INFORME DE AUDITORÍA 2022

Gestión de la Glosa

N° 06

Junio 30 de 2022

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna

Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín

Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Alcaldía de Medellín

Informe tipo **de Auditoría**

N° 06

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2022

Gestión de la Glosa

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:
William Alberto Higuita Lopera

Auditores:
José Heriberto Vargas Lema
María Janneth Agudelo Arango
Karina Ruíz De la Hoz

Técnico:
Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina: oficinadeauditoria@hgm.gov.co
Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Antioquia – Colombia
PBX: 3847300, www.hgm.gov.co

Modalidad Auditoría Interna

Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Alcaldía de Medellín

TABLA DE CONTENIDO

I. GENERALIDADES. 5
1.1. Objetivo. 5
1.2. Alcance. 5
1.3. Metodología. 5
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna. 6
1.5. Fundamento Normativo. 7
1.6. Documentos Base. 7
1.7. Limitaciones 8
1.8. Terminología básica. 8

II. ANTECEDENTES 10

III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA. 11
3.1. Fortalezas. 11
3.2. Síntesis Observaciones y Recomendaciones. 12

IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES. 15
4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno. 15
4.2. Para mejorar el proceso de Riesgos 26
4.3. Para mejorar el proceso de Control 28

V. CONCLUSIONES. 29

VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO. 29

VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL. 29

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna 2022 **Para agregar Valor**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de gestión de la glosa del Hospital General de Medellín.

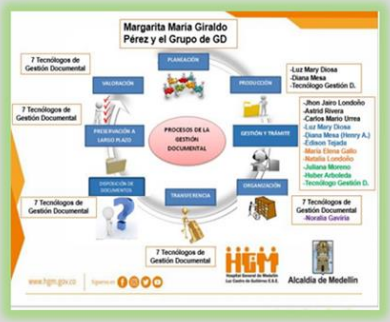
En la presente auditoría interna se realiza aplicación de los estándares generalmente aceptados de auditoría interna y en la cual se articula el equipo interdisciplinario de Auditoría Interna, en el marco del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna. [1]

El documento se estructura en siete (7) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, alcance, marco de la práctica de auditoria, metodología, fundamento normativo, modalidad de auditoria, fundamento normativo, documentos base, limitaciones y terminología básica; el segundo contiene antecedentes, el tercero contiene el Resumen Ejecutivo. Por su parte, en el cuarto se describen y relacionan las observaciones y recomendaciones y en el capítulo quinto se presentan las conclusiones. En el sexto se determina la formulación del Plan de Mejoramiento y en el séptimo se enuncia el proceso de comunicación y socialización del Informe.

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2021.

Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoria por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

Oficina de Auditoría Interna.
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Atención Excelente y Calidad de Vida.



1 Plan Estratégico 2021-2027 “Construimos Confianza” Oficina de Auditoría Interna.

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Realizar una evaluación al proceso de gestión de la glosa, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos, implementación de controles e identificación de oportunidades de mejoramiento.

1.2. Alcance.

La Auditoria se realizará entre el 5 de julio 2022 y el 29 de julio de 2022, en las instalaciones del HGM, en la Oficina de Auditoria interna, y se enfocará en las operaciones realizadas desde enero a junio de 2022 de Gestión de la Glosa, incluyendo procedimientos, contrato de Savia de Salud, tomando como criterio de auditoria la regulación externa e interna, sobre el particular que delimitan su funcionamiento y ejecución, así como la caracterización del proceso.

1.3. Metodología.

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoria se aplicaron las siguientes técnicas de auditoria interna: observación, técnica de análisis, indagación, inspección y, revisión documental selectiva.

1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.

- Se realizó la reunión de apertura de la auditoría para socializar el Programa Específico de Auditoría Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Se efectúo una indagación preliminar con el personal del proceso
- Se hizo entrevista al personal del proceso
- Reunión de cierre para socializar y formalizar el Informe de Auditoría.

1.3.2. Revisión y análisis documental.

- Revisión y análisis de la información.
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de mejoramiento de la auditoría anterior.

1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final de Auditoría.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.

La Oficina de Auditoría Interna del HGM evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de Gobierno, Gestión de riesgos y Control de la organización, utilizando un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos; todo ello en cumplimiento de las mejores prácticas internacionales.

1.4.1. Norma Internacional de Auditoría 2110 – Gobierno.

La auditoría interna debe evaluar y hacer recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para:

- Tomar decisiones estratégicas y operativas.
- Supervisar la gestión de riesgos y el control.
- Promover la ética y los valores apropiados dentro de la organización.
- Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización.
- Comunicar la información de riesgo y control a las áreas adecuadas de la organización.
- Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoria Interna. IIA. Enero 2017.

1.4.2. Norma Internacional de Auditoría 2120 – Gestión de Riesgos.

La auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de procesos de gestión de riesgos, con relación a lo siguiente (Norma 2120.A1):

- El logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- La fiabilidad y la integridad de la información financiera y operativa.
- La efectividad y la eficiencia de las operaciones y de los programas.
- La protección de los activos, y
- Cumplimiento de las leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoria Interna. IIA. Enero 2017.

1.4.3. Norma Internacional de Auditoría 2130 – Control.

La auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la efectividad y la eficacia de los mismos y promoviendo la mejora continua.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoria Interna. Enero 2017.

1.4.4. Instrumentos de Auditoría Interna.

Para el desarrollo de su actividad la Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín cuenta con los siguientes Instrumentos de Auditoría Interna:

- EV-EVC-CI001D01 - Código de Ética de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D02 - Estatuto de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D03 - Carta de Representación de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D04 - Programa de Aseguramiento y Mejora de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D05 - Directriz de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001M01 - Manual de Auditoría Interna HGM.
- EV-EVC-CI001F06 - Medición Percepción Gestión Ética HGM.

1.5. Fundamento Normativo.

1.5.1. Ley 87 de 1993.
Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control interno en las entidades y organismos del estado.

Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

1.5.2. Decreto Nacional 648 de abril de 2017 de la Presidencia de la República.
Modifica y adiciona el Decreto Nacional 1083 de 2015. Reglamentario del sector de Función Pública.

Art. 17. El Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, quedará así: Las Unidades u Oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control.

1.5.3. Decreto 2423 de enero 1 de 1996. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario- Soat y se dictan otras disposiciones.

1.5.4. Decreto 648 de abril de 2017.

Artículo 17. Modifíquese el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: "Artículo 2.2.21.5.3 De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.

1.5.5. Decreto 1095 de 2013 de la aplicación de los recursos.

1.5.6. Decreto único reglamentario 780 de 2016.

1.5.7. Resolución 3047 de 2008. Manual único de Glosas.

1.5.8. Decreto 2193 de 2004 del Reporte de información.

1.5.9. Ministerio De Salud Y Protección Social Decreto Número 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

1.6. Documentos Base.

1.6.1. AP-GFI-GL001 Registro de objeciones y glosas.

1.6.2. AP-GFI-GL002 Análisis y respuesta de las objeciones y glosas en el software institucional.

1.6.3. AP-GFI-GL002I01 Gestión de la glosa en SAP
1.6.4. AP-GFI-GL003 Radicación de la glosa ante el pagador - EAPB

1.6.5. AP-GFI-GL004 Generación Informe de Glosa.

1.6.6. Regulación legal aplicable del Sistema General de Seguridad Social en Salud y específicamente: 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

1.6.7. Resolución 3047 de 2008 Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas unificación.

1.6.8. Ámbito de Riesgos, indicadores y planes.

- Informes del área.
- Matriz de Riesgos del proceso.
- Seguimiento a los controles para mitigar el riesgo.
- Indicadores de gestión del proceso.
- Informe del Plan de acción.

1.7. Limitaciones

Los profesionales y el responsable del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada. La auditoría no registró ninguna limitación.

1.8. Terminología básica.

▫ GLOSA: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

▫ AUTORIZACIÓN: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

▫ RESPUESTA A GLOSAS Y DEVOLUCIONES: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

▫ GLOSA PERTINENTE: Corresponde a aquélla que es adecuadamente justificada por la entidad contratante. En este evento se procede a verificar si la causa de la glosa es o no subsanable.

▫ GLOSA SUBSANABLE: Se enmienda completando la documentación o información requerida, realizando las correcciones necesarias o formulando las aclaraciones del caso.

▫ GLOSA NO SUBSANABLE: Se procede a informar a la entidad contratante, su aceptación.

▫ GLOSA NO PERTINENTE: Corresponde a aquélla que no se encuentra adecuadamente justificada. En este evento, se formula la respuesta sustentando el rechazo.

▫ GLOSA PARCIAL: Cuando la glosa se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la entidad contratante en la obligación de aceptar y reconocer el pago de los servicios no glosados.

▫ CÓDIGO 1 FACTURACIÓN: Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

▫ CÓDIGO 2 TARIFAS: Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

▫ CÓDIGO 3 SOPORTES: Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

▫ CÓDIGO 4 AUTORIZACIÓN: Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

▫ CÓDIGO 5 COBERTURA: Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

▫ CÓDIGO 6 PERTINENCIA: Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

▫ CÓDIGO 8 DEVOLUCIONES: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

▫ CÓDIGO 9 RESPUESTAS A GLOSAS O DEVOLUCIONES: Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

▫ ANEXO TÉCNICO No. 6 de la Resolución 3047 de 2008: Por medio del cual se define la codificación única de glosas.

II. ANTECEDENTES

La Norma internacional de Auditoria número 2500 sobre Seguimiento del progreso establece que: El director ejecutivo de auditoría debe establecer y mantener un sistema para vigilar la disposición de los resultados comunicados a la dirección.

Para vigilar eficazmente la disposición de los resultados, el director ejecutivo de auditoría (DEA) establece procedimientos que incluyen lo siguiente:

- El marco de tiempo dentro del cual se requiera la respuesta de la dirección a las observaciones y recomendaciones del trabajo.
- La evaluación de la respuesta de la dirección.
- La verificación de la respuesta.
- La realización de un trabajo de seguimiento.

Es por ello, que la actividad de auditoría interna en el presente informe hace un seguimiento a las observaciones del último informe de auditoría efectuada en el año 2019 verificando el estado de implementación de las recomendaciones. A continuación, el detalle:

N°	Recomendaciones	Estado de implementación
1	Incluir en el plan de capacitaciones al personal de gestión de la glosa con el tema: Manual tarifario ISS y SOAT.	Implementado. Capacitación con el Sena
2	Efectuar los ajustes necesarios y actualización del organigrama y Manual de funciones de auditor médico.	No implementado
3	Actualizar los procedimientos de la gestión de la glosa. Elaborar un informe a facturación sobre los motivos de glosa y el auxiliar que facturó, con el fin que el líder de facturación tome las medidas pertinentes, así mismo retroalimentar a los servicios los motivos de glosas recurrentes.	En proceso de implementación.
4	Considerar un estudio de cargas laborales del proceso de gestión de la glosa, analizar la conveniencia de una herramienta tecnológica que permita el ingreso masivo de glosas de Savia Salud en el sistema con el fin de auditar oportunamente las facturas de servicios de salud.	En proceso de implementación.
5	Intervención del resorte gerencial y /o alta dirección en los No acuerdos de la DSSA.	Implementado
6	Efectuar el seguimiento por parte de los directores a las glosas tipo III y efectuar el cierre del ciclo con el seguimiento del líder de glosas pertinentes facturables no subsanables.	Implementado
7	Evaluar la efectividad de la aplicación de carga masiva y considerar la evaluación de cargas laborales así la capacidad de respuesta del equipo.	Implementado.
8	Efectuar las acciones necesarias entre las áreas de sistemas y cartera para cerrar ciclos de facturas pendientes.	En proceso de implementación.
9	Definir mecanismo de recuperación de cartera con facturas en NO ACUERDOS de los años 2014 a 2017 con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia DSSA, por fallas encontradas con el proceso de aseguramiento de recién nacidos y desconocidos	Implementado.

Cuadro Seguimiento a la Auditoría – Realizado por auditor interno

III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

3.1. Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

- Talento Humano Calificado, capacitado y comprometido.
- Liderazgo que cuenta con una Visión integral del proceso, entrenado en aspectos administrativos y de gestión.
- La Auditoría Médica del HGM es una herramienta de gestión clínica, que abarca diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo, financiero-contable, y contratación con aseguradoras.
- Observancia de los requisitos establecidos en la normatividad vigente y de los compromisos adquiridos en los acuerdos o convenios con las diferentes aseguradoras.
- Existe una buena comunicación entre el equipo de trabajo Auditoria médica, reflejado esto en un buen ambiente laboral.
- De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención con auditoría y la aplicación de la técnica de auditoría de indagación a la administración.
- Realizan seguimiento al plan de acción del Área.
- Se cumple estrictamente con el cronograma de despliegues, capacitándose en temas institucionales de calidad y realizando continuo seguimiento a indicadores del área desde el aplicativo BI.
- Los Indicadores de resultado del área, como Oportunidad en la respuesta (Promedio 1 sem 2022 en 97,1%), Porcentaje de Glosa Aceptada en función de la glosa inicial (Promedio 1 sem 2022 en 10.6%), se encuentran controlados durante toda la vigencia evaluada.
- El área realiza frecuentes Conciliaciones con las diferentes EAPB, lo que favorece el reconocimiento y recaudo de las cuentas por cobrar. A 31 de agosto se reportan más de 37 mil millones conciliados.
- Automatización de todos sus procedimientos en el módulo de glosas del ERP SAP, software institucional.

3.2. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de gestión de la glosa, se identificaron observaciones para fortalecer el control interno, frente a lo cual y después de los análisis de Auditoría Interna se destacan las siguientes:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Auditoría al proceso de Gestión de Glosas		
Observaciones y Recomendaciones		
N°	**Observaciones**	**Recomendaciones**
1	En el organigrama del HGM, el área de gestión de la glosas registra como "Auditoria de cuentas médicas" y depende jerárquicamente de la subgerencia de procesos administrativos y financieros, siendo en la práctica que el área de gestión de la glosas depende de la dirección financiera. De otro lado, en el manual de funciones del auditor médico el jefe inmediato corresponde a subgerencia asistencial. Por tanto se evidencia falta de concordancia entre organigrama, manual de funciones y lo realmente evidenciado en la práctica del ejercicio del proceso de gestión de la glosa, es decir que desde la estructura organizacional de la institución, no se presenta la connotación de coordinador del proceso gestión de la glosa. Adicionalmente, el HGM carece de un proceso denominado Oferta de Servicios o Mercadeo, orientado al logro del Proyecto Estratégico 2. Obtener tarifas competitivas, y el Objetivo Estratégico: Definir una estrategia para potencializar la venta de servicios y estabilizar la rentabilidad de la organización; es por ello que el proceso de Auditoría de Cuentas médicas es quien tiene una participación muy activa en la el análisis técnico en la construcción de la oferta o licitación de contratación generada por las ERP o proveedores de servicios de salud	Efectuar los ajustes necesarios y actualización del organigrama y Manual de funciones de auditor médico. Revisar la estructura organizacional del proceso de Auditoria Médica. Elaborar un plan de Mercadeo para el HGM, mediante la definición de una serie de estrategias que posibiliten su posicionamiento, como la mejor Institución Prestadora de Servicios de Salud de la región, destacándose por su excelencia. Posicionar la imagen corporativa del HGM, rediseñar el portafolio de servicios de la entidad, fortaleciendo las áreas más requeridas por todos los usuarios y que represente mayor ingreso a la Entidad, identificar posibles alianzas estratégicas con entidades o instituciones locales, regionales, nacionales o internacionales, que permitan la eficiencia y optimización del servicio de salud prestado en el HGM.
2	Desactualización procedimientos. Se evidencian desactualización de los procedimientos e instructivos, dado que datan desde el año 2014	Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos. Los instructivos y los manuales. Documentar y normalizar todos los procedimientos e instructivos. Ya realizó, pero falta la revisión y aprobación de la oficina de Calidad y Alta Dirección.
3	Es necesario que el HGM implemente el Modelo de Auditoria, elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Establecido en el Decreto número 441 de marzo 28 de 2022 expedido por el Ministerio De Salud Y Protección Social en su Sección 2. De los acuerdos de voluntades Artículo 2.5.3.4.2.1.	Implementar el Modelo de Auditoria, elemento para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud.
4	Es necesario implementar, en virtud del Decreto 441 Indicadores. Para el seguimiento de los acuerdos de	Diseñar fichas técnicas de indicadores para el seguimiento de los acuerdos de voluntades; incluir

	voluntades se deberán incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, con su respectiva ficha técnica	indicadores de estructura, proceso o resultado, según Decreto 441.
5	Al analizar el informe de Glosas con corte a junio de 2022, encontramos que los motivos más representativos corresponden a Glosas por tarifas lo que equivale a $2.202.186.775 y representa el 29.54% del total de glosa; por su parte las devoluciones ascienden a la suma de $2.199.265.822 equivalente al 29.50%.	▫ Intervenir por parte del proceso de Facturación las causales de devolución de facturas, que permita reducir las devoluciones. Las causales son los siguientes: Factura No Cumple Requisitos Legales, Autorización No Corresponde .Al Prestador .De Servicios De Salud, Usuario O Servicio corresponde a Otro Plan O Responsable, Faltan Soporte Justificaciones .P/Recobros (Ctc, Atep, Tutelas), Res.Egreso/Epicrisis, Hoja Atención Urgencias U Odontog, Usuario Retirado O Moroso, Medio Magnético Del Reg.De Trazabilidad De Factura. ▫ Verificar que el manual de tarifas que se parametrice en SAP sea el establecido en el Contrato vigente con las aseguradoras y sus respectivos anexos. ▫ Llevar un registro minucioso de las causas de glosas y hacer evaluaciones periódicas del mismo conjuntamente con el proceso de facturación del HGM. ▫ El motivo de glosas por concepto de tarifas es la más representativa, sin embargo, al revisar el indicador de Proporción de Glosa Neta Aceptada en Función de la Glosa Inicial, deja ver que la meta propuesta asciende a 10, y la misma se ha cumplido en todos los meses del primer semestre del 2022, situación que indica que la glosa inicial por tarifas y las devoluciones por parte de las Aseguradoras no es justificada, situación que genera la dilatación para los flujos de pagos. Es necesario realizar acercamiento con las Eps para respetar los acuerdos de voluntades.
6	Oportunidad de respuesta de glosas al revisar el informe de oportunidad de las glosas y devoluciones generado por el proceso de Glosas, indica que $7.426.805.509 es el total de glosas y devoluciones con corte a junio de 2022, que entre 1 y 15 días el total asciende a $ 6.794.092.575 catalogado como oportuna respuesta y superior a 16 días y/o inoportuno la suma de $632.712.934, equivalente al 8,5%, situación que podría ser generada por falta de controles y seguimiento de la respuesta a devoluciones en Facturación y de Glosas en aseguradoras SOAT, ya que el promedio de oportunidad en respuesta en glosa por auditores de cuentas médicas es mayor al 97% en 2022.	Contestar las Devoluciones en los tiempos y normas estipuladas por la ley ya que la omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencian una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución. Las glosas y devoluciones por aseguradoras de Soat son manejadas por Ascesalud, es necesario que la entidad revise los ciclos de glosas de Compañía Mundial de Seguros y efectuar los ajustes de ser necesario.
7	Al revisar las glosas de Alianza Medellín Antioquia EPS (Savia Salud), Cliente más representativo del HGM, observamos que el valor objetado de las glosas asciende a un 78% del valor neto de la glosa generada a junio de 2022, situación que podría generar la Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a situaciones como el	Realizar un plan de mejoramiento continuo, orientado a intervenir las causales de devolución de facturas, que permita reducir totalmente la presencia de las glosas generadas por la facturación.

	desconocimiento de la legislación aplicable al proceso de la gestión de la glosa	El motivo de glosas por concepto de tarifas es la más representativa, sin embargo, el indicador de Proporción de Glosa Neta Aceptada en Función de la Glosa Inicial, revela que la meta asciende a 10 y se ha cumplido en los meses del primer semestre del 2022, situación que indica que la glosa inicial por tarifas no es justificada. Es necesario escalar el tema a la Superintendencia Nacional de Salud. Dado que por parte de las EPS el mecanismo de glosas se desvirtuó simplemente para dilatar los flujos de pagos. Cabe anotar que el 78% de valor objetado incluye las devoluciones y la glosa inicial.
8	Análisis y respuesta de las objeciones y glosas en el software institucional. Se observan inconsistencias del Sistema SAP y/o posibles errores de carga masiva, facturas que no cerraron el ciclo de glosas y existe incertidumbre si las facturas están canceladas.	Se requiere hacer un proceso de depuración, para que el Sistema SAP refleje el saldo real de las Glosas pendientes por respuesta. Efectuar un trabajo conjunto con las áreas de Sistemas, Contabilidad, Cartera y Glosas, para hacer el cierre de status de Glosas y garantizar la razonabilidad de las cifras en Contabilidad.
9	Es necesario implementar en el sistema de información SAP la Resolución 058 de 2020 para el artículo No 7 el ítem 1.1.2, el cual da lineamientos que las notas crédito que sean de facturas de vigencias anteriores afecten la cuenta 5890 Gastos diversos y no la cuenta 4312 de ingresos, para lo cual se hace necesario cambiar la parametrización desde el módulo de Glosas, dado que desde este módulo se debe parametrizar las cuentas contables para las notas créditos de ingresos de periodos anteriores que afecta en FI- Módulo Financiero.	Implementar las acciones necesarias en el área Contable y de Sistemas para la parametrización de las cuentas contables referentes a las Glosas.

Cuadro Observaciones y recomendaciones.

IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se presentan las observaciones y sus respectivos riesgos y recomendaciones del proceso de gestión de Glosas.

4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

En el organigrama del HGM, el área de gestión de la glosa registra como "Auditoria de cuentas médicas" y depende jerárquicamente de subgerencia de procesos administrativos y financieros, siendo en la práctica que el área de gestión de la glosa depende de la dirección financiera. De otro lado, en el manual de funciones del auditor médico el jefe inmediato corresponde a subgerencia asistencial.

Por tanto, se evidencia falta de concordancia entre organigrama, manual de funciones y lo realmente evidenciado en la práctica del ejercicio del proceso de gestión de la glosa, es decir que, desde la estructura organizacional de la institución, no se presenta la connotación de coordinador del proceso gestión de la glosa.

Adicionalmente, el HGM carece de un proceso denominado Oferta de Servicios o Mercadeo, orientado al logro del Proyecto Estratégico 2. Obtener tarifas competitivas, y el Objetivo Estratégico: Definir una estrategia para potencializar la venta de servicios y estabilizar la rentabilidad de la organización; es por ello que el proceso de Auditoría de Cuentas médicas es quien tiene una participación muy activa en el análisis técnico en la construcción de la oferta o licitación de contratación generada por las ERP o proveedores de servicios de salud; a continuación, ejemplos de la mencionada participación:

b. Criterios.

Organigrama del HGM. Manual de funciones de auditor médico.

c. Riesgo.
Desactualización de organigrama y manual de funciones. (Gestión de la glosa)

d. Recomendación.

Efectuar los ajustes necesarios y actualización del organigrama y Manual de funciones de auditor médico.

Revisar la estructura organizacional del proceso de Auditoria Médica.

Elaborar un plan de Mercadeo para el HGM, mediante la definición de una serie de estrategias que posibiliten su posicionamiento, como la mejor Institución Prestadora de Servicios de Salud de la región, destacándose por su excelencia. Posicionar la imagen corporativa del HGM, rediseñar el portafolio de servicios de la entidad, fortaleciendo las áreas más requeridas por todos los usuarios y que represente mayor ingreso a la Entidad, identificar posibles alianzas estratégicas con entidades o instituciones locales, regionales, nacionales o internacionales, que permitan la eficiencia y optimización del servicio de salud prestado en el HGM.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación

f. Plan de mejoramiento.
De parte del equipo de Auditoria Médica se presentó una propuesta integrada de Auditoria con 12 documentos de soporte, procesos, instructivos, que están incluidos dentro de una actividad del proyecto estratégico 3.2, en espera de su ejecución de Gestión humana y Calidad.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.
Desactualización de los procedimientos.

Se evidencian desactualización de los procedimientos e instructivos, dado que datan desde el año 2014, y de acuerdo al sistema de gestión de Calidad del HGM, en el manual de estructura documental, esta documentación deberá tener una vigencia de 5 años; “la revisión general de la documentación del Sistema de Gestión Integral, deberá hacerse y evidenciarse cada cinco (5) años; salvo aquellos casos en que por la dinámica de mejoramiento continuo de los procesos a través de evaluaciones internas y externas, cambios en la normatividad u otros, requieran una actualización fuera de este tiempo. En el campo de “Modificaciones”, antes de la aprobación, deberá indicarse la Versión / Fecha / Razón De La Actualización (histórico de cambios). Además, el sistema de gestión documental de la calidad -Eurodoc, cuenta con la funcionalidad de ejecutar en forma automática 3 meses antes la notificación de vencimiento de los documentos vía Workflow o correo electrónico con el objetivo de cumplir con los estándares documentales y la vigencia establecida en la institución”. A continuación, relacionamos el detalle de los documentos desactualizados pertenecientes al Proceso de Gestión de Glosas:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna
Auditoría Gestión de Glosas

Actualización Procedimientos e instructivos Proceso de Glosas- 18-08-2022

Descripción Asunto	Fecha Radicación	No. Documento	Años del documento
Caracterización Proceso Gestión De La Glosa	15/12/2021	AP-GFI-GL	1
Procedimiento Registro De Objeciones Y Glosas	01/06/2014	AP-GFI-GL001	8
Procedimiento Análisis Y Respuesta De Las Objeciones Y Glosas	01/06/2014	AP-GFI-GL002	8
Instructivo Gestión De La Glosa En Sap	01/06/2014	AP-GFI-GL002I01	8
Procedimiento Radicación De La Glosa Ante El Pagador – Eapb	24/09/2015	AP-GFI-GL003	7
Procedimiento Generación Informe De Glosa	01/06/2014	AP-GFI-GL004	8

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con información suministrada por Calidad.

b. Criterios.
Manual de estructura documental

c. Riesgo.
Desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

d. Recomendación.

Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos. Los instructivos y los manuales. Documentar y normalizar todos los procedimientos e instructivos del proceso.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación

f. Plan de mejoramiento.

De parte del equipo de Auditoria Médica se presentó una propuesta de modelo integrado de Auditoria con 11 documentos de soporte, procesos, instructivos, que están incluidos dentro de una actividad del proyecto estratégico 3.2, en espera de su ejecución de Gestión humana y Calidad.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

En el Decreto número 441 de marzo 28 de 2022 expedido por el Ministerio De Salud Y Protección Social en su Sección 2. De los acuerdos de voluntades Artículo 2.5.3.4.2.1 Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, adelantarán una etapa de negociación que tendrá como mínimo los siguientes elementos: 4. Elementos comunes a las partes: indica en el numeral 4.2 **Modelo de auditoría** *para las partes, que debe cumplir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio, así como las disposiciones del SOGCS y la revisoría de cuentas, conforme con los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Los sistemas de información y demás mecanismos, cuyo uso sea necesario para la ejecución, registro y seguimiento del cumplimiento del objeto contractual.*

En tal sentido, cabe anotar que el Artículo 3, del mencionado Decreto, indica que la vigencia de este, rige a partir de la fecha de su publicación; por tanto, es necesario que el HGM implemente el Modelo

de Auditoria, con los elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud.

Actualmente en el HGM se cuenta con auditores de cama, enfermeras jefe con funciones administrativas, auditores de cuentas médicas, es recomendable integrar el equipo auditor de cuentas médicas con el fin de evitar esfuerzos aislados y garantizar una auditoría de cuentas médicas efectiva, el cumplimento de la norma en materia de trámite de glosas y fortalecer la auditoria previa.

Así mismo, atender los términos establecidos en el artículo 57°. Ley 1438 de 2011TRÁMITE DE GLOSAS. *: Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las Que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servidos de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servidos de salud, dentro de los Quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.*

Si cumplidos los Quince (15) días hábiles, el prestador de servidos de salud considera Que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, Que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de Que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

b. Criterios.

Decreto número 441 de marzo 28 de 2022 expedido por el Ministerio De Salud Y Protección Social en su Sección 2. De los acuerdos de voluntades Artículo 2.5.3.4.2.1 Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud

c. Riesgo.
Probable incumplimiento normativo

d. Recomendación.

Implementar el Modelo de Auditoria, con los elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud.

Actualmente en el HGM se cuenta con auditores de cama UCI, enfermeras jefe con funciones administrativas, auditores de cuentas médicas, es recomendable integrar el equipo auditor de cuentas

médicas con el fin de evitar esfuerzos aislados y garantizar una auditoría de cuentas médicas efectiva, el cumplimento de la norma en materia de trámite de glosas y fortalecer la auditoria previa.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación

f. Plan de mejoramiento.

Para: Subgerencia asistencial.
Revisar la propuesta de modelo integrado de Auditoria, por servicios, contiene 12 documentos de soporte, procesos, instructivos, que están incluidos dentro de una actividad del proyecto estratégico 3.2, presentada por el equipo de Auditoria Médica.

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. Descripción.

Decreto número 441 de marzo 28 de 2022 expedido por el Ministerio De Salud Y Protección Social en su Sección 3. Indica el Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades Artículo 2.5.3.4.3.1 *Indicadores. Para el seguimiento de los acuerdos de voluntades se deberán incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, con su respectiva ficha técnica, que den cuenta de:*

1. *La calidad de la atención: Incluye la oportunidad en la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud, la accesibilidad en la atención, la seguridad del paciente y la experiencia en la atención al usuario, de conformidad con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.*

2. *La gestión: Incluye el uso de servicios y tecnologías en salud y recursos, así como los tiempos de facturación, radicación, devoluciones,* ***glosas****, gestión de respuesta, pagos, cartera, entre otros.*

3. *Los resultados en salud: Incluye la intervención de riesgos en salud, el éxito terapéutico y la incidencia de complicaciones relacionadas con condiciones ya instauradas, eventos en salud, proceso de atención y otras relacionadas según el objeto del acuerdo de voluntades.*

De acuerdo a lo relacionado anteriormente, es necesario diseñar fichas técnicas de indicadores para el seguimiento de los acuerdos de voluntades, según lo expresado en Decreto 441 de 2022.

b. Criterios.

Decreto número 441 de marzo 28 de 2022 expedido por el Ministerio De Salud Y Protección Social en su Sección 2. De los acuerdos de voluntades Artículo 2.5.3.4.2.1 Elementos para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud

c. Riesgo.
Probable incumplimiento normativo

d. Recomendación.

Diseñar fichas técnicas de indicadores para el seguimiento de los acuerdos de voluntades; incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, tales como los Tiempos de Glosas.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la recomendación

f. Plan de mejoramiento.

Para: Subgerencia asistencial.
Diseñar las fichas técnicas de los indicadores de la atención dentro de las actas de supervisión a los contratos con Savia y demás aseguradoras.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

Motivos de Glosas

Una glosa de acuerdo con la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social es una no conformidad que afecta la factura por prestación de servicios de salud, reportada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral. Hay diferentes tipos de glosas, entre ellas:

- Glosa por facturación: cuando hay diferencias entre el tipo y la cantidad de los servicios prestados o cuando los servicios pagados por el usuario no se descuentan en la factura.
- Glosa por tarifas: ocurren por diferencias entre los valores facturados y los pactados con el usuario.
- Glosas por soportes: se generan por ausencia o ilegibilidad de los soportes.
- Glosas por autorización: cuando los servicios facturados por el prestador de los servicios de salud no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización.
- Glosas por cobertura: se generan por el cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan.
- Glosas por pertinencia: cuando no existe coherencia entre la historia clínica, las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado.

Al analizar el informe de Glosas con corte a junio de 2022, encontramos que los motivos más representativos corresponden a Glosas por tarifas por $2.202.186.775 equivalente al 29.54% del total de glosa; por su parte las devoluciones ascienden a la suma de $2.199.265.822 equivalente al 29.50%.

Cabe resaltar que la devolución es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de

más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma. A continuación, relacionamos el detalle:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna
Auditoría Gestión de Glosas

Motivos de glosas junio 2022

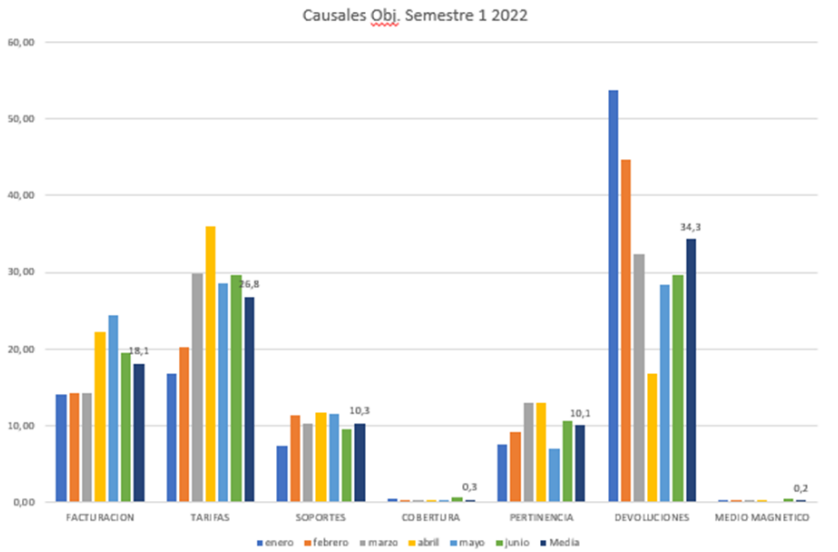
MOTIVO GLOSA	VALOR	%
COPAGOS	(1.505.684)	-0,02%
FACTURACIÓN	1.448.974.740	19,44%
TARIFAS	2.202.186.775	29,54%
SOPORTES	703.009.673	9,43%
AUTORIZACIÓN	33.697.307	0,45%
COBERTURA	44.436.633	0,60%
PERTINENCIA	793.065.959	10,64%
MEDIO MAGNÉTICO	32.189.192	0,43%
DEVOLUCIONES	2.199.265.822	29,50%
TOTAL	**7.455.320.417**	**100,00%**

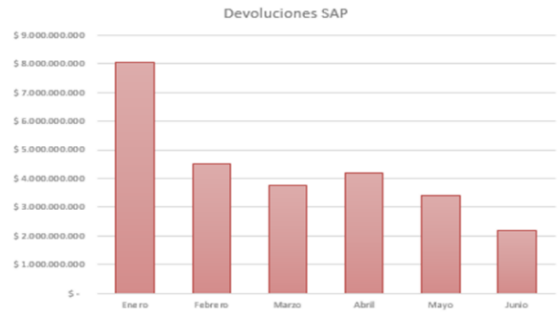
Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con información suministrada por Glosas. BI

Motivos de devolución de junio 2022

Código	Motivo	Valor	% participación
849	Factura No Cumple Requisitos Legales	1.465.423.633	66,63
821	Autorización No Corresp.Al Prest.De Serv.De Salud	229.273.395	10,42
816	Usuario O Serv.Corresp.A Otro Plan O Responsable	214.641.021	9,76
847	Faltan Soprte Justif.P/Recobros (Ctc,Atep,Tutelas)	131.387.331	5,97
834	Res.Egreso/Epicrisis, Hoja Atencion Urg U Odontog	127.557.685	5,80
817	Usuario Retirado O Moroso	30.453.116	1,38
842	Medio Magnético Del Reg.De Trazabilidad De Factura	529.641	0,02
	Total	**2.199.265.822**	**100,00**

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con información suministrada por Glosas- BI





Devoluciones SAP	
Enero	$ 8.033.407.255
Febrero	$ 4.507.832.566
Marzo	$ 3.778.765.061
Abril	$ 4.177.701.301
Mayo	$ 3.420.923.950
Junio	$ 2.199.265.822

www.hgm.gov.co
Síguenos en

Alcaldía de Medellín

b. Criterios.

Resolución 3047 de 2008 Ministerio de Protección Social

INSTRUCCIONESCIRCULAR EXTERNA NÚMERO 14 DE 202
PRIMERA: Las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Adaptadas al Sistema deben garantizar el flujo de recursos y el cumplimiento de los compromisos derivados de los acuerdos de voluntades, atenciones de urgencias y/o de las autorizaciones otorgadas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros proveedores en salud, para la atención de sus afiliados, que redunden en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, de conformidad con la normativa vigente.
En consecuencia, dichas entidades no pueden incurrir en acciones que afecten y generen un riesgo para la operación del Sistema de Salud, tales como las que se mencionan, entre otras, a continuación:

• Restricción injustificada a la radicación de la facturación por prestación de servicios y tecnologías en salud, bajo lo convenido en los acuerdos de voluntades y en los tiempos establecidos por la normativa vigente.
Negación a la radicación de facturación de aquellos prestadores con quienes no existan acuerdos de voluntades pero que hayan prestado atención inicial de urgencias o hayan sido autorizados para prestar servicios adicionales a dicha atención, siempre que la facturación se radique en los horarios de atención establecidos por la EPS y de acuerdo con los términos fijados en la normativa vigente.
• Negación o dilación de recepción de soportes de la facturación, de acuerdo con lo establecido en los acuerdos de voluntades y la normativa vigente; o aquellos casos en los que la EPS previamente hubiese autorizado los servicios a través de cualquier medio; incluyendo, la solicitud de documentos adicionales a los que se determina tanto en la relación contractual como en la normativa vigente, para la radicación de facturas o pago de servicios efectivamente prestados.
• Devolución o glosa injustificada o automática de la facturación individual o general. Así como la notificación de glosas de forma extemporánea o formulación de nuevas glosas a una factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente
• No actualización oportuna y permanente de la información contable, entre otros las cuentas por pagar y cobrar de acuerdo con los soportes correspondientes
• Negación o retraso de los procesos de conciliación de cartera y glosas con los prestadores; así como no informar de forma oportuna y precisa el detalle de los pagos efectuados para que procedan a su aplicación
• No legalización o liquidación oportuna de los acuerdos de voluntades.
• No seguimiento a la legalización de anticipos por parte de sus prestadores, ni seguimiento a los giros que se realizan directamente desde la ADRES por los conceptos pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.
• Falta de nota técnica para la negociación de acuerdos de voluntades con instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de servicios y tecnologías en salud.
• No actualización de tarifas en la renovación de acuerdos de voluntades.
• No adopción y revisión permanente de políticas de pago y contratación; teniendo en cuenta entre otros el conflicto de interés.
En este sentido las entidades deben fortalecer sus sistemas de gestión de riesgos e implementar los controles requeridos, con la finalidad de no incurrir en este tipo de prácticas.

c. Riesgo.

Reprocesos y desgaste administrativos por las Glosas por tarifas: ocurren por diferencias entre los valores facturados y los pactados con el usuario.

d. Recomendación.

- Intervenir por parte del proceso de Facturación las causales de devolución de facturas, que permita reducir las devoluciones. Las causales son los siguientes**:** Factura No Cumple Requisitos Legales, Autorización No Corresponde .Al Prestador .De Servicios De Salud, Usuario O Servicio corresponde a Otro Plan O Responsable, Faltan Soporte Justificaciones .P/Recobros (Ctc, Atep, Tutelas), Res.Egreso/Epicrisis, Hoja Atención Urgencias U Odontog, Usuario Retirado O Moroso, Medio Magnético Del Reg.De Trazabilidad De Factura.

- Verificar que el manual de tarifas que se parametrice en SAP sea el establecido en el Contrato vigente con las aseguradoras y sus respectivos anexos.

- El motivo de glosas por concepto de tarifas es la más representativa, sin embargo, al revisar el indicador de Proporción de Glosa Neta Aceptada en Función de la Glosa Inicial, deja ver que la

meta propuesta asciende a 10, y la misma se ha cumplido en todos los meses del primer semestre del 2022, situación que indica que la glosa inicial por tarifas y las devoluciones por parte de las Aseguradoras no es justificada, situación que genera la dilatación para los flujos de pagos. Es necesario realizar acercamiento con las Eps para respetar los acuerdos de voluntades.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación.

f. Plan de mejoramiento.

Para Subgerencia asistencial.
Dentro del modelo integrado de auditoria se propone la Gestión del Relacionamiento y el apoyo técnico a la Gestión de los acuerdos de voluntades para favorecer anexos tarifarios oportunos y técnicamente construidos, dicho modelo integrado de Auditoria se encuentra pendiente de aprobación.

Observación de Auditoría Interna N° 6.

a. Descripción.

Oportunidad de respuesta de glosas

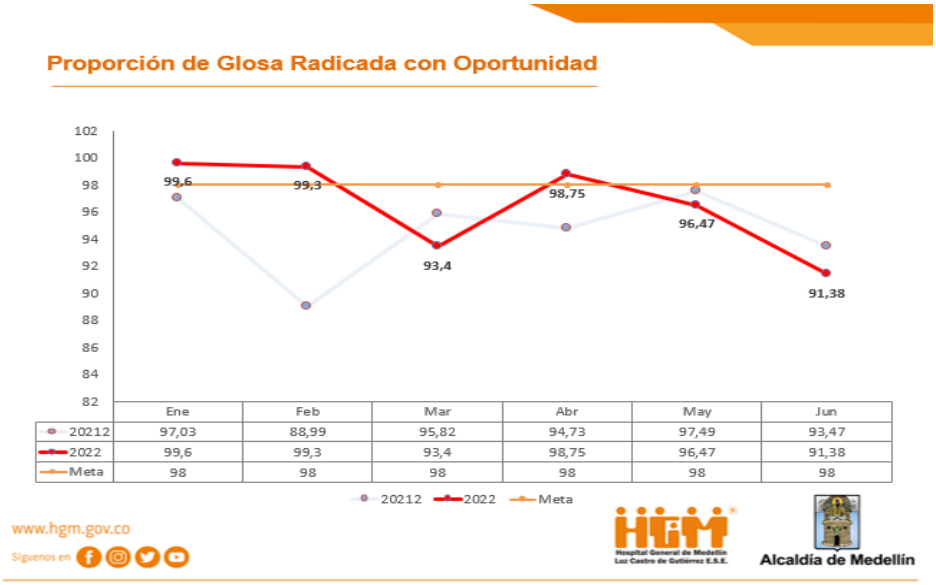
El artículo 57 de la ley 1438 de 2011 - trámite de glosas indica: "*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los* ***quince (15)*** *días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación."* En tal sentido, al revisar el informe de oportunidad de las glosas generado por el proceso de Glosas, indica que $7.426.805.509 es el total de glosas con corte a junio de 2022, que entre 1 y 15 días el total asciende a $ 6.794.092.575 catalogado como oportuna respuesta y superior a 16 días y/o inoportuno la suma de $632.712.934, equivalente al 8,5%, situación que podría ser generada por falta de controles y seguimiento de la respuesta a devoluciones en Facturación y de Glosas en aseguradoras SOAT, ya que el promedio de oportunidad en respuesta en glosa por auditores de cuentas médicas es mayor al 97% en 2022.

Llama la atención Compañía Mundial de Seguros con $86.365.119 quien presenta mayor inoportunidad de respuesta de glosas, que son manejadas por Ascesalud.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna
Auditoría Gestión de Glosas

Inportunidad de Glosas			
Aseguradoras	Dias		Total general
	16 a 29	De 171 a 348	
Alianza Med - Ant Eps Sas - Contrib	89.923.134		89.923.134
Alianza Medellin Antioquia Eps Sas	416.357.469		416.357.469
Comfachoco Eps-S	38.596.414		38.596.414
Compania Mundial De Seguros	21.248.462	65.116.657	86.365.119
Liberty Seguros Sa	202.995		202.995
Sumimedical S.A.S.	1.267.803		1.267.803
Total general	**567.596.277**	**65.116.657**	**632.712.934**

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con información suministrada por Glosas.



Fuente: Indicadores mes de junio.

Del gráfico anterior se observa que en el mes de junio el indicador de Glosa Radicada con oportunidad asciende a 91.38 de la meta que corresponde a 98; los 5 primeros meses del año se cumplió la meta propuesta.

b. Criterios.

Indicadores mes de junio.

c. Riesgo.

R1 Posible ineficacia en la gestión de la glosa.
R2 Posibles incumplimientos normativos en la gestión de la glosa

d. Recomendación.

Contestar las glosas en los tiempos y normas estipuladas por la ley ya que la omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente, evidencian una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la institución.

Las glosas y devoluciones por aseguradoras de Soat son manejadas por Ascesalud, es necesario que la entidad revise los ciclos de glosas de Compañía Mundial de Seguros y efectuar los ajustes de ser necesario.

e. Posición del auditado.

La gestión integral de las aseguradoras Soat es responsabilidad de la empresa contratista Ascesalud, no del equipo de auditoria médica del HGM. Y la Gestión de Devoluciones es responsabilidad del proceso de Facturación.

f. Plan de mejoramiento.

No aplica

4.2. Para mejorar el proceso de Riesgos

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

Al revisar las glosas de Alianza Medellín Antioquia EPS (Savia Salud), Cliente más representativo del HGM, observamos que el valor objetado de las glosas asciende a un 78% del valor neto de la glosa generada a junio de 2022, situación que podría generar la Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a situaciones como el desconocimiento de la legislación aplicable al proceso de la gestión de la glosa. A continuación, relacionamos el detalle:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna
Auditoría Gestión de Glosas

Valor objetado de Glosas- A junio 2022

Asegurador	Apellidos (Nombre)	Referencia	Valor Neto	Valor Objetado	%
Total 20001190	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	6.334	27.337.380.976	21.141.762.084	77%
Total 20001934	ALIANZA MED - ANT EPS SAS - CONTRIB	422	1.978.565.509	1.726.884.677	87%
TOTAL		**6.756**	**29.315.946.485**	**22.868.646.761**	**78%**

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con información suministrada por Glosas.

b. Criterios.
Informe de glosas con corte a junio 2022
Matriz de riesgos 2022

c. Riesgo.
R1 Posible ineficacia en la gestión de la glosa.
R2 Posibles incumplimientos normativos en la gestión de la glosa
Posible Ineficiencia en el proceso de facturación.

d. Recomendación.

Realizar un plan de mejoramiento continuo, orientado a intervenir las causales de devolución de facturas, que permita reducir totalmente la presencia de las glosas relacionadas a estos motivos.

El motivo de glosas por concepto de tarifas es la más representativa, sin embargo, el indicado de Proporción de Glosa Neta Aceptada en Función de la Glosa Inicial, revela que la meta asciende a 10 y se ha cumplido en los meses del primer semestre del 2022, situación que indica que la glosa inicial por tarifas no es justificada. Es necesario escalar el tema a la Superintendencia Nacional de Salud. Dado que por parte de las EPS el mecanismo de glosas se desvirtuó simplemente para dilatar los flujos de pagos.

Cabe anotar que el 78% de valor objetado incluye las devoluciones y la glosa inicial.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación

f. Plan de mejoramiento.
Auditoria médica.
Actualmente se cuenta con anexos tarifarios debidamente pactados y avalados por ambas partes, lo que influye positivamente en las causales de devoluciones y glosas. El nuevo contrato con Savia inicia

el 1 de agosto, se evidencia la mejora en diciembre de 2022. El objetivo que la Glosa global de Savia disminuya.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción.

Análisis y respuesta de las objeciones y glosas en el software institucional.

Se observan inconsistencias del Sistema SAP y/o posibles errores de carga masiva, facturas que no cerraron el ciclo de glosas y existe incertidumbre si las facturas están canceladas. Es por ello que se requiere hacer un proceso de depuración, para que el Sistema SAP refleje el saldo real de las Glosas pendientes por respuesta. A continuación, el detalle:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna
Auditoría Gestión de Glosas

Glosas Pendientes por Respuesta

NIT	Empresa	Pendiente Respuesta al 30 de Junio	Participación %
20001190	Alianza Medellin Antioquia EPS S.A.S	341.631.701	44,7%
20000182	Coomeva EPS	163.036.792	21,3%
20000209	EPS Sanitas S.A.S	79.153.631	10,4%
20002665	Coosalud EPS-S S.A.	56.467.778	7,4%
20001934	Alianza Med - Ant EPS S.A.S - Contributivo	25.935.412	3,4%
20002673	ADRES	22.356.534	2,9%
20000189	Depto Antioquia SSSA	19.207.222	2,5%
20000453	EPS-S Empresa Mutual Ser	14.717.753	1,9%
20002666	Coosalud EPS S.A.	13.370.125	1,7%
20000176	Comfachoco EPS-S	10.647.879	1,4%
20002818	Ecoopsos EPS S.A.S Subsidiado	6.133.926	0,8%
20000501	Union Temporal del Norte	4.262.805	0,6%
20000177	Compania Mundial de Seguros	3.886.841	0,5%
20002840	Uroclin S.A.S	1.050.488	0,1%
20000441	Secretaria Deptal. de Salud Cundinamarca	516.035	0,1%
20000362	AXA Colpatria Seguros S.A.	507.000	0,1%
20000183	Coomeva Medicina Prepagada S.A.	490.360	0,1%
20000178	Seguros Generales Suramericana S.A.	237.972	0,0%
20001201	Aseguradora Solidaria de Colombia	215.600	0,0%
20000493	Secretaria Salud de Santander	200.305	0,0%
20000112	EPS-S Cajacopi	87.000	0,0%
20000422	D.L.S. Bello	68.877	0,0%
20000212	EPS y Med Prepap Suramericana S.A.	46.320	0,0%
	Total	764.228.356	100,0%

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor con información suministrada por Glosas.

b. Criterios.

Informe de glosas con corte a junio de 2022

c. Riesgo.

Posible falta de razonabilidad de las cifras

d. Recomendación.

Se requiere hacer un proceso de depuración, para que el Sistema SAP refleje el saldo real de las Glosas pendientes por respuesta.

Efectuar un trabajo conjunto con las áreas de Sistemas, Contabilidad, Cartera y Glosas, para hacer el cierre de status de Glosas y garantizar la razonabilidad de las cifras en Contabilidad.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación.

f. Plan de mejoramiento.

Actualmente las áreas de Sistemas, Contabilidad, Cartera y Glosas, se encuentran realizando un trabajo conjunto para hacer el cierre de status de Glosas y garantizar la razonabilidad de las cifras en Contabilidad.

4.3. Para mejorar el proceso de Control

Observación de Auditoría Interna N° 9.

a. Descripción.

Es necesario implementar en el sistema de información SAP la Resolución 058 de 2020 para el artículo No 7 el ítem 1.1.2, el cual da lineamientos que las notas crédito que sean de facturas de vigencias anteriores afecten la cuenta 5890 Gastos diversos y no la cuenta 4312 de ingresos, para lo cual se hace necesario cambiar la parametrización desde el módulo de Glosas, dado que desde este módulo se debe parametrizar las cuentas contables para las notas créditos de ingresos de periodos anteriores que afecta en FI- Módulo Financiero.

b. Criterios.
Resolución 058 de 2020

c. Riesgo.
Posible falta de razonabilidad de las cifras

d. Recomendación.

Implementar las acciones necesarias en el área Contable y de Sistemas para la parametrización de las cuentas contables referentes a las Glosas.

e. Posición del auditado.
De acuerdo con la recomendación

f. Plan de mejoramiento.
En proceso de implementación por las áreas Contabilidad y de Sistemas

V. CONCLUSIONES.

En términos generales el proceso de Glosas del HGM presenta un riesgo bajo en virtud de las observaciones descritas en el presente informe.

Es muy importante, normalizar todos los procedimientos e instructivos del proceso de Gestión de Glosas, propuesta ya construida en consenso por los miembros del área, pero no ha sido avalada y normalizada por calidad y alta dirección.

De acuerdo a las observaciones emitidas por la oficina de Auditoria Interna el mayor porcentaje de glosas se dio por tarifas, seguido por Facturación. Así mismo el porcentaje de devoluciones asciende a un 29.50%, las devoluciones se tramitan desde el área de facturación.

El motivo de glosas por concepto de tarifas es la más representativa, sin embargo, el indicado de Proporción de Glosa Neta Aceptada en Función de la Glosa Inicial, revela que la meta asciende a 10 y se ha cumplido en los meses del primer semestre del 2022, situación que indica que la glosa inicial por tarifas no es justificada. Es necesario escalar el tema a la Superintendencia Nacional de Salud. Dado que por parte de las EPS el mecanismo de glosas se desvirtuó simplemente para dilatar los flujos de pagos.

Es necesario, implementar el Modelo de Auditoria, elemento para la negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud. Así como, diseñar fichas técnicas de indicadores para el seguimiento de los acuerdos de voluntades; incluir indicadores de estructura, proceso o resultado, según lo indicado en el Decreto 441 de 2022.

Es importante, efectuar los ajustes necesarios y actualización del organigrama y Manual de funciones de auditor médico. Así como la revisar la estructura organizacional del proceso de Auditoria Médica.

Se requiere hacer un proceso de depuración, para que el Sistema SAP refleje el saldo real de las Glosas pendientes por respuesta.

Efectuar un trabajo conjunto con las áreas de Sistemas, Contabilidad, Cartera y Glosas, para hacer el cierre de status de Glosas y garantizar la razonabilidad de las cifras en Contabilidad.

VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez socializado el Informe de Auditoría, el responsable del proceso auditado elabora con su grupo de trabajo el Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, para lo cual dispondrá de 10 días hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance trimestral.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimestral del Plan de Mejoramiento a la segunda línea y presentará el Informe correspondiente; además se realizará una labor de acompañamiento del proceso auditado.

VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

Nota: De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: "Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten".

Documento elaborado y revisado por:
Equipo de Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

Karina Marina Ruiz de la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.
María Janneth Agudelo Arango
Profesional de Auditoría Interna.
Julio E. Suescún Montoya
Técnico de Auditoría

Elaboró:	**Karina Ruiz de la Hoz,** Profesional de Auditoría Interna.
Apoyo Gráfico y Edición	**Julio E. Suescún Montoya,** Técnico Auditoría
Revisó:	**William Alberto Higuita Lopera,** Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 30 de agosto de 2022.