir el prototipo de solución tecnológica cumpliendo una doble función: i) facilitar el proceso de auditoría integral de cuentas médicas en las Entidades Territoriales, en el marco del reconocimiento de atenciones por fuera del aseguramiento en salud y ii) articular el monitoreo y seguimiento de la información con el Gobierno Nacional en el nivel central, facilitando de esta forma la adopción de políticas que propendan por la garantía de la sostenibilidad de este conjunto de atenciones.

## 6. ANEXOS

### ANEXO I MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A MIGRANTES DE ORIGEN VENEZOLANO EN COLOMBIA

- i) **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”

**“Literal d Artículo 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. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos de la entidad territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura”.

- ii) **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” (compilado en el Decreto 780 de 2016):

**“Artículo 2.5.3.2.6. Informe de la atención inicial de urgencias.** Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Art. 12 del Decreto 4747 de 2007)

**Artículo 2.5.3.2.7. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

1. Para atención subsiguiente a la atención de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
2. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.”

- iii) **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.

- iv) **Ley 1438 de 2011**- “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. En particular el artículo 57 detalla el proceso de auditoría y glosas de las cuentas presentadas a las entidades responsables de pago a nivel nacional: i) establece los tiempos que tiene la Entidad Responsable de Pago (ERP) para presentar las glosas por cada factura que le presenten las IPS, ii) establece los tiempos que tiene la IPS para subsanar las glosas presentadas por la ERP y iii) los tiempos que debe cumplir la ERP para realizar el pago después de surtido el proceso de

- glosas y conciliaciones, y finalmente, iv) la función conciliatoria o jurisdiccional que tiene la Superintendencia Nacional de Salud.
- v) **Ley 1966 de 2019** - “Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
- En este desarrollo normativo se destaca la creación del **Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial – SIIFA** (artículo 3), para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y visibilizar las transacciones entre los agentes del sector salud. Así mismo, se delegó la responsabilidad del diseño e implementación del SIIFA al MSPS en articulación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- De forma complementaria en el artículo 15, se define la obligatoriedad de la presentación de la factura electrónica ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN por parte de las IPS y con sus respectivos soportes de pago a partir de los lineamientos definidos por el MSPS (Resolución 510 de 2022).
- vi) **Decreto 441 de 2022** “Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud”.
- En el decreto en mención se destacan algunos lineamientos que deberán tener en cuenta las entidades territoriales en el proceso de auditoría de cuentas médicas, la obligatoriedad del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS como soporte para la presentación de facturas por parte de las IPS, la reiteración de cumplimiento de los tiempos de trámite de glosas y aceptación de factura conforme al artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 (mencionado previamente), entre otras disposiciones.
- vii) **Resolución 1036 de 2022** “Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud”.
- En este acto administrativo define cómo funciona el flujo de información entre las entidades sujetas al reporte, validación y seguimiento de los RIPS como soporte obligatorio para el envío de una factura de venta en salud (que incluye a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y las Secretarías de Salud del orden departamental, distrital y municipal), los procesos informáticos que deberán seguir los facturadores electrónicos en salud y demás entidades obligadas a reportar en RIPS, así como el periodo de transición para iniciar con el envío de RIPS en la nueva estructura (1 de enero de 2023).

## ANEXO II TIPOS DE AUDITORÍA MÉDICA

### **Auditoría de Calidad de los Servicios**

Es un mecanismo sistemático y periódico de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, lo cual, implica que las metodologías a través de las cuales se implementan, se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, es decir, el resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente. Sus características principales son:

- Su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables, y promueve la internalización en la organización y por ende, en el personal que labora en ella, de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la autoevaluación y el autocontrol.
- Entiende que no toda evaluación es útil, sólo aquellas que apunten a problemas importantes, y aplique métodos que maximicen la relación entre esfuerzos y resultados (costo-efectividad). Es tan importante describir lo que se está haciendo, en aras de documentar los procesos y estándares institucionales definidos, en búsqueda de la acreditación, como describir cuáles han sido los resultados en la mejora de la salud de los pacientes y la población, en la mejora en la eficiencia clínica y administrativa y en la satisfacción real de los pacientes/clientes, así como en la contención de costos de no calidad.
- Trabaja los procesos que son prioritarios y que generen acciones de mejoramiento en áreas costo-efectivas.
- Combina técnicas de auditoría (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad) con el despliegue de comités, evaluando a su vez la efectividad de éstos y promoviendo su mejoramiento continuo, en procura de determinar y garantizar la adecuada prestación de servicios de salud al interior de la organización.
- Comparte con la investigación clínica la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades. En consecuencia, emplea instrumentos adecuados al problema al cual apunta, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.
- Su resultado se evalúa en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genera. Solamente si lo anterior se da, se puede considerar exitosa.

### **Auditoría Médica**

Es el análisis retrospectivo o concurrente, crítico y sistemático de la calidad de la asistencia médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de estos en cuanto a desenlaces clínicos y calidad de vida del paciente<sup>10</sup>. Por lo tanto, la auditoría médica incluye, aunque no se limita a:

- *Revisión de historias clínicas como documento médico-legal que permite valorar si la asistencia ha cumplido con estándares satisfactorios.* Normalmente lo que se hace es elegir una muestra aleatoria de las historias para analizarlas. Es altamente dependiente de la calidad con que se toman los datos y se escriben las historias, más que de la calidad de la asistencia. En realidad, no es propiamente un tipo de auditoría sino que forma parte de la metodología de otros tipos.

---

<sup>10</sup> Department of Health. Working Paper 6-Medical Audit. Londres: HMSO, 1989.

- *Análisis de los datos de los servicios recogidos rutinariamente.* El problema de utilizar los sistemas rutinarios de datos en la auditoría reside en que generalmente falta información sobre el espectro de tipos de pacientes, además de que se tiende a recoger una mínima base de datos. Sin embargo, puede ser muy apropiado cuando se complementa con otros ítems de información y con algún indicador de resultados.
- *Auditoría basada en criterios de asistencia.* Es el método formal de la auditoría, que establece unos estándares de la asistencia que se debe proporcionar a los pacientes (Protocolos o Guías de Atención) y monitoriza la práctica clínica contra esos estándares. Requiere criterios explícitos e indicadores de resultados válidos.
- *Revisión por pares.* Este método requiere de la realización de inspecciones interdepartamentales, pero no se basa necesariamente en estándares explícitos. Para valorar los resultados, confía en gran medida en valores profesionales implícitos.
- *Tamiz de acontecimientos.* Es un método importado de los EE.UU. que se basa en la observación de “eventos adversos al paciente”. Por medio de examinar la asistencia ofrecida a los pacientes y contrastarla con criterios predefinidos se pueden observar este tipo de acontecimientos, que pueden requerir una revisión de pares más exhaustiva. Los criterios generalmente utilizados se basan en identificar eventos tales como reingresos, infecciones nosocomiales, complicaciones no relacionadas con la patología de base, muerte y accidentes intrahospitalarios.

## **Auditoría de Cuentas Médicas<sup>11</sup>**

- Es un proceso enfocado a realizar la evaluación sistemática, continua e integral de las facturas o documentos equivalentes, generadas en el proceso de atención, desde el punto de vista administrativo, técnico y jurídico. Se rige según la normatividad vigente entre las entidades aseguradoras de salud y su Red Prestadora de Servicios de Salud.
- La auditoría de cuentas médicas, incluye el procesamiento, control y seguimiento de las facturas presentadas por la red contratada, mediante los siguientes procesos:
  - **Validación y cargue de Información de archivos RIPS.** Lo que permite capturar el detalle de las facturas para proporcionar información estructurada y estandarizada a los auditores documentales.
  - **Radicación de las facturas.** Consiste en registrar los datos generales administrativos estipulados por el código tributario y los contables y estadísticos, NIT de la IPS, Número de la Factura, fecha de prestación del servicio, expedición de la factura y radicación, valor de la factura, identificación y nombres y apellidos del paciente. En este paso se revisan los requisitos legales y contractuales de la facturación. Revisión del contenido de las facturas. Lo cual permite verificar que la factura cumple con los parámetros establecidos en Art. 617 del estatuto tributario y la resolución de la Dian número 0042 de 2020 a partir de su artículo 37 que establecen en su conjunto los requisitos de la factura de venta., de igual forma permite revisar y registrar los servicios de cada factura, verificación de derechos del usuarios afiliación y plan, pertinencia del servicio, validar tarifas, cantidades, operaciones aritméticas y coherencia de los servicios facturados con los registrados en los soportes adjuntos.
  - **Revisión de pertinencia y oportunidad de los servicios facturados.** En este punto se interactúa con la realización de la auditoría concurrente, durante la cual se establece la

---

<sup>11</sup> Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II): definiciones y tipología, Med Clin, 1994, 103: 741-4

pertinencia, racionalidad, costo-efectividad y oportunidad de las actividades, procedimientos e intervenciones realizados al paciente en el proceso de atención.

- **Elaboración, registro y gestión de glosas administrativas, financieras y médicas.** Constituye la gestión administrativa del proceso de auditoría de cuentas médicas.

Los principios hacen que la auditoría sea una herramienta confiable para apoyar las políticas y controles de gestión, suministrando información sobre cómo puede actuar una organización para mejorar su desempeño en términos de resultados de la atención en salud. La adhesión a estos principios es un prerrequisito para suministrar conclusiones que sean pertinentes, coherentes y suficientes, y para asegurar que auditores que trabajan independientemente entre sí lleguen a conclusiones similares en circunstancias similares.

Los siguientes principios se relacionan con los propios auditores:

- **Conducta ética.** En la auditoría de servicios de salud son esenciales la confianza, la integridad, la confidencialidad y la discreción.
- **Presentación justa.** Los hallazgos, conclusiones y reportes de la auditoría deben reflejar con veracidad y exactitud las actividades de la auditoría. Se deben reportar los obstáculos significativos encontrados durante la realización de la auditoría, los aspectos no resueltos, o los puntos de no acuerdo entre el auditor y el profesional auditado, así como los compromisos asumidos por la entidad auditada.
- **Debido cuidado profesional.** Los auditores deben proceder con el cuidado requerido de acuerdo con la importancia de la tarea que realizan y la confianza depositada en ellos. Un prerrequisito es poseer la competencia necesaria.
- **Independencia.** Los auditores deben ser independientes de la actividad auditada, no estar parcializados y no tener conflicto de interés. Los auditores deben mantener un estado mental objetivo durante cada proceso de auditoría, para asegurar que los hallazgos y conclusiones se basen solamente en evidencias.
- **Evidencia.** La evidencia de la auditoría debe ser verificable objetivamente. Se debe basar, por lo tanto, en muestras de información disponible, ya que la mayoría de las veces la auditoría se realiza durante un período de tiempo y con recursos limitados. El uso apropiado del muestreo está muy relacionado

## ANEXO III AJUSTES A LA METODOLOGÍA DE SUFICIENCIA FINANCIERA DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES

A partir de la información recibida, se consideraron algunas oportunidades de mejora en la metodología tales como ajustes en la ponderación de las categorías de análisis, fuentes de información para los distritos que no son capitales, cambios en puntajes de algunos indicadores, entre otros.

### Modificaciones a los Indicadores

El ajuste a los indicadores se realizó en los siguientes sentidos, en la definición de fuentes de información adicional en aquellos indicadores que no era posible obtener de los IVF del MHCP, rangos más uniformes en la calificación y en la eliminación de un indicador que no es posible calcularlo en varios periodos del tiempo.

A continuación, se presentan el ajuste a cada uno de los indicadores y la correspondiente justificación de la categoría de Viabilidad Fiscal, así:

**Tabla 20. Propuesta ajuste de indicadores categoría viabilidad fiscal**

Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Puntaje Indicador	Justificación ajuste
c. Gastos de funcionamiento.	Se aplican los % definidos de los ingresos corrientes de libre destinación establecidos en los artículos 4 y 6 de la Ley 617 de 2000	<% gasto funcionamiento- Ley 617 - Riesgo bajo (5) >% gasto funcionamiento- Ley 617 - Riesgo muy alto (1)	Se deben definir los porcentajes conforme a la norma.
d. Calificación de Riesgo (para el endeudamiento).	De acuerdo con la calificación de la firma Fitch Ratings Colombia o similar. Se debe hacer la homologación en el caso de otra firma.  Cuando no tiene calificación se utilizará la información del indicador “sostenibilidad de la deuda” del Índice de desempeño Fiscal territoriales del DNP  Saldo de la Deuda/Ingreso Corriente (SD)	Cuando la calificación del indicador de riesgo es: AAA o AA + o AA / Sin riesgo (1) AA- o A+ o A o A- / Riesgo bajo (2) BBB+ o BBB o BBB- / Riesgo medio (3) BB+ o BB o BB- / Riesgo alto (4) D o C o CC o CCC / Riesgo muy alto (5)  Cuando SD: [0-20] / Sin riesgo (1) (20 – 35] / Riesgo bajo (2) (35 – 50] / Riesgo medio (3) (50 – 65] / Riesgo alto (4) > 65% / Riesgo muy alto (5)	Se debe definir el indicador de riesgo teniendo en cuenta las posibles calificaciones de riesgo de largo plazo que no contemplan calificaciones tipo E.  Se debe definir que indicador utilizar cuando no se tenga calificación por una firma calificadora.
e. Resultado Presupuestal Sector descentralizado (Balance Financiero).	Superávit (Deseable)/Déficit	Superávit - Riesgo bajo (5) Déficit - Riesgo muy alto (1)	Se considera necesario evaluar el sector descentralizado en su totalidad y no solo los hospitales, en la medida que esta categoría busca identificar las entidades territoriales que cuentan con recursos suficientes para aportar a la financiación de la atención de la población migrante, por lo cual las deudas del Sector descentralizado pueden impactar las finanzas territoriales. Es importante, considerar en este aspecto, lo que ha

Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Puntaje Indicador	Justificación ajuste
			definido la entidad territorial en sus ejercicios de disciplina fiscal y en particular con lo establecido en el artículo 52 de la Ley 1955 de 2019, que exige a la entidad considerar el impacto en sus finanzas de mediano plazo el pasivo del sector descentralizado
f. Nivel de Riesgo Hospitales (RH).	(No. hospitales riesgo alto y medio /Total Hospitales de cada Entidad Territorial) *100	RH $\geq$ 50% - Riesgo muy alto (1) 50%>RH $\geq$ 35% - Riesgo alto (2) 35%>RH $\geq$ 20% - Riesgo medio (3) 20%>RH $\geq$ 10% - Riesgo bajo (4) RH<10% - Sin Riesgo (5)	Se propone que solo se aplique el indicador sobre las IPS públicas de propiedad de la entidad territorial que se está evaluando, en la medida que son estas empresas sobre las cuales la entidad tiene una responsabilidad directa en la financiación de sus pasivos. Si bien, conforme al artículo 43 de la Ley 715 de 2001, las entidades territoriales del orden departamental y distrital son los responsables de conformar la red de servicios, para lo cual debe considerar el equilibrio financiero en el marco de la presentación del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de las ESE al MSPS, no es responsabilidad de la entidad los pasivos a cargo de las IPS públicas. Conforme al artículo 8 de la Ley 1966 de 2019, las ESE que se encuentren categorizadas en riesgo medio o alto deben adoptar un Programa de Saneamiento fiscal y financiero, en este sentido, el nivel de riesgo debe estar asociado a las dos categorías de riesgo.

Fuente: Elaboración propia

En el componente de viabilidad fiscal, la mayor parte de la información es tomada del Informe de viabilidad fiscal elaborado por la Dirección de Apoyo Fiscal del MHCP. Sin embargo, el informe es preparado para las ciudades capitales y departamentos, en este sentido, no se tiene información de distritos que no sean capital, como en este momento el caso del distrito de Buenaventura. Por lo anterior, es necesario definir la fuente de información que se utilizará para los distritos no capitales en la categoría de informe de viabilidad, así:

**Tabla 21. Fuentes de información - distritos no capitales.**

Nombre del indicador	Fuente de información
a. ¿Se encuentra en proceso de saneamiento fiscal? (Ley 550 de 1999).	Página web Minhacienda. Entidades de Orden Territorial. Procesos de Reestructuración de Pasivos en las Entidades Territoriales - Ley 550 de 1999. <sup>12</sup>
b. Resultado Presupuestal (Balance Financiero).	Página web del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) <a href="http://www.chip.gov.co">www.chip.gov.co</a>

<sup>12</sup> <https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/ReestructuracindePasivos>.



Nombre del indicador	Fuente de información
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hasta la vigencia 2021. FUT - Formularios de Ingresos, Gastos de inversión, Gastos de Funcionamiento y Servicio deuda.</li> <li>Desde 2022. Cuipo - Formularios de Ejecución de ingreso y ejecución de gastos.</li> </ol> <p>Se deberá utilizar la información de recaudo de los ingresos corrientes, ingresos de capital e ingresos totales. En el gasto, se debe utilizar los recursos comprometidos de total inversión, total funcionamiento y total servicio de la deuda.</p>
c. Gastos de funcionamiento.	<p>Página web DNP<sup>13</sup>. Índice de Desempeño Fiscal Territorial<sup>14</sup>. <u>Indicador de Cumplimiento Ley 617 de 2000</u>. Temática Planeación Financiera – Dimensión de Gestión Financiera.</p> <p>Indicador: Límite Ley 617- GF / ICLD</p> <p>Cuando no cumple, el indicador es No. Cuando cumple el límite establecido en la ley, la calificación se calcula de forma comparativa asignando un puntaje de 100 al municipio o departamento dentro de la misma categoría presupuestal de Ley 617 de 2000 que obtenga el valor máximo de holgura, para los demás departamentos o municipios se realiza una regla de tres simple. Sin embargo, solo se utiliza la descripción si cumple o no el límite de la Ley 617 de 2000.</p>
d. Calificación de Riesgo (para el endeudamiento).	Búsqueda en internet a través de algún motor o página web de la entidad territorial. En el evento que no se encuentre el informe de calificación de la deuda, se debe utilizar la información del Informe de desempeño fiscal del DNP conforme fue expresado en la metodología.
e. Resultado Presupuestal Sector descentralizado (Balance Financiero).	<p>Página web del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) <a href="http://www.chip.gov.co">www.chip.gov.co</a></p> <p>Se deben identificar las empresas del sector descentralizado de la entidad a analizar Desde 2021. Cuipo - Formularios de Ejecución de ingreso y ejecución de gastos.</p> <p>Se deberá utilizar la información de recaudo de los ingresos totales. En el gasto, se debe utilizar los recursos comprometidos.</p> <p>Luego se debe establecer el balance financiero, es decir: Ingresos totales – Gastos totales (compromisos) de cada una de las entidades. Y finalmente, hacer la sumatoria y determinar el valor total del Balance Financiero del Sector descentralizado.</p>

Fuente: Elaboración propia

Los ajustes propuestos en la Categoría de Gestión Administrativa son presentados en la **Error! Reference source not found.**, así:

**Tabla 22. Propuesta ajuste de indicadores categoría gestión administrativa**

Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Puntaje Indicador	Justificación ajuste
a. % valor total auditado y conciliado (VAC) frente al valor radicado.	$\frac{\text{Valor total auditado y conciliado} * 100}{\text{Valor total radicado}}$	<p>VTP ≥ 80% Sin Riesgo (5)</p> <p>80% &gt; VTP ≥ 60% - Riesgo bajo (4)</p> <p>60% &gt; VTP ≥ 40% - Riesgo medio (3)</p> <p>40% &gt; VTP ≥ 20% - Riesgo alto (2)</p> <p>VTP &lt; 20% - Riesgo muy alto (1)</p>	<p>Los rangos definidos son muy amplios. La entidad territorial debe cumplir los términos de trámite de glosas establecidas en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>En consecuencia, se propone una distribución más uniforme para definir los rangos.</p>

<sup>13</sup> <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Estudios-Territoriales/Indicadores-y-Mediciones/Paginas/desempeno-fiscal.aspx>

<sup>14</sup> **Dirección de Descentralización y Desarrollo Regional - DNP (2020)**. Medición nuevo índice de Desempeño Fiscal Territorial de los departamentos y municipios. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Puntaje Indicador	Justificación ajuste
e. %Uso de fuentidad territorial para el pago de las cuentas por servicios de urgencias de salud. (RT)	Recursos destinados atención de urgencias / Recursos de Licores y cervezas destinados a Salud	RT ≥ 10% Sin Riesgo (5) 10%>RT≥7,5% - Riesgo bajo (4) 7,5%>RT≥5% - Riesgo medio (3) 5%>RT≥2,5% - Riesgo alto (2) RT<2,5% - Riesgo muy alto (1)	Es importante determinar el grado de esfuerzo de la ET, no es suficiente con medir si están destinando recursos. En este sentido, propone modificar el indicador comparando el esfuerzo respecto a los recursos de los licores destinados a salud.

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, se presentan los ajustes propuestos a la categoría de Deuda con las IPS en la **Error! Reference source not found.**, con el siguiente detalle:

**Tabla 23. Propuesta ajuste de indicadores categoría deuda con las IPS**

Nombre del indicador	Fórmula del indicador	Puntaje Indicador	Justificación ajuste
a. % valor total pagado de las cuentas no auditadas y no conciliadas (anticipo sobre la presentación de cuentas).	(Valor pagado * 100) / Valor cuentas no auditadas y conciliadas	>50 = Riesgo bajo; < 50 %=Riesgo medio; <30%= Riesgo alto; <20%= Riesgo muy alto	Eliminar el indicador. No es posible calcular en diferentes periodos del tiempo, en la medida que una vez una cuenta pasa el proceso de auditoría deja de ser anticipo.
b. % del valor total pagado (VTP) frente a las cuentas auditadas y conciliadas.	(Valor total pagado * 100) / Valor cuentas auditadas y conciliadas	VTP ≥ 80% Sin Riesgo (5) 80%>VTP≥60% - Riesgo bajo (4) 60%>VTP≥40% - Riesgo medio (3). 40%>VTP≥20% - Riesgo alto (2) VTP<20% - Riesgo muy alto (1)	Se propone una distribución más uniforme para definir los rangos de riesgo.

Fuente: Elaboración propia

## Modificación a la Metodología de calificación

Se utilizará la misma calificación individual para cada uno de los indicadores, es decir de 1 a 5, donde 5 corresponde al mayor nivel de riesgo y el 1 al menor nivel de riesgo. Se realiza el cambio en la ponderación en las categorías, cada una de éstas tendrá el mismo peso independiente del número de indicadores. En consecuencia, para determinar la calificación de las entidades territoriales se utilizará la siguiente tabla:

**Tabla 24. Calificación indicador y categoría – ET con red propia de prestadores**

Categoría	Ponderación de cada Indicador	Puntaje Máximo Categoría
1. Informe de Viabilidad Fiscal	Puntaje *(100/90)	100 / 3
2. Capacidad de Gestión	Puntaje *(100/75)	100 / 3
3. Análisis deuda con las IPS	Puntaje *(100/30)	100 / 3
<b>Total</b>		<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Para las entidades territoriales que no cuentan con red propia de prestación de servicios, no es posible determinar el indicador “f. Nivel de Riesgo Hospitales (RH)”, en consecuencia, se debe aplicar la siguiente tabla:

**Tabla 25. Calificación indicador y categoría – ET sin red propia de Prestadores**

<b>Categoría</b>	<b>Ponderación de cada Indicador</b>	<b>Puntaje Máximo de Categoría</b>
1. Informe de Viabilidad Fiscal	Puntaje *(100/75)	100/ 3
2. Capacidad de Gestión	Puntaje *(100/75)	100 / 3
3. Análisis deuda con las IPS	Puntaje *(100/30)	100 / 3
<b>Total</b>		<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Para determinar el nivel de criticidad total de cada entidad territorial se define la calificación máxima y mínima y se distribuye uniformemente, así:

$$Rango = Max - M\acute{in} \quad (1)$$





Con este rango se obtendrá el tamaño del intervalo para 4 grupos, así:

$$Intervalo = \frac{Rango}{4} \quad (2)$$

De acuerdo con las calificaciones el valor máximo será de 100 puntos y el mínimo será 20 puntos.

$$Rango = \frac{100 - 20}{4} = 20$$

**Tabla 26. Rangos de calificación - nivel de criticidad de las ET**

<b>RANGO CALIFICACIÓN</b>	<b>NIVEL DE CRITICIDAD</b>	<b>SEMÁFORO</b>
[20-40]	MUY ALTA	
(40-60]	ALTA	
(60-80]	MEDIA	
(80-100]	BAJA	

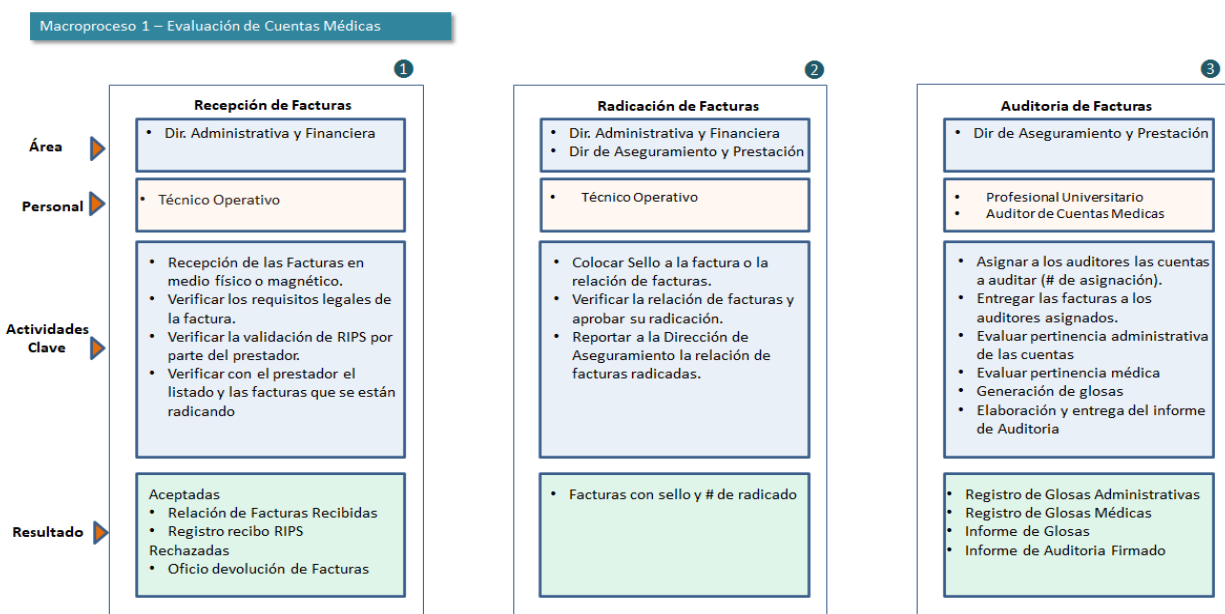
Fuente: Elaboración propia

# ANEXO IV CONCEPTUALIZACIÓN DE MACROPROCESOS DE LA AUDITORÍA INTEGRAL DE CUENTAS MÉDICAS EN LAS ET

## Macroproceso 1 – Evaluación de Cuentas Médicas

Como se muestra en la figura siguiente, el Macroproceso de evaluación de cuentas médicas incluye tres procesos clave: 1) recepción de facturas, 2) radicación de facturas y 3) auditoría de facturas.

Figura 23. Macroproceso I. evaluación de cuentas médicas



Fuente: Elaboración propia

### • Proceso 1 – Recepción de Facturas

El proceso de recepción de facturas comprende la recepción y validación de aspectos fundamentales de las facturas que provienen de las IPS, ligadas a la prestación de servicios de salud a la población migrante. En esencia la IPS le presenta a la Entidad Responsable del pago<sup>15</sup> (ERP) que pagará la atención, las facturas en medio físico o magnético.

En este punto, la ERP realiza un conjunto estandarizado de verificaciones de manera que pueda recibirlas para su correspondiente radicación (Proceso 2) y procesamiento interno. De esta forma se realizan diferentes verificaciones:

- ✓ *Verificación Legal. De los requisitos básicos de la factura particularmente desde el punto de vista tributario.*
- ✓ *Verificación Operativa. De los RIPS que deben incluir datos de identificación de la persona a quien se prestó la atención, el servicio prestado, el motivo de la atención y el valor.*
- ✓ *Verificación Numérica Básica. En donde se valida con la IPS el número y el valor general de las facturas que se presentan.*

<sup>15</sup> En el sector salud y siguiendo lo definido en el Decreto 441 de 2022, una **Entidad Responsable de Pago** es la encargada de la “planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas”.

Una vez finalizan las diferentes verificaciones la ERP tiene tres opciones: a) Acepta la totalidad de las facturas o paquetes de facturas, b) Acepta una parte de las facturas y rechaza la otra parte o c) Rechaza en su totalidad el paquete de facturas. En los dos últimos casos se genera un documento de devolución (i.e oficio de devolución) para informarle a la IPS las razones del rechazo.

- **Proceso 2 – Radicación de Facturas**

Cuando las facturas son formalmente recibidas pasan a ser radicadas oficialmente en la ERP. Esta radicación implica marcar las facturas (a partir de un sello o distintivo individual) que les permita a las áreas que participan en el proceso garantizar que estas facturas ya han sido recibidas y registradas en la ERP.

Desde el punto de vista operativo esta radicación tiene en esencia 2 alternativas de registro dependiendo de la ERP.

- ✓ *Registro en Excel. En este primer registro las áreas responsables (típicamente el área administrativa) hace el registro de las facturas recibidas en un archivo de Excel en donde se detallan las facturas individuales ligadas a los paquetes recibidos con detalles individuales adicionales para efectos de registro.*
- ✓ *Registro en Sistema de Auditoría. En otros casos la entidad tiene un sistema de información en donde registra la información individual de las facturas para efectos de control y seguimiento.*

Desde el punto de vista contable, en la mayoría de las entidades que se revisaron, no había un registro directo dentro de los estados financieros en este punto; sino que más bien se utilizan cuentas de orden para realizar un registro general de los paquetes (no de las facturas individuales) para efectos de revisión más adelante.

- **Proceso 3 – Auditoría de Facturas**

Una vez las facturas son radicadas y registradas correctamente, comienza el proceso de Auditoría de Facturas. Dependiendo de la entidad hay pequeñas diferencias en materia de organización y operación, pero en esencia el proceso es el siguiente:

- ✓ *Asignación de Facturas: en primer lugar, hay un proceso de asignación de las facturas al equipo o grupo de auditoría médica que hace parte del área de Aseguramiento o prestación de servicios. Dependiendo de variables como el número de facturas, monto a auditar, la entidad prestadora y el número de auditores, se hace un proceso de asignación y distribución de facturas físicas al grupo de auditoría. En este caso cada uno de los auditores recibe un paquete de facturas para que lleve a cabo su proceso.*
- ✓ *Evaluación de Pertinencia Administrativa: En este punto cada auditor debe realizar dos evaluaciones. Por un lado realiza una evaluación de pertinencia administrativa en donde en esencia se verifican si los usuarios a quienes se les prestaron los servicios corresponden a la población a cargo de la ERP y a las condiciones de los contratos establecidos con las IPS. Para el caso de la población no asegurada no existen contratos particulares y en este sentido la evaluación de pertinencia se concentra en la afiliación de esta población al sistema de salud.*
- ✓ *Evaluación de Pertinencia Médica: en este caso a partir de la información disponible del paciente (historia clínica), el auditor revisa que los procedimientos realizados corresponden a lo que el paciente requiere en términos de racionalidad técnico-científica.*

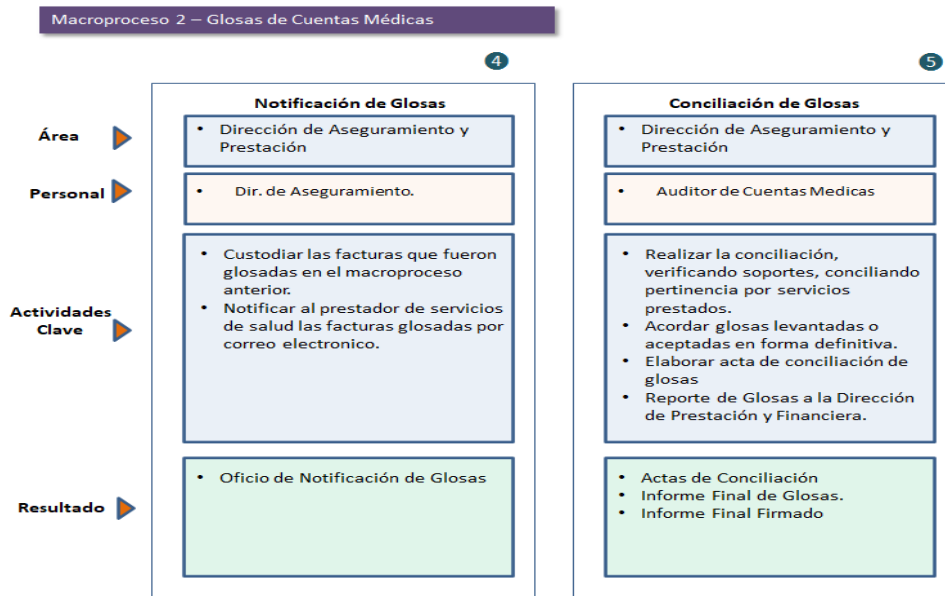
A partir de las evaluaciones realizadas de cada una de las facturas recibidas se realiza un informe de auditoría que incluye dos entregables claves: a) Informe de Glosas (administrativas, médicas) y b) El paquete de facturas que no tuvieron glosas y pueden pasar directamente al proceso de pago.

A continuación, presentamos la descripción del proceso de glosas (Macroproceso II – Glosas de Cuentas Médicas).

## **Macroproceso II – Glosas de Cuentas Médicas**

Como se muestra en la figura siguiente, el Macroproceso de Glosas de Cuentas Médicas incluye dos procesos clave: 4) notificación de glosas y 5) conciliación de glosas.

**Figura 24. Macroproceso II. glosas de cuentas médicas**



Fuente: Elaboración propia

• **Proceso 4 – Notificación de Glosas**

Como se describió en el proceso 3 (Auditoría de Cuentas Médicas) uno de los resultados esenciales del proceso de auditoría es el informe de glosas (valor no reconocido de la factura). Tomando en cuenta que los motivos principales de glosa son por razones administrativas (soportes, cobertura, tarifas y facturación), por pertinencia médica (racionalidad tecnocientífica) y justificación médica (que a pesar de lo evidente se encuentre justificado y redactado en la historia clínica); es importante comunicarle a las IPS de manera precisa las razones del no reconocimiento.

El objetivo de este proceso, además de comunicar el resultado de las auditorías, es brindarle la posibilidad al prestador de que presente documentos o soportes adicionales que le permitan justificar los valores facturados.

En este sentido la ERP en primer lugar mantiene la custodia de las facturas glosadas y le comunica a la IPS las facturas glosadas por correo electrónico. Este proceso queda registrado en un oficio de notificación de glosas (o documento equivalente) que oficializa la comunicación de los descuentos potenciales a realizar a la IPS.

Las IPS dentro de la norma realizan una respuesta a glosa con el fin de subsanar los valores no reconocidos de la factura, cuando este valor sigue siendo ratificado por la entidad responsable de pago, se propone un espacio para realizar conciliación de glosas (citas de conciliación).

• **Proceso 5 – Conciliación de Glosas**

Una vez la IPS recibe la notificación de glosas, la ERP le brinda un espacio para que se genere un proceso de conciliación de las glosas. En este punto, como se señalaba en el proceso 4 de Notificación de Glosas, se establece un espacio de discusión (presencial o virtual) para que la IPS presente sus argumentos o soportes adicionales que justifiquen los valores facturados. Por otro lado, en este escenario, el equipo responsable de la ERP tiene la posibilidad de explicar con mayor detalle las razones de las glosas para precisar o aclarar aspectos que la IPS no había tomado en consideración.

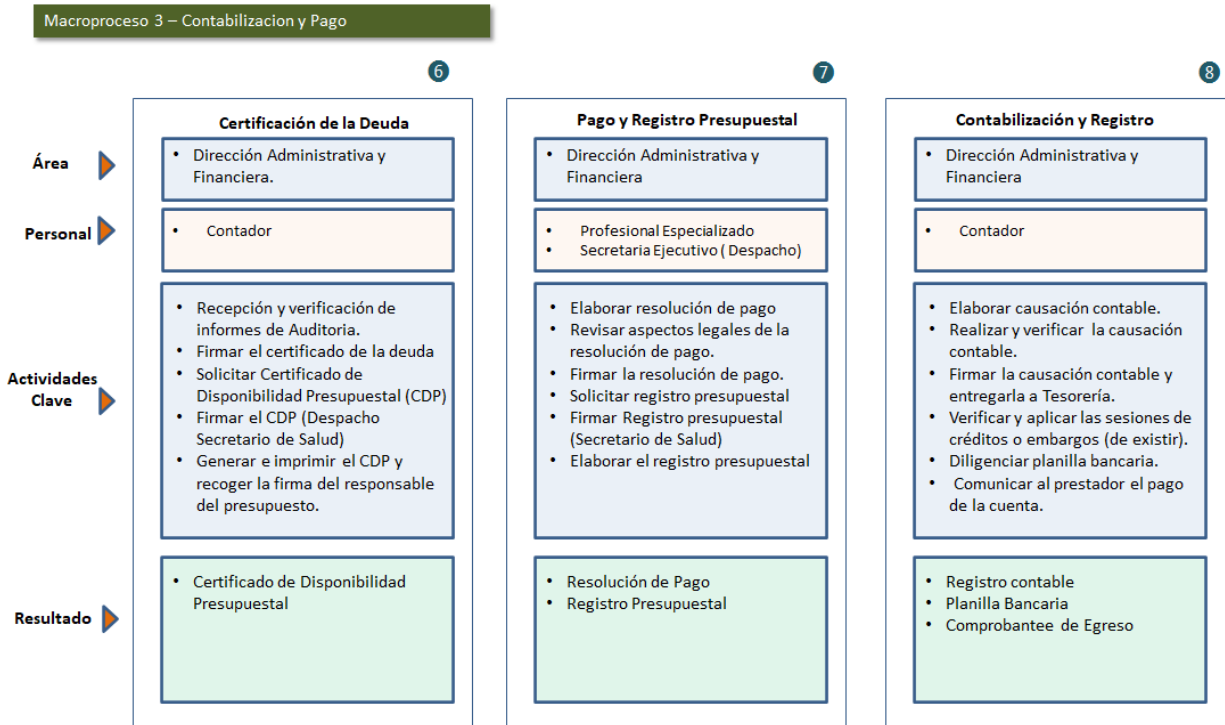
El objetivo principal de este proceso es que las entidades puedan llegar a un acuerdo definitivo con respecto a las facturas glosadas y en este sentido se genere un documento formal (i.e Actas de Conciliación debidamente firmadas por las dos partes) que establezcan los acordado para que puedan programarse los pagos correspondientes.

## Macroproceso III – Contabilización y Pago

Como se muestra en la figura siguiente, el Macroproceso de contabilización y pago de cuentas médicas incluye tres procesos clave: 6) Certificación de la Deuda, 7) Pago y Registro Presupuestal y 8) Contabilización y Registro. Es importante anotar que tanto en este Macroproceso como en los anteriores y tomando en cuenta que en algunas ERP los procesos se llevan a cabo de manera manual, existen actividades de clasificación y archivo de documentos.

Como se verá en el Capítulo III – Desafíos y Oportunidades por Macroproceso, la propuesta operativa implica un proceso de digitalización de los documentos asociados a los procesos, lo que permitiría que la herramienta (a través de flujos de trabajo) almacene y transfiera de proceso a proceso la documentación requerida para realizar las actividades de análisis, gestión, control o aprobación de la información respectiva.

**Figura 25. Macroproceso III. contabilización y pago**



Fuente: Elaboración propia

### • Proceso 6 – Certificación de la Deuda

Este proceso comienza con la recepción y la verificación de los informes de auditoría y finaliza con la impresión y firma del Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP. El objetivo principal de esta fase es alinear las obligaciones tangibles de pago derivadas de los servicios prestados por la IPS y aceptados por la ERP con los recursos disponibles.

Aunque existen algunas diferencias entre las entidades, el proceso que se sigue es prácticamente el mismo. En primer lugar, una vez aceptadas las facturas (directamente o a través de conciliación) la ERP realiza un reconocimiento de la deuda. Este reconocimiento se traduce en un registro contable de una cuenta por pagar (balance) contra una provisión en el gasto.

Desde el punto de vista de presupuesto se presentan dos casos. a) Existe un presupuesto o b) No existe un presupuesto.

- ✓ *Existe respaldo presupuestal: para el primer caso en donde existe respaldo presupuestal se realiza un proceso de aprobación para que la deuda registrada (y su correspondiente pago) afecte un presupuesto y un rubro previamente establecido de este. De esta manera las entidades formalizan*

este proceso a través de la solicitud y firma de un CDP o a través de informes de seguimiento que siguen las normas de calidad de la entidad.

- ✓ *No existe respaldo presupuestal: este segundo caso, aunque la deuda queda registrada en la contabilidad, no existen recursos previamente asignados en el presupuesto a estos pagos. Por esta razón, las entidades mantienen estas cuentas por pagar en sus libros hasta que tengan los recursos disponibles para pagar.*

- **Proceso 7 – Pago y Registro Presupuestal**

Para el proceso del pago se contemplan los mismos escenarios señalados en el proceso anterior: a) Existe presupuesto y b) Sin presupuesto.

- ✓ *Existe respaldo presupuestal. En este caso, una vez obtenido el CDP la entidad procede a generar la resolución de pago. En este punto el área responsable revisa aspectos legales y financieros asociados al pago y procede a la obtención del registro presupuestal y a obligar los recursos del rubro correspondiente del presupuesto.*
- ✓ *No existe respaldo presupuestal. Debido a que no existe respaldo presupuestal, no se lleva a cabo el proceso anterior hasta que no existan recursos asignados para este fin.*

- **Proceso 8 – Contabilización y Registro**

En esta última etapa se procede a realizar el pago efectivo y su correspondiente contabilización. Antes de realizar el pago se aplican embargos o cesiones de crédito (e.g DADIS<sup>16</sup>) existentes al valor a pagar de manera que la IPS quede al día frente a estas obligaciones.

Desde el punto de vista de tesorería, el proceso sigue un camino estandarizado. Se prepara la orden de pago respectiva con los datos de la entidad prestadora y se ingresa a los portales bancarios existentes para realizar el pago, posteriormente se realiza el registro del pago en el presupuesto.

Desde el punto de vista contable una vez se realiza el pago, se descarga el valor correspondiente de la cuenta por pagar contra la cuenta de caja y bancos de la entidad bancaria de la cual se realizó el desembolso.

Una vez se realiza el pago, la ERP notifica a la IPS del pago realizado, informando los respectivos números de factura para sus registros.

De acuerdo con la descripción realizada anteriormente el proceso de auditoría de cuentas médicas está compuesto fundamentalmente por tres Macroprocesos: i) Evaluación de Cuentas Médicas, ii) Glosas de Cuentas Médicas y iii) Contabilización y Pago. De manera general dentro de este proceso participan tres grandes áreas. La Dirección Financiera y Administrativa y la Dirección (o Subdirección) de Aseguramiento y Prestación de Servicios de la Entidad. En el capítulo siguiente, presentamos los roles y responsabilidades de estas áreas por Macroproceso.

---

<sup>16</sup> DADIS es el Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena



# ANEXO V INSTRUMENTOS DESARROLLADOS PARA LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE SUFICIENCIA FINANCIERA DE LAS ET

## Instrumento de Capacidad de Gestión

Con base en el cuestionario diseñado que contiene tres aspectos esenciales a tener en cuenta para valorar el proceso de auditorías de las ET a las cuentas presentadas por las IPS a saber: i) planeación, ii) aspectos metodológicos y iii) aspectos técnicos, se elaboró un instrumento en una hoja de cálculo, que pueda ser diligenciado por cada una de las entidades territoriales, sin necesidad de realizar desplazamientos al territorio por parte del MSPS.

El instrumento presenta dos hojas de cálculo, la primera “Capacidad de gestión” contiene 38 preguntas y la definición de los documentos a ser aportada en el diligenciamiento del instrumento, que permiten entender como realizan la planeación y los aspectos metodológicos y técnicos a través de los cuales adelanta los procedimientos de auditoría de cuentas por atención a la población migrante.

Para su diligenciamiento se inicia escogiendo el nombre y la vigencia de la información a consignar en el instrumento.

**Figura 26. Instrumento de capacidad de gestión ET –auditoría de las cuentas de servicios a la población migrante**

A	B	C	D
<b>Capacidad de Gestión ET - Auditoría de las cuentas de servicios a población migrante</b>			
	<b>Nombre de la Entidad Territorial</b>		
	<b>Vigencia de información</b>	AMAZONAS ANTIOQUIA ARAUCA ATLANTICO BARRANQUILLA BOGOTÁ BOLIVAR BOYACA BUENAVENTURA CALDAS CAQUETA CALI	
	<b>Fecha de diligenciamiento</b>		
No.	Pregunta orientadora		Documento soporte
1	¿La Entidad realiza un Plan de trabajo para llevar a cabo las auditorías?		* Plan(es) de trabajo empleados en el año 2021
2	¿Cuál es la periodicidad de elaboración y aprobación del Plan de trabajo?		
3	¿La auditoría es interna, externa o ambas?		
4	En caso de ser externa, ¿cuáles son los principios y lineamientos que tienen en cuenta para la contratación de la empresa auditora con el fin de verificar su experiencia y asegurar su independencia e imparcialidad? ¿Cómo se realiza el proceso de selección?		*En caso de ser externa: Términos de referencia y contrato(s) año 2021.
5	¿Cómo se define el presupuesto de la auditoría?		
6	¿Cuál es la fuente de financiación de la auditoría?		
7	¿La entidad territorial cuenta con un procedimiento, manual o metodología para realizar las auditorías a las facturas presentadas por las IPS de los servicios realizados a la población migrante? ¿está adoptado por acto administrativo?		*Procedimiento, manual o metodología de auditoría. *Si aplica, Acto administrativo de adopción.
8	¿Cómo es el proceso de auditoría? ¿Qué aspectos se revisan?		

Fuente: Elaboración propia

En la segunda hoja, se presente la estructura de valoración, en la cual se consigna la valoración del proceso de auditoría y del proceso de reconocimiento y pago de los servicios. En el instrumento, se definen las preguntas específicas a estableciendo la existencia del elemento asociado a la pregunta en la entidad territorial.

Es importante precisar que si bien, la hoja de valoración identifica algunas preguntas específicas a evaluar, es indispensable que el evaluador revise todas las respuestas para entender de forma detallada el funcionamiento y desarrollos que tiene la entidad territorial en el procedimiento de auditoría y pago de los servicios prestados a la población migrante no asegurada.

Con las respuestas definidas a las tres (3) preguntas indicadas en la metodología de suficiencia, el evaluador debe diligenciar la información en el componente de Capacidad de Gestión de la Entidad Territorial.

## Instrumento de recolección de información de facturación

Este instrumento de solicitud y recolección de la información se trabajó en conjunto con la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS y corresponde a un acto administrativo que requiera a las entidades territoriales la información de las facturas radicadas en las entidades territoriales por los servicios prestados a la población migrante irregular o regular no afiliada, así como las fuentes de financiación de los servicios.

El acto administrativo requiere a las entidades territoriales de forma trimestral la presentación de dos anexos técnicos a través de la Plataforma de Integración de Información –PISIS- del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. En el primer anexo, se requiere las facturas radicadas, en el estado de cada una, es decir los valores glosados, reconocidos y pagados, así como indicar si la factura se encuentra en un proceso judicial y el estado del proceso. Por su parte el segundo anexo técnico, requiere las fuentes de financiación utilizadas en los pagos con el objeto de determinar la financiación de las atenciones de los servicios prestados a la población migrante.

En el proyecto de resolución, se establece que el primer reporte deberá contener la información correspondiente al periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de septiembre de 2022. En los siguientes reportes, solo se deberá enviar información de las facturas radicadas durante cada trimestre del año y las facturas que presentaron cambios en el valor auditado, conciliado y/o pagado.

El proyecto de acto administrativo fue socializado con las Secretarías de Salud de los Departamento de Nariño, La Guajira, Bolívar y Magdalena y el Distrito de Cartagena y se recibieron observaciones al mismo.

A la fecha de preparación del presente reporte, el acto administrativo no ha sido expedido, sin embargo, se realizaron los trámites tendientes a su expedición, tales como, el trámite de publicación de este, la recepción de las inquietudes de las entidades territoriales y el envío a la Oficina de Tecnología de la información. Con lo anterior, quedó pendiente remitir a la Dirección Jurídica del MSPS. El Programa Comunidades Saludables de USAID y la Dirección de Financiamiento Sectorial están prestos para acompañar el análisis jurídico y técnico de la norma, según las directrices que se impartan.

## Instrumento de consolidación y categorización de la información

Con el objeto de consolidar la información y categorizar la totalidad de las entidades territoriales, se elaboró un instrumento en una hoja de cálculo. El instrumento cuenta con cinco hojas. La hoja “Categorización”, presenta un resumen de los elementos más relevantes de la metodología. Muestra las ponderaciones a utilizar en los indicadores de cada categoría y los rangos definidos para cada nivel de criticidad de las entidades territoriales.

**Figura 27. Instrumento de consolidación y categorización de información**

A	B	C	D	E
<b>METODOLOGÍA DE SUFICIENCIA FINANCIERA - MIGRANTES</b>				
Dirección de Financiamiento Sectorial				
Calificación				
	<b>Categorías</b>	<b>Ponderación de cada Indicador</b>	<b>Ponderación de cada Indicador</b>	<b>Puntaje Máximo de indicadores</b>
1.	Informe de Viabilidad Fiscal	Puntaje *(100/90)	1,111111111	30 = 100 / 3
2.	Capacidad de Gestión	Puntaje *(100/75)	1,333333333	25 = 100 / 3
3.	Análisis deuda con las IPS	Puntaje *(100/30)	3,333333333	10 = 100 / 3
	<b>Total</b>			<b>100</b>
Cuando el indicador f. Nivel de Riesgo Hospitales = No aplica				
	<b>Categorías</b>	<b>Ponderación de cada Indicador</b>	<b>Ponderación de cada Indicador</b>	<b>Puntaje Máximo de indicadores</b>
1.	Informe de Viabilidad Fiscal	Puntaje *(100/75)	1,333333333	25 = 100 / 3
2.	Capacidad de Gestión	Puntaje *(100/75)	1,333333333	25 = 100 / 3
3.	Análisis deuda con las IPS	Puntaje *(100/30)	3,333333333	10 = 100 / 3
	<b>Total</b>			<b>100</b>
	<b>RANGO CALIFICACIÓN</b>	<b>NIVEL DE CRITICIDAD</b>		
	[20-40]	MUY ALTA		
	(40-60]	ALTA		
	(60-80]	MEDIA		
	(80-100]	BAJA		
	Categorización	Tablero de categorización	Viabilidad Fiscal	Capacidad de Gestión
			Deuda IPS	

Fuente: Elaboración propia

La hoja “*Tablero de Categorización*”, consolida la información de todas las ET y las categorías de análisis y esta formulado para determinar el nivel de criticidad de los departamentos y distritos que cuenten con la información completa.

**Figura 28. Instrumento de consolidación y categorización de información: tablero de categorización**

METODOLOGÍA DE SUFICIENCIA FINANCIERA - MIGRANTES											
Dirección de Financiamiento Sectorial											
Tablero de calificación											
Vigencia: 2021											
Codigo entidad territorial	Nombre Entidad Territorial	1. Informe de Viabilidad Fiscal		2. Capacidad de Gestión del Departamento		3. Análisis deuda con los Hospitales			Calificación total	NIVEL DE CRITICIDAD	
		a. ¿Se encuentra en proceso de saneamiento fiscal? Si, No (Ley 550 de 1999).	Calificación	e. Uso de fuente territorial para el pago de las cuentas por servicios de urgencias de salud.	Calificación	a. % valor pendiente por auditar (VPA) y conciliar de las cuentas presentadas.	Calificación	b. % del valor total pagado (VTP) frente a las cuentas auditadas y conciliadas.			Calificación
65	ANTIOQUIA	Riesgo bajo	5	Sin riesgo	5	Sin riesgo	5	Riesgo medio	3	76,667	Media
11001	BOGOTÁ D. C.	Riesgo bajo	5	Sin riesgo	5	Riesgo muy alto	1	Sin riesgo	5	69,333	Media
13	BOLÍVAR	Riesgo bajo	5	Riesgo bajo	4	Riesgo medio	3	Riesgo alto	2	56,667	Alta
13001	CARTAGENA	Riesgo bajo	5	Sin riesgo	5	Sin riesgo	5	Riesgo bajo	4	82,889	Baja
44	LA GUAJIRA	Riesgo muy alto	1	Riesgo muy alto	1	Riesgo bajo	4	Riesgo bajo	4	57,333	Alta
47	MAGDALENA	Riesgo muy alto	1	Riesgo alto	2	Riesgo muy alto	1	Sin riesgo	5	52,444	Alta
52	NARIÑO	Riesgo bajo	5	Riesgo muy alto	1	Sin riesgo	5	Riesgo medio	3	70,667	Media
54	NORTE DE SANTANDER	Riesgo bajo	5	Riesgo muy alto	1	Sin riesgo	5	Riesgo bajo	4	74,667	Media
76	VALLE DEL CAUCA	Riesgo muy alto	1	Riesgo medio	3	Riesgo medio	3	Riesgo bajo	4	72,444	Media

Fuente: Elaboración propia

En la hoja “*Viabilidad fiscal*” se debe diligenciar la información de los informes de viabilidad fiscal y demás fuentes de información definidas en la metodología para la categoría. El instrumento esta formulado para remitir la información a la hoja de “*Tablero de categorización*”.

En la hoja “*Capacidad de Gestión*” se debe diligenciar la información de la valoración realizada por el evaluador en el instrumento de capacidad de gestión de cada entidad territorial, así como información adicional del instrumento de recolección de información de facturación y los recursos recaudados por rentas de licores que deberán tomarse de la información reportada por las Entidades territoriales a la Contaduría General de la Nación a través del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP).

En la hoja “*Deuda IPS*” se debe diligenciar la información reportada por la entidad territorial en virtud del acto administrativo de facturación de valor radicado, valor auditado y conciliado y valor total pagado