

4° ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA
CUENTA DE ALTO COSTO – CONVENIO DE ADMINISTRACION
17de diciembre de 2010.

Orden del Día

1. Verificación del Quórum
2. Lectura del Orden del Día
3. Bienvenida de la Junta Directiva
4. Elección de la comisión de revisión del Acta
5. Presentación del Informe de la Junta Directiva a la Asamblea año 2010.
 - Informe Técnico
 - Informe Administrativo
6. Cierre.



Informe 2010 de la Junta Directiva a la Asamblea:

- Informe Técnico
- Informe Administrativo



INFORME TÉCNICO



Cuenta de Alto Costo

Mecanismo del SGSSS

- Fondo Inter EPS
- Ajuste de Riesgo (ajuste de la UPC)



recordación de algunos conceptos
técnicos fundamentales:



UPC:

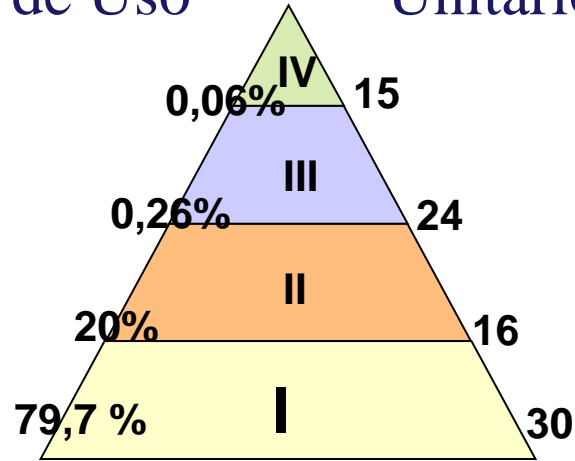
Prima Plana:

- Promedio mas o menos igual para todas las personas.
- NO aumenta si la población afiliada tiene mayor riesgo o mayor siniestralidad.
- NO baja si la población afiliada tiene menor riesgo o menor siniestralidad.



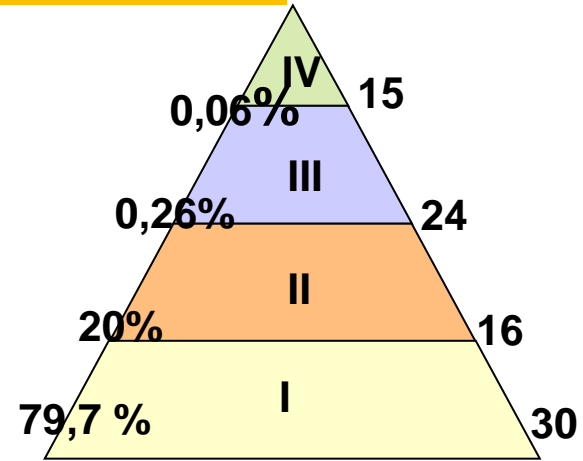
Frecuencia
de Uso

Valor
Unitario



Prima - UPC

Frecuencia
de Uso



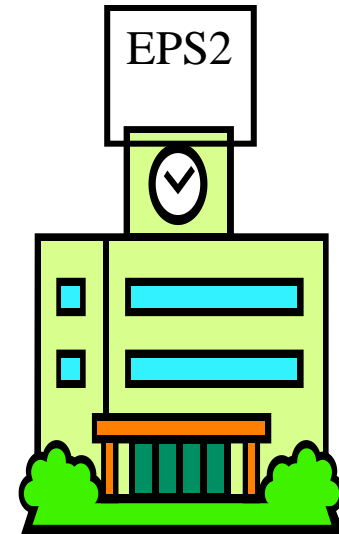
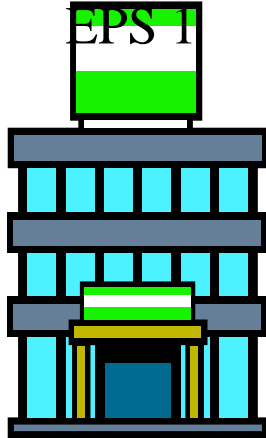
**Edad
Sexo
Ubicación**

- Edad
- Sexo
- Ubicación

Explican gran parte de la demanda – frec de uso pero:

- Son insensibles a la severidad de los eventos.
- Son insensibles al “mix de riesgos”





IGUAL

- Numero de afiliados
- Estructura etárea (edad y sexo)
- Igual ubicación de su población

DIFERENTE
SINIESTRALIDAD



- UPC básica tiene defectos en su metodología de calculo
- Aun con la corrección de la metodología, necesitaría el registro de consumo de toda la población para poder ser PREDICTIVA. La medición que realiza es muy gruesa.
- La UPC básica, siempre será, insuficiente para unas EPS, suficiente para otras y superavitaria para otras.

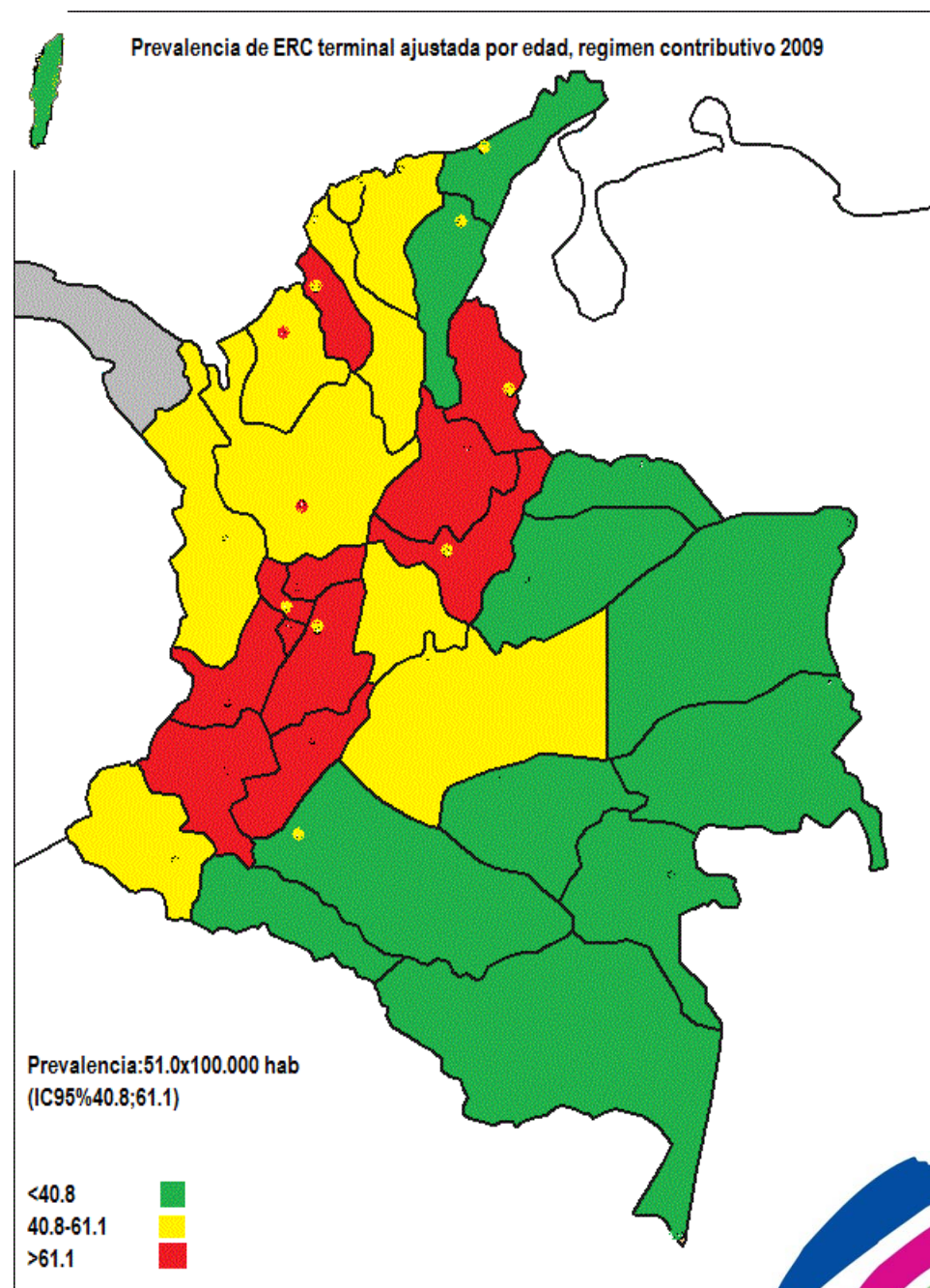


Los Sistemas de los países que tienen Primas Planas generan Selección de Riesgos:

- Algunas aseguradoras están ubicadas en zonas de menor riesgo y otras en zonas de mayor riesgo.
- Algunas aseguradoras “reciben” población con mayor siniestralidad.
- Algunas aseguradoras podrían implementar filtros de ingreso y otras no.



Departamento	Prevalencia Departamento x 100.000 hab	Ciudad	Prevalencia Capitales x 100.000 hab
Antioquia	61.18	Medellin	68.21
Atlántico	53.22	Barranquilla	52.1
Bogotá	58.95	Bogotá	58.95
Bolívar	60.71	Cartagena	57.84
Boyaca	95.86	Tunja	63.72
Caldas	87.93	Manizales	69
Caqueta	37.11	Florencia	40.65
Cauca	98.36	Popayan	74.77
Cesar	34.72	Valledupar	36.51
Córdoba	63.58	Montería	64.68
Cundinamarca	57.99		
Cúcuta	53.89	Quibdó	35.02
Huila	83.19	Neiva	80.6
La Guajira	35.29	Riohacha	34.83
Magdalena	55.85	Santa Marta	59.93
Mérida	58.56	Villavicencio	58.36
Nariño	60.13	Pasto	46.18
Norte de Santander	64.34	Cúcuta	57.82
Quindío	94.93	Armenia	79.15
Risaraldá	63.57	Pererá	53.12
Santander	77.84	Bucaramanga	77.86
Sucre	59.64	Sincelejo	63.41
Tolima	64.67	Ibagué	44.67
Valle	80.31	Cali	74.58
Arauca	24.81	Arauca	24.7
Casanare	31.90	Yopal	23.92
Putumayo	17.35	Mocoa	6
San Andrés	32.73	San Andrés	34.16
Amazonas	14.94	Leticia	15.27
Guainía	-	Puerto Inírida	0
Guaviare	-	San José del Guaviare	0
Vaupés	-	Mitú	0
Vichada	-	Puerto Carreño	0



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 EPS/EOC-Población DANE 2008- Base de datos única de afiliados Ministerio de la protección social



Ajustes de Riesgo (revisión de la literatura):

1. Edad y sexo
2. Ubicación geográfica
3. Estatus de Salud
 - Enfermedades de Alto Costo
 - Enfermedades Crónicas
 - GDR (a la medida por cada afiliado)



**Resumen Aspectos Relevantes de Modelos de Ajuste de Riesgos a
Nivel Internacional y Modelo Inter-isapre-Chile**

País	Organización Flujos financieros	Tipo de Contribución Solidaria¹⁵	Tipo de ajuste y Variables	Modelos Ex – ante o Ex - post	Técnica de cálculo	Costos aceptables	Sistema de riesgo compartido
Alemania	Interno	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico- socioeconómico (sexo, edad, discapacidad, SIL, ingreso, Alto Costo)	Ex - post	Actuarial de celdas	Restringe los cuidados en el hogar	Si, riesgo compartido de altos costos
Bélgica	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico-socioeconómico (sexo, edad, urbanización, discapacidad, ingreso, ocupación, mortalidad)	Ex – ante	Regresión con datos agregados	Restringe fisioterapia, atención dental y psiquiatría	No
Holanda	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Estatus de Salud (Diagnostic Cost Group (DCGs), incluye sexo edad y cerca de 180 categorías diagnósticas ,autoempleado (si, no)	Ex – ante	Regresión DxCG	Restringe fisioterapia y atención dental	Si, riesgo compartido y riesgo compartido proporcional
Israel	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico (Edad)	Ex – ante	Actuarial de celdas	Restringe fisioterapia, atención dental, cuidados en el hogar y psiquiatría	Si, riesgo compartido por condición específica
Suiza	Interno	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico (Sexo, edad, región)	Ex – post	Actuarial de celdas	Restringe psiquiatría	No
EE.UU.- Medicare	Externo	No aplica	Estatus de Salud (Diagnostic Cost Group (DCGs), incluye sexo, edad, región y cerca de 180 categorías diagnósticas)	Ex – ante	Regresión DxCG	Restringe servicios de enfermería prolongados, atención dental, lentes, audífonos y gran parte de medicamentos	No
EE.UU.- Madicaide	Externo	No aplica	Estatus de Salud (Ambulatory Cost Group ACG, CDPS y otros, sexo y edad)	Ex – ante	Regresión ACG, otros	Varía según Estado.	No
EE.UU.- Minnesota	Externo	No aplica	Estatus de Salud, ACG, sexo y edad	Ex - ante	Regresión ACG		No
EE.UU.- Massachusetts, Estado Washington	Externo	No aplica	Estatus de salud DCGs, sexo y edad	Ex - ante	Regresión DxCG		No
Chile-inter-isapre	Interno	Prima comunitaria única per-cápita (tarifa plana)	Demográfico (sexo y edad) Alto costo	Ex – ante con ajuste ex -post	Actuarial de celdas	Dado por las GES	Existe Cobertura Financiera Adicional

Fuente: Elaborado desde van de Ven, et. al. (2001), Ellis (2002), Wasem (2005), Pope et. al, (2000).



Ajustes de Riesgo Colombia

1. Edad y sexo (solo para contributivo)
2. Ubicación geográfica (para unas zonas predefinidas)
3. Estatus de Salud
 - Enfermedades de Alto Costo
 - Enfermedades Crónicas
 - GDR (a la medida por cada afiliado)



Ajustes de Riesgo

Colombia

1. Edad y sexo (solo para contributivo)
2. Ubicación geográfica (para unas zonas predefinidas)
3. Estatus de Salud
 - Enfermedades de Alto Costo
 - Enfermedad Renal Crónica
 - VIH
 - Cáncer
 - Epilepsia
 - Artritis Reumatoidea

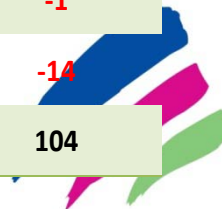
Res 3974/09



Ajuste de Riesgo Colombia por Estatus de Salud /Alto Costo /ERC5



EPS	CASOS FALTANTES O SOBRANTES 2008	CASOS FALTANTES O SOBRANTES 2009	EPS	CASOS FALTANTES O SOBRANTES 2008	CASOS FALTANTES O SOBRANTES 2009
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMACOL-COMFAMILIAR CAMACOL	-30	-14	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR-COLSUBSIDIO	13	5
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA "COMFAMA"	28	7	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR CHOCO	-4	-8
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	29	17	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA	3	4
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ "COMFABOY"	-10	-1	EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO MÉDICO ANTIOQUIA MEDELLIN	-3	-3
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA "COMFACOR"	4	-14	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.	-8	-11
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -CAFAM	-20	-19	COLMEDICA E.P.S.	-9	13
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA	-14	-18	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	-55	32
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE HUILA- COMFAMILIAR HUILA	5	1	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	27	33
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO	13	-18	CAFÉSALUD EPS	31	23
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO- COMFENALCO QUINDÍO	45	1	CAFÉSALUD EPS	-49	-75
CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR –CAJASAN	-9	-7	SANITAS S.A. E.P.S.	-55	7
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO SECCIONAL SANTANDER	1	0	COMPENSAR E.P.S.	-70	-78
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE- COMFASUCRE	10	10	COMFENALCO ANTIOQUIA	-45	-13
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA –CAFABA	-18	-25	COMFENALCO ANTIOQUIA	13	-19
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA-COMFENALCO	-5	-5	SURA EPS	-211	-1
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER- COMFANORTE A.R.S.	-10	-18	COMFENALCO VALLE E.P.S.	-44	-14
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO- COMFAORIENTE	-18	-10	SALUDCOOP EPS	22	104

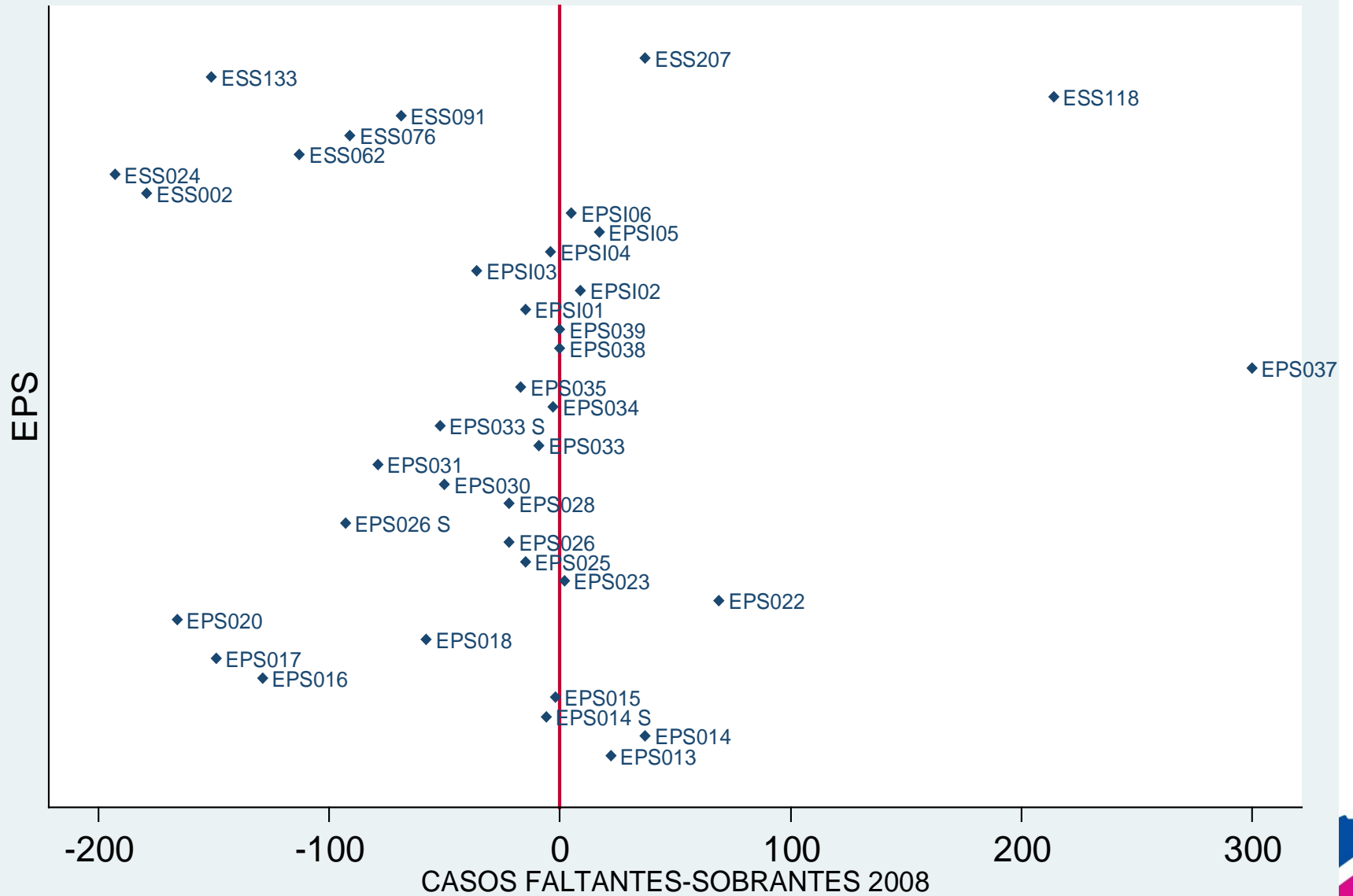


EPS	CASOS FALTANTES O SOBANTES 2008	CASOS FALTANTES O SOBANTES 2009	EPS	CASOS FALTANTES O SOBANTES 2008	CASOS FALTANTES O SOBANTES 2009
SALUD COLPATRIA E.P.S.	-2	5	NUEVA EPS	2643	2037
COOMEVA E.P.S. S.A.	-129	-63	MULTIMEDICA EPS	0	-4
EPS FAMISANAR LTDA	-149	-53	GOLDEN GROUP EPS	0	-4
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	-58	11	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I."	-15	-28
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"	-166	-114	ASOCIACIÓN DE CABILDOS DEL RESGUARDO INDÍGENA ZENÚ DE SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO CÓRDOBA Y SUCRE "MANEXKA" EPS INDIGENA	9	-32
CONVIDA "A.R.S. CONVIDA"	69	-86	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	-36	-80
CRUZ BLANCA EPS S.A.	2	23	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	-4	-18
CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL CASANARE - CAPRESOCA - E.P.S.	-15	-43	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	17	-28
SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO "SOLSALUD S.A.	-22	37	PIJAOS SALUD EPSI	5	0
SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO "SOLSALUD S.A.	-93	-99	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. "EMDISALUD"	-179	-50
CALISALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	-22	-102	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. "COOSALUD E.S.S."	-193	-229
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A. ADMINISTRADORA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	-50	-42	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA "ASMET SALUD"	-113	-80
SELVASALUD S.A. EPS ARS	-79	-120	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ ARS	-91	-81
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	-9	-8	ECOOPSOS EMPRESAS SOLIDARIA DE SALUD	-69	-92
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	-52	-111	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS	214	-122
SALUDCOLOMBIA	-3	-10	ESS COMPARTA	-151	-167

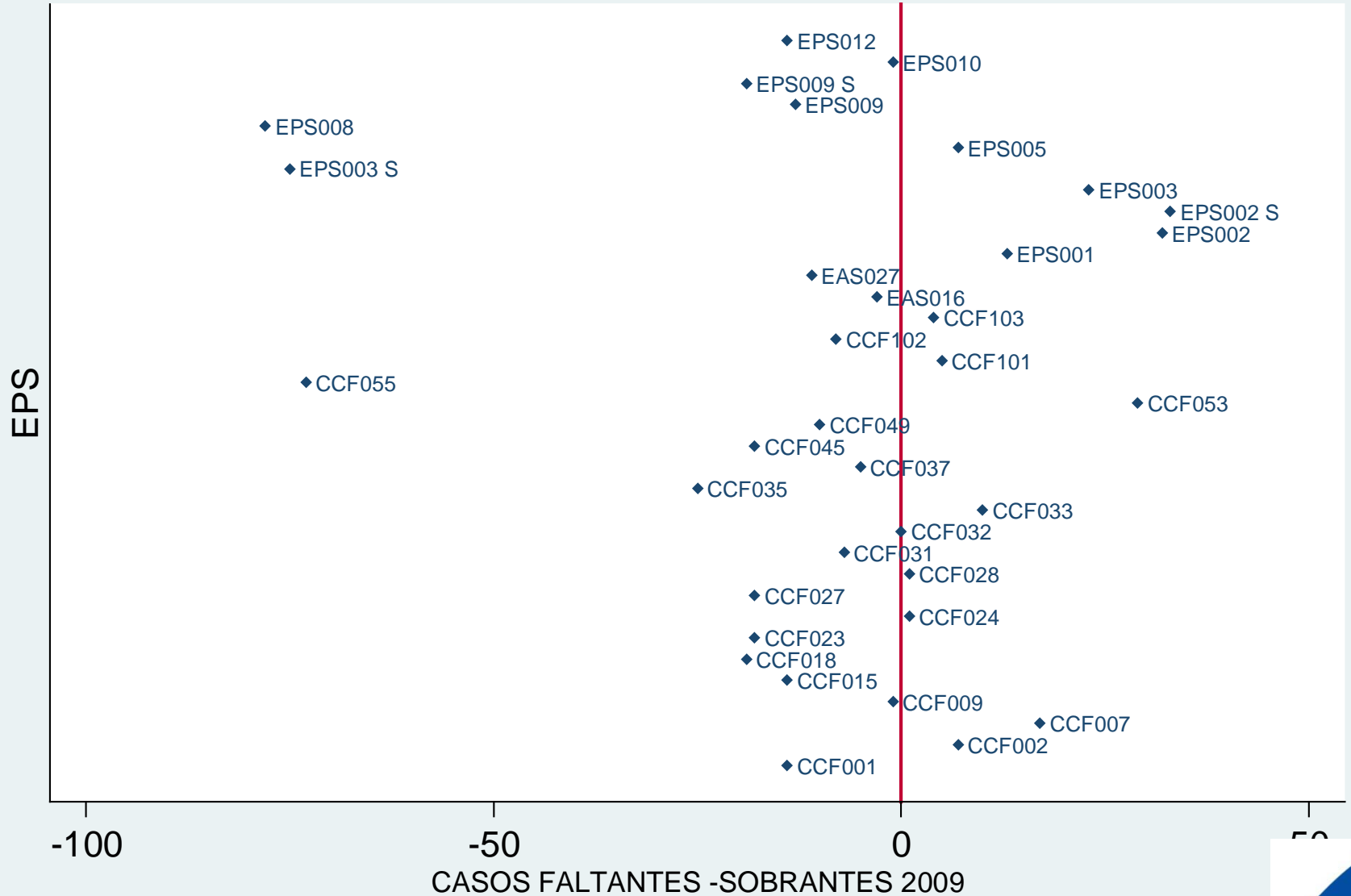
Desviación de casos 2008



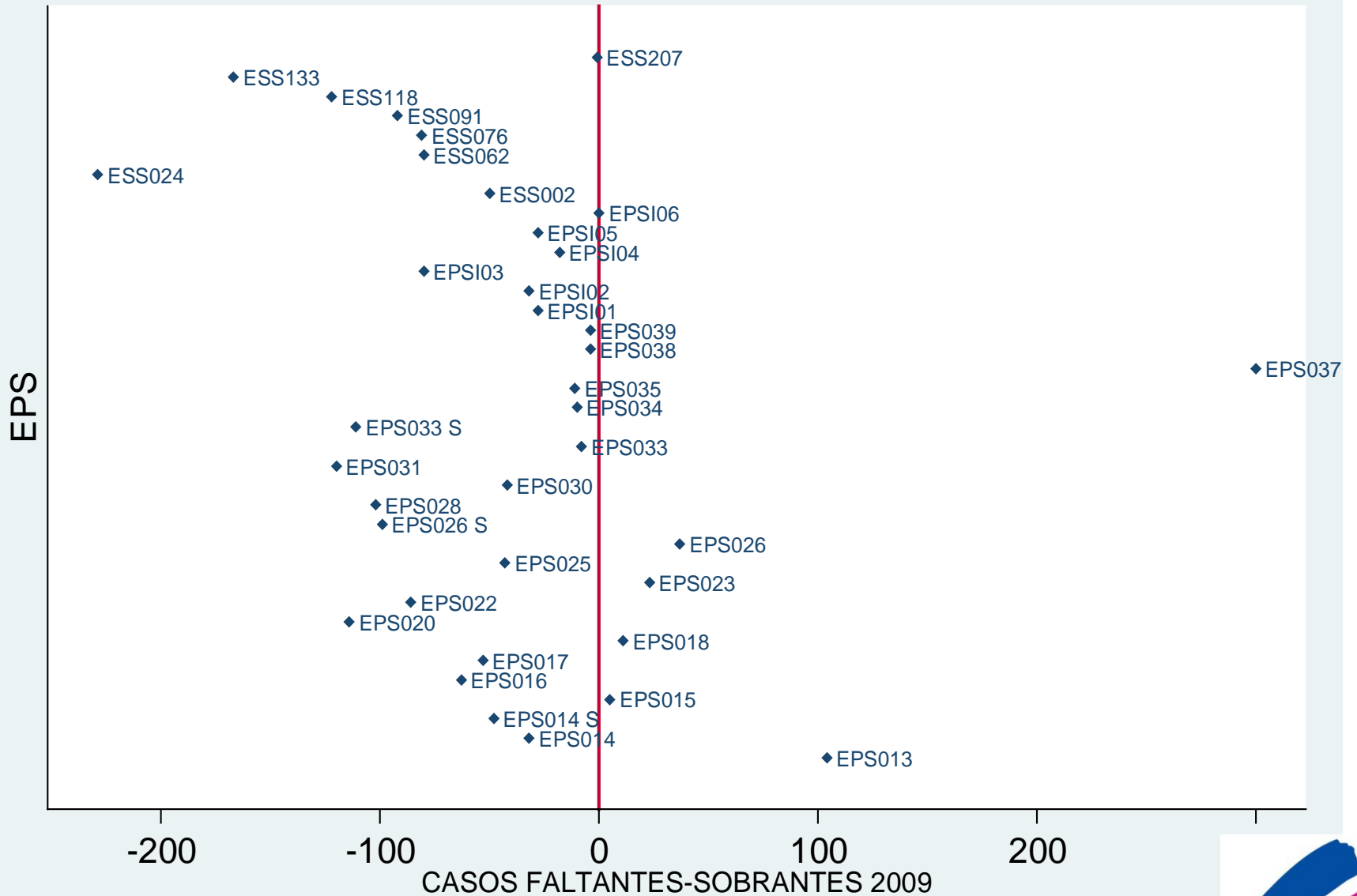
Desviación de casos 2008



Desviación de casos 2009



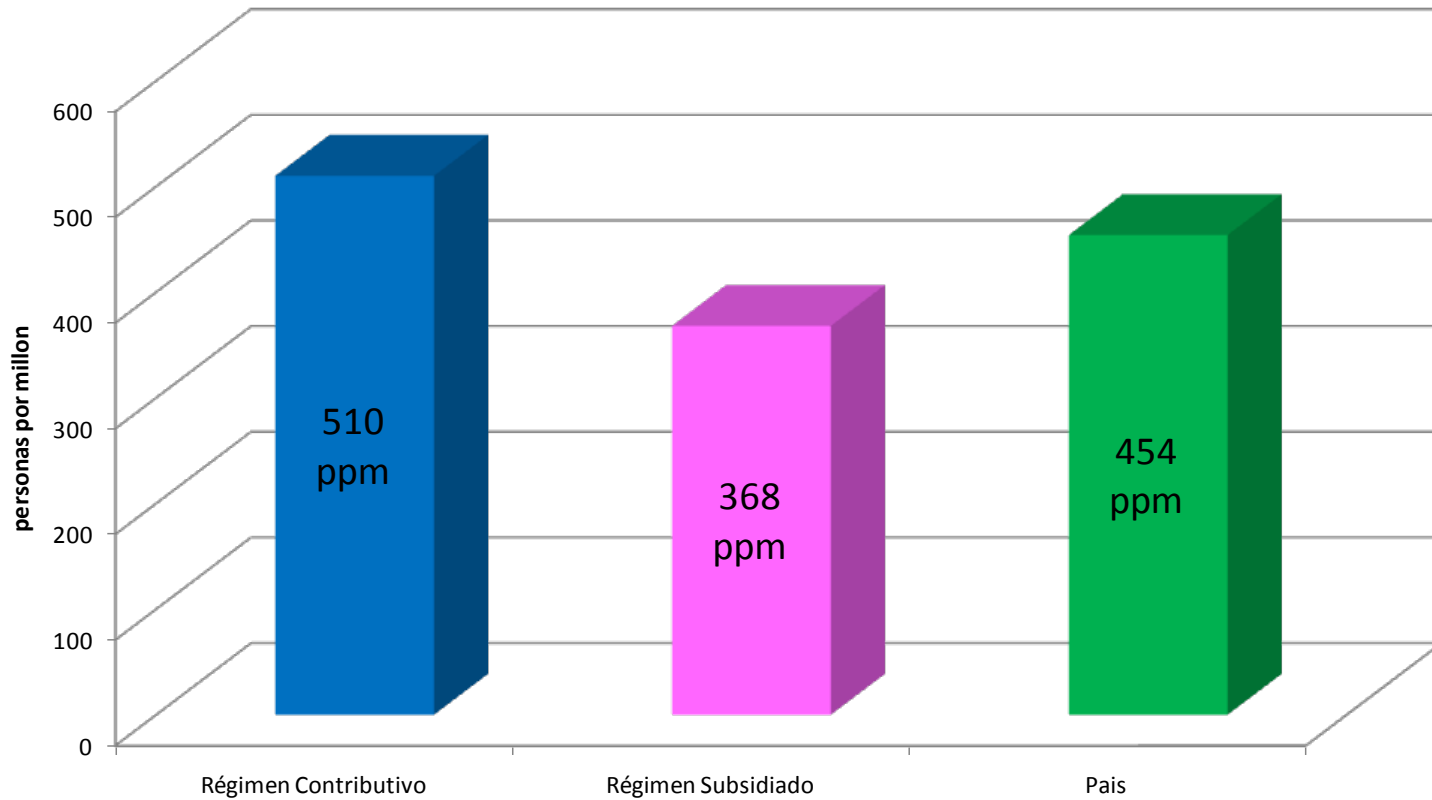
Desviación de casos 2009



Enfermedad Renal en Colombia

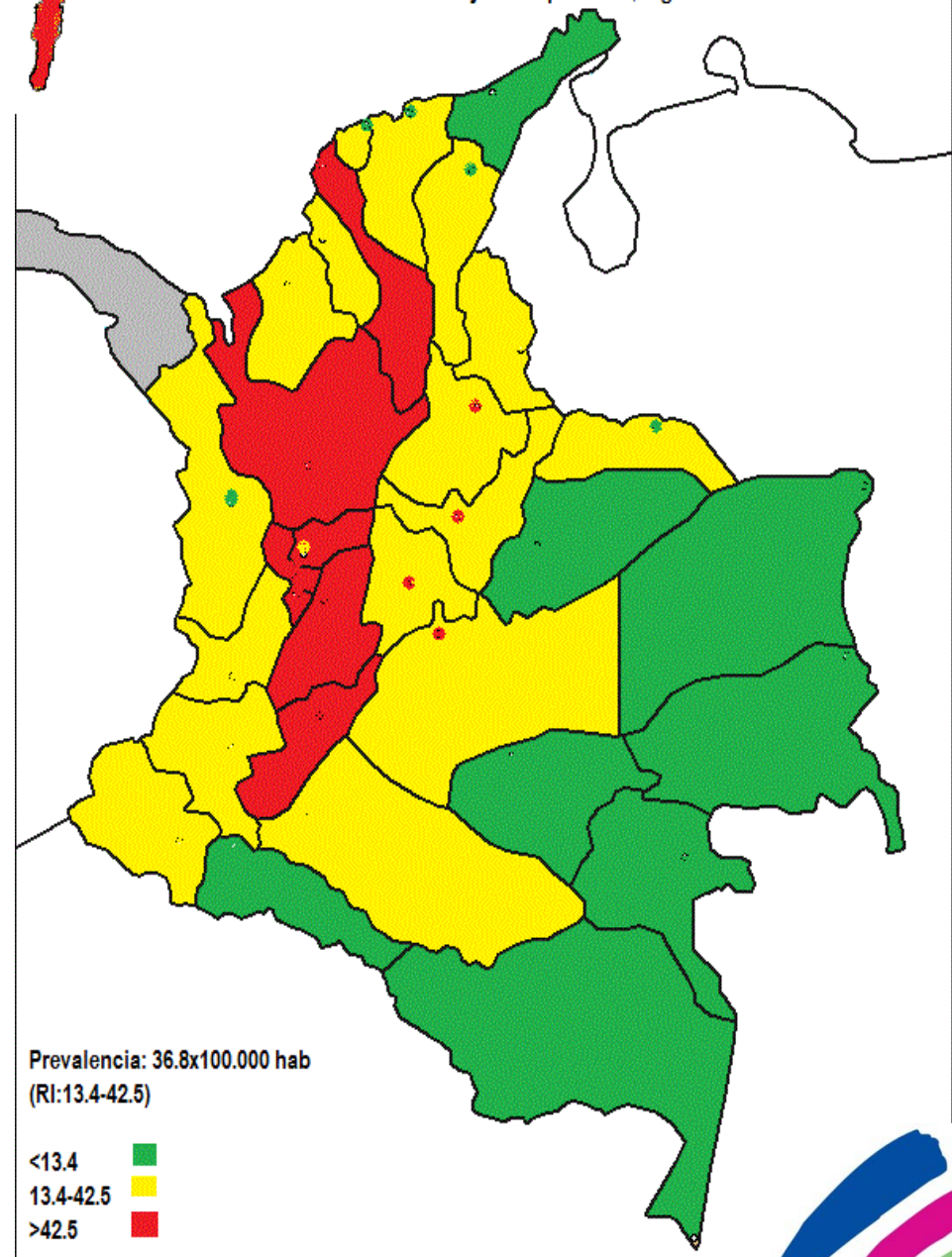


Prevalencia de la ERC5 por Régimen de Afiliación - 2009

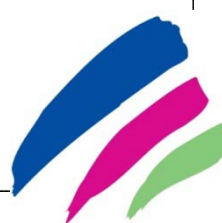


Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 APB/APB

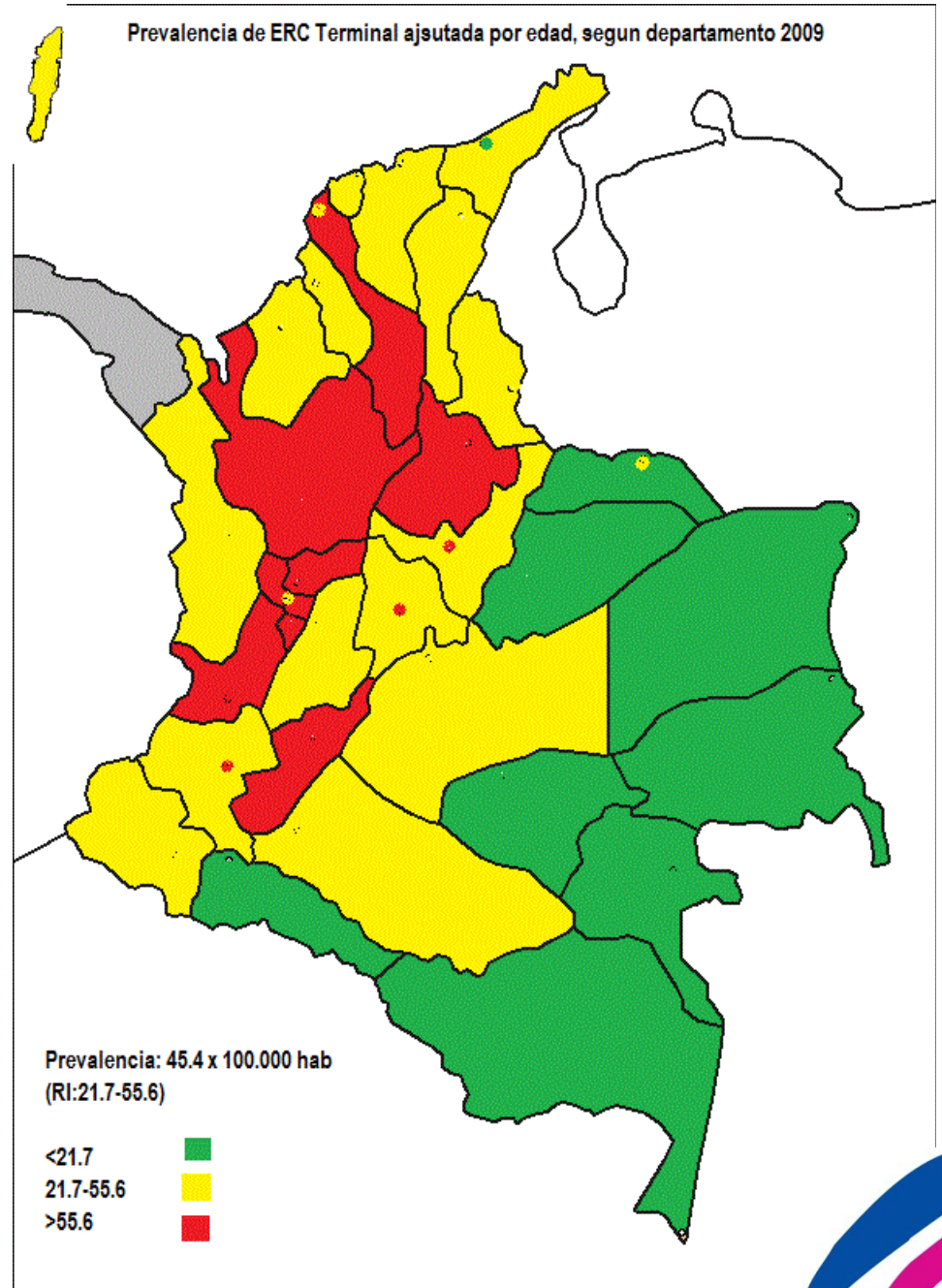
Prevalencia de ERC Terminal ajustada por edad, régimen subsidiado 2009



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 EPS/EOC-Población DANE 2008- Base de datos única de afiliados Ministerio de la protección social



Prevalencia de ERC Terminal ajustada por edad, según departamento 2009



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 EPS/EOC-Población DANE 2008- Base de datos única de afiliados Ministerio de la protección social



PIRAMIDE AFILIADOS AL SGSS CON ERC ESTADIO 5

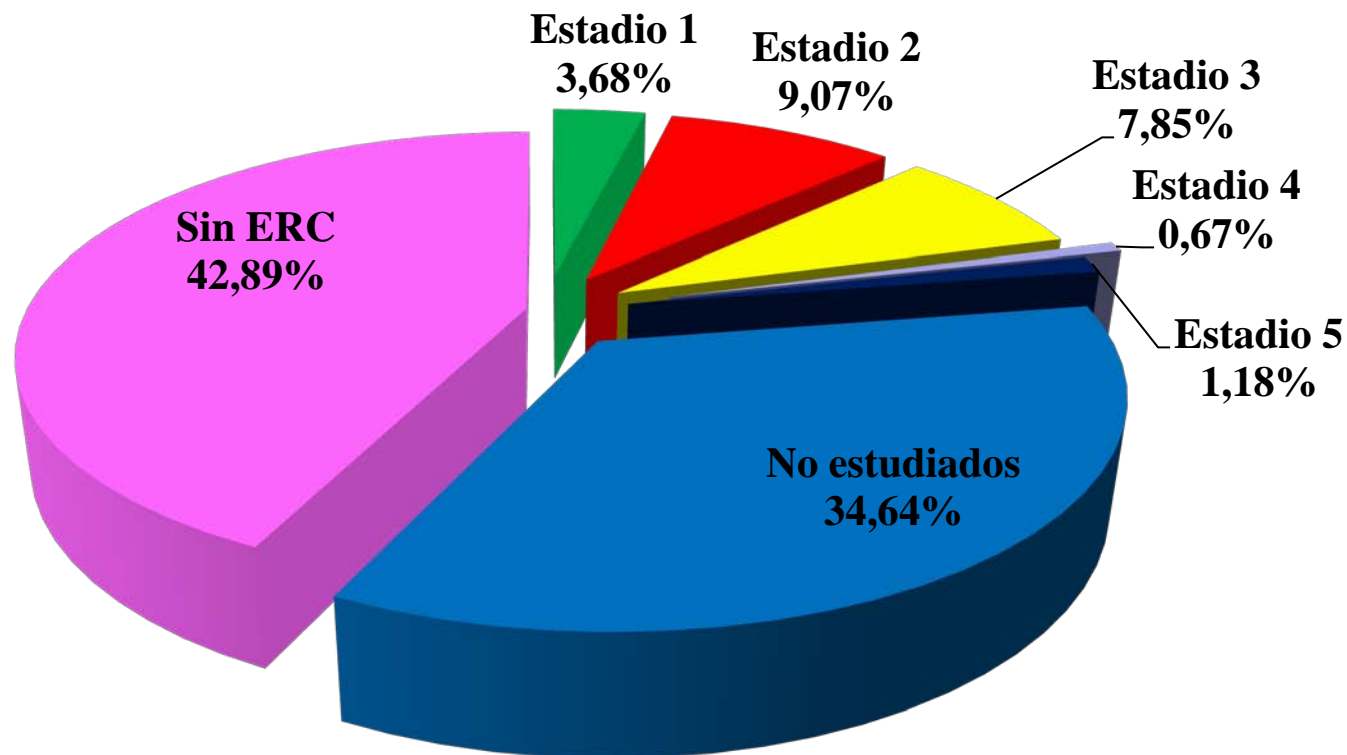
80 y mas
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4

MUJERES
HOMBRES

2100 1800 1500 1200 900 600 300 0 300 600 900 1200 1500 1800 2100 2400 2700

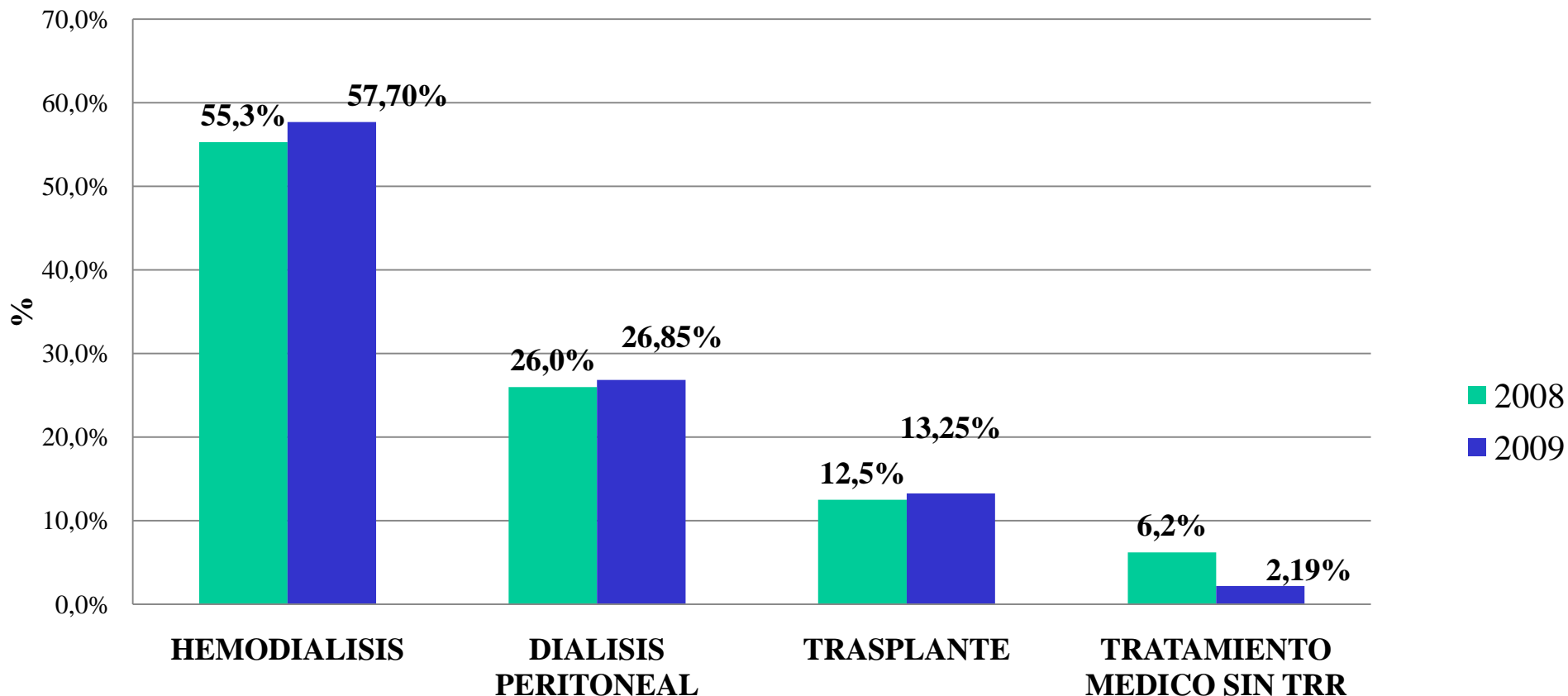
Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 medición 30 de junio de 2009

Distribución de pacientes reportados medicacion 2009



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 APB/APB

Tipo de tratamiento en pacientes con ERC terminal



Análisis de sobrevida

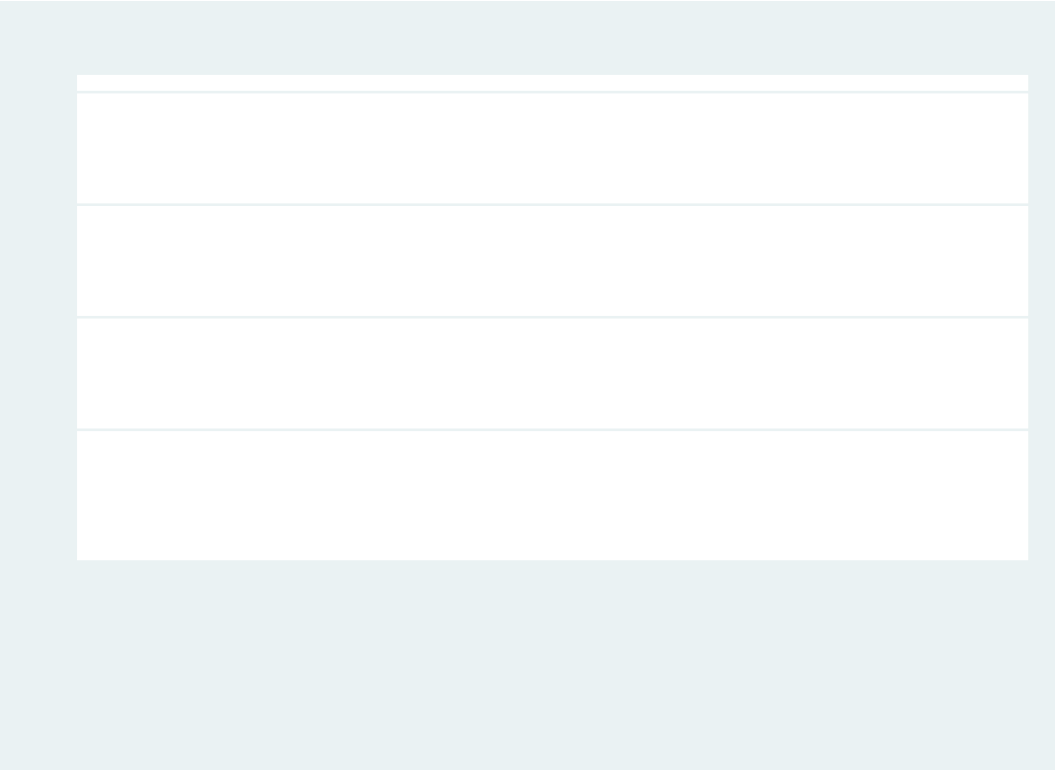


Análisis de sobrevida

Interval (meses)	Total	Deaths	Lost	Survival	[95% Conf. Int.]	
5 6	36825	0	2526	1	.	.
6 7	34299	141	736	0.9958	0.9951	0.9965
10 11	33422	4640	30	0.8575	0.8537	0.8612
11 12	28752	0	2103	0.8575	0.8537	0.8612
12 13	26649	16	223	0.857	0.8532	0.8607
16 17	26410	1467	0	0.8094	0.8051	0.8136
17 18	24943	0	4079	0.8094	0.8051	0.8136
22 23	20864	656	10	0.784	0.7794	0.7885
27 28	20198	0	20198	0.784	0.7794	0.7885



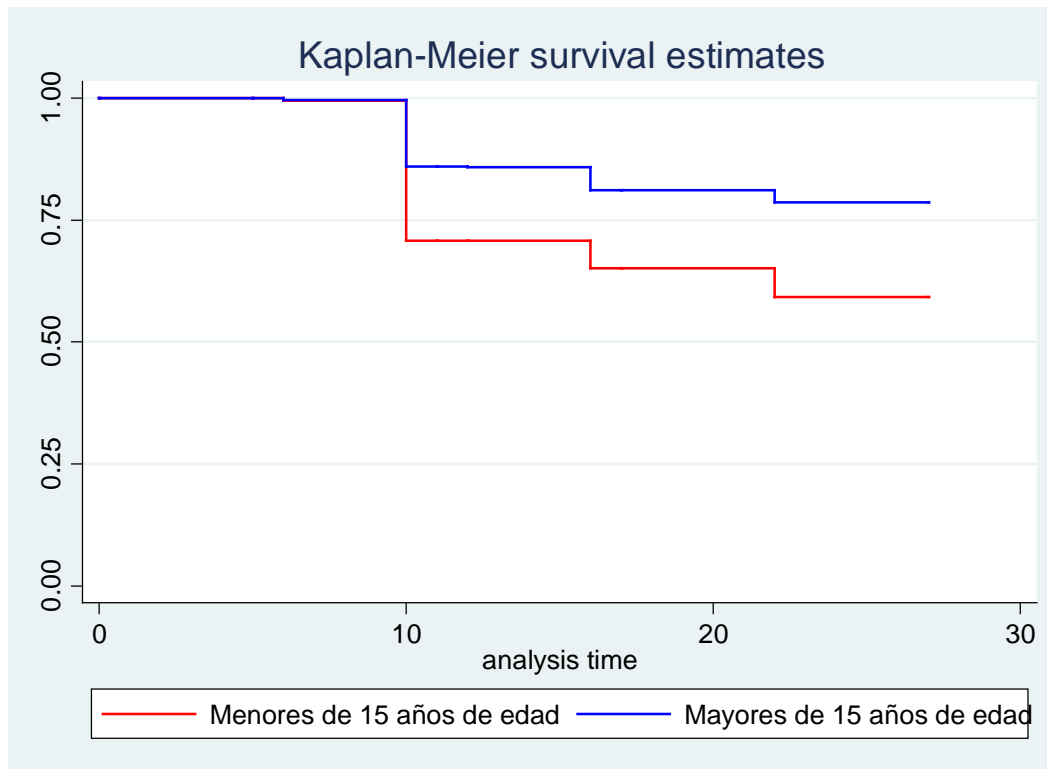
Análisis de sobrevida



La sobrevida de los pacientes del Régimen subsidiado es 72.7% (IC95% 71.9: 73.0) mientras que en el régimen contributivo es 81.7% (81.2%;83.3)



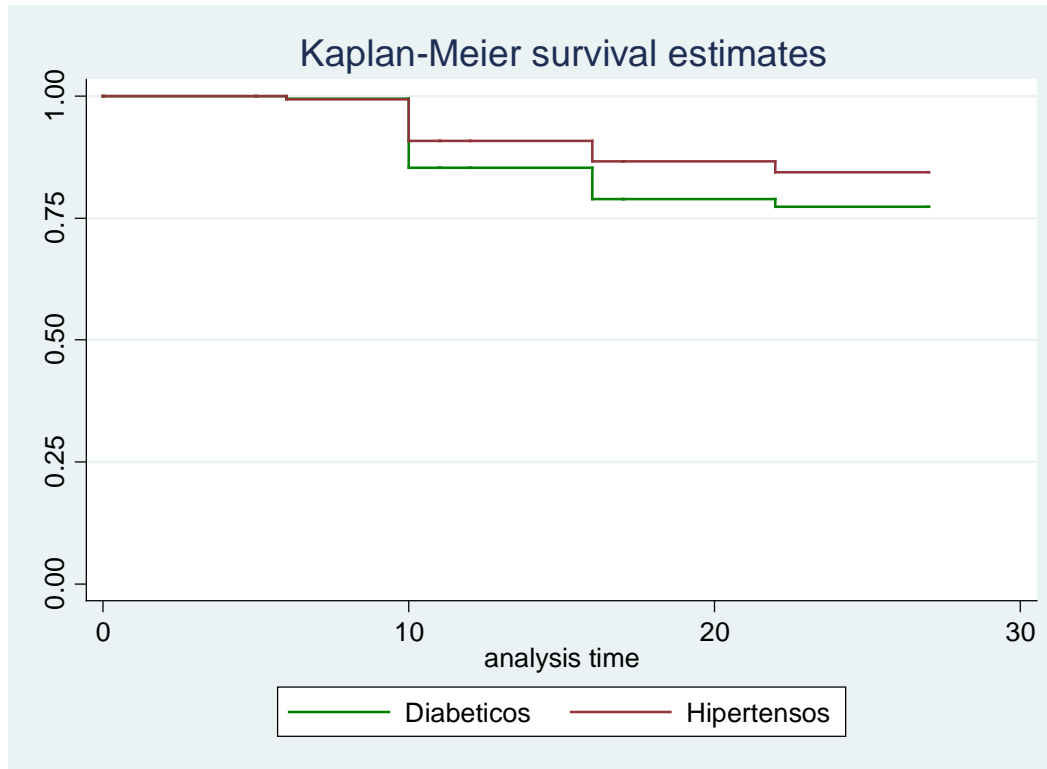
Análisis de sobrevida



Los menores de 15 años presentan menor sobrevida que los mayores de 15 años (59%) (IC 95% 0.53;0.64)



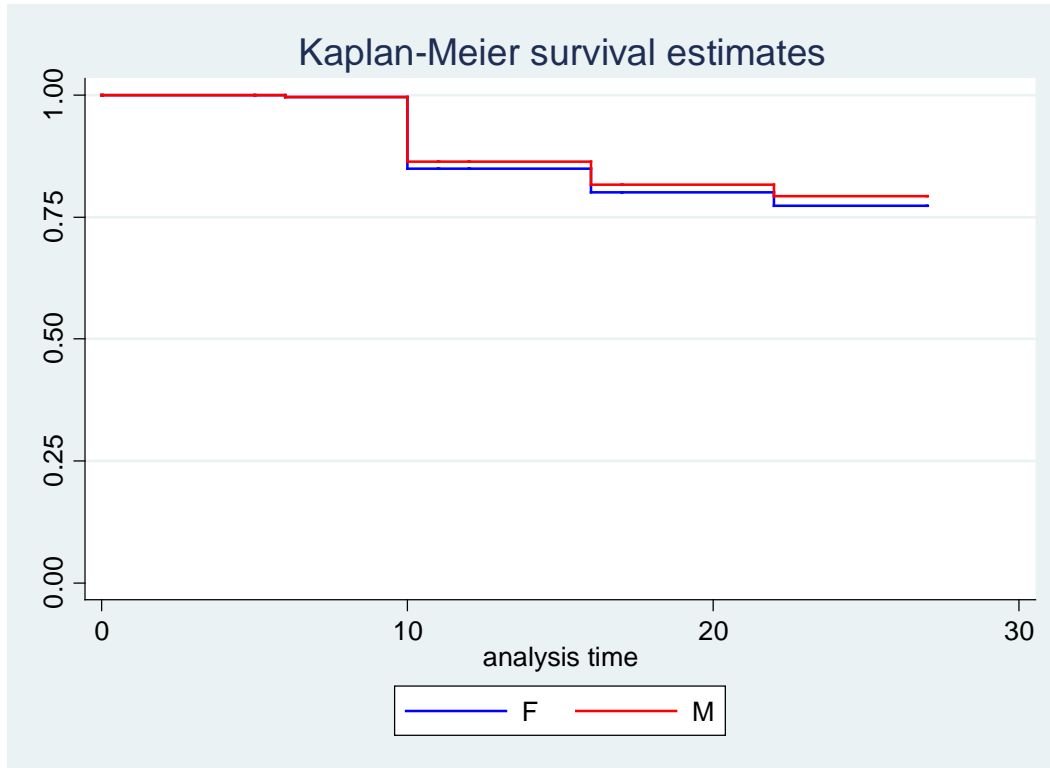
Análisis de sobrevida



Los Hipertensos presentan mayor probabilidad de sobrevivir que los Pacientes con diabetes
La probabilidad es del (84%)
(IC 95% 83.7;84.9)



Análisis de sobrevida



Los Hombres presentan una sobrevida de 79.3% (IC 95% 78.7;79.9)

La probabilidad es superior a la de Las Mujeres (77%) (IC 95% 76.5;.78.0)



Ajustes de Riesgo

temas a desarrollar:

1. Definición de criterios de inclusión de patologías a la CAC, para revisión de inclusiones actuales y para futuras inclusiones por la CRES
2. **Enfermedad Renal Crónica:**
 - Nuevo calculo del GFR de casos de ERC5.
 - Revisión de la formula de prevalencia y redistribución de ERC5
 - Volver a plantear: Uso de mediana y Ajuste por prima
 - Retomar con el Nuevo Gobierno la agenda inconclusa:
 - Revisión de estructura de reporte de ERC.
 - Inclusión de la Medición de la Gestión de Riesgo Renal como complemento a la medición de prevalencias y desviaciones



Ajustes de Riesgo

Temas a desarrollar:

4. VIH

- Aprobación de la propuesta de Estructura de Reporte para VIH
- Calculo del $\text{IC}_{95\%}$ de casos de VIH
- Formulas de prevalencia y redistribución de recursos para VIH.
 - Volver a platear: Uso de mediana y Ajuste por prima

5. Cáncer

- Definir la propuesta de Estructura de Reporte para Cáncer
- Calculo del $\text{IC}_{95\%}$ de casos de Cáncer
- Formulas de prevalencia y redistribución de recursos para Cáncer
 - Volver a platear: Uso de mediana y Ajuste por prima



Cuenta de Alto Costo

Mecanismo del SGSSS

- Fondo Inter EPS
- Ajuste de Riesgo (ajuste de la UPC)

Organismo Técnico de SGSSS

- Promover la gestión de riesgos en el Sistema y a través de ella, la generación de resultados en salud para disminuir la tendencia futura de los casos de Alto Costo.
- Asegurar calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes.
- Garantizar la calidad del proceso de recolección y procesamiento de datos para el ajuste de riesgo.



Promoción de condiciones de
operación e instrumentos de
medición encaminados al desarrollo
de la Gestión de Riesgos



Consensos Basados en Evidencias:

(EPS- Prestadores- Sociedad Científica- Gremios – MPS- INS-Defensoría- SNS)

Definicion de Indicadores para Evaluar por Resultados Clinicos las Unidades de Dialisis para pacientes mayores de 18 años	realizado
Definicion del Sistema de Clasificacion en VIH a utilizarse con fines de reporte en Colombia - Identificacion de los esquemas TAR de primera linea.	realizado
Definicion de componentes minimos de un Programa de Nefroproteccion y los indicadores para evaluarlo por resultados clinicos	en curso
Definicion de Criterios tecnicos para seleccionar una patologia como Alto Costo	programado
Definicion de criterios para la evaluacion clinica de los pacientes con ERC5 para potencialidad de transplante (antes de pruebas paraclinicas)	programado
Definicion de los indicadores para Evaluar por Resultados Clinicos los Grupos de transplante	programado



Indicadores Clínicos para evaluar resultados en Diálisis

modalidad	indicador	estándar	interpretación
Hemodiálisis	Proporción de pacientes en hemodiálisis con $KT/V \geq 1.2$	Superior a 80%.	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (60% a 80%) o rango bajo (< 60%)
	Proporción de pacientes en hemodiálisis con hemoglobina ≥ 11.0 g/dl	Superior a 60%	Se espera que las UR, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (20% a 60%) o rango bajo (< 20%)
	Proporción de pacientes prevalentes con albúmina ≥ 4.0 g/dl	Superior a 40%	Se espera que las UR, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (20% a 40%) o rango bajo (< 20%)
	Proporción de pacientes en hemodiálisis con fósforo < 6.0 mg/dl	Superior a 80%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (20% a 80%) y bajo (< 20%)
	Proporción de pacientes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular	Inferior a 10%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (10% a 20%) o rango bajo (> 20%)
	Porcentaje de pacientes que reciben 4 ó más horas por sesión de diálisis, independientemente de la función renal residual	Superior a 90%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (10% a 90%) o rango bajo (< 10%)
Diálisis Peritoneal	Proporción de pacientes en diálisis peritoneal con KT/V total ≥ 1.7	Superior a 80%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (60% a 80%) o rango bajo (< 60%)
	Proporción de pacientes en diálisis peritoneal con hemoglobina ≥ 11.0 g/dl	Superior a 60%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (20% a 60%) o rango bajo (< 20%)
	Proporción de pacientes en diálisis peritoneal con albúmina ≥ 3.5 g/dl	Superior a 40%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (20% a 40%) o rango bajo (< 20%)
	Proporción de pacientes en diálisis peritoneal con fósforo < 6.0 mg/dl	Superior a 80%	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (20% a 80%) o rango bajo (< 20%)
	Índice de peritonitis	un episodio por más de 24 paciente-meses	Se espera que las UR alcancen el estándar, las que no lo alcancen pueden categorizarse en rango medio (un episodio por cada 18 a 24 meses) o rango bajo (un episodio por cada 17 ó menos meses)

Estructura de VIH

- Participación de EPS, Asociación Colombiana de Infectología, Asociación de Pacientes, IPS, Onusida, Naciones Unidas, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud.
 - Estructura Única que sustituye todas las solicitudes adicionales.
 - Incluye las variables que obligatoriamente deben ser seguidas por las EPS para la gestión de sus pacientes (Guía y PNSP)
 - Responde a los compromisos del país.



Garantía de la calidad del proceso de recolección de datos - procesamiento

PASADO

Acc 217/445/res 3684/acuerdos K

- Variables generales sin instrucción de reporte.
- No malla de validación para el reporte.
- No cruce de pacientes compartidos y coincidentes.
- No auditoria de lo reportado (existencia, diagnostico verdadero, tto confirmado).
- Valor de reconocimiento del promedio de la tarifa reportada.

PRESENTE

Cuenta de Alto Costo

- Instructivos detallados y acompañamiento técnico para el reporte.
- Malla de validación. Detalle de errores en tiempo real.
- Aclaración de pacientes compartidos y Coincidentes.
- Auditoria de campo por EPS y grupos etéreos.
- Valor de reconocimiento único estimado.
- Seguridad informática
- Mejora de los sistemas de reporte por parte de los prestadores.

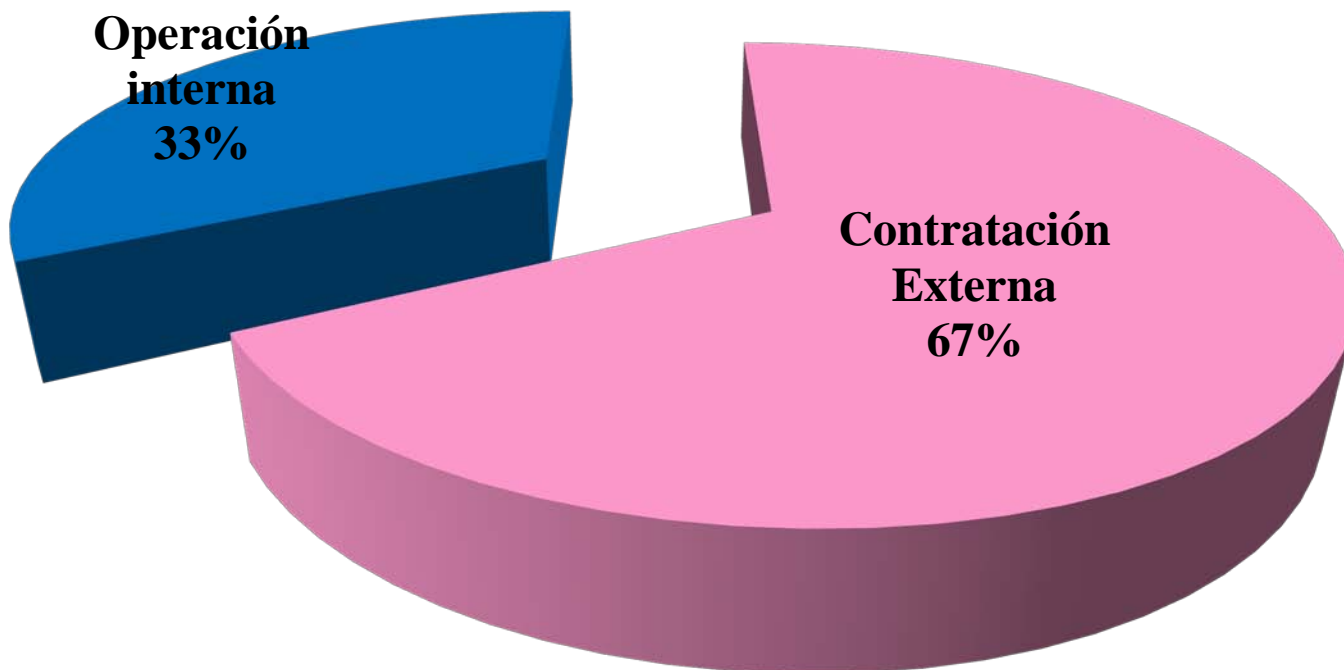


INFORME ADMINISTRATIVO



Ejecución Gasto Administrativo

Periodo: Mayo - Noviembre 2010



Presupuesto vrs Ejecución

Periodo: Mayo - Noviembre 2010

