

INFORME EJECUTIVO DEL FLUJO DE LOS RECURSOS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD

A 30 DE JUNIO DE 2012



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA**

NIT. 891.180.134 - 2

Pitalito, 16 de Julio de 2012

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente**

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN.....	1
1. PROCESO DE FACTURACIÓN.....	2
2. PROCESO DE GLOSAS	5
3. PROCESO DE CARTERA	8

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de contribuir al cumplimiento del Plan de Gestión Institucional para el período 2012-2016 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad el documento denominado “Informe Ejecutivo del Flujo de los Recursos por Venta de Servicios de Salud a 30 de Junio de 2012”.

Este documento pretende plasmar el comportamiento del flujo de los recursos por venta de servicios de salud en nuestro Hospital, la dinámica de las diferentes situaciones que se presentan en los procesos internos, y las adversidades ante las entidades deudoras; así como las limitantes de tipo normativo.

Es mi deber como Gerente del Hospital, informar oportunamente a los Honorables Miembros de Junta Directiva, el estado actual y comportamiento de los recursos públicos; para el período comprendido del inicio de mi Gestión (01 de abril de 2012), hasta la fecha.

A través de este medio puedo compartirles las gestiones, compromisos adquiridos y avances de los mismos para las áreas de: Facturación, Auditoría de Cuentas Médicas (Análisis y respuesta a Glosas, entre otros), y Cartera.

La invitación a los Honorables Miembros de Junta Directiva de nuestro Hospital, es la del acompañamiento continuo y apoyo incondicional, para seguir posicionando la Institución, para brindar una excelente prestación de servicios en salud, basados en la plataforma estratégica de la entidad, con principios y valores corporativos.

1. PROCESO DE FACTURACIÓN

El comportamiento de la facturación tal y como se planteó en el Plan de Gestión Institucional para el año 2012, ha presentado un comportamiento positivo, es decir, en ascenso con un porcentaje promedio del 10% mes a mes, según resultados obtenidos el primer trimestre del año 2012. Sin embargo existe expectativa por la unificación del POS a nivel nacional a partir del 01 de Julio de la actual vigencia; situación que la Gerencia viene monitoreando para plantear políticas que contribuyan a sostener y mejorar los logros alcanzados en cuanto a la venta de servicios.

Para medir los avances en materia de venta de servicios, es necesario recordar las cifras alcanzadas y su variación para las vigencias 2010 – 2011, como se evidencia a continuación:

INFORME DE FACTURACIÓN POR RÉGIMEN VIGENCIA 2010 -2011 (En miles de Pesos)

RÉGIMEN	VIGENCIA 2010	VIGENCIA 2011	VARIACIÓN	REPRESENTACIÓN
Rég. Subsidiado	12.783.279	17.878.394	5.095.116	39,86%
Rég. Contributivo	1.974.828	2.626.973	652.145	33,02%
SOAT- ECAT	2.461.322	3.306.844	845.522	34,35%
Sec. Dptales	10.343.287	7.766.972	(2.576.315)	-24,91%
Sec. Mpales	340.907	134.020	(206.886)	-60,69%
IPS Privadas	3.870	219	(3.651)	-94,33%
IPS Públicas	4.011	15.271	11.260	280,74%
Rég. Especial	952.727	949.596	(3.132)	-0,33%
Otros Regímenes	40.413	65.958	25.546	63,21%
TOTAL FACTURACIÓN	\$ 28.904.643	\$ 32.744.248	\$ 3.839.605	13,28%
PROMEDIO MENSUAL	\$ 2.408.720	\$ 2.728.687	\$ 319.967	13,28%

Fuente: Facturación.

Como se aprecia en la tabla, en la vigencia 2010 se facturaba en promedio mensual \$2.408 millones y para el año 2011, ascendió en un 13,28%, alcanzando una cifra de \$2.728 millones. Así mismo, es claro que nuestros mejores clientes son las entidades que pertenecen al Régimen Subsidiado y la Secretaría de Salud Departamental del Huila.

- Dentro de las políticas gerenciales en curso, se tiene como estrategia la implementación tecnológica, del Software Índigo Crystal, para el área de facturación, cartera, cuentas médicas y contabilidad, debido a que solo estaba planteada su implementación para el área asistencial inicialmente, dada la necesidad de hacer trazabilidad en los datos estadísticos, de producción y facturación, se requiere que

dicha herramienta genere información en tiempo real, oportuna, para la toma de decisiones gerenciales.

- Se ha podido dar cumplimiento con las metas propuestas para la radicación de facturas, y disminuir así las facturas en estado uno o pendientes por radicar, esto se ha logrado con el compromiso continuo del equipo de trabajo de facturación; generando el acompañamiento continuo en la retroalimentación de normas y lineamientos actualizados del sistema general de seguridad social en salud. La gerencia ha dispuesto de herramientas tecnológicas de consulta, que permiten tener en tiempo real, los resultados de ayudas diagnósticas y para clínicos, los cuales habían sido motivo de retención de las facturas, en espera de los mismos; para los meses de mayo y junio de 2012, la Gerencia realizó planes de contingencia en el área de radiología, con la contratación de horas adicionales de un Radiólogo, con el propósito de cumplir con la agenda insatisfecha de estudios en espera a realizar, todo esto, permitió mejorar los indicadores de oportunidad y efectividad.
- A continuación el comportamiento de la facturación radicada durante la presente vigencia:

FACTURACIÓN RADICADA POR RÉGIMEN A JUNIO DE 2012
(En miles de Pesos)

RÉGIMEN	VIGENCIA 2012			
	DE ENERO A MARZO	DE ABRIL A JUNIO	ACUMULADO A JUNIO	% PART.
Rég. Subsidiado	5.316.575	6.598.926	11.915.502	60,32%
Rég. Contributivo	634.197	808.243	1.442.441	7,30%
SOAT- ECAT	1.016.950	1.005.295	2.022.245	10,24%
Sec. Dptales	1.654.184	2.025.364	3.679.548	18,63%
Sec. Mpales	38.044	34.112	72.156	0,37%
IPS Privadas	20.768	36.288	57.056	0,29%
IPS Públicas	1.415	794	2.209	0,01%
Rég. Especial	266.916	278.201	545.117	2,76%
Otros Regímenes	12.008	5.624	17.632	0,09%
TOTAL FACTURACIÓN	\$ 8.961.059	\$ 10.792.847	\$ 19.753.906	100,00%
PROMEDIO MENSUAL	\$ 2.987.020	\$ 3.597.616	\$ 3.292.318	

Fuente: Facturación.

El comportamiento promedio mensual durante el primer trimestre de la actual vigencia fue de \$2.987 millones, situación que se incrementó en un 20,44% para el segundo trimestre (abril a junio) de los corrientes, llegando a un promedio mensual de \$3.597 millones; llegando a un acumulado a junio de \$19.753 millones por venta de servicios y un promedio mensual de \$3.292 millones. Continúan siendo nuestros mejores clientes los pertenecientes al Régimen Subsidiado (con el 60,32%), seguidos de las Secretarías de Salud Departamental (con el 18,63%), y las Aseguradoras del SOAT (10,24%).

- La Gerencia, ha requerido a los procesos de facturación, Auditoría de Cuentas Médicas, Cartera y demás Procesos Asistenciales; la constitución de planes de mejoramiento continuo, que permitan afianzar conocimientos a los actores de los procesos administrativos y asistenciales, durante el segundo trimestre del año 2012. Se ha cumplido con un programa de capacitaciones al área asistencial, sobre temas administrativos, tales como: Planes de beneficios para los regímenes subsidiado y contributivo, socialización de la malla de contratación, socialización de glosas y devoluciones, socialización de manuales tarifarios y técnicas de consulta en las herramientas sistemática dispuesta para adelantar procesos de registros en las historias clínicas. Sobre este punto los médicos han tenido la posibilidad de capacitarse y posterior a ello, se dio inicio al registro de la historia clínica en el nuevo software Índigo Crystal, con unas ayudas de consulta disponibles, con el propósito que el profesional de la salud, pueda consultar los códigos y descripciones de procedimientos o actividades a realizar o registrar en la historia clínica.
- El impacto de las medidas adoptadas en los planes de mejoramiento se podrán evaluar en los próximos meses, en los resultados que presente el proceso de auditoría médica de las glosas realizadas por las diferentes entidades. Pero se cree que ha contribuido de manera positiva en la mejora de los procesos de facturación en forma directa.
- Por último, se da a conocer con la siguiente tabla un comparativo del alcance de la facturación radicada con respecto al Presupuesto Aprobado a la fecha y su ejecución, así:

COMPORTAMIENTO DE LA VENTA DE SERVICIOS .VS. PRESUPUESTO APROBADO DE INGRESOS
VIGENCIA 2012 (En miles de pesos)

RÉGIMEN	PRESUPUESTO APROBADO PARA LA VIGENCIA 2012		VENTA DE SERVICIOS A JUNIO - 2012		RECAUDO A JUNIO - 2012		POR EJECUTAR	
	VALORES	% PART.	VALORES	% EJECUTADO	VALORES	% EJE.	VALORES	% X EJE.
Rég. Subsidiado	13.423.709	49,47%	11.915.502	88,76%	2.697.924	22,64%	1.508.207	11,24%
Rég. Contributivo	2.096.293	7,72%	1.442.441	68,81%	111.753	7,75%	653.852	31,19%
SOAT- ECAT	2.810.137	10,36%	2.022.245	71,96%	763.512	37,76%	787.892	28,04%
Sec. Dptales	6.826.198	25,15%	3.679.548	53,90%	1.816.670	49,37%	3.146.650	46,10%
Sec. Mpales	528.863	1,95%	72.156	13,64%	2.392	3,31%	456.707	86,36%
IPS Privadas	222	0,00%	57.056	25690,53%	0	0,00%	-56.834	-25590,53%
IPS Públicas	13.704	0,05%	2.209	16,12%	0	0,00%	11.495	83,88%
Rég. Especial y Otros Régim	867.882	3,20%	562.749	64,84%	101.072	17,96%	305.133	35,16%
Particulares, Copagos, C.R.	569.903	2,10%	255.224	44,78%	255.224	100,00%	314.679	55,22%
TOTAL FACTURACIÓN	\$ 27.136.912	100,00%	\$ 20.009.129	73,73%	\$ 5.748.547	28,73%	\$ 7.127.782	26,27%
PROMEDIO MENSUAL	\$ 2.261.409		\$ 3.334.855		\$ 958.091		\$ 1.187.964	

Fuente: Presupuesto y Facturación.

El comportamiento positivo en la venta de servicios ha logrado un 73,73% del Presupuesto de Ingresos Aprobado para la vigencia 2012, situación que será analizada para ajustar los valores proyectados mediante adiciones presupuestales. Sin embargo el comportamiento del recaudo sólo ha alcanzado el 28,73% de la facturación radicada.

Otro análisis que se estableció en el tema de facturación fue el aporte porcentual por la venta de servicios de la UCI-ADULTOS, sobre el total de la facturación del Hospital, el cual representa el 12,04%, equivalente a \$2.379 millones con corte a 30 de junio de 2012, como se ilustra a continuación:

**COMPORTAMIENTO DE LA FACTURACIÓN RADICADA POR MES
VIGENCIA 2012
(Millones de Pesos)**

Mes	OTROS SERVICIOS	OUTSOURCING UCI	TOTAL FACTURACIÓN
ENERO	\$ 2.332	\$ 413,90	\$ 2.746
FEBRERO	\$ 2.809	\$ 254,00	\$ 3.063
MARZO	\$ 2.807	\$ 345,38	\$ 3.153
ABRIL	\$ 3.073	\$ 498,39	\$ 3.571
MAYO	\$ 3.168	\$ 561,70	\$ 3.730
JUNIO	\$ 3.186	\$ 305,95	\$ 3.492
TOTAL ENE- JUN/2012	\$ 17.375	\$ 2.379	\$ 19.754
PARTICIPACIÓN %	87,96%	12,04%	100,00%

Fuente: Subgerencia Técnico Científica y Facturación.

2. PROCESO DE GLOSAS

Para la Gerencia, es uno de los procesos neurálgicos que forman el ciclo continuo dentro de los Procesos Administrativos y Financieros del Hospital; por consiguiente se presenta el siguiente análisis cualitativo y cuantitativo:

- Teniendo en cuenta la glosa registrada realmente, tenemos que las EPS glosaron por pertinencia médica, siendo la principal causa de glosas, para lo cual la Gerencia ha tomado decisiones al respecto mediante la aplicación de medidas que involucran tanto al área administrativa como el asistencial tales como:
- Creación del Comité de Glosas mediante la Resolución No. 223 del 28 de Mayo de 2012, e integrándolo al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional, cuyo objetivo principal es la revisión de los conceptos de glosas y socialización de éstos, con los funcionarios involucrados.
- Una vez comunicada la glosa definitiva por parte del área de Cuentas Médicas se debe establecer si ocurrió o no fallas en la gestión administrativa o asistencial,

igualmente se debe estudiar cada caso particular y emitir un concepto debidamente justificado o fundamentado de donde surgirán planes de mejoramiento, para que sea ejecutado por las personas responsables.

- Se diseñó la Ronda Médica Interdisciplinaria con el acompañamiento del área administrativa.
- Se implementó la Auditoría Concurrente en servicios álgidos como Gineco-obstetricia y Pediatría.
- Existe la retroalimentación de las glosas con los coordinadores de servicios de urgencias y hospitalización.
- Se procede a la retroalimentación de las glosas por parte de auditoría de cuentas con medicina especializada.
- Involucrar la auditoría externa en los procesos de mejoramiento continuo para la IPS.
- Existen reuniones periódicas para rendición de informes de glosas por centros de costos lideradas por la Gerencia con los responsables de los mismos.
- Las glosas administrativas relacionadas con el proceso de autorización, donde el proceso tiene una coordinación general encargada del seguimiento a través de la verificación sistematizada de cada uno de los eventos ocurridos en los servicios de urgencias y hospitalización.
- Otro motivo de glosas son las devoluciones, cuyas principales causales fueron el código 816 del manual único de glosas y devoluciones de la Resolución 3047 de 2008 (usuario o servicio corresponde a otro plan). La confirmación del aseguramiento se ha convertido en una tarea difícil para los prestadores, cuando observamos que las bases de datos actualizadas de las EPS las cuales deben reportar mensualmente a los prestadores según relación contractual, las páginas Web de los modelos de atención, las líneas telefónicas de las EPS no son suficientes para lograr ésta tarea. Es necesaria posteriormente la intervención de los entes territoriales principalmente municipales quienes a través de certificaciones expedidas por los jefes de aseguramiento nos permiten acceder a un recobro de las cuentas glosadas por este concepto.
- También fueron objeto de glosas las complicaciones postquirúrgicas y eventos adversos, situación que es contraria a la norma, puesto que el manual único de glosas de la resolución 3047 de 2008, no contempla esos tipos de glosas. Frente al tema la Gerencia ha adoptado una posición de acompañamiento con las diferentes entidades, en busca de disminuir o en lo posible eliminar ésta práctica no autorizada, haciendo

acercamiento con los coordinadores regionales o coordinadores del departamento de auditoría médica.

A pesar de todo el panorama expuesto, se puede decir que se ha logrado avances significativos y representativos en la disminución del porcentaje de la glosa inicial y la glosa final, como se aprecia en el siguiente cuadro:

ANÁLISIS DE LAS GLOSAS POR VIGENCIAS A 30 DE JUNIO DE 2012

(Millones de \$)

VIGENCIAS	VR. FACTURADO	VR. GLOSADO	% GLOSA INICIAL - SOBRE FACT.	VR. GLOSA ACEPTADA	% GLOSA ACEPTADA - SOBRE FACT.	% GLOSA ACEPTADA - SOBRE G.I.	PEND. POR CONCILIAR ACUMULADO (VIG. ANT.)
A DICIEMBRE - 2011	\$ 32.744	\$ 4.448	13,59%	\$ 559	1,71%	12,57%	\$ 902
A JUNIO - 2012	\$ 19.754	\$ 974	4,93%	\$ 74	0,37%	7,60%	\$ 965

Fuente: Facturación y Auditoría de Cuentas Médicas

Para el año 2011 el porcentaje de la glosa inicial sobre la facturación de la misma vigencia fue del 13,59% (\$4.448 millones), llegando a una glosa final del 1,71% sobre la venta del servicio y un valor acumulado por conciliar de \$902 millones. El comportamiento para el 2012 mejoró en gran manera, porque bajó el porcentaje de glosa inicial al 4,93% y la glosa final pasó del 1,71% al 0,37% sobre los valores facturados a junio de 2012. De la misma manera el valor pendiente por conciliar acumulado quedó en \$965 millones.

Ahora, para una comprensión de la gestión realizada en los procesos de glosas, las respectivas conciliaciones y discusiones de glosas, tenemos el siguiente resumen:

GLOSA CONSOLIDADA (Incluye Vig. Ant.) EN DISCUSIÓN A 30 DE JUNIO DE 2012	
(Millones de \$)	
Valor Glosado Vigencias Anteriores	\$ 902
Valor Glosado Solamente la Vigencia 2012	\$ 974
SUMATORIA: Vr. Total Glosado a la fecha	\$ 1.876
Glosa Ratificada por Conciliar en Discusión	\$ 965
Glosa que no ha sido ratificada	\$ 910

Fuente: Auditoría de Cuentas Médicas

Las dificultades como se expresaba anteriormente están en la glosa que no ha sido ratificada por parte de las EAPB (\$910 millones), por cuanto dificultan los procesos conciliatorios, y las gestiones de cartera.

- Finalmente podemos afirmar y así lo hemos demostrado en las actas de conciliación suscritas con las entidades responsables de pago que formulan glosas infundadas en

su mayoría cuando el auditor busca mantener un porcentaje mensual de glosa para demostrar gestión y para cumplir con lo exigido en esta materia por la EPS.

- De manera general afirmamos que la política de algunas EPS es saturarnos de glosas, en ocasiones injustificadas o mal formuladas y luego retardar las conciliaciones e incluso adopción de posiciones intransigentes para obviarlas. En este punto la Gerencia está empeñada en la tarea de lograr procesos conciliatorios trimestrales con las diferentes EPS.
- Finalmente hay que exaltar el trabajo y el empeño de la Gerencia en liderar el tema de las glosas por lo cual la institución está realizando esfuerzos desde el punto de vista del recurso humano técnico y financiero entre los que se cuenta poder optimizar el manejo de las glosas y la generación de informes con la implementación del módulo de glosas. Así mismo el esfuerzo en mantener las buenas relaciones y canales de comunicación con los aseguradores por cuanto favorecen determinadamente la calidad del servicio prestado y el flujo de recursos de la institución.

3. PROCESO DE CARTERA

Para tener claridad sobre el comportamiento de la cartera de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, al cierre del primer semestre del 2012, es necesario tener en cuenta algunos factores que han afectado dicho proceso en el periodo referido:

- En primer lugar, la delicada situación por la que atraviesa el país en materia de salud y en especial el giro oportuno de recursos, situación que ha llevado a varias EPS-S al proceso de intervención ó liquidación definitiva por parte de La Superintendencia Nacional de Salud.
- De otra parte el cambio de Gerencia así lo queramos ver como algo normal, si nos afectó seriamente, en especial el periodo de interinidad en el que las distintas EPS-S se replegaron en los pagos oportunos.
- En tercer lugar nuevamente se presento como resultado de lo anterior el incremento de la glosa inicial al igual que la ratificación de la misma sin que las distintas EPS-S inicien oportunamente procesos de conciliación.
- A diferencia del año 2011 en donde se manejo un promedio de facturación mensual del orden de los \$2.728 millones antes de glosa, en el primer semestre de 2012, se tiene un promedio mensual de facturación del orden de los \$3.292 millones, lo cual indica un incremento positivo en la facturación de los servicios prestados en el orden de los \$564 millones equivalentes al 20,67%, ampliación que también se refleja en el resultado global de nuestra cartera al cierre del mes de junio de 2012.

- No obstante lo anterior al inicio de nuestra Gerencia en propiedad, en donde se retoma dicho proceso en forma prioritaria nuevamente se empieza a repuntar en el incremento de los recaudos de la institución, dentro de las proporciones que se manejan en el sistema de salud en nuestro país.
- La siguiente tabla ilustra el incremento comparativo de la cartera a la fecha:

**COMPARATIVO DE LA CARTERA POR RÉGIMEN
ENTRE DICIEMBRE DE 2011 Y JUNIO DE 2012
(Cifras en Millones de Pesos)**

RÉGIMEN	A 31-DICIEMBRE-2011		A 31-MARZO-2012		A 30-JUNIO-2012	
	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.
REGIMEN SUBSIDIADO	9.525,15	65,7%	10.099,17	63,4%	11.485,35	63,5%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	1.181,41	8,2%	1.273,67	8,0%	1.234,77	6,8%
SOAT ECAT	2.022,97	14,0%	1.975,20	12,4%	2.364,61	13,1%
SECRETARIAS DEPTALES.	1.436,25	9,9%	2.075,33	13,0%	2.459,41	13,6%
SECRETARIAS MPALES.	58,41	0,4%	77,28	0,5%	90,34	0,5%
I.P.S PRIVADAS	6,74	0,0%	156,37	1,0%	129,34	0,7%
I.P.S. PUBLICAS	8,11	0,1%	9,40	0,1%	10,17	0,1%
REGIMENE ESPECIAL	247,33	1,7%	253,67	1,6%	303,67	1,7%
OTRAS ENTIDADES	9,15	0,1%	19,90	0,1%	8,51	0,0%
TOTAL CARTERA	14.496	100,0%	15.940	100,0%	18.086	100,0%

Fuente: Cartera.

- En forma global la cartera del Hospital, se ha venido incrementado en los primeros 6 meses del año, situación que obedece como ya se observó en parte al aumento de la facturación y en segundo lugar el ensanchamiento de la glosa inicial y de otra parte a la negativa de las distintas EPS-S al pago oportuno de sus obligaciones, en lo que tiene que ver con los régimen subsidiado y contributivo; con relación a las entidades del SOAT - ECAT, el inconveniente es esencialmente la facturación del FOSYGA que al cierre del mes de junio es del orden de los \$1.490 millones de pesos equivalentes al 63% de dicha cartera.
- A continuación el análisis del estado de cartera por edades con corte al mismo período:

**ESTADO DE CARTERA POR EDADES
ENTRE DICIEMBRE DE 2011 Y JUNIO DE 2012
(Cifras en Millones de Pesos)**

PERÍODO DE CORTE	SIN VENCER		DE 61 A 90		DE 91 A 180		DE 181 A 360		MAS DE 360		TOTALES	
	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.	VALOR	% PARTIC.
A 31 DICIEMBRE /2011	6.845	47,22%	1.477	10,19%	2.071	14,29%	2.587	17,84%	1.516	10,46%	14.496	100,00%
A 31 DE MARZO /2012	5.365	33,65%	1.865	11,70%	3.199	20,07%	2.812	17,64%	2.699	16,93%	15.940	100,00%
A 30 DE JUNIO /2012	6.398	35,38%	2.119	11,72%	3.746	20,71%	3.001	16,59%	2.822	15,60%	18.086	100,00%

Fuente: Cartera.

La anterior tabla nos refleja el estado comparativo de la cartera por edades y su evolución en el primer semestre del año, cuadro que nos muestra el agregado que se viene presentando coherente al incremento de la facturación en lo proporcionado a la cartera hasta 180 días, con la superior a esta edad observamos un incremento el cual obedece a factores como cartera pendiente de conciliar entre las EPSS como: Comfamiliar, Asmet Salud, Cafesalud y Caprecom; que son las principales en cuanto a volumen y valor.

También se encuentra en este rango las carteras de entidades como DASALUD Putumayo cuyo proceso jurídico por el orden de los \$160 millones de pesos se encuentra en curso, la cartera del FOSYGA por \$982 millones de pesos.

- No obstante el incremento de la cartera, se observa que en lo que corresponde al segundo trimestre del año es decir el periodo abril-junio se ha incrementado significativamente los recaudos en comparación al primer trimestre del año como se aprecia en la siguiente tabla:

**COMPORTAMIENTO DEL RECAUDO DE LA CARTERA SEGÚN LA VIGENCIA
DE LA FACTURACIÓN RADICADA
A 30 DE JUNIO DE 2012 (Millones de \$)**

PERÍODO FACTURADO	PERÍODOS DE RECAUDO		
	DE ENERO A MARZO DE 2012	DE ABRIL A JUNIO DE 2012	ACUMULADO (ENE A JUN - 2012)
2004	0,08	0,00	0,08
2006	0,57	0,00	0,57
2007	0,95	0,00	0,95
2008	1,51	0,00	1,51
2009	13,89	16,64	30,53
2010	62,69	93,24	155,92
2011	4.367,88	3.272,90	7.640,78
SUBTOTAL VIG. ANTERIORES	4.447,56	3.382,78	7.830,34
2012	208,44	4.803,92	5.012,36
TOTALES	4.656,00	8.186,70	12.842,70
PARTIC.	36,3%	63,7%	100,0%

Fuente: Cartera.

Como se desprende de la anterior tabla en el primer trimestre del año el recaudo fue del orden de los \$4.656 millones de pesos equivalentes al 36,3% del total recaudado durante la vigencia 2012; mientras que en el segundo trimestre correspondiente al periodo abril-

junio fue del orden de los \$8.186 millones de pesos es decir el 63,7% sobre el total recaudado.

Se observa de las anteriores tablas que de los \$14.496 millones de pesos que quedaron de recaudar a diciembre del 2011 se han recaudado \$7.830 millones es decir el 54% de dicha cartera.

Al anterior recaudo reflejado en nuestro sistema de información debemos agregar que ya al 12 de julio de 2012, fecha de cierre del presente informe se tiene un recaudo del orden de los \$3.518 millones de pesos, derivado de las gestiones que se vienen adelantando en la recuperación de la cartera cuyo producto se reflejan en forma aceptable en los estados financieros.

- Uno de los procesos de Gestión adelantados por la Gerencia en equipo con la Oficina de Cartera, ha sido liderar las conciliaciones y acuerdos de pago ante la Superintendencia Nacional de Salud; a continuación un resumen y sus resultados:

**CARTERA RADICADA POR ENTIDADES ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
PARA PROCESOS DE CONCILIACIÓN Y ACUERDOS DE PAGO**

(Cifras en miles de pesos)

No.	ENTIDAD	TOTAL	GESTIONES ALTERNAS	CANCELADO	POR CANCELAR
1.	INSTITUTO SECCIONAL DE SALUD DEL QUINDIO	2.811	Cancelaron un valor de \$946,896 argumentando que el resto de la cartera esta glosada.	947	0
2.	CAJACOPI ARS NEIVA	1.851	Cancelaron un valor de \$2.000.000, quedando pendiente un saldo actualizado por glosa.	2.000	0
3.	A.R.S. COMFENALCO TOLIMA	16.021	La convocada canceló un valor de \$15.831.377, quedando pendiente un saldo de \$189,900 que se encuentra en glosa.	15.831	0
4.	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC	23.922	Cancelaron lo no glosado un valor de \$19.373.750.00, se comunicaron con el interes de agilizar la conciliacion médica.	19.374	0
5.	COOMEVA E.P.S	108.131	Efectuaron pago parcial, no asistieron	19.563	0
6.	EMSSANAR	65.244	como resultado de la convocatoria la EPSS canceló \$29,845,096 los saldos antiguos pendientes corresponden a glosa pendiente de conciliar.	29.845	0
7.	MALLAMAS EPS	71.221	A la fecha de la audiencia habian cancelado \$32.971.586. Acuerdo de pago por valor de \$38,249,828.	32.972	38.250

(Cifras en miles de pesos)

No.	ENTIDAD	TOTAL	GESTIONES ALTERNAS	CANCELADO	POR CANCELAR
8.	SALUDCOOP E.P.S.	393.291	Asistieron pero no hubo voluntad de acuerdo, no obstante a venido cancelando .	92.222	0
9.	LA PREVISORA S.A COMPAÑIA	228.764	La aseguradora ha cancelado al Hospital un valor de \$96.920.872.	96.921	0
10.	COMPARTA EPS	325.779	Se logró realizar un acuerdo de pago con corte a 31 de marzo de 2012, por valor de \$431.224,921,00, .	436.464	0
11.	SECRETARIA DPTAL. CAUCA	148.088	Se gestionó para que la cartera fuera reconocida mediante Res: 471/2011, por valor de \$28.365,885, y con la Res:296/2011 el valor de \$68,559,204.	68.559	28.366
12.	SECRET. SALUD CUNDINAMARCA	23.828	Se gestionó para que la cartera fuera reconocida mediante Res: 471/2011, por valor de \$34,650,484.	0	34.650
13.	SOLSALUD	1.803.138	No se presentaron no obstante la presión generó que a la fecha procedieran a cancelar un total de \$1.121 millones	1.121.493	0
14.	SEC DPTAL SALUD NARIÑO	33.524	Se presentaron y se realizaron Acuerdos de Pago.	5.831	0
15.	CAJA DE COMPENSACION COMFAMILIAR HUILA	514.616	Asistieron, se efectuo acuerdo.	442.787	0
16.	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	67.051	Se desplazaron hasta dicha Gobernación teniendo como resultado después de revisión y ajuste de las cuentas que nos cancelaran un valor de \$70.549,295	0	70.549
17.	SECRET. DE SALUD DEL TOLIMA	26.852	Cancelaran el \$22,534,359,00 el 15 de julio de 2012, quedando pendiente \$4.318.119 que son objeto de glosa, quedando pendiente para cuentas medicas fijar y realizar la conciliacion.	22.534	0
TOTALES		\$ 3.854.133		\$ 2.407.343	\$ 171.815

Fuente: Cartera.

- Dentro del proceso de convocatoria de las diferentes entidades a conciliación de nuestra cartera ante la Superintendencia Nacional de Salud, surtieron efectos entre el mes de mayo y junio de 2012, con unas pretensiones globales de 37 entidades por valor de \$4.803 millones de pesos, de los cuales se logro tener respuesta tanto de aquellas que asistieron a nuestra solicitud de concordancia (17 entidades) y otras que lo efectuaron en forma directa sin asistir al llamado, el valor de la cartera de las entidades convocadas fue de \$3.854 millones, de donde se ha logrado a la fecha tener un recaudo de \$2.407 millones y compromisos de pago por valor de \$171 millones considerando que es un resultado apreciable, equivalente al 67% (\$2.579 millones) de las pretensiones emplazadas de quienes asistieron y del 53% de la convocatoria global.

- ASMET SALUD: Con esta entidad se tiene un recaudo de \$2.677 millones, de los cuales \$2.100 millones ingresaron después del mes de abril, son los resultados en primera instancia de un proceso jurídico que se encuentra en curso y además se ha efectuado por parte de la Gerencia múltiples acercamientos de concertación y conciliación de una glosa del orden de los \$1.500 millones, a la fecha está programada para ser cancelada en el mes de agosto de los corrientes.

- Es de resaltar que se presentó la necesidad de acudir a instancias jurídicas y de concertación con la intermediación de la Secretaria de Salud Departamental Del Huila, a efectos de que Asmet Salud agilizara los procesos de pago y conciliación médica.

- COMFAMILIAR: Entidad que a la fecha nos ha cancelado un total de \$2.933 millones de los cuales \$1.553 entraron en el segundo trimestre. Entidad que fue citada a la Supersalud a efectos de conciliar la cartera no POSS del 2011, surtiendo efecto positivo ya que fue concertada y cancelada, siendo esto una de las exitosas gestiones de recaudo.

- CAFESALUD: Entidad que se encuentra con proceso jurídico, no obstante ha venido cancelando dicha obligación, de donde a la fecha se han recibido ingresos por el orden de los \$1.616 millones, de los cuales han ingresado después del mes de abril la suma de \$869 millones. Con esta entidad se ha avanzado en la conciliación médica hasta el mes de agosto de 2011, situación que no ha sido fácil en virtud a la poca disponibilidad que se tiene en Cafesalud para tal fin.

- COMPARTA EPSS: Entidad a la cual se llevó a la Supersalud para conciliar y se llegó a un acuerdo con la cartera hasta el mes de marzo de 2012 y siendo cancelada en su totalidad, logrando un recaudo de \$512 millones, de los cuales después del mes de abril han ingresado \$501 millones, quedando pendiente la finalización del proceso de liquidación de contratos de capitación.

- CAPRECOM: Entidad que todavía tiene en curso un proceso jurídico, no obstante han existido procesos de conciliación y acercamiento, en especial con la Regional del Huila con quien se tiene contrato y han fluido los pagos, no obstante las regionales del resto del país cuya cartera supera los \$200 millones no ha tenido eco a pesar de que se efectuó visita al área financiera a nivel Nacional en la ciudad de Bogotá, en donde se dejó el informe discriminado por Regional y además se citó a la Supersalud a efectos de conciliar dicha cartera. El recaudo de CAPRECOM a la fecha, es de los \$837 millones de pesos de los cuales \$638 ingresaron a partir del segundo trimestre del año, como resultado de las gestiones de acercamiento y conciliación efectuada ante la Regional Huila principalmente.

- SOLSALUD: EPS-S que está intervenida por la Supersalud, no obstante como se refleja en el informe de la Superintendencia Nacional de Salud no asistieron a la citación, sin embargo se ha logrado efectuar conciliación médica al igual que a partir de la citación ante la Supersalud han venido cancelando, y hasta el momento de una cartera del orden

de los \$2.700 millones se han recibido \$1.100 millones, además de contar con cita para efectuar depuración contable el próximo 24 de julio.

- ECOPSOS: Entidad que en el mes de abril de 2012, se efectuó conciliación contable, quedando la cartera libre de glosas y pendiente de pago.

- MALLAMAS: EPS-S convocada a la Supersalud por valor de \$72 millones, de los cuales a partir del mes de abril de 2012 han ingresado \$60.8 millones.

- SELVASALUD EPS-S: Entidad intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, presentando dificultades para la cancelación de sus obligaciones, no obstante ante nuestra insistencia se logró concertar conciliación contable en el mes de junio de 2012, donde el resultado para pago es de \$14.316.800, se dedujo que se debe consumir conciliación medica por valor de \$18.329.602 y posterior a ello se procede a concertar la forma de pago de dichas obligaciones con el agente interventor.

- FOSYGA: Cartera sobre la cual existe una profunda preocupación, pues es de conocimiento público, los grandes inconvenientes que al respecto se vienen presentando a nivel Nacional, no obstante en lo corrido del último trimestre se han fortalecido las acciones tendientes a la recuperación de esta cartera con visitas directas al Consorcio Nuevo FOSYGA, quien es hoy el responsable de dichas obligaciones, en donde se vienen haciendo las actividades que se recomienda, asignando un equipo de trabajo exclusivo para tal fin, y como resultado ya se empiezan a radicar directamente las objeciones presentadas a fin de lograr que en la actual vigencia fiscal tengamos resultados positivos.

- EMCOSALUD: Entidad con la cual se tiene un proceso jurídico desde el año pasado, no obstante se concretaron acercamientos entre las partes jurídicamente y llegaron a un acuerdo, cuyo resultado fue la cancelación de un total de \$88,4 millones, de los cuales \$52,5 corresponden al segundo trimestre del año.

- SALUD TOTAL: Se ha efectuado depuración contable con corte a la facturación de marzo de 2012, logrando recibir ingresos por valor de \$23 millones al cierre del mes de junio de 2012.

- SALUDCOOP: Entidad que cuenta con intervención de la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo los acercamientos en depuración contable arrojó un saldo por pagar libre de glosa por la suma de \$363 millones aproximadamente, de los cuales se han recaudado a la fecha \$279 millones.

- COOMEVA EPS: Entidad que fue citada ala Supersalud, situación por la cual se efectuó acercamiento para realizar conciliación contable, con una cartera de \$108 millones, llevadas ante dicho órgano de control, de los cuales han cancelado a la fecha \$96.5 millones.

- COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS: Entidad con quien se tiene depuración contable con corte al mes de diciembre de 2011, teniendo como resultado un saldo a pagar de \$12 millones y \$41 millones en proceso de conciliación o de auditoría al interior de dicha entidad, en la presente vigencia han cancelado el valor de \$286 millones de pesos, correspondiendo \$175 millones al segundo trimestre del año.
 - QBE SEGUROS: En el mes de mayo se realizó depuración contable y médica de donde se han recibido ingresos en lo corrido de esta vigencia por la suma de \$759 millones, de los cuales \$433 millones, se captaron en el segundo trimestre de los corrientes.
 - LA PREVISORA S.A: Entidad a la cual se citó a la Supersalud, y ha venido generando pagos parciales de dicha cartera, se aplazó la audiencia por que el apoderado de dicha Compañía no tiene claridad sobre el tema a conciliar y se está a la espera de dicha convocatoria, se ha recibido a la fecha \$279 millones, de los cuales \$164 millones ingresan partir del mes de abril de 2012.
 - SEGUROS DEL ESTADO: Entidad con la cual se efectúa depuración contable, de quien se ha recibido \$178 millones de pesos, de éstos \$95 millones, en el segundo trimestre del año.
 - EMSSANAR EPS-S: Se citó a la Supersalud, pero realizaron acercamientos antes de la citación, se concilió la cartera contablemente y con cuentas médicas se fijaron fechas de conciliación médica, en el último trimestre se recibió un valor de \$72 millones.
 - COMPENSAR: Se formalizó una reunión en la oficina principal en la ciudad de Bogotá donde se verificaron los estados de cartera EPS-S con los de nuestro Hospital, de lo cual nos han cancelado en el último trimestre un valor de \$8 millones, y el resto pendiente conciliación médica.
 - LIBERTY SEGUROS: Se han realizado constantes visitas a la oficina Neiva, verificación de cartera y conciliaciones médicas, a julio está pendiente aplicar a la cartera un pago por valor de \$10 millones.
 - SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL HUILA: Existen a la fecha unas relaciones contractuales dinámicas, la comunicación ha fluido, permitiendo que se establezcan acuerdos de pagos oportunos y el desarrollo de una programación de conciliación médica; durante la presente vigencia nos han cancelado un valor de \$2.578 millones, de los cuales \$1.934 millones se percibieron en el último trimestre.
- A continuación se relaciona un resumen de los valores en pesos, por concepto de cartera que cursan procesos ejecutivos, a cargo del Asesor Jurídico externo del Hospital:

**PROCESOS EJECUTIVOS DE RECUPERACIÓN DE CARTERA DEL HOSPITAL
A 30 DE JUNIO DE 2012
(En Pesos)**

No.	ENTIDAD	RADICADO	CUANTÍA DE LA DEMANDA	VALOR CANCELADOS O DEPURADOS	SALDO POR COBRAR
1	EMDISALUD	2010-00047	\$ 6.896.538		\$ 6.896.538
2	GOBERNACION Y SECRETARIA DE SALUD DEL META	2010-00176	\$ 18.809.694		\$ 18.809.694
3	MUNICIPIO DE TIMANÁ	2010-00175	\$ 9.961.530		\$ 9.961.530
4	COOSALUD	2010-00077	\$ 4.439.860		\$ 4.439.860
5	SALUD COLOMBIA	2010-00021	\$ 4.724.933		\$ 4.724.933
6	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	2010-00115	\$ 104.645.966		\$ 104.645.966
7	GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO	2010-00028	\$ 66.909.313		\$ 66.909.313
8	CAPRECOM	2010-00143	\$ 97.329.946		\$ 97.329.946
9	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA E INSTITUTO DE SALUD DEL CAQUETA – LIQUIDADO.	2010-00141	Falta pagar los intereses		Liquidación de intereses
10	SOLSALUD	2010-00189	\$ 25.133.167		\$ 25.133.167
11	MUNICIPIO DE ISNOS	2009-00078	\$ 13.040.147		\$ 13.040.147
12	INPEC	2011-00174	\$ 56.260.770	\$ 40.047.068	\$ 16.213.702
13	EMCOSALUD	2011-700	\$ 121.868.384		\$ 121.868.384
14	CAFESALUD EPSS	2012-0039	\$ 950.854.185	\$ 630.468.547	\$ 320.385.638
15	ASMET SALUD EPSS		\$ 2.260.775.712	\$ 1.192.627.703	\$ 1.068.148.009
TOTALES			\$ 3.741.650.145	\$ 1.863.143.318	\$ 1.878.506.827

Fuente: Informe Asesor Jurídico Externo.

- Los siguientes indicadores se construyeron para un análisis de la cartera, los avances de recaudo de la cartera de vigencia anterior, el porcentaje de cartera morosa, y el porcentaje de la cartera morosa en procesos de cobro jurídico:

INDICADORES DE CARTERA (Cifras en millones de pesos)

1. Nivel de Recaudo Vs. Valor Facturado: Comparar y analizar el valor cobrado frente al valor facturado.	
a. Valor cobrado efectivamente:	\$ 7.830
b. Total Cartera a 31-Dic-2011:	\$ 14.496
Fórmula: (a/b) X 100	54,02%
Interpretación:	Se ha logrado recaudar el 54,02% de la cartera establecida a 31 de diciembre de 2011, de acuerdo a las gestiones realizadas con corte a 30 de junio de 2012.

2. Porcentaje de Cartera en cobro Jurídico: Visualizar el índice de cartera con morosidad superior a 90 días en etapa de cobro jurídico.

a. Valor cartera morosa con edad superior a 90 días en cobro jurídico:	\$	3.742
b. Total Cartera a 30 de junio de 2012, superior a 90 días:	\$	9.569
Fórmula: (a/b) X 100		39,10%
Interpretación:	El 39,10% de la cartera superior a 90 días, con corte a 30 de junio de 2012, se encuentra con procesos ejecutivos, a cargo del Asesor Jurídico Externo del Hospital.	

3. Porcentaje de Cartera Morosa: Conocer el nivel de la cartera con morosidad superior a 90 días frente al total de las cuentas por cobrar de la E.S.E.

a. Valor cartera morosa con edad superior a 90 días:	\$	9.569
b. Total Cartera a 30 de junio de 2012:	\$	18.086
Fórmula: (a/b) X 100		52,91%
Interpretación:	El 52,91% de la cartera total a 30 de junio de 2012, se encuentra con morosidad superior a 90 días.	

Para el cálculo de los anteriores indicadores no se tuvo en cuenta el valor global de glosa consolidada de \$1.876 millones (expuesto en un cuadro anterior), para no afectar en forma sustancial los resultados de la medición.

Espero con el presente informe haber dado a conocer la situación actual del flujo de los recursos de nuestra Institución, las dificultades presentadas, las gestiones realizadas y el trabajo en equipo que se ha establecido; para el mejoramiento continuo de los procesos, para brindar oportunamente con calidad humana y tecnológica la prestación de servicios en salud para nuestra zona de influencia.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente