

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Gestión

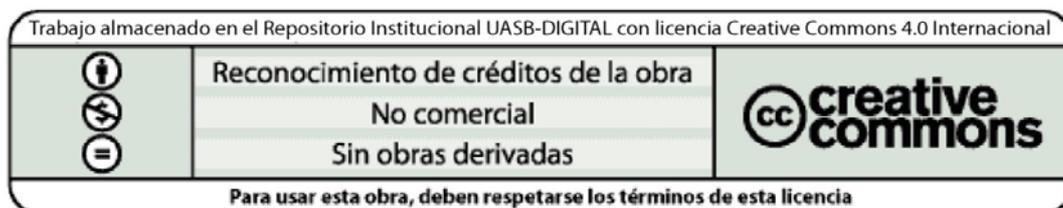
Maestría en Finanzas y Gestión de Riesgos

Gestión del Riesgo Operativo en el Proceso de Facturación del Seguro de Salud y Enfermedad del Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas

Wagner Marcelo Bravo Jaramillo

Tutor: Iván Fernando Velasteguí Velasteguí,

Quito, 2018



Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Wagner Marcelo Bravo Jaramillo, autor de la tesis “Gestión de Riesgo operativo en el Proceso de facturación del Seguro de Salud y Enfermedad del Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos para la obtención del título de Magister en Finanzas y Gestión de Riesgos en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la universidad.
3. En esta fecha entrego a la secretaria general, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital.

Fecha: 30 de septiembre de 2017

Firma.....

Resumen

La presente tesis “Gestión de Riesgo Operativo en el Proceso de Facturación del Seguro de Salud y Enfermedad del Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas”, tiene como objetivo el identificar, evaluar y administrar los riesgos operativos y la forma de administrarlos a fin de minimizar el impacto en este seguro.

El Sistema de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, que es administrado por el Instituto de Seguridad de Fuerzas Armadas, fue creado para proporcionar prestaciones y servicios sociales a través de los diferentes seguros siendo uno de estos el Seguro de Salud y Maternidad, que siendo un seguro de reparto simple, tiene como objetivo el de proporcionar servicios de atención médica, preventiva y curativa, al personal militar en servicio activo y pasivo, así como a sus respectivas familias y a los pensionistas con derecho a pensión de montepío.

El ISSFA, desde el año 2014, concibió y estableció que su forma de administración general y de los seguros que mantienen se lo realizaría mediante una administración por procesos. El Instituto por la naturaleza de su misión y objetivo creó el Departamento de Riesgos, que es la encargada evaluar y administración, en este caso los operacionales que se pudieran presentar en el funcionamiento diario del Instituto

La revisión de la normativa legal del ISSFA, la teoría la administración por procesos, la de evaluación y administración de los riesgos operativos, las disposiciones vigentes de la Intendencia de Seguridad Social de la Superintendencia de Bancos, nos sienta las bases para el desarrollo de este trabajo.

Con la teoría revisada de administración por procesos y de riesgos operativos, se realizó la identificación de los posibles eventos críticos durante la ejecución del proceso de facturación, que una vez evaluados se los determino como riesgos operativos, los cuales de una u otra manera finalicen o afecten con una pérdida económica en la administración del Seguro; es por ello que una vez identificados y evaluados, se ha podido colegir y presentar en el Plan de acción, para poder administrar el impacto de estos riesgos.

A mi madre, mi esposa y mis hijos, luz permanente que guían mis acciones

Agradecimiento

A todos los profesores, personas, funcionarios e instituciones que permitieron la realización de este trabajo de investigación.

Tabla de contenido

Capitulo Primero.....	15
1.1. Planteamiento del problema	15
1.1.1. Breve descripción del problema.....	15
1.2. La pregunta central	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación de la investigación.....	17
1.5. Hipótesis.....	17
Capitulo Segundo.....	19
2.1. Régimen Especial del Sistema de Seguridad Social Ecuatoriano.....	19
2.1.1. Antecedentes.....	19
2.1.2. El Sistema de Régimen Especial de la Seguridad Social de Fuerzas Armadas	20
2.1.3. Prestaciones y población asegurada de la Seguridad Social de Fuerzas Armadas.....	22
2.1.4. Financiamiento de la Seguridad Social Militar.....	24
2.2. Sistema de Gestión Administrativa de la Seguridad Social Militar.....	24
2.2.1. Teoría de la Administración por procesos.....	24
2.2.2. Mapa de procesos.....	26
2.3. Administración integral de riesgos.....	29
2.3.1. Conceptualización del Riesgo Operativo	29
2.3.2. Riesgo Operacional y su administración.....	31
2.3.3. Mapa de Riesgos.....	32
2.3.4. Teoría de la identificación, medición, control/mitigación, cuantificación y cualificación, y monitoreo del Riesgo Operativo.....	33
2.4. Política de Administración y Manual de Riesgo Operativo del ISSFA....	35
2.4.1. Ámbito de aplicación del Riesgo Operativo en el Seguro de Salud administrado por el ISSFA.....	42
Capítulo tercero.....	59

3.1. Análisis del Proceso de Facturación/liquidación del Seguro de Salud.....	59
3.2. Identificación, evaluación, medición, cualificación y cuantificación del riesgo operacional	60
3.2.1. Evaluación de los eventos de Riesgo Operativo.	71
3.2.2. Evaluación con el Método Cualitativo de los eventos de Riesgo Operativo identificados.....	72
3.2.3. Evaluación con el Método Cuantitativo de los eventos de Riesgo Operativo identificados.....	74
3.2.4 Mapeo del Macro Proceso del Seguro de Salud del ISSFA.....	74
3.2.8 Identificación de la estrategia de control para los eventos de Riesgo Operativo determinados.....	80
3.2.9 Resumen de las actividades de respuesta y control de los Riesgos Operativos.....	80
Capítulo cuarto.....	83
4.1. Descripción del Plan.-	83
4.1.1. Plan de Acción para el manejo de los Riesgos Operativos, Evaluación Cualitativa y Cuantitativa.-.....	83
Capitulo Quinto.....	85
5.1. Conclusiones	85
5.2. Recomendaciones	89
Bibliografía	91

Índice de cuadros, gráficos y anexos:

Cuadro No.- 1 Población Militar y sus dependientes asegurados año 2014	23
Cuadro No.- 2 Población Militar y sus dependientes asegurados año 2017	23
Cuadro No.-3 Cotizaciones y aportes al Régimen Especial	24
Cuadro No.- 4 Macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA	28
Cuadro No.- 5 Mapa de riesgos	32
Cuadro No.- 6 Prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad 2012-014	45 46
Cuadro No.- 7 Prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad 2015-017	
Cuadro No.- 8 Cuadro de afiliados al ISSFA por provincias del Ecuador	47
Cuadro No.- 9 Tasa de morbilidad	49
Cuadro No.- 10 Facilidades de Salud por diferentes Niveles de Complejidad	51
Cuadro No.-11 Presupuesto de la Dirección de Salud del ISSFA.	53
Cuadro No.- 12 Atenciones médicas por nivel de complejidad	53
Cuadro No.- 13 Liquidación de las atenciones de salud	54
Cuadro No.-14 Procesos de asesoría en la administración de riesgos	57
Cuadro No.-15 Proceso, Subproceso y procedimientos de Facturación / Liquidación del Seguro de Salud del ISSFA	60
Cuadro No.-16 Reposiciones de gastos médicos no liquidadas	64
Cuadro No.-17 Resumen del Nivel de Riesgo Operativo evaluación Cualitativa	73
Cuadro No.-18 Consolidación de la calificación por niveles de eventos	74
Cuadro No.-19 Matriz de base de la probabilidad y el impacto de los eventos de riesgo	76
Cuadro No.- 20 Resumen del Nivel de Riesgo Operativo con la evaluación Cuantitativa de los eventos de Riesgos Identificados	78
Cuadro No.-21 Clasificación de Niveles de Riesgo	79
Cuadro No.-22 Consolidación de la Clasificación por niveles de eventos de Riesgos Operativos Detectados	79
Cuadro No.- 23 Estrategias de control de los Riesgos Operativos Evaluación Cuantitativa	81
Gráfico No.-1 Mapa de Procesos de la Administración del ISSFA	27
Gráfico No.-2 Orgánico estructural y funcional del ISSFA	42

Gráfico No.-3 Orgánico Estructural y funcional de la Dirección de Salud	43
Anexo “A” Identificación y Evaluación de los eventos críticos de riesgo Operacional del Proceso de Facturación/Liquidación del Seguro de Salud Metodología Cualitativa.	72
Anexo “B” Mapeo de los Procesos, Subprocesos, Actividades y Tareas del Macro Proceso del Seguro de Salud del ISSFA.	75
Anexo “C” Matriz de Identificación de Factores y Eventos de Riesgo	75
Anexo “D” Evaluación de los Factores y Eventos de Riesgo Operativo Identificados del Macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA	78
Anexo “E” Plan de Acción de Administración y Control de los Riesgos Operativos – Evaluación Cualitativa y Cuantitativa.	84

Capítulo Primero

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Breve descripción del problema

El Régimen Especial de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, es operado por el Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas (ISSFA), quien administra y opera el sistema, proporcionando a sus afiliados y dependientes, los seguros previsionales cuando las contingencias y/o emergencias se presenten. En las prestaciones que administra y proporciona el ISSFA, se encuentra el seguro de salud, cuya finalidad es proporcionar salud integral al afiliado (militar en servicio activo o en situación de retiro) y sus dependientes, en forma oportuna, con calidad, calidez y rapidez, la gestión del Seguro de Salud conforme a la cadena de valor institucional se la considera como una de las razones de ser fundamental del Instituto¹, uno de los objetivos permanentes del seguro es buscar el apoyo al mejoramiento continuo en la entrega de esta prestación social.

El ISSFA es auditado y controlado, externamente, por la Contraloría General del Estado (CGE) y por la Intendencia de Seguridad Social de la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS), en especial esta última, que sin ser el ISSFA una institución financiera, ha emanado diversas directrices y reglamentación a los sistemas de Seguridad Social existentes, sobre el manejo integral de riesgos que pudieran afectar al funcionamiento y causar pérdidas al sistema; es por esta razón; que el Consejo Directivo del ISSFA, mediante resolución No.- 10-01.4 de 25 de marzo de 2010, crea la unidad de riesgos con la finalidad de identificar, medir, controlar, mitigar y dar seguimiento a todos los posibles eventos que pudieran generar pérdidas económicas al sistema, emanando entre sus políticas la del establecimiento de la metodología para la gestión y manejo del Riesgo Operativo², sin embargo de ello de acuerdo a la estadística existente por alguna falla en el sistema de gestión por procesos, por factores internos y externos, existe una alta precepción en los afiliados de que no están recibiendo una

¹ Informe de gestión ISSFA, 2013, PAG 53.

² Informe de gestión ISSFA, 2013, PAG 59.

buena atención de salud, lo que redundaría en el Riesgo Operativo, reputacional, financiero, legal e incluso de calidad o pérdida de vida (sin poder confirmar), si las contingencias/problemas de salud no son atendidos oportunamente, con rapidez y calidad, buscando calidez en la atención.

La política emanada por la alta administración del ISSFA estableció que la administración del seguro de salud se la realice mediante procesos, razón por la cual es importante que realicemos el análisis de todo el proceso que se ejecuta para realizar una prestación de salud, este análisis minucioso y pormenorizado, se lo debe ejecutar desde el macro proceso hasta las actividades más pequeñas, lo que nos ayudará a determinar o no si pudiera existir un Riesgo Operativo en la ejecución del proceso de facturación/provisión de servicios de salud (por causas internas o externas), que vaya a afectar la provisión de esta prestación, riesgos financieros, de vida, etc., proporcionando resultados diferentes a los esperados por la administración del ISSFA y por los clientes internos y externos, es por esta razón que se justifica este trabajo investigativo de estudio de caso y aplicación de las posibles recomendaciones.

1.2. La pregunta central

¿De existir Riesgo Operativo en el Proceso de Facturación del Seguro de Salud del ISSFA, éste afectaría la provisión de esta prestación, en desmedro de la salud de los afiliados y sus dependientes, afectando de diferentes formas la administración de éste seguro previsional?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Evaluar el proceso de facturación/liquidación del Seguro de Salud proporcionado por el ISSFA, para determinar si existen eventos críticos, que afecten la sostenibilidad de esta prestación.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Elaborar el perfil y mapa de riesgo operativo en el proceso de facturación/liquidación, focalizando y determinando posibles puntos sensibles, en el cual se pueda configurar el Riesgo Operativo;

- b) Identificar, evaluar, medir, controlar y administrar si existen factores/eventos críticos de riesgo operativo para elaborar y analizar la matriz de Riesgo Operativo, puntualizando los diferentes riesgos y su nivel de impacto, las causas/factores internas y externas, sus consecuencias, impacto y frecuencia del suceso; y,
- c) Elaborar un Plan de Acción/metodología para la administración y gestión del riesgo operativo, en el proceso de facturación/liquidación del Seguro de Salud del ISSFA.

1.4. Justificación de la investigación

La importancia académica de la elaboración de esta tesis, permitirá la aplicación real de los conocimientos adquiridos en los estudios de los dos años de maestría, en especial la aplicación de la metodología para la identificación, manejo y mitigación integral de riesgos, con énfasis en el Riesgo Operativo proporcionando una propuesta metodológica, lógica, real y aplicable para la buena administración y gestión integral de riesgos, en este caso a la facturación de las prestaciones del seguro de salud de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; y, en lo social este trabajo permitirá que el ISSFA a través de la dirección de salud, mejore la administración de los riesgos operativos inherentes al proceso de facturación del seguro, de tal manera pueda mejorar la rectoría y funcionamiento de la Dirección de prestaciones de salud a los afiliados, mejorando la calidad de atención, los tiempos de respuesta en la atención, pago de los servicios prestados y devoluciones de gastos médicos realizados a nivel nacional, evitando los pagos indebidos en base a errores en la aplicación de los protocolos y procesos establecidos, así como los procedimientos de facturación, buscando mejorar la salud y la calidad de vida, de los afiliados y sus dependientes, permitiendo alcanzar el bienestar social de cerca de un cuarto de millón de ecuatorianos.

1.5. Hipótesis.

La existencia eventos críticos podría configurar factores de riesgo operativo en la aplicación del proceso de facturación/liquidación del Seguro de Salud del ISSFA, los cuales podrían ocasionar pérdidas económicas, personales y otras al Sistema de Seguridad Social de Fuerzas Armadas.

Capítulo Segundo

Marco Teórico: Seguridad Social, Administración de la Seguridad Social de Fuerzas Armadas y Administración Integral de Riesgos.

2.1. Régimen Especial del Sistema de Seguridad Social Ecuatoriano

2.1.1. Antecedentes.

El concepto seguridad proviene del latín *securitas* que a su vez se deriva del adjetivo *securus*, el cual está compuesto por *se* sin y *cura* cuidado o procuración, lo que significa sin temor, despreocupado o sin temor a preocuparse. En lo legal, la seguridad es un bien, un valor que se encuentra jurídicamente protegido en tanto constituye la base de otros valores.

La Seguridad, es un concepto que ofrece dificultades para definirlo, por lo que cada persona, grupo y/o institución lo establece en función de sus propias realidades y necesidades, el cual se observa en su desarrollo personal en el caso particular o privado, y en ámbitos sociales como el político, económico y psicosocial, en el caso público.

Se puede decir que la seguridad se generó con la aparición de los primeros grupos humanos, es posible afirmar que nació como una necesidad del ser humano, de protegerse de los peligros provenientes de su relación con el medio ambiente que lo rodeaba y la sociedad de cada época; entonces, podemos señalar que el grado de seguridad es un conjunto de acciones hechas y/o impuestas por un individuo, los integrantes de un grupo familiar, o una nación para obtener y conservar las circunstancias propicias para el logro de su bienestar personal y de su sociedad alcanzando con ello el desarrollo y alcance de sus objetivos propuestos.

De lo citado en los párrafos anteriores se puede deducir que la seguridad social, también llamada seguro social o previsión social, se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las contingencias o necesidades socialmente reconocidas como salud, vejez, discapacidad, muerte, cesación de trabajo, etc.

La concepción, conformación, constitución y funcionamiento de las entidades de Seguridad Social en el mundo, es un logro importantísimo en el objetivo y

responsabilidad de un estado (considerando al Estado como la población, las instituciones, el gobierno, la cultura, las normas legales de todo tipo, la políticas públicas, etc.), ante las necesidades de su población, que busca prever, proveer y mejorar la calidad de vida a las y los ciudadanos de un país, durante su ciclo de vida activa y en especial en su periodo de vida inactiva (jubilado). La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en un documento publicado en 1991 denominado "Administración de la Seguridad Social", definió al Sistema la Seguridad Social como: *“La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”*.

2.1.2. El Sistema de Régimen Especial de la Seguridad Social de Fuerzas Armadas

Dentro de las medidas de protección a través de los diferentes sistemas de seguridad social, cada uno orientado y especificado para el grupo social de la sociedad que va a proteger, en este caso de estudio e investigación hablaremos del Régimen Especial de Seguridad Social de Fuerzas Armadas del Ecuador, que cubre las contingencias de este segmento de la población, que desarrolla su actividad profesional en condiciones diferentes/especiales del común de la sociedad, por lo que este régimen mantiene condiciones especiales - diferentes, de fondo y forma, en cuanto a la normativa que la rige, administración, financiamiento y de cómo entrega las prestaciones previsionales que provee a cerca de un cuarto de millón de ciudadanos.

En el Ecuador la Seguridad Social nace con las ideas de estadistas, solidarias y futuristas de los jóvenes oficiales del Ejército, de la Revolución Juliana, que en la década de los años 20' del siglo pasado, quienes concibieron las bases de lo que hoy es el Sistema de Seguridad Social Nacional en el país, En el gobierno del Dr. Isidro Ayora, se expidió la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa, punto de partida de la seguridad social ecuatoriana y el 26 de marzo de 1928 se materializó mediante la expedición de la “Ley de Retiro Militar” publicada en el Registro Oficial 601, simultáneamente se estableció la Ley de Montepío Militar, que legalizó el retiro a favor de los oficiales y extendió el beneficio a todo el colectivo, este hecho permitió

que Ecuador y sus Fuerzas Armadas se constituyan en pioneros en Latinoamérica en disponer de un sistema de Seguridad Social Militar.

Posteriormente se promulga Ley de pensiones de las FF.AA, en 1939; la Caja Militar, en 1957; la Cesantía militar de oficiales y tropa, en 1949 para el Ejército y Fuerza Aérea y para la Fuerza Naval, en 1951; en 1982 las Fuerzas Armadas presentaron el primer proyecto de ley al Presidente Dr. Oswaldo Hurtado; en 1988, se retoma el proyecto contemplado en el plan estratégico de FF.AA., que tenía como una de sus aspiraciones la creación del ISSFA.

En un arduo trabajo realizado desde los últimos años de la década de los 90' del siglo pasado, se da paso a la formación del Sistema de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, como un régimen especial diferente al que administra el IESS, con ley propia y con la creación del instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas (ISSFA), como ente administrador del sistema, mediante expedición la Ley de Seguridad Social de las FF.AA. el 7 de agosto de 1992, publicada en el Registro Oficial No. 995 de la misma fecha.

El Consejo Directivo del ISSFA determina la siguiente misión para el régimen especial militar: *“Proporcionar prestaciones económicas y sanitarias así como servicios sociales, con un sistema de gestión integrado, procesos ágiles y modernos, con talento humano competente y comprometido con los valores institucionales y con tecnología de última generación, para satisfacer las necesidades básicas del colectivo militar a fin de propiciar su buen vivir³”*.

Al ser una entidad pública al servicio de la sociedad militar, el ISSFA mantiene como filosofía institucional ejercer una política de calidad en todas sus actividades; declarando que los afiliados son su principal preocupación y que están al servicio de satisfacer sus necesidades; conjugada por una cultura de la entidad basada en principio y valores institucionales que guían diariamente la entrega de las prestaciones y servicio a la familia militar, y, que se resumen en: Gestión, Solidaridad, Calidez, Diligencia, Compromiso, Modernidad, Perseverancia y Austeridad. (Informe de Gestión, ISSFA, 2014)

³ Plan Estratégico, ISSFA,2.014

2.1.3. Prestaciones y población asegurada de la Seguridad Social de Fuerzas Armadas

Las contingencias, que pueden afectar y/o tener los afiliados en servicio activo y pasivo, así como sus dependientes y derechohabientes, deben por ley ser protegidos a través del Sistema de Seguridad Social, mediante la entrega de lo que se ha denominado seguros previsionales, que en el caso del ISSFA proporciona las siguientes prestaciones:

- a) Seguro de retiro (RIM), que es proporcionado ante la contingencia de dejar el servicio activo y acogerse al retiro al servicio pasivo;
- b) Seguro de invalidez, que es proporcionado ante la contingencia de sufrir algún tipo de accidente o enfermedad, y tener algún grado de invalidez, que le impida o menoscabe su trabajo pleno;
- c) Seguro montepío, que es proporcionado ante la contingencia de muerte del afiliado, en servicio activo o pasivo;
- d) Seguro de cesantía, que es proporcionado ante la contingencia de dejar el servicio activo y acogerse al retiro al servicio pasivo, para que pueda incorporarse a la población económicamente activa del país;
- e) Seguro de salud, que es proporcionado ante la contingencia de enfermedad;
- f) Seguro de mortuoria, que es proporcionado ante la contingencia de muerte, para sufragar los gastos funerales;
- g) Seguro de vida militar, que es proporcionado ante la contingencia de pérdida de la vida, solo al personal en servicio activo, al personal en servicio pasivo es opcional;
- h) Seguro de accidentes profesionales, que es proporcionado ante la contingencia de sufrir un accidente en actos del servicio; y,
- i) Servicios sociales, que es proporcionado para alcanzar una vida plena, del personal de afiliados y sus familias.

La población asegurada dependiente del Régimen Especial de Seguridad Social Militar, está compuesta de la siguiente manera al año 2014:

Cuadro No.- 1

Población Militar y sus dependientes asegurada del ISSFA, al año 2014.

GRUPOS DEMOGRAFICOS	NUMERO
Afiliados (militares servicio activo)	41.302
Dependientes de activos	87.101
Pensionistas de retiro e invalidez (militares pasivos)	28.882
Dependientes de pasivos	50.363
Montepíos del ISSFA	8.313
Pensionistas de discapacidad del ISSFA	75
Pensionistas de montepío de discapacidad del ISSFA	1
Aspirantes y conscriptos	9.320
Pensionistas contributivos del Estado	226
Montepíos de pensionistas contributivos del estado	2.026
Pensionistas excombatientes del 41	346
Montepíos de excombatientes del 41	1.360
Pensionistas del Cenepa	12
Montepíos de pensionistas del Cenepa	96
Pensionistas de Taura	60
TOTAL	229.483

Fuente: Anuario Estadístico, ISSFA, 2014

Como se demuestra en el cuadro siguiente la Población de la Familia Militar asegurada, no ha tenido una variación importante al año 2017.

Cuadro No. 2

Población Militar y sus dependientes asegurada del ISSFA, al año 2017.

POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL ISSFA	
AÑO 2017*	
CATEGORÍA	NÚMERO
ACTIVO	40.646
PASIVO	32.637
DEPENDIENTE ACTIVO	82.261
DEPENDIENTE PASIVO	53.156
MONTEPIO	10.161
ASPIRANTES Y CONSCRIPTOS	10.324
TOTAL	229.185

*Con corte a agosto de 2017

Fuente: Base de Datos de Salud

2.1.4. Financiamiento de la Seguridad Social Militar

EL Art. 97 de la Ley de Seguridad Social de FF.AA., señala como se financia las prestaciones que brindara el ISSFA, a sus afiliados, siendo esta en forma tripartita: afiliado (militar en servicio activo), el patrono (Ministerio de Defensa Nacional) y el Estado (subsidio), con los porcentajes siguientes:

Cuadro No.- 3

Cotizaciones y aportes al Régimen Especial de Seguridad Social de FF.AA.

APORTES	SERVICIO ACTIVO		ASPIRANTES
	INDIVIDUAL	PATRONAL	PATRONAL
RETIRO, INVALIDEZ Y MUERTE	12,40%	13,15%	1,35%
CESANTÍA	6,25%	6,25%	
ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	3,35%	5,85%	0,52%
MORTUORIA	0,20%	0,20%	0,03%
VIDA Y ACCIDENTES PROFESIONALES	0,15%	0,15%	0,10%
FONDO DE VIVIENDA	0,65%	0,40%	
TOTAL DE APORTES	23,00%	26,00%	2,00%
Art. 93 DE LA LEY	26%	26%	

Fuente: Anuario Estadístico, ISSFA, 2014

De lo expuesto se puede concluir que el ISSFA, tiene entre sus atribuciones la de proporcionar la prestación de enfermedad y maternidad a través del Seguro de Salud, el cual debe ser entregado con *eficiencia, eficacia y calidez*, a todos sus afiliados y dependientes y que está debidamente financiado por el aporte tanto por el afiliado (servicio activo) como por el patrono (Ministerio de Defensa Nacional).

2.2. Sistema de Gestión Administrativa de la Seguridad Social Militar

2.2.1. Teoría de la Administración por procesos

De la misión declarada por el ISSFA, en su plan estratégico podemos determinar que el ISSFA al momento está siendo administrado en base a “...*un sistema de gestión integrado, procesos ágiles y modernos...*”; siendo la administración por procesos un esquema metodológico, minucioso y versátil, para alcanzar los objetivos de la administración con eficiencia y eficacia, estos están concebidos para alcanzar los más altos estándares de calidad y productividad, sin embargo de ello, al ser concebidos por seres humanos e implementados y sistematizados por la tecnología, pueden ser

susceptibles a fallas de ejecución, que en un sistema de administración por procesos, puede tener diferentes repercusiones en su accionar.

A continuación se expone la parte conceptual de la Administración por Procesos, entendiéndose estos por:

Proceso: al conjunto de actividades interrelacionadas e interactuantes, que toman insumos (entradas) y mediante el empleo de recursos, secuencialmente les agregan valor (transformación) para dar origen a un producto (salida)⁴.

Todo proceso está compuesto por los siguientes elementos:

- a) *Entradas*: Son los insumos tangibles e intangibles suministrados por un proveedor interno o externo, que responden a un estándar o criterio de aceptación del proceso. Constituyen un factor condicionante de la calidad del producto;
- b) *Transformación*: Es la agregación de valor a los insumos mediante una secuencia establecida de actividades;
- c) *Salida*: Es el producto o servicio que se genera y tiene valor para un cliente interno o externo. El producto debe cumplir con un estándar de ejecución estrechamente vinculado con los requisitos del cliente;
- d) *Controles*: Sistema de medición conformado por leyes, reglamentos, normas, instructivos o manuales de procedimientos para la evaluación y análisis de desempeño del proceso y las características de entrada y salida. Algunos de los datos generados en este sistema se constituyen en los indicadores de gestión vistos en la retroalimentación del proceso;
- e) *Recursos*: Son los medios humanos, físicos, técnicos y económicos que facilitan el desarrollo de las actividades para la transformación de los insumos. Su actuación y proporción están en directa relación con las condiciones de entrada y características de transformación; y,
- f) *Límites*: Son aquellos que determinan el alcance, tamaño y complejidad del proceso, mediante una clara definición de sus entradas, salidas y recursos, considerando las relaciones con los demás procesos.

⁴Maruri Miriam, Páez Carlos, Tesis de desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, Pág. 25, 2007.

Es preciso puntualizar que existen muchas clasificaciones de procesos, tantos y cuantos autores sobre el tema existan, para el caso indicaremos, que se clasifican de tres maneras, atendiendo al impacto sobre al cumplimiento de la misión, la complejidad y según su interrelación.

2.2.2. Mapa de procesos

El Consejo Directivo del ISSFA, en sesión del 25 de marzo de 2010, con acta 10-01 resolvió aprobar el Estatuto Orgánico Estructural por Procesos del ISSFA, es decir que su administración se ejecutará y operacionalizará en base a procesos, ante lo cual señala: “*El Mapa de Procesos del ISSFA agrupa los procesos de la institución en función del grado de contribución que tienen al cumplimiento de la misión institucional*”⁵; clasificándolos de la siguiente manera:

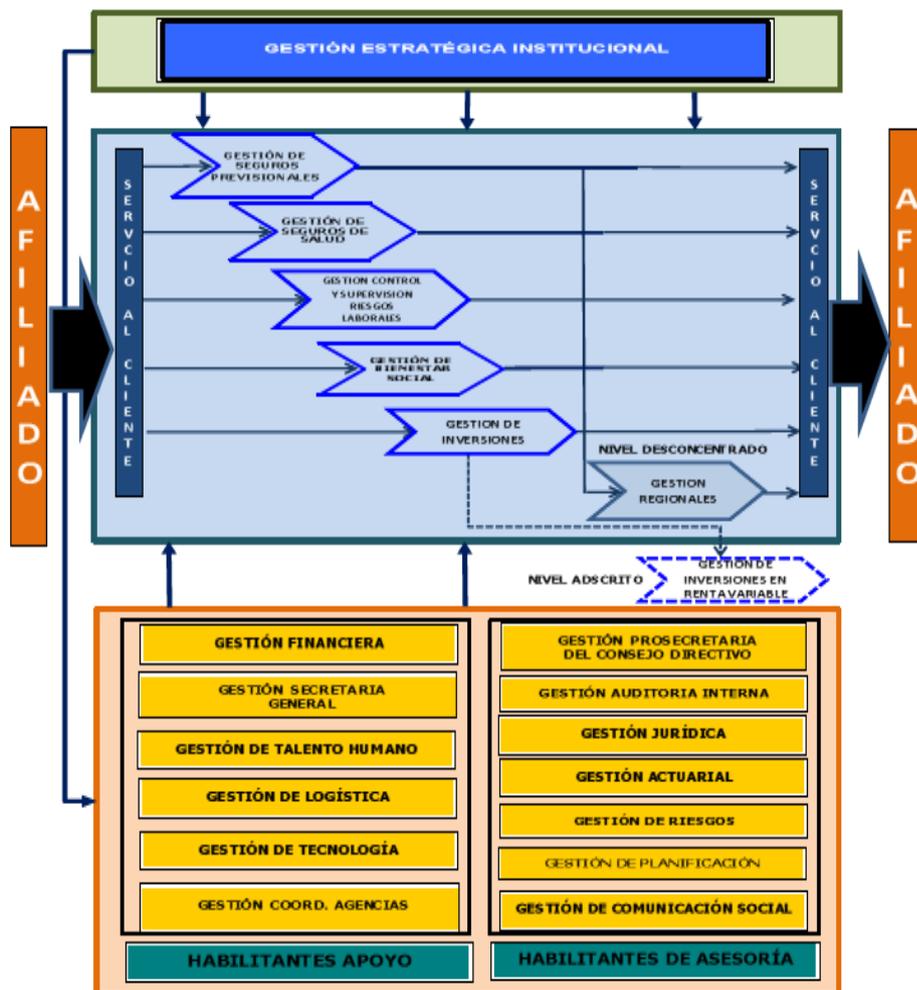
- a) *Procesos Gobernantes*: Responsables de emitir políticas, directrices y planes estratégicos para el funcionamiento del Instituto;
- b) *Procesos Agregadores de Valor*: Responsables de generar el portafolio de productos y/o servicios que responden a la misión y objetivos estratégicos de la institución. En este nivel es donde encuadramos a los procesos del Seguro de Salud del ISSFA, motivo de estudio e investigación en este trabajo;
- c) *Procesos Habilitantes*: Se dividen en Habilitantes de Asesoría y Habilitantes de Apoyo, estos son los responsables de brindar productos de asesoría y apoyo logístico para la generación del portafolio de productos institucionales⁶.

Para la jerarquización tenemos macro procesos, procesos y subprocesos, lo que nos permite la codificación y jerarquización de los procesos dentro de la elaboración del mapa de procesos.

⁵ Estatuto Orgánico por procesos ISSFA. PAG. 20

⁶ Informe de Gestión, ISSFA, 2014

Gráfico No.-1
Mapa de Procesos de la Administración del ISSFA.



Fuente: Estatuto Orgánico por procesos ISSFA

De acuerdo a lo expuesto el proceso del Seguro de Salud del ISSFA, es categorizado como un macro proceso.

Conforme al Estatuto Orgánico por procesos, mediante resolución 10-01.04 de la Unidad de Prestaciones Médicas, ésta se convirtió en Dirección del Seguro de Salud, su implementación se materializó a partir del 26 de agosto de 2011, cuya misión de acuerdo al Estatuto Orgánico es: *“Administrar eficientemente el Seguro de Salud, para garantizar la entrega equitativa de los beneficios a los que tienen derecho el afiliado y su familia, a fin de coadyuvar a la solución de sus necesidades de salud”*, adicionalmente se le establece como atribución y responsabilidad: *“ Planificar,*

organizar, ejecutar y evaluar las actividades relacionadas con la administración y concesión del Seguro de Salud⁷...”.

Como se puede evidenciar al Seguro de Salud que administra el ISSFA, dentro de la cadena de valor, se ha considerado como un macro proceso agregador de valor, el cuadro siguiente describe el macro proceso:

Cuadro No.- 4

Macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA.

Proceso Agregador de Valor del ISSFA	
MACROPROCESO: Gestión del Seguro de Salud	
PROCESO	SUBPROCESO
Gestión de Prestaciones de Salud Hospitalarias.	Auditoria y Liquidación de Servicios médicos.
	Reposición de Gastos Médicos.
	Auditoria In Situ (CONCURRENTE).
Gestión de Prestaciones de Salud no Hospitalarias.	Medicinas a Pacientes Portadores de Enfermedades Crónicas.
	Medicina para el Primer Nivel de Atención.
	Provisión de Ayudas Técnicas.
	Concentradores de Oxígeno CPAP y/o BPAP.
	Prestaciones para Rehabilitación y Rehabilitación de Niños con Capacidades Diferentes.
Gestión de Prevención, Promoción y Fomento de la Salud.	Prestaciones sanitarias de Prevención, Promoción y Fomento de la Salud.
	Prestaciones Sanitarias Paliativas.
Gestión de la Economía de la Salud.	Cálculos Económicos Financieros para la Sostenibilidad de las Prestaciones de Salud.
	Estudios Financieros para la Salud.
	Calificación y Acreditación de Unidades de Salud.

Fuente: Unidad de Desarrollo Institucional

⁷ Examen especial, al Seguro de Salud, 2009 – 2013

La administración del ISSFA, ha determinado algunas políticas para la administración de procesos, en lo concerniente a los procesos agrega dores de valor, en especial para el Seguro de Salud que señala:

Conforme a la cadena de valor estos procesos son la razón de ser fundamental del Instituto, y conforme a ello, todos los esfuerzos institucionales deberán enfocarse a apoyar su mejoramiento continuo y la evaluación para una buena gestión del Riesgo Operativo de los procesos y subprocesos involucrados; se expresa como política evaluar y monitorear la satisfacción al cliente, así como la detección de sus necesidades y requerimientos, para alcanzar elevados estándares de calidad y cumplimiento.

Es necesario como política y administración institucional analizar también el Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016, que en cuanto a la ciudadanía como objetivo estratégico determina: “2. Incrementar la cobertura de los servicios y la gestión de las prestaciones y como estrategia: “2.4 Fortalecer la atención primaria en salud”, en el cual juega un papel importante la facturación de los servicio de salud y sus riesgos operacionales; este Plan Estratégico también señala como Objetivo Estratégico en cuanto a procesos: “3.1 Implementar un sistema integral de gestión de procesos basado en estándares internacionales y 3.2 Implementar un plan estratégico de TICS alineado a las necesidades del ISSFA⁸.” de observarse y cumplirse estos objetivos planteados, nos servirían como una gestión de mejora al Riesgo Operativo del Seguro de Salud y por ende del proceso de facturación.

2.3. Administración integral de riesgos

2.3.1. Conceptualización del Riesgo Operativo

En la Ley de creación del Sistema de Seguridad Social de Fuerzas Armadas del año 1992, no expresa en forma puntual sobre el manejo de riesgos, de ningún tipo, pero si en forma indirecta se lo puede deducir de los principios y valores que guían su funcionamiento, debiéndose también señalar lo que la ley determina que ante falta de norma expresa, para la administración del sistema (no solo en este tema) se tomará o relacionará las normas o reglamentación del Seguro General Obligatorio, administrado

⁸ Informe de Gestión, ISSFA, 2014

por el Instituto de Seguridad Social Ecuatoriano (IESS) y/o alguna conexas de la Constitución de la República y de los organismos de control.

Por lo que sin ser una institución financiera el ISSFA, en cuanto manejo integral de riesgos se refiere a lo que se ha establecido por la Superintendencia de Bancos (SB), a través de la Intendencia de Seguridad Social y en la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria (SEPS), los cuales en su mayoría, en cuanto a riesgos, provienen de las normas y obligaciones de los acuerdos de Basilea.

En la normativa de la SB, en el “*LIBRO I.- NORMAS GENERALES PARA LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA FINANCIERO TITULO X.- DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DETALLE HISTÓRICO DE LAS RESOLUCIONES EXPEDIDAS EN ESTE TITULO*”, existen 42 resoluciones que tratan sobre el Riesgo Operativo⁹, en cuyo *CAPÍTULO V.- DE LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERATIVO, SECCIÓN I*”, se expone sobre el ÁMBITO, DEFINICIONES Y ALCANCE de la administración de este riesgo, las cuales son de conocimiento de las instituciones financieras, organismos de la Seguridad Social y de sociedad en general, pero que se lo menciona a fin de poder situarnos en la normativa legal sobre este tema y que en lo más importante podemos señalar:

Se entenderá por Riesgo Operativo de una institución, como la posibilidad que ocasione pérdidas financieras por eventos derivados de fallas o insuficiencias en los procesos, personas, tecnología de la información y por eventos externos, incluyendo adicionalmente el riesgo legal bajo ciertas condiciones, pero se debe enfatizar que en el ámbito del Riesgo Operativo no se trata sobre la posibilidad de pérdidas originadas en cambios súbitos en el desarrollo político, económico y social de la sociedad y/o institución, debiéndose determinar, en forma puntual y explícita, cuáles son los factores principales e influyentes que afectan el Riesgo Operativo de una institución, que se interrelacionan entre si y que deben ser administrados en forma global, eficiente y adecuada, a saber:

Los procesos que deben permitir y garantizar la optimización de los recursos y la estandarización de las actividades, según la SB las instituciones controladas deben contar con procesos definidos de conformidad con la estrategia y las políticas adoptadas.

⁹Histórico de las Resoluciones del Riesgo Operativo, de la SBS.

De igual manera la SB señala que las instituciones bajo su control deben administrar el capital humano de forma eficaz y adecuada, identificando las fallas o insuficiencias asociadas al factor “personas” de forma correcta y oportuna, entre los que se podría señalar como: ausencia de personal adecuado, negligencia, error humano, nepotismo en base a lo establecido, inadecuadas relaciones interpersonales con un ambiente laboral negativo, falta de reglas definidas en la contratación de personal, etc.

En la norma también se establece que las instituciones controladas, deben tener y asegurar un buen sistema tecnológico TICS, donde el recurso información este asegurado y se garantice la captura, procesamiento, almacenamiento y transmisión de la información de manera oportuna y confiable para evitar interrupciones del negocio y lograr que la información fluya, señala además, que se podría tener una modalidad de servicios provistos por terceros, siempre y cuando sea íntegra, confidencial y esté disponible, en tiempo, cantidad y espacio, para una apropiada toma de decisiones.

Es importante considerar que pueden ocurrir eventos ajenos a su control, tales como: fallas en los servicios públicos, ocurrencia de desastres naturales, atentados y otros actos delictivos, los cuales pudieran alterar el desarrollo normal de sus actividades, es por ello que se debe considerar que podrían existir pérdidas de estas situaciones y por lo tanto en la administración del Riesgo Operativo se debería contar con planes de contingencia y de continuidad del negocio.

2.3.2. Riesgo Operacional y su administración

En cuanto a la Administración del Riesgo Operativo la norma de la SB señala: *“En el marco de la administración integral de riesgos, establecido en la sección II “Administración de riesgos”, del capítulo I “De la gestión integral y control de riesgos”*, las instituciones controladas incluirán el proceso para administrar el Riesgo Operativo como un riesgo específico, el cual, si no es administrado adecuadamente puede afectar el logro de los objetivos de estabilidad a largo plazo y la continuidad del negocio.

El diseño del proceso de administración de Riesgo Operativo deberá permitir a las instituciones controladas identificar, medir, controlar/mitigar y monitorear sus exposiciones a este riesgo al que se encuentran expuestas en el desarrollo de sus negocios y operaciones. Cada institución desarrollará sus propias técnicas o esquemas

de administración, considerando su objeto social, tamaño, naturaleza, complejidad y demás características propias.

Además se debe contar con códigos de ética y de conducta formalmente establecidos; con la supervisión del directorio u organismo que haga sus veces y de la alta gerencia; con una sólida cultura de control interno; con planes de contingencias y de continuidad del negocio debidamente probados; y, con la tecnología de la información adecuada, esto permitirá con todo lo expuesto una buena administración del Riesgo Operativo.

2.3.3. Mapa de Riesgos

El mapa de riesgos que se ha concebido para la administración de los mismos en el ISSFA, comprende en el eje x el impacto que estos tendrán y en el eje de la y la probabilidad de ocurrencia, lo cual se explica a continuación:

Cuadro No.- 5
Mapa de riesgos

MATRIZ DE RIESGO		IMPACTO				
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
PROBABILIDAD		1	2	3	4	5
Casi cierta	A	B1=Alto	A2=Alto	A3=Extremo	A4=Extremo	A5=Extremo
Muy probable	B	B1=Moderado	B2=Alto	B3=Alto	B4=Extremo	B5=Extremo
Moderada	C	C1=Bajo	C2=Moderado	C3=Alto	C4=Extremo	C5=Extremo
Improbable	D	D1=Bajo	D2=Bajo	D3=Moderado	D4=Alto	D5=Extremo
Rara	E	E1=Bajo	E2=Bajo	E3=Moderado	E4=Alto	E5=Alto

Fuente: Manual de Riesgo Operativo ISSFA, Ver. 1.0

2.3.4. Teoría de la identificación, medición, control/mitigación, cuantificación y cualificación, y monitoreo del Riesgo Operativo

Para una adecuada administración del Riesgo Operativo es necesario que se agrupen sus procesos por líneas de negocio, de acuerdo con una metodología establecida de manera formal y por escrito, debiéndose observar lo siguiente:

Para el caso de los seguros previsionales que proporciona el ISSFA se deberá identificar, por línea de negocio, los eventos de Riesgo Operativo, agrupados por tipo de evento, y, las fallas o insuficiencias en los procesos, las personas, la tecnología de la información y los eventos externos. Los tipos de eventos que podrían influenciar en el proceso de facturación del Seguro de Salud del ISSFA, podrían ser los siguientes:

- a) Fraude interno;
- b) Fraude externo;
- c) Prácticas laborales y seguridad del ambiente de trabajo;
- d) Prácticas relacionadas con los clientes, los productos y el negocio;
- e) Daños a los activos físicos;
- f) Interrupción del negocio por fallas en la tecnología de la información; y,
- g) Deficiencias en la ejecución de procesos, en el procesamiento de operaciones y en las relaciones con proveedores y terceros.

Se debe también determinar de manera puntual las fallas o insuficiencias de orden legal, de tal manera que les proporcione una visión clara sobre su exposición al riesgo legal, debiendo tener como referencia para el efecto los tipos de evento de Riesgo Operativo señalados anteriormente.

Las fallas o insuficiencias de orden legal deben ser establecidas de acuerdo con su propia percepción y perfil de riesgos, pero deben enfocar por lo menos los siguientes campos: actos societarios; gestión de crédito; operaciones del giro financiero; actividades complementarias no financieras; y, el cumplimiento legal y normativo.

La norma señala que: “Una vez identificados los eventos de Riesgo Operativo y las fallas o insuficiencias en relación con los factores de este riesgo y su incidencia para la institución, los niveles directivos están en capacidad de decidir si el riesgo se

debe asumir, compartirlo, evitarlo o transferirlo, reduciendo sus consecuencias y efectos¹⁰”.

Se debe mantener un proceso continuo y permanente de la administración del Riesgo Operativo, por lo que será necesario se conformen bases de datos centralizadas, suficientes y de calidad, que permitan registrar, ordenar, clasificar y disponer de información sobre los eventos de Riesgo Operativo; fallas o insuficiencias incluidas las de orden legal; y, factores de Riesgo Operativo clasificados por línea de negocio, determinando la frecuencia con que se repite cada evento y el efecto cuantitativo de la pérdida producida y cualquier otra información que se considere necesaria y oportuna, para que a futuro se pueda estimar las pérdidas esperadas e inesperadas atribuibles a este riesgo.

Aspecto importante de la administración del Riesgo Operativo es el control, se debe contar con sistemas de control interno adecuados, esto es, políticas, procesos, procedimientos y niveles de control formalmente establecidos y validados periódicamente. Los controles deben formar parte integral de las actividades regulares para generar respuestas oportunas ante diversos eventos de Riesgo Operativo y las fallas o insuficiencias que los ocasionaron; por lo que la Auditoría Interna debe “...*ser efectiva e integral, por parte de personal competente, debidamente capacitado y operativamente independiente...*”.

El conocimiento que debe tener todos los niveles de la administración es fundamental para la administración de todo tipo de riesgo, por esto el Art. 14 de la norma impone: “... *deben contar permanentemente con un esquema organizado de reportes que permitan disponer de información suficiente y adecuada para gestionar el Riesgo Operativo en forma continua y oportuna.*”

El funcionamiento del Seguro de Salud del ISSFA, se sirve de la contratación y provisión de atenciones de salud, ambulatorias u hospitalarias, con diversas instituciones públicas y privadas de salud, por lo que se debe tomar en cuenta lo que indica el Art. 20 de la norma que señala “Para mantener un adecuado control de los servicios provistos por terceros,... deberán contar con un proceso integral para la

¹⁰ Manual de Riesgo Operativo, ISSFA Ver. 1.0

administración de proveedores de servicios que incluya las actividades de pre contratación, suscripción, cumplimiento y renovación del contrato”¹¹.

El Comité de Basilea, considera al Riesgo Operativo como uno de los factores de mucha importancia en las entidades bancarias, indicando que deben mantener el capital necesario para protegerse de las pérdidas que podrían ocasionar estos riesgos, y define la Riesgo Operativo como: “.... el riesgo de que se produzcan pérdidas como resultados de procesos, personal o sistemas internos inadecuados o defectuosos, o bien a consecuencia de acontecimientos externos”(Comité de Supervisión Bancaria de Basilea, Banco de Pagos internacionales, 2003),de lo cual se puede colegir que al haberse establecido que la administración del ISSFA sea por procesos, el Riesgo Operativo puede presentarse en la ejecución de éstos.

2.4. Política de Administración y Manual de Riesgo Operativo del ISSFA

Las políticas de Gestión Riesgo Operativo vigentes en el ISSFA, de diciembre de 2013, nos señalan que el ISSFA se encuentra expuestas a sufrir pérdidas debido a varios factores, como: Procesos, Personas, Sistemas Informáticos, Eventos externos, incluyendo el Riesgo Legal. El Riesgo Operativo no considera los riesgos estratégico y de reputación.

La Codificación de Resoluciones de la Junta Bancaria y Superintendencia de Bancos dispone en el Capítulo V.- De la gestión del Riesgo Operativo, del Título X.- De la gestión y Administración de riesgos, del Libro I.- Normas generales para la aplicación de la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero, los principios para una adecuada gestión del Riesgo Operativo.

Por ello, el objetivo de las políticas del Riesgo Operativo señalan: “Gestionar en forma eficiente los riesgos operativos del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), estableciendo los principios que deberán observar las diferentes áreas del Instituto involucradas en la definición, implantación, control y administración de dicho riesgo. Siendo responsables de la aplicación todas las áreas del ISSFA y el monitoreo se le encarga a Auditoría Interna.

En las políticas de Riesgo Operativo se definen algunos términos importantes:

¹¹Histórico de las Resoluciones del Riesgo Operativo, de la SBS.

- a) *Alta gerencia.*- La integran los Directores u otros, responsables de ejecutar las disposiciones del Consejo Directivo, quienes toman decisiones de alto nivel, de acuerdo con las funciones asignadas y la estructura organizacional definida en el ISSFA;
- b) *Evento de Riesgo Operativo.*- Es el hecho que puede derivar en pérdidas financieras para la institución;
- c) *Factor de Riesgo Operativo.*- Es la causa primaria o el origen de un evento de Riesgo Operativo. Los factores son los procesos, personas, tecnología de información y eventos externos;
- d) *Proceso.*- Es el conjunto de actividades que transforman insumos en productos o servicios con valor para el cliente, sea interno o externo;
- e) *Proceso crítico.*- Es el indispensable para la continuidad del negocio y las operaciones, y cuya falta de identificación o aplicación deficiente puede generarle un impacto financiero negativo;
- f) *Actividad.*- Es el conjunto de tareas;
- g) *Tarea.*- Es el conjunto de pasos o procedimientos que conducen a un resultado final visible y medible;
- h) *Procedimiento.*- Es el método que especifica los pasos a seguir para cumplir un propósito determinado;
- i) *Línea de negocio.*- Es una especialización del negocio que agrupa procesos encaminados a generar productos y servicios especializados para atender un segmento del mercado objetivo definido en la planificación estratégica de la entidad;
- j) *Control.*- Son las actividades o mecanismos requeridos para eliminar o reducir los problemas o fallas, que permitan reducir los riesgos definidos;
- k) *Datos.*- Es cualquier forma de registro electrónico, óptico, magnético, impreso o en otros medios, susceptible de ser capturado, almacenado, procesado y distribuido;
- l) *Recurso humano.*- es el conjunto de personas vinculadas directa o indirectamente a la organización en la ejecución de sus procesos
- m) *Información.*- Es cualquier forma de registro electrónico, óptico, magnético o en otros medios, previamente procesado a partir de datos, que puede ser

almacenado, distribuido y sirve para análisis, estudios, toma de decisiones, ejecución de una transacción o entrega de un servicio;

- n) *Administración de la información.*- Proceso mediante el cual se captura, procesa, almacena y transmite información, independientemente del medio que se utilice; ya sea impreso, escrito en papel, almacenado electrónicamente, transmitido por correo o por medios electrónicos o presentado en imágenes;
- o) *Tecnología de información.*- Conjunto de herramientas y métodos empleados para llevar a cabo la administración de la información. Incluye el hardware, software, sistemas operativos, sistemas de administración de bases de datos, redes, multimedia, servicios asociados, entre otros;
- p) *Responsable de la información.*- Es la persona encargada de identificar y definir claramente los diversos recursos y procesos de seguridad lógica relacionados con las aplicaciones;
- q) *Seguridad de la información.*- Son los mecanismos implantados que garantizan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información y los recursos relacionados con ella;
- r) *Confidencialidad.*- Es la garantía de que sólo el personal autorizado accede a la información preestablecida;
- s) *Integridad.*- Es la garantía de mantener la totalidad y exactitud de la información y de los métodos de procesamiento;
- t) *Disponibilidad.*- Es la garantía de que los usuarios autorizados tienen acceso a la información cada vez que lo requieran a través de los medios adecuados que satisfagan sus necesidades;
- u) *Plan de continuidad.*- Está orientado a asegurar la continuidad del negocio, la satisfacción del cliente y la productividad a pesar de eventos inesperados. Se ejecuta permanentemente como parte de la administración de riesgos tanto en la información como en la operación. Un plan de continuidad incluye un plan de contingencia, un plan de reanudación y un plan de recuperación;
- v) *Plan de contingencia.*- Es el conjunto de procedimientos alternativos a la operatividad normal de la entidad cuya finalidad es la de permitir su funcionamiento, buscando minimizar el impacto financiero que pueda ocasionar cualquier evento inesperado específico. El plan de contingencia se ejecuta el momento en que se produce dicho evento;

- w) *Calidad de la información.*- Es el resultado de la aplicación de los mecanismos implantados que garantizan la efectividad, eficiencia y confiabilidad de la información y los recursos relacionados con ella;
- x) *Efectividad.*- Es la garantía de que la información es relevante y pertinente y que su entrega es oportuna, correcta y consistente;
- y) *Confiabilidad.*- Es la garantía de que la información es la apropiada para la administración de la entidad, ejecución de transacciones y para el cumplimiento de sus obligaciones; y,
- z) *Riesgo legal.*- Es la probabilidad de sufrir pérdidas directas o indirectas debido al incumplimiento de disposiciones legales o normativas, o, en sentencias o resoluciones jurisdiccionales o administrativas adversas; o de la deficiente redacción de los textos, formalización o ejecución de actos, contratos o cualquier documento legal que no permita la exigibilidad de un derecho o la imposibilidad legal de ejecutar un contrato debido en las fallas de la implementación legal.

El proceso determinado en el ISSFA, en las políticas para la gestión continua del Riesgo Operativo comprende:

- a) La identificación del Riesgo Operativo deberá efectuarse teniendo en cuenta los factores y eventos; y,
- b) La medición de Riesgo Operativo se realizará en base a metodologías cualitativas y cuantitativas, considerando dos variables, la probabilidad de ocurrencia y el impacto en la Institución. La medición de los niveles de probabilidad e impacto se realizará en vectores de al menos cinco niveles; y la de riesgo se representará a través de un vector de al menos cuatro niveles. El nivel de riesgo resultado de la medición inicial de la probabilidad e impacto de un evento se denominara riesgo inherente. El nivel de riesgo producto de controles efectuados se denominara riesgo residual.

PROBABILIDAD		IMPACTO		RIESGO
Casi cierta	X	Catastrófico	=	Extremo
Muy probable		Mayor		Alto
Moderada		Moderado		Moderado
Improbable		Menor		Bajo
Rara		Insignificante		

El control de riesgos considerará fundamentalmente los siguientes aspectos:

- a) Efectuar controles en etapas tempranas, considerando los impactos con el propósito de reducir los costos; y,
- b) La estrategia de control se basará en la evaluación de las siguientes posibilidades:
 - Aceptar el riesgo;
 - Compartir el riesgo, a través de la contratación de seguros;
 - Reducir, mediante la implantación de controles; y,
 - Evitar, a través de suspender el proceso, producto o servicio.

El dueño del proceso en coordinación con la Dirección de Riesgos, y en base a los riesgos identificados propondrá las estrategias necesarias para su mitigación. El seguimiento se efectuará en base a la matriz de probabilidad e impacto, evaluando que se hayan implementado las medidas de acción que hayan sido definidas.

Los factores a ser considerados para la gestión de Riesgo Operativo en el ISSFA, son:

- a) El factor proceso se entenderá como un conjunto de actividades coordinadas y organizadas que transforman insumos en productos o servicios con valor para un cliente, sea interno o externo. Con el propósito de garantizar la optimización de los recursos y la estandarización de las actividades, los procesos se agruparán de la siguiente manera, el tema de estudio señalaremos que: Procesos agregadores de valor o productivos, son aquellos destinados a llevar a cabo las actividades que permitan ejecutar las políticas y estrategias relacionadas con la calidad de los productos o servicios que ofrecen a sus clientes;
- b) El factor personas corresponde al manejo del capital humano, el cual deberá ser administrado de forma apropiada, identificando sus fallas e insuficiencias,

tales como: falta de personal adecuado, negligencia, error humano, nepotismo de conformidad con las disposiciones legales vigentes, inapropiadas relaciones interpersonales y ambiente laboral desfavorable, falta de especificaciones claras en los términos de contratación del personal, entre otros. Se debe tener en cuenta también, los procesos de incorporación, permanencia y desvinculación del recurso humano de la Institución; y,

- c) El factor tecnológico, debe garantizar la captura, procesamiento, almacenamiento y transmisión de la información de manera oportuna y confiable; evitar interrupciones del negocio y lograr que la información, inclusive aquella bajo la modalidad de servicios provistos por terceros, sea íntegra, confidencial y esté disponible para una apropiada toma de decisiones.

En cuanto al factor de los eventos externos, son las pérdidas que puede sufrir la Institución como consecuencia de eventos ocurridos ajenos a su control, tales como: fallas en los servicios públicos, ocurrencia de desastres naturales, atentados y otros actos delictivos, los cuales pudieran alterar el desarrollo normal de las actividades.

La Política de Riesgo Operativo, indica que el ISSFA deberá contar con planes de contingencia y de continuidad del negocio para la administración adecuada de estos tipos de eventos.

Se identificará al riesgo legal como las pérdidas debido a error, negligencia, impericia, imprudencia o dolo, que deriven de la inobservancia, incorrecta o inoportuna aplicación de disposiciones legales o normativas.

En cuanto a los eventos de riesgo, estos pueden ser:

- a) *Fraude interno*: Los principios para su determinación corresponderán a los actos de un tipo de intento de fraude, malversación de fondos o evasión de leyes, políticas o reglamentos del ISSFA. Se identificarán como fraude interno eventos relacionados con: mala información intencional de posiciones, hurto del empleado, y negociación interna de valores a propia cuenta de un empleado; y,
- b) *Fraude externo*: Los principios para su determinación corresponderán a los actos por una tercera parte, de un tipo de intento de fraude, malversación de fondos o evadir la ley. Se identificarán como fraude externo eventos relacionados con: robo, falsificación, emisión de cheque sin fondos y daño provocado por pirateo computacional;

- c) *Prácticas de empleo y seguridad de lugar de trabajo*: Los principios para su determinación corresponderán a los actos inconsistentes con las leyes o contratos de empleo, salud o seguridad, o que resultan en pago de reclamos de perjuicio personal, o reclamos relacionados a temas de discriminación. Se identificarán dentro de esta categoría, los eventos relacionados con: los reclamos de compensación de trabajadores, violación de la salud del empleado y a reglas de seguridad, actividades de labor organizada, reclamos de discriminación;
- d) *Clientes, productos y prácticas de negocios*: Los principios para su determinación corresponderán a fallas no intencionales, negligente en cumplir una obligación profesional a clientes o diseño de un producto. Se identificarán dentro de esta categoría, los eventos relacionados con: infracciones fiduciarias, mal uso de información confidencial de cliente, actividades impropias de negociación de valores, lavado de dinero, y venta de productos no autorizados;
- e) *Daño a activos físicos*: Los principios para su determinación corresponderán a pérdida o daño a activos físicos por desastre natural u otros eventos. Se identificarán dentro de esta categoría, los eventos relacionados con: terrorismo, vandalismo, terremotos, incendios e inundaciones;
- f) *Interrupción de negocios y fallas del sistema*: Los principios para su determinación corresponderán a interrupción de negocios o fallas del sistema. Se identificarán dentro de esta categoría, los eventos relacionados con fallas de hardware y software, problemas de telecomunicación y pérdida de utilidad; y,
- g) *Administración de la ejecución, entrega y proceso*: Los principios para su determinación corresponderán a la administración fracasada de procesamiento de transacción o proceso, y relaciones con contrapartes. Se identificarán dentro de esta categoría, los eventos relacionados con: fallas de administración colateral, documentación legal incompleta, acceso no autorizado a cuentas de clientes, mal desempeño de contraparte no- cliente y disputas de vendedor.

Lo expuesto y el análisis de otras fuentes de información y/o disposiciones legales es el marco general en el cual se desarrollara esta investigación, es decir analizar en el sistema de administración de gestión por procesos, el proceso de facturación del Seguro de Salud del ISSFA, para identificar, medir, controlar/mitigar y monitorear las exposiciones al Riesgo Operativo, proporcionando al nivel directivo el conocimiento

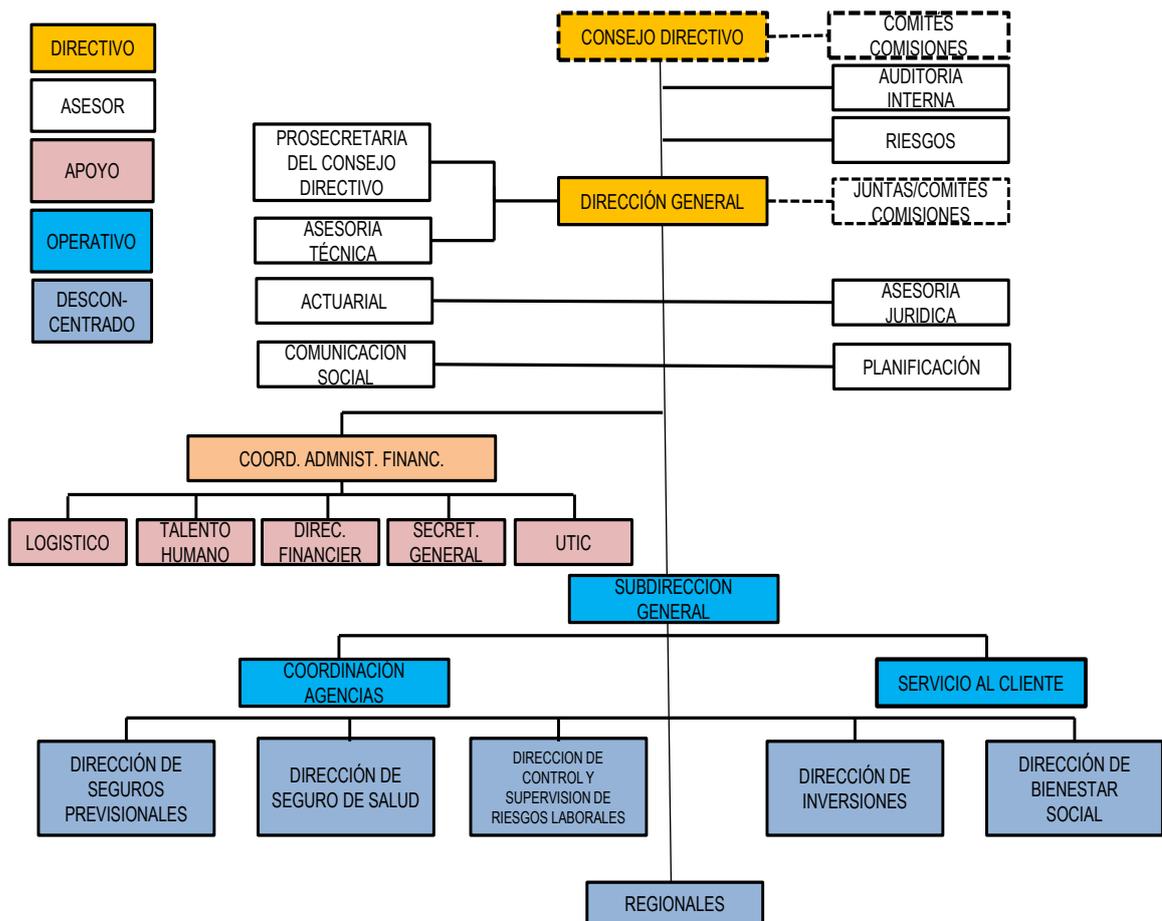
de nivel de exposición de este tipo de riesgo, permitiéndoles determinar y decidir si el Riesgo Operativo detectado, se lo debe asumir, compartir, evitar o transferir, con el fin de reducir sus consecuencias y efectos, con lo cual se pueda establecer la metodología que permita administrar adecuadamente el Riesgo Operativo en este seguro, con la finalidad principal de atender adecuadamente a los afiliados del ISSFA, para mejorar y mantener su nivel de vida.

2.4.1. Ámbito de aplicación del Riesgo Operativo en el Seguro de Salud administrado por el ISSFA.

Para el cumplimiento de su misión, el ISSFA, mantiene la siguiente estructura orgánico- funcional:

Gráfico No.- 2

Orgánico estructural y funcional del ISSFA.

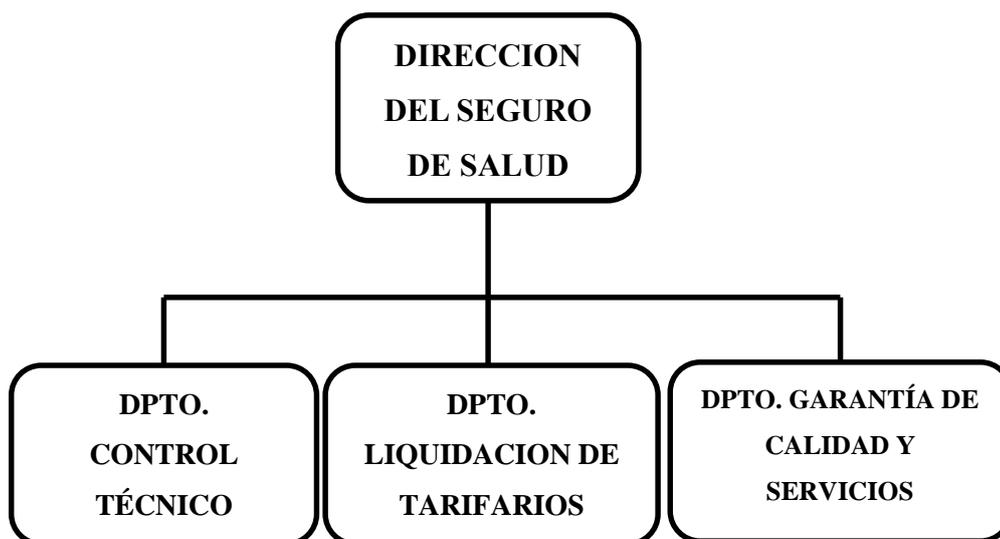


La organización que mantiene el ISSFA para su administración, se ha ido modificando a través del tiempo hasta la actualidad, buscando adaptarse a los cambios, que la modernidad en la administración y los avances de la tecnología han impuesto no solo el Sistema de Seguridad Social como tal, sino también la administración en general y de recursos de todo tipo, publica y/o privada.

Observando este organigrama estructural en el funcionamiento directivo, administrativo y operativo, se puede identificar a la Dirección de Salud, que es la encargada de administrar el Seguro de Salud, que está ubicada en el nivel operativo del funcionamiento administrativo del Instituto, cuya estructura orgánica funcional, con un total de cerca de 70 funcionarios a nivel nacional, es la siguiente:

Gráfico No.- 3

Orgánico Estructural y Funcional de la Dirección del Seguro de Salud del ISSFA.



FUENTE: ISSFA – ESTRUCTURA - ORGANICA

En lo que concierne a las funciones del gobierno corporativo del ISSFA, en uno de sus niveles de actuación señala: “.... Emisión de políticas y resoluciones para asegurar la calidad de las prestaciones de salud¹²....”.

¹² Informe de Gestión, ISSFA, Pág. 12, 2014

El Consejo Directivo del ISSFA, determina como objetivo de esta prestación: “...preservar, mantener y rehabilitar la salud del militar, sus derechohabientes y dependientes, protegerlos, de los riesgos de enfermedad, accidentes, y brindar atención por maternidad, a través de los servicios de medicina preventiva, consulta externa, asistencia clínica y quirúrgica, excepto cirugías estéticas no reconstructivas, asistencia obstétrica, asistencia odontológica básica y funcional no estética, rehabilitación especial, asistencia y entrega de órtesis y prótesis, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, asistencia farmacológica hospitalaria, emergencia y ambulatoria¹³.”

Como derecho y política en la administración y funcionamiento de la Prestación de Enfermedad y Maternidad, que se provee a través del Seguro de salud del ISSFA, se determina que la población con derecho a este beneficio es la misma que consta en el Cuadro No.- 1 (Población Militar y sus dependientes asegurada del ISSFA, que consta en la Pág. 12.), con total de 229.483 personas.

A este número de población, que varía levemente de año a año, por acción de ingresos o salidas del servicio activo, defunciones, divorcios, etc., en cumplimiento a lo dispuesto en la misión institucional, siguiendo los lineamientos del Consejo Directivo y lo planificado en el plan de actividades y presupuesto, en los últimos tres años, se proporcionaron las siguientes prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSFA:

¹³ Informe de Gestión, Pág. 90, ISSFA 2013

Cuadro No.-6
Prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSFA, año 2012-
2013 - 2014

AÑO		2012			2013			2014	
TIPO DE PRESTACION	PRESTACIONES	NUMERO DE PACIENTES	ATENCIONES	COSTO	NUMERO DE PACIENTES	ATENCIONES	COSTO	ATENCIONES	COSTO
HOSPITALARIA	HOSPITALIZACIÓN	9.876	12.015	11'693.163	15.097	24.119	16'401.680	27.911	29.777.392,76
HOSPITALARIA	EMERGENCIA	15.100	26.561	760.735	22.881	56.149	1'842.861	34.195	1.921.712,77
HOSPITALARIA	ATENCIÓN MÉDICA POR CONSULTA EXTERNA	64.824	176.536	4'000.302	132.430	479.631	11'110.247	221.390	596.831,21
HOSPITALARIA	EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS POR CONSULTA EXTERNA	121.374	212.470	5'625.384	11.022	53.792	7'255.072	401.237	15.766.639,83
NO HOSPITALARIA	MEDICINAS Y TRATAMIENTOS CRÓNICOS Y TERMINALES	17.397	88.896	10'259.704				53.801	3.639.314,68
NO HOSPITALARIA	REHABILITACIÓN	126	749	63.122				519	50.680,41
NO HOSPITALARIA	ORTESIS Y PRÓTESIS	194	304	115.429	291	320	464.931	641	227.679,14
NO HOSPITALARIA	MEDICINA AMBULATORIA PRIMER NIVEL								110.253,40
TOTAL		231.400	520.561	33'203.423	181.721	614.011	43'542.447	739.694	52.090.504,20

Informe de Gestión, ISSFA, 2012 – 2013 -2014

En los datos expuestos podemos observar que entre el año 2012 y 2013 el número de pacientes disminuye, sin embargo las atenciones se incrementan en un 17%, entre estos dos años y en relación al año 2014 en un 20%; analizando el presupuesto empleado este porcentaje es el 31% en el primer caso y el 19% en el segundo caso, lo que está en relación al número de afiliados activos, pasivos y sus dependientes del ISSFA, que también año a año va incrementando.

Como se puede observar en el cuadro siguiente en los años posteriores hasta la presente fecha existe una variación importante en el número de atenciones de salud, por su naturaleza y su complejidad esto se debe a que los procesos de administración del Seguro de Salud han ido tomando acciones, en especial para dirigir y redirigir a los pacientes en los diferentes niveles de atención, con los procesos de referencia y contra referencia como se aprecia a continuación:

Cuadro No.- 7
Prestaciones del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSFA, año 2015-
2016 - 2017

ATENCIONES OTORGADAS POR TIPO DE SERVICIO			
TIPO DE SERVICIOS	2015	2016	2017
ASISTENCIA ODONTOLOGICA BASICA	9.578	28.959	25.925
ATENCION MEDICAS POR CONSULTA EXTERNA	416.343	200.601	127.738
DIÁLISIS	37		887
EMERGENCIA	32.095	22.654	16.448
EXAM. Y PROCED. ESPEC. (CON. EXT.)	524.737	229.153	121.928
HOSPITALIZACION	25.147	19.913	14.379
REPOSICION GASTOS HOSPITALARIOS		73	
TOTAL	1.007.937	501.353	307.305

Fuente: Base de Datos de Salud

Sin embargo con el costo elevado anualmente por el Seguro de Enfermedad y Maternidad y siendo las atenciones médicas provistos al colectivo militar, que son administrados por el Seguro de Salud del ISSFA, conlleva a que los riesgos operativos sean posiblemente más recurrentes que en otras prestaciones que brinda el ISSFA.; a este aspecto debemos añadirle que los servicios médicos no son proporcionados directamente por el ISSFA, sino que el seguro compra servicios de salud que son proporcionados por el Sistema de Sanidad Militar, a través de sus facilidades de salud a nivel nacional, pero que por ser insuficientes a los casos presentados o a la inexistencia de estas últimas en todo el territorio nacional. Para solucionar este inconveniente el ISSFA mantiene unidades en convenio de prestación de servicios de salud, con instituciones públicas (MSP e IESS) como privadas; quienes facturan y liquidan las atenciones médicas a través del sistema informático entregado por la Dirección del Seguro de Salud (a quienes tienen los medios y la tecnología necesaria) y/o a través de procedimiento en forma manual, lo que hace que el proceso de liquidación de los servicios de salud, en especial las auditorías médicas, implique una carga excesiva de trabajo así como tiempo en el pago final de la atención de salud a los prestadores quienes la proporcionaron, incrementando de alguna manera el Riesgo Operativo en todo este proceso de facturación y liquidación.

La focalización geográfica de las atenciones en el Seguro de Salud están orientadas a cubrir toda la geografía nacional, en donde resida o este en funciones el afiliado y su familia, la misma que está ubicada en:

Cuadro No.- 8

Cuadro de residencia de los afiliados al ISSFA.

POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL ISSFA	
AÑO 2017*	
UBICACIÓN	NÚMERO
AZUAY	3.278
BOLIVAR	1.102
CALI	1
CALIFORNIA-ARLETA	33
CANAR	315
CARCHI	1.559
CHICAGO	5
CHIMBORAZO	11.895
CORAL FLORIDA	7
COTOPAXI	9.523
DALLAS TEXAS	2
DISTRITO FEDERAL	9
EL ORO	8.748
ESMERALDAS	5.349
GALAPAGOS	203
GUAYAS	52.263
IMBABURA	6.001
LIMA	7
UBICACIÓN	NUMERO
LOJA	8.085
LOS RIOS	5.119
MADRID	30
MANABI	6.282
MIAMI	12
MORONA SANTIAGO	1.388
NAPO	1.662
NEW JERSEY	55
ORELLANA	1.271

PAMPLONA	12
PASTAZA	4.047
PICHINCHA	65.690
SANTA ELENA	4.052
SANTIAGO DE CHILE	12
SANTO DOMINGO DE LOS TSHACHILAS	4.541
SEVILLA	27
SUCUMBIOS	1.131
TALCA	1
TORONTO	2
TUNGURAHUA	5.638
WASHINGTON (EE.UU.)	20
ZAMORA CHINCHIPE	1.009
ASPIRANTES Y CONSCRIPTOS DISTRIBUIDOS A NIVEL NACIONAL	10.324
INDETERMINADO	8.475
TOTAL	229.185
*Con corte a agosto de 2017	
Fuente: Base de Datos de Salud	

De lo expuesto se puede inducir que la mayor parte de afiliados al sistema, que podrían utilizar los servicios de salud estarían enfocados principalmente a las provincias de Pichincha, Guayas, Chimborazo, El Oro, Loja y Cotopaxi, con cerca del 70% de la población asegurada.

De acuerdo a lo estipulado en el Art. 51.de la ley del ISSFA, "...el Seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación que protege al asegurado en servicio activo y pasivo, a sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y tropa y concriptos, mediante los siguientes servicios:

- a) Medicina preventiva;
- b) Asistencia clínica y quirúrgica;
- c) Asistencia obstétrica;
- d) Asistencia odontológica;
- e) Rehabilitación, órtesis y prótesis;
- f) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y,
- g) Asistencia farmacológica.”.

En base a lo expuesto y al tener cobertura nacional la tasa de morbilidad de los diferentes casos de atenciones de salud, de todo tipo, se presentan en la siguiente distribución nacional, que está en concordancia a la posición geográfica de los afiliados:

Cuadro No.- 9
Tasa de morbilidad

PROVINCIA	TOTAL DE CASOS	TASA DE MORBILIDAD
CARCHI	62	403,65
ESMERALDAS	3.348	6091,7
IMBABURA	2.184	3666,89
NAPO	10	73,96
SUCUMBIOS	447	4837,66
FRANCISCO DE ORELLANA	1.438	12625,11
PASTAZA	2.399	5521,29
LOS RIOS	641	1278,17
GUAYAS	50.122	9432,42
SANTA ELENA	1.696	3874,8
BOLIVAR	1	11,96
MANABI	1.652	2509,11
LOJA	3.996	4671,5
GALAPAGOS	278	10373,13
ZAMORA CHINCHIPE	81	49,83
MORONA SANTIAGO	188	1385,41
CAÑAR		
AZUAY	6.954	16886,84
EL ORO	2.848	2830,17
PICHINCHA	85.373	11936,61
SANTO DOMINGO DE LOS TSHACHILAS	652	1415,54
COTOPAXI	3.030	3328,21
TUNGURAHUA	1.090	2170,45
CHIMBORAZO	6.746	6211,21

En correlación con las conclusiones expuestas en el cuadro No. 6, de regionalización de los afiliados a nivel nacional, en el cuadro presentado se puede inferir que las atenciones de salud y su morbilidad no están en relación directa con esta regionalización, ya que como se puede apreciar existe una mayor tasa de morbilidad

en las provincias de Pichincha, Guayas, Azuay, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, lo cual tiene relación directa con las facilidades de III y II nivel de atención de salud que posee el Sistema de Sanidad Militar y los convenios con otras instituciones que mantiene el ISSFA, más que con la ubicación geográfica de los afiliados y sus dependientes, quienes acuden a la facilidad de salud, donde según su criterio tendrían un mejor nivel de resolución a su problema de salud y también debido al Sistema de referencia y Contra referencia que mantiene la Dirección de Salud del ISSFA, que concentra un nivel alto de gestión administrativa, en pocos centros de salud, como es el caso del Hospital de Especialidades de FF. AA. ubicado en la ciudad de Quito y el Hospital de Naval de segundo nivel, ubicado en la ciudad de Guayaquil, con lo cual se puede inferir que el nivel de Riesgo Operativo, en estos dos procesos administrativos será mucho más alto, que en el resto de los centros médicos del país.

Para poder proporcionar la atención a cantidad de casos presentados, a la tasa de morbilidad y ubicación geográfica de los afiliados, el Art. 53. De la Ley del ISSFA. Permite que las atenciones de salud se puedan proporcionar: “El seguro se otorga en las unidades de salud militar de las Fuerzas Armadas y en las particulares, determinadas y contratadas por el ISSFA, donde no existieren o fueren insuficientes las institucionales.”; de igual manera se estipula diferentes formas de entrega de esta prestación, lo cual según el Art. 2. Del reglamento de Salud, se pueden otorgar en las siguientes modalidades: a domicilio; consulta externa; urgencias; y, por hospitalización.

Para ello se ha determinado que los pagos por las atenciones médicas recibidas, en todos los niveles de complejidad y en todas las RPIS, se regirán a las “*disposiciones normativas generales del tarifario del Sistema Nacional de Salud*”, el cual señala que :

- a) “El *tarifario*, es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud, tanto institucionales, como profesionales, proporcionados por las instituciones de salud públicas y privadas en el marco de la red pública integral y complementaria del Sistema Nacional de Salud; y,
- b) El *tarifario*, integra las unidades de valor relativo de los procedimientos y el factor de conversión monetario que permite establecer el monto de pago por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud.

La presente normativa es de aplicación obligatoria en todas las unidades prestadoras del Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral y Red Complementaria-entidades con y sin fines de lucro), debidamente calificadas para formar parte de la red de prestadores en los diferentes niveles de atención y complejidad, en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y en Convenios y otros instrumentos jurídicos¹⁴.

Al año 2014, el ISSFA proporciona esta prestación en sus diferentes modalidades en relación directa con las unidades de salud de FF.AA. o en convenio con unidades de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) y unidades de salud particulares, que constan las siguientes:

Cuadro No.- 10

Facilidades de Salud en los diferentes Niveles de complejidad médica, año 2014.

Unidad de Salud	Derivación	Convenio	Unidad militar	Total General
I NIVEL	4	2	66	72
II NIVEL	44	13	12	69
III NIVEL	24	5	1	30
TOTAL	72	20	79	171

Fuente: Dirección de Salud del ISSFA

Facilidad de Salud de primer Nivel de Atención de Salud, comprende la atención básica ambulatoria, en el cual el afiliado obtiene una resolución básica a sus problemas de salud, el cual no implica hospitalización; el segundo Nivel de Atención, comprende especialidades de salud que no se han podido resolver en facilidad de salud ambulatoria y comprende cuatro o cinco especialidades básicas que no demanden una infraestructura compleja, puede existir hospitalización y también consulta externa; el tercer nivel de Atención de Salud, comprende el máximo nivel de complejidad de resolución médica, el mismo que involucra principalmente la atención de especialidades que no se han podido resolver en los niveles anteriores, promoviéndose

¹⁴Reglamento del Seguro de Salud, ISSFA. PAG. 20-50

principalmente la hospitalización del paciente para la resolución de sus problemas de salud.

Para el funcionamiento de este proceso de atención por niveles, se ha establecido el procedimiento de referencia y contra referencia, el cual implica que cualquier paciente debe iniciar la resolución de su problema de salud desde el primer nivel, si por la complejidad de su problema médico no puede ser resuelto en este nivel, se le derivará al siguiente nivel y así sucesivamente hasta que reciba la atención específica que necesite, es por esta razón que la concentración de la tasa de morbilidad expuesta en el cuadro No.-7 es diferente a la concentración de regionalización de los afiliados expuesta en el cuadro No.-6; cuando se ha resuelto parcial o totalmente la enfermedad del paciente, éste retorna al nivel de complejidad que necesite a través del procedimiento de contra referencia, hasta que recupere totalmente su salud.

Si este procedimiento de atención por niveles y de referencia y contra referencia, funcionara perfectamente, el Riesgo Operativo en la administración del Seguro de Salud, no se vería facilitado, pero sin embargo tanto por cultura del paciente, que requiere, según atención rápida y del más alto nivel en forma urgente a pesar de que su problema de salud sea básico; y, a que los niveles de atención no están fortalecidos en su estructura, equipos, personal médico y de apoyo, así como en la difusión de cómo funciona el sistema de referencia y contra referencia, por lo que el sistema de facturación y liquidación se vuelve complejo y el riesgo de pérdidas se vuelve alto. En razón de que se pueden estar facturando y liquidando atenciones de salud de un nivel con los costos de otro nivel, causa pérdidas al seguro de salud, de allí la importancia de que se respete el proceso establecido lo cual reduciría los riesgos inmersos.

Con un total de 739.694 atenciones en salud, se han obteniendo como resultado en el cumplimiento en las actividades programadas y el presupuesto asignado al proceso del Seguro de Salud, en el año 2014:

Cuadro No.- 11
Presupuesto de la Dirección de Salud del ISSFA

Área	Actividades %	Presupuesto Planificado %	Presupuesto Codificado %	Planificado \$	Codificado \$	Ejecutado \$
Seguro de Salud	55%	57%	57%	\$93.048.768	\$93.048.768	\$52.743.368

Fuente: Pág. 21, informe de gestión del ISSFA, año 2014.

En cuanto a los años subsiguientes el número de atenciones de salud según la Dirección de Salud del ISSFA, es:

Cuadro No.- 12
Atenciones médicas por niveles de complejidad

NÚMERO DE ATENCIONES DE SALUD POR NIVELES DE COMPELJIDAD			
NIVEL DE ATENCIÓN	2015	2016	2017
1	200.313	155.018	82.967
2	548.288	210.915	204.301
3	259.345	135.424	20.046
TOTAL	1.007.946	501.357	307.314

Fuente: Base de Datos de Salud

En base a estas atenciones y su complejidad, los recursos efectivos y reales utilizados por el Seguro de Salud, han ido optimizándose, por la organización, direccionamiento y la educación a los afiliados, de las atenciones de salud por niveles de atención, a pesar que llama la atención el año 2015, tanto en el nivel de atenciones de salud y el empleo del presupuesto, como lo demuestra el siguiente cuadro:

Cuadro No.- 13
Liquidación de las atenciones de salud

CUADRO DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD				
DETALLE	2014	2015	2016	2017
INGRESOS	64.045.688,82	64.298.877,41	63.863.483,88	\$ 66.756.000,00
EGRESOS	52.416.936,24	62.069.286,23	40.915.654,87	\$ 25.991.630,72
SALDO	11.628.752,58	2.229.591,18	22.947.829,01	\$ 40.764.369,28

Fuente: Estados Financieros del ISSFA

En base al Informe de Gestión del año 2014, se puede observar el cumplimiento de solo el 55% de las actividades presupuestadas previstas, en atenciones de salud y administrativas, y una utilización solo del 57% de los recursos presupuestados; sin embargo en el cuadro siguiente se puede demostrar el uso real de los recursos recaudados y los gastos realizados, con lo cual según la dirección del seguro se debe a que los afiliados y sus dependientes, han utilizado de una forma u otra en forma eficiente el sistema de referencia y contra referencia entre niveles de atención médica que redundan en un menor costo de la resolución de salud, así como también, se ha optimizado el costo de las atenciones por la aplicación del tarifario determinado por el MSP en la a nivel atención, como se puede observar en el año 2016 y 2107 se ha optimizado las atenciones y el costo de salud; desde luego que la planificación del presupuesto también debe ser revisada, a fin de que no exista un valor elevado cerca del 45%, no de no empleo del presupuesto.

En concordancia a la política de gestión de calidad implementada en el ISSFA, esta debe ser evaluada y analizada, por lo que se ha obtenido el siguiente nivel de evaluación a las actividades realizadas, que desde la percepción de los afiliados la calificación promedio de satisfacción de la prestación que presenta el Seguro de Salud es de 2,98/5 (59,6/100) para el personal en servicio activo y 2,85/5 (57/100) para el personal en servicio pasivo; en donde la escala de puntuación/resultados tiene los siguientes rangos: 4.1 – 5.0 excelente (81 – 100), 3.1 – 4.0 muy bueno (61 – 80), 2.1 – 3.0 bueno (41 – 60), 1.1 – 2.0 regular (21 – 40), 0.0 – 1.0 malo (0 – 20)¹⁵.

¹⁵Informe de Gestión del ISSFA, Pág. 28, año 2014

Como podemos observar la estadística de la percepción del servicio proporcionado, por parte de los afiliados, sobre esta prestación ha obtenido una calificación general de buena o sea que se podría decir que a pesar de tener un alto número de atenciones de salud, a nivel nacional y en todos los niveles, los afiliados en cerca del 60% no están satisfechos de la atención recibida; de la investigación realizada en atención al cliente del ISSFA, se señala que esta percepción esta direccionada en especial a la insatisfacción en el tiempo de espera para la asignación de los turnos de consulta, en especial en las especialidades complejas, de los niveles II y III de atención, además de otras causas que son menores en porcentaje, como el tiempo de entrega de medicinas de crónicos y del I nivel de complejidad; en cambio en la Dirección Jurídica y Unidad de Auditoría del Instituto se señala que no existe ningún procedimiento legal de afiliados en contra del ISSFA, por mala atención médica o por no haberla proporcionado a tiempo a través de la red de salud establecida.

A pesar del importante volumen de atenciones realizadas, con el resultado expuesto se podría concluir que no se está cumpliendo a cabalidad con la visión del Instituto, que señala: "... otorgamiento de las prestaciones y servicios sociales con eficiencia, eficacia y ..."; con la misión impuesta "Proporcionar prestaciones económicas y salud, así como servicios sociales, con un sistema de gestión integrado, procesos ágiles y modernos, ..., a fin de propiciar su buen vivir"; y, con la filosofía institucional de: "... institución comprometida con una política de calidad en todas sus actividades..."; por lo tanto no se aplican en toda su extensión algunos de los principios y valores institucionales. (Pág. 15 del Informe de Gestión del ISSFA, año 2014).

Toda esta complejidad nos induce que existe o puede existir en alguna parte de todo el proceso de entrega de esta prestación, un nivel de riesgo operacional, que debe ser evaluado para determinar qué tipo de pérdida puede ocasionar al sistema. (Riesgo Operativo, económico, cualitativo y/o cuantitativo, legal e incluso de pérdida de vida o de un desmejoramiento de la salud de algún afiliado, si es que se lo podría determinar).

De lo expuesto se podría colegir que existen o existirían algunas causas, internas o externas, para que no se pueda alcanzar un buen nivel de ejecución, según la percepción de los usuarios del nivel de gestión con calidad del Seguro de Salud del ISSFA, por lo que se puede deducir que existe un nivel de riesgo operacional en los

procesos y que se analizará de qué manera se afecta todo lo expuesto al proceso de facturación del Macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA.

Para precautelar y auditar el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, la Intendencia de Seguridad Social de la SBS, y sin ser el ISSFA una institución financiera, ha emanado diversas directrices y reglamentación a los sistemas de Seguridad Social existentes, sobre el manejo integral de riesgos que pudieran afectar al funcionamiento del sistema, es por esta razón, que el Consejo Directivo del ISSFA, mediante resolución No.- 10-01.4 de 25 de marzo de 2010, crea la unidad de riesgos con la finalidad de identificar, medir, controlar y dar seguimiento a todos los posibles eventos que pudieran generar pérdidas económicas al sistema, emanando entre sus políticas la del establecimiento de la metodología para la gestión de Riesgo Operativo¹⁶,

En el informe de Gestión del ISSFA, año 2014, Pág. 44 se señala sobre la Dirección de Riesgos del Instituto:

La Dirección de Riesgos del ISSFA enfoca sus actividades principalmente a dar atención a las recomendaciones puntuales por parte de los Organismos de Control, anotándose como logros institucionales alcanzados: Gestión del Riesgo de Crédito y Operativo en algunas áreas, además, señala el inicio de la implementación de: Gestión del Riesgo de Mercado, de Liquidez, y la Valoración del Portafolio de Inversiones y Calificación de Instituciones Emisoras.

Proponiéndose para los años 2015 – 2017, planificar y desarrollar los siguientes proyectos (compromisos):

- a) Automatización del Sistema Integral de Riesgos;
- b) Levantamiento de los perfiles de riesgos de las Empresas del ISSFA;
- c) Levantamiento de los Planes de Contingencia;
- d) Elaboración del Plan de Continuidad del Negocio;
- e) Inicio de proceso de Implementación de ISO 31000; y;
- f) Programa de capacitación sobre la cultura de Riesgos (Fuente: Informe de Gestión, ISSFA, 2014).

¹⁶Informe de gestión ISSFA, 2013, PAG 59.

Es por ello que en los resultados del cumplimiento en actividades y presupuesto de los procesos de asesoría, sobre la administración de riesgos se obtuvieron los siguientes datos:

Cuadro No.- 14

Procesos de asesoría en la administración de riesgos

Área	Actividades %	Presupuesto Planificado. %	Presupuesto. Codificado. %	Planificado \$	Codificado \$	Ejecutado \$
Riesgos	74%	200%	100%	\$ 103.360	\$ 206.326	\$ 206.326

Fuente: Tabla No. 3, Pág.24, del Informe de Gestión del ISSFA, año 2014.

Del análisis realizado al Plan estratégico 2012 - 2016 del Instituto, sin embargo, no se menciona sobre la administración de riesgos, en ninguno de los cinco objetivos estratégicos o las veintiuno estrategias presentadas.

Capítulo tercero

Gestión del Riesgo Operativo del Proceso de Facturación/Liquidación del Seguro de Salud del ISSFA

3.1. Análisis del Proceso de Facturación/liquidación del Seguro de Salud

Con la base conceptual y teórica expuesta a continuación presentaremos el proceso integro de la gestión del Riesgo Operativo del Proceso de Facturación del Macro Proceso: Seguro de Salud del ISSFA.

Del macro proceso del Seguro de Salud, considerado como un proceso agregador de valor, para el análisis del proceso de facturación del seguro, se han identificado algunos procesos, subprocesos y procedimientos relacionados que son:

Cuadro No. 15

Procesos, Subprocesos y Procedimientos de Facturación/Liquidación del Seguro de Salud del ISSFA

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROCEDIMIENTO
Seguro de Salud	Gestión de Economía de la Salud	Calificación y Acreditación de Unidades de Salud	Para la Evaluación, Calificación y Adquisición de Servicios de Salud para las RIPS y Red Complementaria.
			Capacitación de Proveedores.
	Gestión Prestaciones de Salud Hospitalarias.	Auditoria y Liquidación de Servicios Médicos	De Pertinencia y Liquidación de Servicios de Salud
		Reposición de Gastos Médicos	Para la Reposición de Gastos Médicos.
		Auditoria In Situ (CONCURRENTE)	Para efectuar Auditoria de Calidad de Facturación y Servicios de Salud.

Fuente: Propia

3.2. Identificación, evaluación, medición, cualificación y cuantificación del riesgo operacional

De acuerdo al Manual de Riesgo Operativo del ISSFA, “5.1.4.1. Identificación de actividades” Pág. 10, para el presente trabajo vamos a clasificar todas las actividades que se realizan para la facturación y liquidación de los servicios médicos que provee el Seguro de Salud, analizando los siguientes procesos, subprocesos y procedimientos, por esta razón ubicamos estas actividades en la línea de negocios de:

LINEA DE NEGOCIO			DESCRIPCION
	NIVEL 1	NIVEL 2	
5	Pagos y liquidaciones	Clientes Externos	Servicios de pago (proveedores). Transferencias y compensaciones.

Fuente: Manual de Riesgo Operativo, Pág. 11, ISSFA.

De la investigación realizada, a través de las técnicas expuestas en el Manual de Riesgo Operativo del ISSFA, a los procesos, subprocesos, procedimientos y actividades que de una u otra manera tienen injerencia, directa o indirecta, en el proceso de facturación y liquidación del Seguro de Salud, se han obtenido las siguientes novedades que podrían convertirse en eventos de Riesgo Operativo:

En base a lo especificado en el numeral “5.1.4.4. Técnicas de identificación de eventos”, Pág. 16 del manual del Riesgo Operativo del ISSFA, literal: “d. Otros...- Evaluar informes de auditorías...”, de la Unidad de Auditoría Interna se obtuvo:

De los resultados del “Examen Especial a los procesos precontractual, contractual y de ejecución de los convenios suscritos por servicios de salud con entidades privadas, en el Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, periodo comprendido entre 01 de octubre de 2009 al 29 de febrero de 2013”:

- a) “...Dispondrá al Jefe de tarifarios de la Unidad de prestaciones médicas (UPM), actual Dirección del Seguro de Salud, lleve control de los pagos realizados a las Unidades Médicas Civiles, requiriendo a las mismas cumplan con los plazos establecidos en los contratos para la presentación de las facturas, con el fin de que el ISSFA tenga al finalizar el periodo contable datos reales de los gastos por atenciones médicas a los afiliados...”;
- b) Pagos a prestadores médicos por servicios prestados sin regularizarse mediante la suscripción de convenios: El Art. 27 del Reglamento de Salud del ISSFA, en su última reforma del 22 de septiembre de 2011, señala: “... el ISSFA podrá contratar servicios con instituciones de salud, públicas o particulares, en cualquier ciudad dentro del territorio nacional, con la finalidad de satisfacer la demanda de los usuarios ...”;

- c) No se depuro en el módulo informático de la Dirección del Seguro de Salud las solicitudes de pago a unidades médicas particulares, existen 283 solicitudes de pago con status de “...en proceso y recibida...”, por un valor de 1’406.988,60 USD., que ya fueron canceladas con otra solicitud, por lo cual existe duplicidad de trámite (con status de no pago), las posibles causas fueron que no se verificó y revisó por no existir ésta tarea dentro de la actividad del proceso, así como también, por falta de personal para realizarlo, lo que no permitió que el procedimiento de registro de solicitudes de pago sea revisado periódicamente y se detecte esta anomalía o duplicación, que también involucra a los documentos de respaldo presentados para estos trámites;
- d) El Ministerio de Salud Pública (MSP), como ente rector y regulador del Sistema de Nacional Salud, es el ente que establece, publica, actualiza e implementa el Tarifario Nacional de Salud Pública, éste es sujeto a revisión y actualización periódica, lo cual realiza el ente rector debiendo ponerse en vigencia a nivel nacional de acuerdo a lo que éste establezca; como el Seguro de Salud del Instituto maneja un software para la aplicación del tarifario, esta actualización implica que deban realizarse los cambios y actualización correspondientes por los conceptos, parámetros y costos en el sistema informático del ISSFA, que involucra la revisión de más de 83.000 ítems, siendo esta una tarea no permanente que conlleva a una deficiencia de personal de auditores médicos y de sistemas. Toma demasiado tiempo implementar esta actualización, lo que redundará en el aumento del tiempo para su vigencia y liquidación a las RIPS, además que posiblemente se afecte a alguna de las dos partes en más o en menos los costos establecidos por el MSP;
- e) El Software de Salud proporcionado a las RIPS, permite que desde los centros de gestión se alimente el Software de Contabilidad directamente, por lo que de 53 prestadores médicos particulares contratados no se mantiene los auxiliares contables, en razón de que cada uno de los liquidadores lleva el control y administración de las cuentas asignadas a ellos, como no hay auxiliares contables esto dificulta dilucidar la cantidad de trámites de liquidación es de cada quien, siendo necesario ampliar el tiempo de entrega de los documentos habilitantes y por ende la demora en finalizar todo el proceso, se ha evidenciado falta de coordinación entre el Contador General, con el Jefe del Departamento

de Liquidación de Tarifarios y el Director del Seguro de Salud, para solucionar este inconveniente;

- f) Los procesos y reglamentos de la Dirección de Salud no están actualizados, se evidencio que los procedimientos y legislación vigentes, al 28 de febrero de 2013, fecha de corte del examen especial, no fueron actualizados por el Jefe de la Unidad de planificación y doctrina, de acuerdo a la realidad de la entidad y a los lineamientos establecidos por la Red Pública Integral de Salud, generando retraso en el pago de las prestaciones médicas, pérdida de tiempo, así como incidió en la falta de recertificación de la norma ISO 9001 – 2008 que se mantenía, con lo que la Dirección de Salud no cuente con procedimientos y normativa actualizada;
- g) El 25 febrero 2013, se actualizó el proceso, aprobando nuevas formas de auditoría de facturación, con empresas nacionales e internacionales, para reducir el tiempo contemplado en el proyecto de mejoramiento del procesos de auditoría y liquidación de servicios de salud, este proceso es del 93% del presupuesto de salud cuyos tiempos de respuesta de pago a las unidades de salud no son lo más óptimos;
- h) Inobservancia del proceso de calificación a las unidades de salud nuevas, el Jefe de la Dirección de Salud, inicia el proceso sin embargo este no se cumple y no se evidencia que de veinte y dos nuevas clínicas, se haya realizado y culminado el proceso en forma óptima, ocasionando que los procesos de atención al afiliado, no se hayan realizado con la calidad y calidez esperada y/o se demoren hasta volver a realizar el proceso en forma técnica, culminando con la firma del convenio de prestación de servicios; para el año 2015, según la Dirección de Salud del ISSFA, de un total de veinte y tres nuevas evaluaciones a los posibles PSS, solo trece terminaron exitosamente el proceso. Del “EXAMEN ESPECIAL A LOS PROCESOS DE REPOSICIÓN DE GASTOS MÉDICOS SOLICITADOS POR LOS AFILIADOS, PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2 DE ENERO DE 2010 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013”;
- i) En el cual detecta que. “... se evidenció la existencia de reposiciones de gastos médicos, que luego de efectuada la auditoria médica, no cumplieron con todos los requisitos establecidos para el derecho al reclamo por lo que las

reposiciones de gastos no fueron liquidadas, sin embargo como lo determina el proceso no fueron devueltos los documentos a los afiliados para su actualización o justificación, sin que se evidencie las razones que motivaron la falta de entrega de los documentos de las reposiciones no liquidadas”, estas solicitudes son:

Cuadro No.-16
Reposiciones de Gastos Médicos no liquidadas

Año atención	Número de solicitudes sin liquidar	Valor solicitado
2010	25	7.365,20
2011	36	17.943,74
2012	115	68.119,06
2013	3	2.341,30
Total	179	95.769,30

De porque sucedió esta novedad, es el incumplimiento de algunos funcionarios con el proceso establecido para esta actividad; el Director del Seguro de Salud, indica que en base a la difusión del servicio, de reposición de gastos médicos, existieron una gran cantidad de solicitudes, por este tema, lo que por falta de personal excedió la capacidad de tramitación; adicional que solo se destinó a un funcionario para que pueda comunicar a los afiliados el faltante de documentos y que por la rotación de personal militar, una vez que salió el personal destinado a este fin, no se cubrió la vacante dejando todos los tramites en suspenso; y,

- j) En cuanto a que: “No se realizaron conciliaciones de saldos de la cuenta prestaciones médicas por pagar, entre contabilidad y la Dirección del Seguro de Salud”, se determina que los Jefes del Departamento de Liquidación de Tarifario, no elaboraron las actas y no conciliaron los saldos del componente de cuentas por pagar, reembolsos a los afiliados por prestaciones médicas, con los responsables del Departamento de Contabilidad, ocasionando que no se pueda determinar diferencias, perdiendo confiabilidad de la información financiera.

En base a lo especificado en el numeral “5.1.4.4. Técnicas de identificación de eventos”, Pág. 19 del Manual del Riesgo Operativo del ISSFA, literal: “b. Entrevistas”, se obtuvo:

En entrevista a ex funcionarios de la Dirección del Seguro de Salud del ISSFA, en cuanto a la revisión del proceso facturación y procedimiento de Auditoría Médica, se señala que:

- k) Los médicos tratantes, que trabajan en los PSS, no realizan, o lo hacen mal, el registro de los protocolos médicos, físicamente no registran en los formularios y/o no se adjuntan documentos como por ejemplo: pedidos de exámenes, epicrisis, protocolos quirúrgicos, hojas de anestesia, hojas de evolución, etc., los cuales tampoco son registrados y reportados adecuadamente en los documentos de facturación que se envían al ISSFA, lo cual impide y demora el trámite de su liquidación y facturación adecuada y que son devueltos al PSS;
- l) Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), del Sistema de Sanidad (SSM), de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC) envían documentos sin las firmas de respaldo y/o códigos del SENECYT de los Médicos Tratantes;
- m) Los documentos recibidos de los protocolos establecidos para la atención médica, los PSS. realizan una inadecuada aplicación del CIE 10 (Codificación Internacional de Diagnóstico) establecidos;

En cuanto a la facturación señalan:

- n) Que existe una aplicación inadecuada del tarifario, establecido por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para el Sistema Nacional de Salud, lo cual implica que se devuelva el trámite y/o se liquide en base a lo establecido, por ende en reclamos de parte del PSS.;
- o) En relación al proceso administrativo, existe en todos los involucrados en el proceso de atención médica y facturación de servicios de salud, un desconocimiento del Instructivo 002012, del convenio marco y de los términos de los convenios con los diferentes entes PSS y el ISSFA, pudiendo además haber un subregistro de atenciones médicas realizadas;
- p) Se señala que en cuanto a la auditoría médica que se debe realizar en los PSS, los directores de estos (PSS) le dan poca importancia, de tal forma que no se designa personal con conocimiento de Auditoría Médica o simplemente no la

realizan la revisión y auditoría médica necesaria, previo al envío de los documentos establecidos para la facturación a la Dirección del Seguro de Salud del ISSFA, la causa podría ser que no existe el perfil y/o puesto de este funcionario en el orgánico del Ministerio de Defensa para los hospitales regentados por el SSM., como existe para Médico Auditor en el orgánico de la Dirección del Seguro de Salud del ISSFA;

De la entrevista al funcionario de la Dirección del Seguro de Salud del ISSFA, Jefe de Liquidación del Tarifario, se obtuvo que:

- q) Que el proceso para seleccionar a una unidad prestadora de salud, se inicia por cuatro vías, que este procedimiento no tiene tiempo para su conclusión con la elaboración del convenio y/u oficio de relacionamiento entre el ISSFA – PSS, que normalmente este toma dos meses aproximadamente, pero que por factores externos a la Dirección de Salud, como son falta de presentación de los requisitos necesarios por el oferente, documentación incoherentes o que las capacidades ofertadas son diferentes a las verificadas in situ, este procedimiento se ha alargado hasta en un año en concluir, este no sería problema importante (ni tendría un alto posible riesgo de pérdida de vida de un paciente dado) si este futuro PSS se promociona a sí mismo a ofrecer servicios de salud ante el ISSFA, pero si este requerimiento de tener otro prestador es por necesidad o ausencia de servicios de salud en una área y/o por falta de especialidad en una determinada unidad de Salud militar, esta demora o falta de realizar el convenio podría conllevar un riesgo médico de fatales consecuencias al paciente, incluso de perder la vida, al no tener la atención de salud de requerirla, en un momento crítico de emergencia determinado, además, que se mantiene un trámite pendiente sin terminar positiva o negativamente el área respectiva;
- r) Que a pesar de que una vez firmado el convenio con un PSS, la unidad contratada inicia la prestación de sus servicios de salud y que a través de unidad de Comunicación Social del ISSFA, por diferentes medios se hace conocer este particular, los afiliados no obtienen esta información por diferentes causas, con la consecuente falta de utilizar este servicio médico contratado y por lo tanto el reclamo y desprestigio al ISSFA;

- s) Que a pesar de que el ISSFA por diferentes medios se ha tratado de informar y concientizar a los afiliados y a sus dependientes, sobre el procedimiento para iniciar su atención de salud por los niveles I, II y/o III, utilizando el procedimiento de referencia y contra referencia, este es insuficiente para llegar a conocimiento de toda la población asegurada, con lo cual se produce los reclamos y desprestigio del servicio que provee el ISSFA; además que en determinado momento por esta situación (atención de salud en un nivel diferente) se ven los PSS obligados a facturar atenciones médicas no acordes con el nivel de atención médica que necesitaba el afiliado;
- t) Que los principales problemas que se tiene en el Proceso de Facturación y Liquidación del Seguro de Salud del ISSFA, son:
- Alta rotación de los funcionarios militares y/o civiles de los PSS, en especial del SSM, que se capacitan en el Software de Facturación del Seguro de Salud del ISSFA, lo cual genera desconocimiento y fallas de procedimiento de facturación y liquidación; así como también en el funcionamiento del software entregado, en el envío y entrega de los documentos habilitantes para la facturación, entre otros, lo cual alarga la finalización del procedimiento y por ende el pago correspondiente;
 - Que existen algunos PSS que no poseen un nivel adecuado de Tics, por lo cual no pueden facturar en línea y les obliga a realizarlo manualmente alargando el tiempo de la liquidación final;
 - Que existen algunos PSS que no poseen un nivel adecuado de Tics, conocimiento, hardware y software, por lo cual no pueden utilizar el software del ISSFA para facturar en línea; además que manteniendo ellos su propio software tienen riesgo de no pago, por las atenciones de salud realizadas al personal que perdió derechos al Seguro de Salud del ISSFA, con lo cual genera un conflicto de intereses en la relación ISSFA – PSS, además que hay que determinar las pérdidas económicas a qué lado se computan;
 - Que a los PSS, que tengan capacidad de TICS, se les entrega el software de facturación en línea, pero este solo les sirve para fijar datos muy escuetos sobre toda la factura a ser cancelada, todavía no se puede implementar (por parte del ISSFA) que todos los documentos sean enviados en línea

(escaneados), lo que hace necesario que los PSS deban enviar en forma física los documentos de respaldo, para que se pueda realizar la auditoría médica correspondiente en la Dirección del Seguro de Salud, lo que alarga el tiempo de finalización del procedimiento de liquidación; además que por falta de personal de auditores médicos, tanto en número como en competencia, esta revisión se toma mucho tiempo, con las consecuencias de falta de pago y financiamiento de las PSS, que redundan en la mala o falta de atención al afiliado;

- De igual forma que previo a la firma del convenio de prestación de servicios, se negocia y conviene el tarifario entre el PSS y el ISSFA, pero cuando esté liquida los servicios prestados, no lo realiza en base al Tarifario Nacional, impuesto por el MSP o a la negociación realizada y establecida en el convenio, existiendo una mala aplicación del mismo, que obliga a la devolución del trámite, con la salvedad de que si el PSS mantiene un convenio de abono (90% de pago solo con la presentación de la factura, sin haberse realizado la auditoría médica y económica), esté muchas veces no presenta los documentos finales, por lo tanto no se termina el procedimiento manteniendo el trámite pendiente, con la carga administrativa y financiera que esto conlleva;
- Que en orgánico de la Dirección de Salud existe la vacante de un funcionario, con cargo y función, de Bioestadística, pero éste no ha sido contratado, por lo cual toda la Dirección no maneja ni tiene como proporcionar una estadística confiable, que permita tomar decisiones;
- Que debido a la alta cantidad de atenciones de salud proporcionadas en las PSS, supera la cantidad de 700.000 en el 2014, lo cual implica un alto número de facturación, se debe realizar la auditoría médica correspondiente, tanto de los protocolos médicos atención, como de la pertinencia económica de pago; además que existe facturación de reposición de gastos médicos, presentada de forma individual, por parte de los afiliados que por diferentes razones se hicieron atender su salud, fuera de los PSS en convenio, el reglamento de Salud del ISSFA lo permite, lo cual realiza en la Dirección de Salud del ISSFA Central; y, que antes no existían la cantidad suficiente técnicos de archivo y registro (quienes realizan el análisis inicial de la

documentación enviada por los PPS y de parte de los afiliados) de que los datos iniciales consten en el sistema de facturación, así como de auditores médicos que realicen la auditoría médica pertinente, este procedimiento está retrasado como en un año e incluso más tiempo, obligando a contratar en el año 2015 cerca de cuarenta auditores médicos, por lo cual las planillas de facturación de este año (2015) están al día, no así la de años anteriores que aún están pendientes de liquidación, cerca de dos millones de dólares;

- Los técnicos de archivo y registro, no tienen la suficiente capacitación y experticia, en el campo de verificación de los documentos que sobre facturación médica reciben, además que las cantidades que reciben son considerables, retrasando el tiempo de liquidación final al PSS;

De la entrevista en el departamento de TICS, con el Ingeniero encargado del software de Facturación del Seguro de Salud, se puede señalar que existen tres funcionarios encargados del software de Facturación del ISSFA, los que están monitoreando y verificando su funcionamiento. Mantienen un back up de todo el sistema, en instalaciones diferentes a las del edificio central de Quito, para dar continuidad de apoyo en caso de interrupción del mismo, además señala:

- u) Que los PSS del SSM, mantienen un software diferente para todos sus procesos administrativos al interior de la institución militar, incluido la facturación de atenciones médicas, por y para efectos de fiscalización de Contraloría General del Estado (CGE), por lo que el software proporcionado por el ISSFA, se utiliza solo para facturar con ellos, donde muchas veces les hace cometer errores de utilización de los diferentes recursos de Tics que manejan;
- v) Que el problema principal en el uso de los recursos de la TICS, es el desconocimiento técnico de algunas personas, de las PSS privadas y/o militares, a las que se les encarga el uso de estas;
- w) Además que existe, en especial en las PPS del SSM, una alta rotación del personal encargado del manejo informático;
- x) Que existe una excesiva carga de trabajo, cuando por cambios al Tarifario Nacional emitido por el MSP, se debe actualizar los parámetros en el software establecido, obligando a doblar jornadas de trabajo, ya que no se contrata personal adicional para este trabajo que es ocasional y que a pesar de ello, no se pueden cumplir con los tiempos estipulados, por el MSP para la puesta en

ejecución de las actualizaciones, lo cual redundaría que se liquide en más o menos a los PSS, pudiendo haber una afectación económica al ISSFA;

- y) Que el personal encargado de las TICS, mantienen solo contrato por dos años con el ISSFA, manteniendo en zozobra al personal, al no haber una estabilidad contractual a largo plazo, esto no permite un ambiente de trabajo adecuado, además, que si no son contratados o renovados el contrato, el proceso de capacitación y experticia de los nuevos funcionarios alteraría tiempos y eficiencia;

En investigación en el departamento de Personal, en cuanto a reclutamiento, selección, capacitación de personal especialista para la Dirección de Salud, se informó lo siguiente:

- z) Que el proceso de selección y reclutamiento de personal para el área de salud, se realiza en base a que establece el proceso vigente desde el año 2003, que no ha sido necesario cambiarlo, pero que está pendiente su actualización, que no se la ha realizado por falta de personal en la Unidad de Desarrollo Institucional (UDI);
- aa) Que todo el personal que trabaja en el ISSFA, incluido la Dirección de Salud, ha realizado el proceso establecido y se encuentra con el contrato correspondiente legalizado, ya que nadie puede iniciar a trabajar en el Instituto sino está legalizado;
- bb) Que el último año han ingresado al ISSFA, cerca de cuarenta funcionarios al área de salud, con lo que llegan a totalizar cerca de setenta funcionarios en la Dirección de Salud, casi todos fueron ubicados para la función de auditores de médicos, a pesar de que en un 80% de ellos no tienen la competencia necesaria, pero que si poseen un título de alguna forma relacionado con salud, porque en el país no existe mucha oferta de esta especialidad, además de que los médicos que aceptaron este trabajo y que van a realizar trabajo administrativo, tienen una remuneración inferior a la de uno que va ejercer su profesión clínicamente, lo cual no permite un buen ambiente de trabajo y posiblemente inestabilidad laboral;
- cc) Que por muchos años está previsto la incorporación de un funcionario bioestadística, pero que existe el ofrecimiento de llenar la vacante en el próximo año fiscal;

- dd) Que el ambiente de trabajo en base a la última evaluación, esta adecuado y no existe conflicto de intereses u de otro tipo en el manejo del Recurso Humano en el área de salud;
- ee) No existe mucha rotación de personal al momento, pero que si sucedió hace aproximadamente dos a tres años, que por diversas causas, se rotó en especial a la alta Dirección de Seguro de Salud;
- ff) Que cuando existe cambio de Director del ISSFA, esto obliga a que también haya cambios del personal militar asignado al área de salud, lo cual crea problema hasta que se obtenga experiencia necesaria en el área;
- gg) La ultima Directora del Seguro de Salud, fue de profesión economista, quien a pesar de tener experiencia en la misma área en el IESS, no poseía título profesional y por ende competencia en la administración de un Seguro de Salud, debido a que los técnicos en esta especialidad son limitados en el país;
- hh) Se indica que el personal que labora en el ISSFA, está regido por la LOSEP, teniendo todos los beneficios de ley y otros incentivos incorporados por el Instituto, sin embargo se considera que los sueldos son bajos.

De la evaluación al personal de funcionarios que laboran en los distintos departamentos del Seguro de Salud, ellos indican que el ambiente de trabajo, sus contratos, sus beneficios están contemplados en la LOSEP y que incluso el ISSFA les proporciona beneficios adicionales, por lo que señalan que el ambiente de trabajo incluido las instalaciones está bien y no tiene reparos al mismo.

Identificadas estas novedades o situaciones puntuales, estas se podrían volver eventos de Riesgo Operativo, por ello, una vez determinados procedemos a realizar la evaluación para categorizarlos como eventos o no de Riesgo Operativo, en base a lo contemplado y descrito en el Manual de Riesgo Operativo del ISSFA.

3.2.1. Evaluación de los eventos de Riesgo Operativo.

En base a lo investigado de las novedades y/o situaciones anómalas, se ha realizado un resumen y compilación de las mismas, por procesos, subprocesos, actividades y tareas relacionadas, ya que algunas se repiten según la fuente de información utilizada, para ello realizaremos dos métodos uno cualitativo y otro cuantitativo.

3.2.2. Evaluación con el Método Cualitativo de los eventos de Riesgo Operativo identificados.

Uno de los métodos de identificación y evaluación del Riesgo Operativo, es el cualitativo, en cual se lo realiza cuando no existen medios cuantitativos detallados y precisos para realizarlo cuantitativamente, y en el que la técnica nos indica que se lo realiza cuando no se requiere de un análisis minucioso

Para poder determinar mediante el método cualitativo los factores y eventos de riesgo operativo en el Proceso de Facturación/ Liquidación, del Seguro de Salud, iniciaremos identificando los factores que intervienen, de estos determinamos cuales pueden ser eventos críticos durante el proceso analizado, que luego de evaluarlos obtengamos la probabilidad de ocurrencia y el nivel de riesgo su afectación o impacto en todo el proceso, también se analizaran las normas de control interno determinadas en los diferentes manuales que nos permiten administrar el riesgo detectado, a fin de reducir en lo más posible su impacto, por ello presentamos el cuadro de la evaluación cualitativa de los riesgos operativo en este proceso.

Anexo “A”, Identificación y Evaluación de los eventos críticos de Riesgo Operacional del Proceso de Facturación/ Liquidación, del Seguro de Salud. Metodología Cualitativa.

Cuadro No. 17

Matriz de Riego Operativo con la Evaluación Método Cualitativo de los Eventos
de Riesgos Identificados

MATRIZ DE RIESGO	IMPACTO					
		INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO
PROBABILIDAD		1	2	3	4	5
CASI CIERTA	A	ALTO	ALTO P/GDT/3- P/GDT/4- PP/IPL/8	MUY ALTO S/I/2- S/FS/5- PP/PS/2	MUY ALTO S/I/1- S/FS/4- PP/PS/3- PP/GP/1	MUY ALTO S/FS/3- PP/GP/2- PP/GP/4
MUY PROBABLE	B	MEDIO P/FE/1- PP/EA/2- PP/EA/3- PP/EA/4	ALTO P/FE/2- P/GDT/1- PP/ICL/2- PP/IPL/4	ALTO P/GC/4- P/GDT/2- PP/IPL/3- PP/IPL/6- PP/IPL/7	MUY ALTO S/FS/1- PP/PS/1- E/PP/1-	MUY ALTO S/FS/2- PP/GP/3- PP/PP/2
MODERADA	C	BAJO	MEDIO PP/EA/1-	ALTO PP/IPL/1- PP/IPL/5	MUY ALTO P/GC/2- P/GC/3- P/GC/4-	MUY ALTO P/GC/5
IMPROBABLE	D	BAJO P/FI/2-	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO P/GC/1-
RARA	E	BAJO P/FI/1-	BAJO	MEDIO P/FI/3-	ALTO	ALTO

En resumen los Eventos de Riesgo, con evaluación cualitativa se han Clasificado de la siguiente manera:

Cuadro No. 18

Consolidación de la Clasificación por Niveles de los Eventos de Riesgo Operativo Detectados. Evaluación Cualitativa.

A2	3	ALTO
A3	3	MUY ALTO
A4	4	MUY ALTO
A5	3	MUY ALTO
B1	4	MEDIO
B2	4	ALTO
B3	5	ALTO
B4	3	MUY ALTO
B5	2	MUY ALTO
C2	1	MEDIO
C3	2	ALTO
C4	3	MUY ALTO
C5	1	MUY ALTO
D1	1	BAJO
D5	1	MUY ALTO
E1	1	BAJO
E3	1	MEDIO
	42	TOTAL

3.2.3. Evaluación con el Método Cuantitativo de los eventos de Riesgo Operativo identificados.

A continuación luego de haber realizado la evaluación cualitativa de los posibles eventos de riesgo, en los procesos de salud del ISSFA, se va a ensayar determinar la detección, evaluación y posterior control de los Riesgos Operativos, con una metodología Cuantitativa

3.2.4 Mapeo del Macro Proceso del Seguro de Salud del ISSFA.

Para realizar la detección de los posibles eventos de riesgos en los Procesos del Seguro de Salud, en especial el de Facturación/Liquidación de los Servicios de Salud,

utilizaremos como referencia el Mapa y Manual de Procesos del ISSFA y con los dueños de los procesos en primer lugar realizamos un mapeo del proceso macro del Seguro de Salud, que es un proceso agregador de valor, del sub proceso Liquidación/Facturación, de las actividades señaladas que deben ser realizadas, desglosando incluso a nivel tareas y procedimientos, determinando si las tareas analizadas son críticas o no, si existe un manual de supervisión, cual es la frecuencia de realización de la actividad y tarea, cuales son los niveles de ejecución y supervisión, por lo cual presentamos a continuación el cuadro del Mapeo de los procesos involucrados en este análisis.

Anexo “B”, Mapeo de los procesos, subprocesos, actividades y tareas del macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA.

3.2.5. Identificación de factores y eventos de Riesgo Operativo.

Concluida la Matriz del Mapeo de los procesos, actividades, procedimientos, etc. del macro proceso del Seguro de Salud, en base al análisis y la apreciación de los dueños de los procesos y ejecutores de los mismos, se procede a identificar de las actividades y tareas consideradas críticas, determinándose e identificando en base a lo que señala el Manual de Riesgo Operativo del ISSFA, cuales son los factores de riesgo involucrados, evaluando si estas actividades y tareas críticas pueden ser consideradas como eventos de riesgo operativo y cuáles son las razones porque las que se determinó esta clasificación.

Llegándose a determinar que en el proceso del Seguro de Salud que administra el ISSFA, subproceso Facturación/Liquidación, se presentan eventos críticos que están involucrando a los factores de riesgo operativo, en lo que concierne a los factores personas, procesos, tecnología y legal, así como se determinó que si existen en cada una de estas categorías eventos críticos que podrían ser considerados de riesgo.

Anexo “C”, Matriz de Identificación de Factores y Eventos de Riesgo Operativo.

3.2.6. Determinación de la Probabilidad y el Impacto Cuantitativo de los posibles eventos de Riesgo Operativo detectados.-

Luego de determinados los factores y eventos de riesgo se procede a realizar una evaluación de la Probabilidad y el Impacto de los eventos de Riesgo operativo definidos, procedemos a realizar una matriz para determinar cuáles son los parámetros base para poder determinar la probabilidad y el impacto de los eventos de riesgo, lo cual nos determinará el nivel de riesgo, que lo utilizaremos como base para analizar y determinar de cada uno de los eventos de riesgo detectados, el nivel de afectación en el proceso de Facturación/Liquidación del Seguro de Salud, esto se lo realizo en base al Manual de Riesgo Operativo del ISSFA y con la coordinación y la experiencia de los administradores y ejecutores diarios de los procesos analizados.

Cuadro No. 19

Matriz Base de la Probabilidad de los Eventos de Riesgo.

Probabilidad	Parámetros de medición
Rara	Posibilidad que se produzcan eventos superiores al 20% una o más veces al mes.
Improbable	Posibilidad que se produzcan eventos superiores al 15% y hasta 20% una o más veces al mes.
Posible	Posibilidad que se produzcan eventos superiores al 10% y hasta 15% una o más veces al mes.
Probable	Posibilidad que se produzcan eventos superiores al 5% y hasta el 10% una o más veces al mes.
Casi Certa	Posibilidad que se produzcan eventos inferiores al 1% una o más veces al mes.

Matriz Base del impacto de los Eventos de Riesgo.

Impacto	Pérdidas en el negocio
Insignificante	No existe pérdidas
Menor	Posibilidad de pérdida menor al 0,05% del total de atenciones US\$ 24,032
Moderado	Posibilidad de pérdida menor al 0,1% del total de atenciones US\$ 48,064
Mayor	Posibilidad de pérdida menor al 0,15% del total de atenciones US\$ 72,093.
Catastrófico	Posibilidad de pérdida menor al 0,2% del total de atenciones US\$ 96125.

Matriz Base de la determinación del nivel de Riesgo Operativo.

Riesgo	Existencia de procedimientos
Bajo	Procesos, Subprocesos, Procedimientos, Actividades y Tareas detallados para cada situación actualizados.
Moderado	Procesos, Subprocesos, Procedimientos, Actividades y Tareas detallados para cada situación clave actualizados y revisados en los últimos 6 meses.
Alto	Procesos, Subprocesos, Procedimientos, Actividades y Tareas detallados para cada evento crítico actualizados y revisados en el último año.
Extremo	Procesos, Subprocesos, Procedimientos, Actividades y Tareas detallados para cada evento desactualizados o inexistentes.

3.2.7. Evaluación de los factores y eventos de riesgo operativo identificados del macro proceso del seguro de salud del ISSFA.-

Con los eventos de Riesgo Operativo determinados, se procede a realizar la evaluación correspondiente, para determinar de cada uno de ellos la probabilidad de ocurrencia (en cinco niveles), el impacto en los procesos, actividades y tareas (en cinco niveles), con lo cual se puede establecer en qué nivel de riesgo (cuatro niveles) se puede ubicar a cada evento de riesgo operativo.

Anexo “D”, Evaluación de los Factores y Eventos de Riesgo Operativo identificados del macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA.

Una vez que se ha realizado la evaluación de los eventos de riesgo detectados, se procede a elaborar el Mapa de Riesgos Operativos, del proceso de Facturación/Liquidación del Proceso de salud del ISSFA, ubicando a cada uno de los eventos de riesgo en base a su valoración de probabilidad e impacto lo cual nos permite ubicarlos en un nivel de riesgo.

Cuadro No. 20

Resumen del nivel de Riesgo Operativo con la Evaluación Cuantitativa de los Eventos de Riesgos Identificados

MATRIZ DE RIESGO	IMPACTO					
	INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO	
PROBABILIDAD	1	2	3	4	5	
CASI CIERTA Evento	A	ALTO	ALTO	EXTREMO 13	EXTREMO 18	EXTREMO 11-19
MUY PROBABLE Evento	B	MODERADO	ALTO 8	ALTO 5	EXTREMO 3	EXTREMO
MODERADA Evento	C	BAJO 9-6	MODERADO 7-14-17	ALTO 01-04-6-20	EXTREMO 2-12	EXTREMO
IMPROBABLE Evento	D	BAJO 15	BAJO 10	MODERADO	ALTO	EXTREMO 21
RARA Evento	E	BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	ALTO

En resumen los Eventos de Riesgo se han clasificado de la siguiente manera:

Cuadro No. 21

Clasificación de Niveles de Riesgo

EVENTO	UBICACIÓN	DESIGNACION	EVENTO	UBICACION	DESIGNACIÓN
1	C3	ALTO	12	C4	EXTREMO
2	C4	EXTREMO	13	A3	EXTREMO
3	B4	EXTREMO	14	C2	MODERADO
4	C3	ALTO	15	D1	BAJO
5	B3	ALTO	16	C1	BAJO
6	C3	ALTO	17	C2	MODERADO
7	C2	MODERADO	18	A4	EXTREMO
8	B2	ALTO	19	A5	EXTREMO
9	C1	BAJO	20	C3	ALTO
10	D2	BAJO	21	D5	EXTREMO
11	A5	EXTREMO			

Cuadro No. 22

Consolidación de la Clasificación por Niveles de los Eventos de Riesgo Operativo Detectados.

A3	1	EXTREMO
A4	1	EXTREMO
A5	2	EXTREMO
B2	1	ALTO
B3	1	ALTO
B4	1	EXTREMO
C1	2	BAJO
C2	3	MODERADO
C3	4	ALTO
C4	2	EXTERNO
D1	1	BAJO
D2	1	BAJO
D5	1	EXTREMO
	21	TOTAL

3.2.8 Identificación de la estrategia de control para los eventos de Riesgo Operativo determinados.

Una vez identificado y evaluado los eventos de Riesgo Operativo, en el proceso de facturación/liquidación del Seguro de Salud del ISSFA, se deben proceder a determinar qué acciones se va a tomar para controlar sus efectos, ante estas situaciones de riesgo. Para ello vamos a identificar la estrategia de control para cada uno de los riesgos debiendo tomarse en cuenta que se pueden tener más de una estrategia para un determinado riesgo dependiendo de su impacto y probabilidad de recurrencia.

Las opciones ya explicadas anteriormente son:

- Aceptar el riesgo;
- Transferir el riesgo;
- Mitigar el riesgo; y,
- Evitar el riesgo.

3.2.9 Resumen de las actividades de respuesta y control de los Riesgos Operativos

Realizado el análisis correspondiente de los eventos de Riesgo Operativo, con los responsables del macro proceso del Seguro de Salud, del proceso de facturación/liquidación y de los subprocesos, actividades y procedimientos que de una u otra forma intervienen en todo el proceso, evaluando las diferentes estrategias de control, en base al impacto y la probabilidad de suceder, se puede terminar las siguientes acciones:

Cuadro No. 23

Estrategias de Control de los Riesgos Operativos – Evaluación Cuantitativa

EVENTO	UBICACIÓN	DESIGNACION	CONTROL RESPUESTA	EVENTO	UBICACIÓN	DESIGNACION	CONTROL RESPUESTA	EVENTO	UBICACIÓN	DESIGNACION	CONTROL RESPUESTA
1	C3	ALTO	MITIGAR	8	B2	ALTO	TRANSFERIR	15	D1	BAJO	ACEPTAR
2	C4	EXTREMO	ACEPTAR	9	C2	MODERADO	ACEPTAR	16	C1	BAJO	TRANSFERIR
3	B4	EXTREMO	ACEPTAR	10	D2	BAJO	ACEPTAR	17	C2	MODERADO	ACEPTAR
4	C3	ALTO	TRANSFERIR	11	A5	EXTREMO	MITIGAR	18	A4	EXTREMO	ACEPTAR
5	A4	EXTREMO	MITIGAR	12	B5	EXTREMO	ACEPTAR	19	A5	EXTREMO	MITIGAR
6	A3	EXTREMO	MITIGAR	13	A3	EXTREMO	TRANSFERIR	20	A5	EXTREMO	ACEPTAR
7	B3	ALTO	ACEPTAR	14	C2	MODERADO	TRANSFERIR	21	D5	EXTREMO	EVITAR

De la información obtenida del Director del Seguro de Salud, de los dueños de los diferentes procesos, se deduce que solo para el Departamento de las Tics, existe un plan de contingencia o de respuesta a los diferentes eventos que puedan suscitarse, adicional que de acuerdo al Manual de Riesgo Operativo, no existe delegado de esta Dirección al Comité de Riesgo Operativo de la Dirección de Riesgos.

Capítulo cuarto

Plan de Acción de Control de los riesgos.

4.1. Descripción del Plan.-

Las estrategias de control para cada evento de Riesgo Operativo determinado, debe tener un Plan de Implementación que sea lo más sencillo y detallado posible a fin de que cada uno de las personas involucradas lo puedan entender e implementar sin mayor problema, a fin de que pueda ser ejecutado en forma eficiente y eficaz, a fin de que se pueda administrar los impactos de estos eventos, en busca de minimizar los efectos que pueden producir tanto en el ISSFA, los administradores de los procesos, las entidades que proveen las atenciones de salud y por ultimo (que es la más importante) el impacto en los pacientes que diariamente buscan solucionar sus problemas de salud, empleando toda la organización que mantienen el ISSFA para el Seguro de Salud.

4.1.1. Plan de Acción para el manejo de los Riesgos Operativos, Evaluación Cualitativa y Cuantitativa.-

En base al proceso de evaluación de los eventos de riesgo operativo, con una evaluación cualitativa, en coordinación con los funcionarios del ISSFA, se ha determinado estas posibles acciones para administrar y minimizarlos eventos riesgo detectados.

Esta Matriz lo que pretende es tener una secuencia lógica de actividades para luego de haber determinado el factor, el evento de riesgo y su clasificación, su nivel de probabilidad e impacto, así como de haber determinado el nivel de control (de cuatro niveles) a ser implementado, con acciones de control de diferente tipo que aplicadas en forma sistemática, ordenada y cronológica, que deben ser aplicadas en forma directa por todos los niveles de ejecución, nos de cómo resultado el manejo adecuado de los riesgos, a fin de que con la verificación continua se pueda administrar y tener los resultados esperados en controlar o minimizar el impacto de los eventos de riesgo en el proceso y en las actividades que realiza el Seguro de Salud.

ANEXO “E”

Plan de Acción de Administración y Control de los Riesgos Operativos –
Evaluación Cualitativa y Cuantitativa.

Capítulo Quinto

Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto se concluye lo siguiente:

- 1) Que la Seguridad Social de Fuerzas Armadas ecuatorianas, es administrada como un Régimen Especial diferente del Sistema de Seguridad Social Obligatorio del Ecuador.
- 2) Que el Consejo Directivo, determinó mediante resolución que el funcionamiento administrativo del Instituto se lo realizaría en base a la enfoque de procesos.
- 3) Que la Dirección de Salud del ISSFA es la encargada de proveer la prestación de salud a los afiliados y sus dependientes, por lo tanto es la responsable del proceso de facturación de los servicios médicos de sus afiliados;
- 4) Que la Superintendencia de Bancos a través de la Intendencia de Seguridad Social, es la encargada de controlar y supervisar el funcionamiento Económico – Financiero del ISSFA, que lo hace en base a resoluciones y disposiciones y la normativa sobre el manejo del riesgo operativo del sistema financiero nacional;
- 5) Que en su nivel Político – Estratégico de administración del ISSFA, mediante resoluciones de Consejo Directivo ha aprobado la creación de la Dirección Integral de Riesgos, cuya función también incluye la identificación, manejo y mitigación del Riesgo Operativo;
- 6) Que la Dirección Integral de Riesgos ha emitido la Política y el Manual de Riesgo Operativo, que no se está cumpliendo con la política del Consejo directivo de su actualización periódica.
- 7) Que el Comité de Riesgo Operativo no está funcionando en base a las políticas y el Manual emanadas por el Consejo Directivo, por falta de conocimiento y empoderamiento de funcionarios que en cada área son los responsables del Manejo de éste tipo de riesgos;

- 8) Que efectivamente en el Macro Proceso de Salud, Subproceso de Facturación/Liquidación de atenciones de salud, existen eventos de riesgo operativo que pueden causar pérdidas económicas al ISSFA por un valor aproximado de hasta 96.125 USD. mensualmente, en el máximo nivel de riesgo catastrófico, con lo cual se confirma la hipótesis planteada.
- 9) Que se cumplió con el objetivo general de la investigación planteado, en razón de que si existen eventos críticos en el proceso de facturación/liquidación del Seguro de salud, además los objetivos específicos ya que luego de identificarlos y evaluarlos, se elaboró en base a la Política y Manual de Riesgo Operativo del ISSFA, el Mapa de Riesgo Operacional determinando cuales factores y eventos de riesgos que están presentes; finalmente toda esta información permitió concebir la forma de administrar y controlar los riesgos operativos identificados, mediante la elaboración del Plan de acción, con lo cual los objetivos planteados en esta investigación fueron cumplidos a cabalidad.
- 10) Que las técnicas de recolección de datos e investigación empleadas fueron:
 - a. Revisión histórica de auditorías por parte de la Contraloría General del Estado, de la Auditoría Interna del ISSFA y la Auditoria Medica realizada a la facturación año 2013 – 2016.
 - b. Análisis detallado de proceso hasta el nivel tarea y procedimiento con los diferentes niveles de supervisión y especialmente con los dueños de los procesos.
 - c. Entrevistas y reuniones con diferentes funcionarios que conocen y están involucrados interna y externamente en este proceso.
- 11) Que como señala el Manual de Riesgo operativo del ISSFA, se situó la problemática en la línea de negocio en el campo número 5, línea 1 Pagos y liquidaciones y del nivel 2 a Clientes Externos, con una descripción de Servicio de pago a proveedores, transferencias y compensaciones, lo cual nos permitió enfocarnos en forma práctica y real en la problemática planteada.
- 12) Que luego de realizada la investigación se concluyó en 43 eventos críticos, los cuales luego de la evaluación por el método cualitativo, se concluyó en

42 eventos de riesgos operativo, identificando los siguientes factores riesgo: personas 15, procesos 20, tecnología 7; determinando que existen eventos de riesgos en el ámbito de fraude interno y externo, deficiencias en la ejecución de procesos, en el procedimiento de operaciones y en las relaciones con proveedores y terceros principalmente.

- 13) Que en resumen el Mapa de Riesgo Operativo de los eventos de riesgo detectados estarían determinados de acuerdo a la probabilidad y el impacto en 5 niveles que en resumen se demuestra en el siguiente cuadro:

UBICACIÓN	CANTIDAD	NIVEL DE RIESGO
A2	3	ALTO
A3	3	MUY ALTO
A4	4	MUY ALTO
A5	3	MUY ALTO
B1	4	MEDIO
B2	4	ALTO
B3	5	ALTO
B4	3	MUY ALTO
B5	2	MUY ALTO
C2	1	MEDIO
C3	2	ALTO
C4	3	MUY ALTO
C5	1	MUY ALTO
D1	1	BAJO
D5	1	MUY ALTO
E1	1	BAJO
E3	1	MEDIO
	42	TOTAL

- 14) Que para determinar los riesgos operativos mediante el método cuantitativo se realizó el siguientes procedimiento: Mapeo de los Procesos hasta el nivel de procedimiento/tarea; determinación de los procesos críticos 28; evaluación de estos y determinación de factores y eventos de riesgo operativo, análisis de la probabilidad en una escala de 1% al “0% de ocurrencia mensual y del impacto de los eventos de riesgo en una escala posibles pérdidas mensuales de 24.032 USD. a 96.125 USD.; determinación de 4 niveles de riesgo (Pág. 69), luego de lo cual se pudo establecer el Mapa

de Riesgo con el método de evaluación cuantitativa, que en resumen se puede concluir que se determinaron 21 eventos de riesgo operativo:

UBICACION	NUMERO	NIVEL DE RIESGO
A3	1	EXTREMO
A4	1	EXTREMO
A5	2	EXTREMO
B2	1	ALTO
B3	1	ALTO
B4	1	EXTREMO
C1	2	BAJO
C2	3	MODERADO
C3	4	ALTO
C4	2	EXTERNO
D1	1	BAJO
D2	1	BAJO
D5	1	EXTREMO
	21	TOTAL

15) Que en base a la política de Riesgo Operativo emanada por el Consejo Directivo, de control/administración de los posibles eventos de riesgo, estos pueden ser administrados/controlados realizando las siguientes acciones: de aceptar (10) en razón de que con acciones internas se podría administrar/controlar los riesgos evitando que se produzcan pérdidas; mitigar compartir contratando seguros (5) iniciando con la realización la Auditoria Medica interna y externa, con la Empresa ASPROS propiedad del ISSFA determinar seguros de fiel cumplimiento de contrato de prestaciones de servicios por terceros ante fraudes externos, seguros de fidelidad de los empleados ante fraude internos, provisionar los cálculos de las posibles pérdidas, entre otros; reducir mediante la implantación de controles (5), actualizando la normativa de riesgos: Política y Manual, seleccionado en base a perfil al personal que trabaja en la Dirección de Riesgos, capacitando a los funcionarios sobre riesgo operativo; aplicar la política de mejoramiento continuo para actualizar y mejorar los procesos involucrados en el Seguro de Salud, por la importancia de este proceso en la atención de Salud, tanto para

el ISSFA como para los afiliados, implementar en este proceso el ISO de Calidad Total; evitar a través de eliminar el servicio de medicina de crónicos en los hogares de los pacientes y el reembolso de gastos médicos y/o compra de medicinas, concentradores de oxígeno en los cuales se involucra un posible fraude externo.

- 16) Que elaborado el Plan de Acción con las medidas de control de riesgo operativo planteadas, se espera que al término de su ejecución el Mapa de Riesgo Operativo tenga los siguientes resultados, principalmente reduciéndose el nivel de riesgos extremos:

UBICACION	NUMERO	NIVEL DE RIESGO
A1	2	ALTO
A2	2	ALTO
B1	2	MODERADO
B2	1	ALTO
C1	3	BAJO
C2	4	MODERADO
C3	2	ALTO
D1	1	BAJO
	17	TOTAL

- 17) Que para que el control/administración del riesgo operativo del Proceso de facturación/Liquidación del Seguro de Salud, es necesario el involucramiento de todos los niveles de administración del ISSFA, iniciando con el Comité Integral de Riesgos, la Dirección General, la Dirección de Riesgos y especialmente las acciones internas que las deben realizar los dueños y supervisores de los procesos.

5.2. Recomendaciones

- 1) Para obtener una adecuada administración y manejo integral de riesgos operativos, se deberá fortalecer al interior del ISSFA, la estructura Orgánica – Funcional de la Dirección de Riesgos, con énfasis en el Manejo del Riesgo Operativo;

- 2) Ante los eventos de Riesgo Operativo identificados, se propone un Plan de Acción que involucra todos los niveles de administración del ISSFA, pero que fundamentalmente su aplicación debe estar bajo la supervisión de la Dirección de Riesgos, la Dirección de Salud y principalmente de los responsables de los procesos, por lo que se recomienda que la propuesta planteada sea analizada por los involucrados para su comprometimiento y garantizar su ejecución;
- 3) Que para la ejecución del plan propuesto y se garantice sus resultados positivos, se debería fomentar una cultura de la administración y manejo del Riesgo Operativo, la misma que debe iniciar del conocimiento de la estructura y funcionamiento de la Dirección de Riesgos, de las Políticas y del Manual del Riesgo Operativo establecidas, pero fundamentalmente del involucramiento de todos los responsables del proceso: “Facturación / liquidación de los servicios de Salud”.
- 4) Que se supervise el cumplimiento de los objetivos, metas y el cronograma de implementación del Plan de Acción, a fin de lograr una adecuada administración y control de los riesgos operativos.
- 5) Se solicite a la Intendencia de Seguridad Social de la Superintendencia de Bancos, se analice con los institutos de seguridad social, a fin de determinar una normativa específica sobre el manejo integral de los riesgos, en este tipo de instituciones.

Bibliografía

- Comité de Supervisión Bancaria de Basilea, Presentación del Nuevo Acuerdo de Capital de Basilea, Banco de Pagos Internacionales, Abril de 2003.
- Congreso Nacional, Ley de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, Registro Oficial, 1.992.
- Dirección de Desarrollo Organizacional del ISSFA, Mapa de procesos del ISSFA, Quito – Ecuador, 2010.
- Enciclopedia Económica, Internet.
- Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, Plan Estratégico del ISSFA, 2014.
- Organización Internacional del Trabajo, Concepto Seguridad Social, Internet.
- Promonegocios.net, Administración, Internet, Enero 2008
- Jorge E. Olaya. T, Riesgo Operacional, Internet, jueves, julio 06, 2006.
- Rodolfo Segura, Administración, Barcelona, 2008.
- Sistema Administración de Riesgo Operativo – SARO, Banco CORPBANCA, Internet.
- Libro I.- Normas Generales para las Instituciones del Sistema Financiero, SBS.
- Reglamento del Seguro de Salud, ISSFA.
- Política de Gestión del Riesgo Operativo, ISSFA, 2013.
- Manual de Riesgo Operativo, ISSFA, 2013.
- Maruri Miriam, Páez Carlos, Tesis de desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, 2007.
- Informe de gestión ISSFA, 2013, 2014 Y 2017.
- Plan Estratégico, ISSFA, 2014 y 2016.
- Base de Datos de Salud, ISSFA, 2015 Y 2017.
- Anuario Estadístico, ISSFA, 2014, 2015, 2016.
- Estatuto Orgánico por procesos ISSFA, 2014.

Anexo "A", Identificación y Evaluación de los eventos críticos de Riesgo Operacional del Proceso de Facturación/ Liquidación, del Seguro de Salud. Metodología Cualitativa.

ORD.	CATEGORIA	FACTORES	RIESGOS	DESCRIPCION DE LA TAREA	NORMAS DE CONTROL INTERNO	DETECCION/VERIFICACION	NIVEL DE RIESGO	CONTROLES PLANIFICADOS
1	PERSONAS	Fraude interno	1. Personal que trabaja simultáneamente, facturando para prestadores privados.	1. El personal que probablemente trabaje con prestadores en su tiempo libre facturando las prestaciones brindadas a los afiliados al ISSFA.	1. 200-01, 200-03, PROHIBICIONES DE LA NORMA DE RELACIONAMIENTO.	Existe dificultad para su detección, sería necesario denuncias.	BAJO (0-4)	Realizar en el sistema para el análisis una revisión aleatoria de planillas clasificando a los prestadores privados que planillan valores altos, y por orden secuencial /cronológicos a las fechas de presentación y/o ingreso.
			2. Atención prioritaria de trámites.	2. Se atienden trámites de manera prioritaria en función de la gestión del prestador.	2. 403-08	Verifican fechas de recepción y pago de planillas de prestadores		
			3. Pérdida por pago de códigos de atenciones de mayor valor.	3. Se debe respetar el pago de la atención por código integral, paquetes.	3. 403-08, 405-01	Se puede hacer un barrido en el sistema por códigos de mayor valor que han sido facturados y a que prestadores corresponden		
		Fraude externo	1. Pago de planillas sobrefacturadas	1. El responsable de control de tarifas no ejecuta un control de los valores facturados de acuerdo a tarifario nacional, como control previo al pago y de acuerdo a normativa vigente.	1. 401-02, 405-01, 300-01, 300-02	Se puede hacer un barrido en el sistema en relación a los débitos que se realizan y en que fases del proceso de acuerdo a lo que establece el TPSNS	MUY ALTO (15-20)	1. Control de tarifas debe ejecutar los controles financieros establecidos en la normativa, así como los respectivos ajustes. 2. Se deben identificar aquellas solicitudes con observaciones generadas en control técnico médico para hacer más evidente la necesidad de ajuste en control de tarifas.
			2. Pérdida por pago de planillas duplicadas y cargadas a diferentes pacientes.	2. Se ha evidenciado que los archivos de carga manual (Excel) son más susceptible de generar errores, por transposición de caracteres, principalmente en aquellos archivos extensos, ejemplo HE1.	2. 410-01, 410-04	Verificación manual y al azar si es manipulable el archivo plano, por parte de los liquidadores o médicos auditores		
		Gestión del conocimiento	1. Desconocimiento y dominio de la normativa legal vigente (TPSNS y NR).	1. Se evidencia que el personal, no da lectura y fiel cumplimiento de los procesos establecidos en la normativa, aun después de su publicación y se manejan con procesos anteriores.	1. 401-03	Se pudo detectar que el personal de liquidadores no verifica valores y, el sistema no lo puede evidenciar.	MUY ALTO (15-20)	1. Se debe exigir el fiel cumplimiento de la normativa en todas sus fases, su incumplimiento será motivo de llamado de atención. 2. Se debe validar el control financiero aplicado por el sistema. 3. El jefe de liquidación será el responsable directo de validar las órdenes de gasto, y no dará atención aquellos trámites que incumplan los requisitos establecidos en la norma. 4. Se desarrollara un aplicativo por la UTIC; que no permita la generación de órdenes de gasto, hasta que se solvente mediante el ajuste financiero las observaciones generadas en control técnico médico. 5. Revisión de Informes, y cambios en el sistema
			2. Desinterés por desarrollar mejoras, a los problemas detectados.	2. El personal no tiene buen desempeño en las funciones de liquidación y todo queda relegado a simplemente elaborar la orden de gasto en el sistema.	2. 407-02	Se pudo evidenciar la elaboración de una orden de gasto sin considerar la observación generada por el médico auditor.		
			3. No aplicación y/o desconocimiento en aplicar controles financieros además de los que establece el sistema.	3. Actualmente el único control aplicado en la sección de liquidación es el registrado en el sistema.	3. 600-02	Verificable en si se hace un barrido en el modulo de liquidación		
			4. Pérdida por falta de reporte y/o seguimiento de NOVEDADES detectadas en la facturación /planillaje.	4. Hasta la presente fecha, no existe informe y/o reporte de inconsistencia en el sistema, tampoco se ha generado ninguna actividad de mejora.	4. 600-02/600-02	No ha evidencia de procedimientos de seguimiento continuo, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas para asegurar la eficacia del sistema de control interno.		
			5. Mala aplicación y/o desconocimiento en referencia al manejo y aplicación del Tarifario.	5. Los liquidadores deben saber cuando realizar ajustes financieros a las observaciones que realiza el auditor médico.	5. 403-08	Se estableció el desconocimiento cuando se entrevisto a tres de ellos al presentarse un reajuste financiero		
		Gestión del desempeño de los trabajadores	1. Afectación económica por escasa supervisión y control por parte de la jefa de liquidación.	1. No se evidencia que el jefe de liquidadores genere disposiciones al cumplimiento de la normativa vigente, tampoco se evidencia que supervise las actividades ni genere actividades para incrementar la seguridad en el proceso de liquidación.	1- 401-02, 600-02, 300-01	La jefe de Liquidación y Pagos no domina el TPSNS, se evidencio cuando se pidio que realice un ajuste financiero	ALTO (9-14)	1. El jefe de liquidación deberá supervisar la carga laboral día a día, es decir los trámites que se encuentren en trámite por cada liquidador. 2. Se mantendrá un registro de notificaciones a los prestadores sobre el cumplimiento de los tiempos según norma y se registrará una alerta vía web de los trámites fuera de tiempo. A su vez no se receptoran los trámites fuera de los tiempos, de receptorarse se adjuntara la debida justificación, con numero de oficio /memo de la autorización. 3. Se generara un plan de supervisión y evaluación del personal en conjunto con la UATH, de resultar insatisfactorio en sus funciones se procederá de acuerdo al reglamento de la Losep. 4. Se solicitara al personal de liquidadores, generen necesidades de modificación en sistema de acuerdo a sus perfiles de carrera que permitan robustecer el sistema en temas de control financiero.
			2. Deficiencia en la gestión para respetar los tiempos de presentación de documentación por parte de los prestadores.	2. No se está gestionando, informando, notificando, a los prestadores de manera constante, el cumplimiento de los plazos.		Solicitudes que no han sido retiradas por los prestadores de salud, considerando que la norma establece que son ellos quienes deben retirar las planillas reexpedidas.		
			3. No existe planes de evaluación de las actividades desarrolladas en el proceso.	3. No hay registro de evaluación de las (tareas) desarrolladas por los liquidadores.		No existe documentación física o en el archivo que demuestre la evaluación al proceso de liquidación		
			4. No existe levantamiento de información para nuevos controles en el sistema y de convalidación financiera.	4. No existe una matriz /banco/ condensado, del levantamiento de nuevas necesidades en seguridad financiera por parte del personal que resultan ser profesionales en los temas financieros.		Existe información en la base de datos que corresponde a las planillas tramitadas que nunca se ha analizado		
		2	SISTEMAS	Interrupciones	1. Afectación al sistema porque los requerimientos se ponen en producción sin convalidación de los mismos.	1. Se están generando requerimientos a la UTIC, sin embargo una vez atendidos, son puestos en ejecución sin control alguno (validación), adicional no existe el personal encargado para este proceso de seguimiento.	300-01	Múltiples correos electrónicos que tanto los médicos auditores como los liquidadores envían a la UTIC para que solvente problemas que se presentan al ejecutar algún requerimiento que no ha sido validado o ha tenido periodo de prueba
2. Pérdidas porque los errores financieros o de carga que únicamente puede corregir sistemas (UTIC).	2. El personal de UTIC (Ing. Mina) es la única persona encargada de identificar y solucionar errores en el sistema, sean estos puramente financieros, errores en cargo, errores en el sistema, lo que vuelve una actividad centrada en una sola persona.				410-01/410-02/410-03			
Fallos en los sistemas.	1. Afectación y pérdida por falta de restricción de accesos a campos para evitar que eliminen comentario dejados por otros usuarios.			1. Se ha identificado que un usuario con el mismo perfil (liquidador/liquidador), puede generar cambios, modificar cantidades, valores, eliminar comentarios, cambiar códigos, cambiar descripciones, principalmente en cargas manuales es decir no existe asignación de trámite a un único usuario. A su vez se ha detectado que el usuario (liquidador) sobre el usuario (médico auditor) puede revertir objeciones, eliminar comentarios, en resumen; NO ESTA DEFINIDO EL ROL DE USUARIOS EN EL SISTEMA (ACCESOS Y RESTRICCIONES)	300-01	Se pudo corroborar la falta de restricción en el modulo de UPM	MUY ALTO (15-20)	Se conformara un equipo multidisciplinario que podrá contar con el apoyo de personal de otras dependencias, para el levantamiento de los perfiles de acceso y restricciones a los usuarios (rol del liquidador). Controlar el tiempo que le toma a la UTIC solventar los problemas que se presentan Ajustes en los requerimientos que necesitan atención de manera inmediata 1. Se mantendrá un sistema de asignación de solicitudes a los liquidadores, que podrá ser administrado por el jefe de liquidación. 2. El acceso permitido de un liquidador será abierto únicamente a las solicitudes asignadas. Pero se mantendrá el control el pago de valores mayores a los del tarifario.
	2. Afectaciones económicas por la demora en los tiempos para resolver los problemas detectados.			2. Se evidencia una importante demora en la atención de los requerimientos por parte de la UTIC; este repercute en aumento de los tiempos en el procesamiento de solicitudes.	401-03	Se ha podido evidenciar que algunos errores del sistema son atendidos tardamente		
	3. No existe una clasificación prioritaria de los requerimientos para que por parte de la UTIC se den atención			3. El encargado de atender los requerimientos de la DSS, es también responsable de atender los requerimientos de otras áreas (créditos, inversiones, financiero etc.) Lo que obliga que asigne orden de prioridad.	410-01	Se puede evidenciar con los pedidos que se realizan y la falta de atención por la escasez de personal en la UTIC		
	4. Escaso numero de personal para atender los requerimientos.			4. Al existir una misma persona encargada de atender los requerimientos, se transforma en multifuncional y no existe distribución de actividades o funciones dentro de la UTIC.	410-02	Una sola persona se encarga de todos los requerimientos de la DSS		
	5. Deficiencias en el registro de los controles financieros aplicados a las solicitudes.			5. La aplicación del check de "control financiero" hace referencia a la aplicación de "tarifario", adicional a esto no existe evidencia de cualquier actividad o funcionalidad, es decir es un control muy básico.	410-03	Se evidencio en una planilla		
Incumplimiento de políticas laborales	1. Deficiencias en la aplicación de los procesos por falta de un plan de inducción al personal nuevo, que detalle las funciones a realizar.			1. El personal operativo que ingresa no tiene planificado su plan de inducción (desde la UATH ó la unidad requirente) y queda relegado a las explicaciones de los mismos compañeros del área asignada.	300-01	El personal nuevo que ingresa no conoce la misión y las actividades que realiza la DSS	ALTO (9-14)	1. Se generara un informe motivado a la UATH, respaldado en las normas de control interno para que atienda las necesidades de capacitación e incentivo al personal, revisión de política salarial y actualización de tablas remunerativas, así como a la sección de salud ocupacional. 2. Se generan un plan de supervisión de cumplimiento de vacaciones y subrogaciones de funciones con el fin de evitar de los trámites dejen de ser atendidos, el incumplimiento de esto será responsabilidad directa del jefe de liquidación, además de evaluar mediante resultados e indicadores de gestión Gestionar que internamente se puedan otorgar días libres o nombrar al funcionario del mes, o registro en su carpeta de reconocimientos por su gestión Poner en consideración el sueldo de los servidores publicas Monitorizar el cumplimiento del plan de capacitación aprobado para la DSS Identificación, evaluación y corrección de riesgos psicosociales en el personal de la DSS Registrar la subrogación de funciones y evidenciarlo mediante actas
	2. No existe evaluación técnica de las actividades desarrolladas por los funcionarios.			2. La única evaluación de registrada es anual, relacionada a evaluación SENRES.	401-01	Formato de evaluación enviado por la UATH		
	3. No existen políticas de incentivo al personal.			3. No existe registro de políticas de incentivo al personal en los últimos 10 años.	401-03	El personal demuestra desmotivación en la realización de sus actividades		
	4. Existe desmotivación por las bajas tablas de remuneración.	4. La institución ISSFA, es la que paga las tablas remunerativas más bajas en relación a otros subsistemas.	407-04	Los sueldos en otras instituciones publicas y privadas son altos				
	5. Pérdidas por la inexistencia de planes de capacitación por parte de la institución al personal de manera regular y con temas específicos.	5. No se registra actividades de capacitación en temas específicos al personal en los últimos 10 años.	407-06	Registros de capacitacion				
	6. Fallos en la aplicación de los procesos existen por falta de valoraciones periódicas de stress y carga laboral	6. La política laboral de la institución /área, no está encaminada a reducir el riesgo psicosocial.	407-07	Se puede evidenciar personal irritable, sensible a comentarios				
	7. Pérdidas por las demoras ya que no existe subrogación de funciones con el personal que sale de vacaciones /permisos /calamidad, por ende las actividades encomendadas a ese funcionario se detienen.	7. Se evidencia que no se realiza redistribución de funciones al momento que el personal se ausenta por largos periodos.	200-05	Se ha podido evidenciar cuando se realiza algún requerimiento al personal				

3	POLITICAS Y PROCESOS		8. Fallas de supervisión y control para el cumplimiento del calendario de vacaciones del personal.	8. El personal programa a inicio de cada año el uso de sus vacaciones, sin embargo, nadie supervisa el cumplimiento de las mismas, como parte de un derecho laboral y mitigar el trabajo monótono.	200-04	No existe una distribución de todo el personal durante el año para el uso de la LAP		Elaborar el calendario de LAP y supervisar el cumplimiento		
		Prestadores de Salud (Clientes)	1. Posible pérdida por la existencia de comunicación libre, directa y no supervisada con los prestadores.	1. Se evidencia que los prestadores acceden a las áreas de trabajo directamente, se comunican por vía telefónica, email, sin supervisión, sin previo agendamiento, sin restricción de horarios.	401-01	El personal de los prestadores se entrevistan directamente con los médicos auditores y los liquidadores	MUY ALTO (15-20)	Para evitar conflictos de intereses, es decir favoritismos hacia los prestadores, evitar en todo momento que exista este contacto.		
			2. Posibles pérdidas por la falta de rotación de funciones (Rotación de cuentas de prestadores) entre los funcionarios.	2. Se evidencia que un funcionario maneja la misma cuenta ya por dos ocasiones y últimamente por más de un año.	401-03	El jefe de auditoría médica no ha sido cambiada		Considerar el cambio de funciones evaluando los resultados, además del perfil y la competencia.		
			3. Pérdidas por falta de un registro visible del tipo de relacionamiento de los prestadores y el ISSFA, según norma.	3. Desde el área de gestión documental, liquidación y auditoría médica, no se evidencia un archivo, registro, matriz consolidada del tipo de relacionamiento con los prestadores como parte de un control previo al pago.	405-04	Existen carpetas de prestadores de salud que están extraviadas		1. Se solicitará al departamento responsable remita en el menor tiempo posible máximo 72 horas, el listado, registro, estado, de relacionamiento de los prestadores de salud con el ISSFA, observación que también fue generada por organismo de control CGE. El incumplimiento dará paso a lo que establece el reglamento de la LOSEP:		
		Ejecución de actividades	1. No existe mesas de trabajo y coordinación entre jefe de liquidación y personal operativo.	1. Personal de liquidadores, no recibe direccionamiento de su jefe inmediato.	300-01	La comunicación no es efectiva	MEDIO (5-8)	1. Se dispondrá que el Jefe de liquidación ejecute mesas de trabajo con su personal operativo a fin de discutir y buscar las soluciones de los problemas generados durante el proceso que les corresponde.		
			2. No existe gestión interna para mejora de los procesos por parte de la Jefatura ni del personal.	2. No se recopilan inquietudes, novedades identificadas por el personal.	401-03	Existen problemas que se vienen presentando en algunas administraciones y no se han solucionado		2. Se maneja con registro de asignación de solicitudes por liquidador que será administrado por el jefe de liquidación, se retomará la sección de asignación de usuarios desde la recepción documental desarrollada en el programa de productividad.		
			3. No existe control/registro de los trámites para atención en orden secuencial por mes y servicios.	3. Los servicios no se reciben por MES y SERVICIO, consolidadamente y se tramitan indistintamente a la fecha de recepción.	NORMA DE RELACIONAMIENTO	Se ha evidenciado trámites que no siguen una secuencia		3. Se solicitará y/o se desarrollará con planificación un análisis para desarrollar verdaderos indicadores de gestión.		
			4. No existen verdaderos indicadores de gestión.	4. No hay indicadores de gestión en ningún paso del proceso.	200-02	Existen indicadores establecidos que no evidencian la verdadera gestión del Dpto.		Establecer nuevos indicadores de gestión		
		Gestión de los procesos.	1. Pérdidas por la existencia de procesos internos redundantes a los ya establecidos en la normativa nacional, mas no a las tareas requeridas para el cumplimiento de la norma.	1. El proceso interno, es redundante a lo ya establecido en la normativa. No se enfatiza el desarrollo de las tareas.	300-01	Existen tareas que no están bien direccionadas	MUY ALTO (15-20)	1. Se levantarán nuevos procesos internos basados en las tareas		
			2. Pérdidas o fallas por la no existencia de procesos destinados a la garantía de la calidad de la facturación.	2. No se registran planes, programación, agendamiento de visitas de control de calidad de la facturación de manera aleatoria a ningún prestador.	401-03	No se ha hecho revisión de calidad de ningún trámite procesado		Realizar controles de calidad de forma aleatoria		
			3. Pérdidas por falta de una matriz de evaluación de la calidad de la facturación que permita conocer cuáles son los principales prestadores con los mayores índices de errores de facturación/objeción y determinar su confiabilidad.	3. No se conoce la calificación del tipo de calidad de facturación por prestador, con el fin de evidenciar los principales errores de facturación.	200-02	Se ha detectado después del análisis de objeciones, prestadores con una calidad muy baja del proceso de auditoría médica		2. Se desarrollará un plan de control de calidad en el terreno para todos los prestadores.		
			4. Pérdida o falla por la existencia de dos procesos de registro y/o carga para el planillaje (manual y a través de sistema).	4. Se evidencia que el proceso de CARGA MANUAL (Archivo plano), es muy susceptible de manipulación, generación de errores involuntarios entre otros, a diferencia de quienes utilizan el sistema de planillaje en línea.		Se realizó un análisis de el tiempo en que se demora en ejecutar la carga de archivos y toma más de 4 días por la complejidad y la revisión que se realiza ítem por ítem en planillas que contienen más de 2000 de estos, además que estos están incompletos.		3. No se recibirán trámites incompletos, es decir, por cada mes se deben presentar todos los servicios facturados. No se procesarán trámites pertenecientes a un solo servicio y sin orden cronológico.		
		4	EXTERNOS	Proceso de los prestadores	1. Falla en la capacitación a los prestadores y/o desconocimiento de la normativa legal vigente.	1. El prestadores no se preocupan por conocer la normativa (normas, procesos, acuerdos ministeriales) que a diario emite la autoridad sanitaria, su desconocimiento genera inconvenientes.	300-01	Se ha realizado un análisis del porcentaje de objeciones que se realiza a los prestadores de salud y el mayor porcentaje es por desconocimiento de la norma y su aplicación	ALTO (5-14)	Se mantendrá un estricto control del cumplimiento de los plazos, presentación de documentación de los prestadores.
					2. Fallas en el cumplimiento de los plazos establecidos para la entrega de la documentación de parte de la RPIS	2. No se está gestionando, documentando, notificando, sobre el cumplimiento de los plazos para la entrega de la documentación.				

ANEXO "B"
Mapeo de los procesos, subprocesos, actividades y tareas del macro proceso del Seguro de Salud del ISSFA.

MACRO PROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	ACTIVIDADES	TAREAS	TAREA CRITICA (SI/NO)	MANUAL DE SUPERVISION	FRECUENCIA DE EJECUCION	NIVELES DE EJECUCION	NIVELES DE SUPERVISION
SEGURO DE SALUD	ECONOMIA DE LA SALUD	CALIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD	Verificar la capacidad técnica, administrativa y financiera mediante los instrumentos de calificación.	El jefe de la Sección de Auditoría Médica en coordinación con los Médicos Auditores elaboran el "Cronograma de Trabajo RG-M06-P02-08" (incluye logística) y/o telegrama para aplicar la calificación.	NO	Documento: Procedimiento para la evaluación, calificación y adquisición de servicios de salud para las RIPS y RED Complementarias	Ocasional / anual	Jefe de sección de Auditoría Médica	Jefe de Departamento de Economía de la salud
				Validado el cronograma, el Médico Auditor para la calificación del prestador de servicio de salud, realiza la coordinación con la DISAFA para la asignación de un delegado de esta entidad y el Médico Zonal, previo envío de Telegrama Oficial legalizado por el Director General del ISSFA.	NO		Ocasional / anual	Médico Auditor	Jefe de sección de Auditoría Médica
				La comisión calificadora estará liderada por el Médico Auditor del ISSFA, y acudirán en la fecha establecida en el cronograma para evaluar y calificar al Prestador de servicio de salud	NO		Ocasional / anual	Comisión de Calificación	Médico auditor
				Para los casos de prestadores de Salud que ofrecen servicios de rehabilitación especial se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de centros de rehabilitación especial" RG-M06-P02-02	SI	Instrumento para la calificación de centros de rehabilitación especial" RG-M06-P02-02	Ocasional / anual	Comisión de Calificación	Jefe de sección de Auditoría Médica
				Para los casos de prestadores de Salud que ofrecen servicios ortesis y prótesis se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de centros de ortesis y prótesis" M06-P02-09	SI	Instrumento para la calificación de centros de ortesis y prótesis" M06-P02-09	Ocasional / anual		
				Para los casos de prestadores de Salud que ofrecen servicios dialisis se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de centros de diálisis" RG-M06-P02-10	SI	Instrumento para la calificación de centros de diálisis" RG-M06-P02-10	Ocasional / anual		
				La Comisión Calificadora utilizará los instrumentos destinados para este fin; si por la especialidad de la prestación no se dispone de un instrumento capaz de evaluar el servicio, los existentes podrán ser adaptados acorde a la necesidad.	SI	Instrumento para determinar el nivel de atención" RG-M06-P02-04, o es aplicable para unidades de primer nivel.	Ocasional / anual		
				Para los casos de prestadores de Salud que ofrecen servicios de terapia intensiva, atención de especialidades y subespecialidades, cirugías intervencionistas, sala de emergencia entre otros servicios de alta complejidad, se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de prestadores de salud" RG-M06-P02-03, el cual es aplicable para unidades de II y III nivel.	SI	Instrumento para la calificación de prestadores de salud" RG-M06-P02-03, el cual es aplicable para unidades de II y III nivel.	Ocasional / anual		
				Una vez terminada la visita de calificación los miembros de la comisión elaborarán el "Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05, basándose en el resultado de aplicar el instrumento de calificación establecido, el cual contendrá una matriz de los aspectos técnicos evaluados. Si la evaluación corresponde a varias unidades dentro de una misma localidad y un mismo prestador se expresan las matrices correspondientes a cada unidad y su respectiva puntuación en los diferentes componentes evaluados.	SI	Documento: Procedimiento para la evaluación, calificación y adquisición de servicios de salud para las RIPS y RED Complementaria	Ocasional / anual	Comisión Calificadora	Jefe de Sección de Auditoría Médica
				Finalizado el "Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05 los miembros de la Comisión Calificadora deberán firmar y sumillar dicho documento, mismo que será legalizado por el Jefe de Sección de Auditoría Médica.	NO		Ocasional / anual	Comisión Calificadora	Jefe de Sección de Auditoría Médica
				Una vez legalizado el "Informe técnico de Calificación" RG-M06-P02-05 por el Jefe de Sección de Auditoría Médica deberá ser remitido al Jefe del Departamento de Economía de la Salud.	NO		Ocasional / anual	Jefe de Sección de Auditoría Médica	Jefe de Departamento de Economía de la salud
				Adquisición de Servicios de Salud	Legalizar la modalidad de adquisición del servicio	El jefe del departamento de Economía de la Salud en coordinación con el Técnico en Administración de acuerdo al "Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05 realizan las consideraciones pertinentes y convoca al Prestador de Servicio de Salud para la negociación de los costos de las prestaciones.	SI	Documento: Procedimiento para la evaluación, calificación y adquisición de servicios de salud para las RIPS y RED Complementaria	Ocasional / anual
	El Jefe del Departamento de Economía de la Salud emite el "Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07 en el cual recomienda el establecimiento o no del convenio, considerando la negociación y los resultados de la evaluación.	SI	Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07			Ocasional / anual	Jefe de Departamento de Economía de la salud	Director/a Seguro de Salud	
	El jefe del Departamento de Economía de la Salud remite el "Informe Técnico de Calificación" o el documento que lo supla y el "Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07 al director(a) del Seguro de Salud para su análisis y legalización.	NO	Informe Técnico de Calificación" o el documento que lo supla y el "Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07			Ocasional / anual	Jefe de Departamento de Economía de la salud	Director/a Seguro de Salud	
	El Director del Seguro de Salud legaliza el "Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07 dispone al Jefe del Departamento de Economía de la Salud continuar con el trámite respectivo para la elaboración del "Convenio con el Prestador de Servicio de Salud" RG-M06-P02-06 o la legalización del Oficio de Derivación por RIPS.	NO	Acta de evaluación de resultados, RG-M06-P02-07 y el Convenio con el Prestador de Servicio de Salud" RG-M06-P02-06 o la legalización del Oficio de Derivación por RIPS.			Ocasional / anual	Jefe de Departamento de Economía de la salud	Director/a Seguro de Salud	
	El Jefe del Departamento de Economía de la Salud, dispone al Técnico en Administración comunicarse con el prestador de Servicio de Salud para coordinar la entrega de la documentación habilitante previo a la elaboración del convenio.	NO	No cuentan con manuales			Ocasional / anual	Técnico en Administración	Jefe de Departamento de Economía de la salud	
	El Técnico en Administración solicita los documentos habilitantes al Prestador de Servicio de Salud, para la Elaboración del convenio o derivación RIPS u Oficio de relacionamiento. La documentación habilitante se entregará en un plazo máximo de 30 días hábiles a partir de la fecha de notificación para formar parte de los prestadores del ISSFA.	SI	Requisitos están en el documento del Procedimiento			Ocasional / anual	Técnico en Administración	Jefe de Departamento de Economía de la salud	
	Una vez que el Prestador de Servicio de Salud haya entregado los documentos habilitantes de acuerdo a cada caso, el Técnico Administrativo elabora el Oficio en que el o la director(a) del Seguro de Salud, solicita la autorización del Director General para la elaboración del convenio. En caso de derivaciones RIPS o Prestador de Servicio de Salud Militares se elabora un Oficio de relacionamiento.	NO	No cuentan con manuales			Ocasional / anual	Técnico en Administración	Jefe de Departamento de Economía de la salud	
	El Director General dispone a la Asesoría Jurídica la elaboración del convenio o legaliza el "Oficio de derivación o relacionamiento".	NO	Convenio con el Prestador de Servicio de Salud" RG-M06-P02-06 o la legalización del Oficio de Derivación			Ocasional / anual	Asesor Jurídico	Director del seguro de Salud	
	El Abogado de Asesoría Jurídica, elaboran el convenio con el Prestador del Servicio de Salud seleccionada y entrega a la Dirección del Seguro de Salud para su revisión.	NO				Ocasional / anual	Asesor Jurídico	Director del seguro de Salud	
	El o la director(a) del Seguro de Salud y el Jefe de Economía de la Salud revisan la conformidad del convenio con el proceso efectuado, si no existen observaciones sumillan. Caso contrario remiten a la Asesoría Jurídica para su corrección.	NO				Ocasional / anual	Jefe de Departamento de Economía de la salud	Director del seguro de Salud	
	La Secretaría Ejecutiva una vez sumillados los convenios, notifica a los representantes de los Prestadores del Servicio de Salud que se acercquen a firmar el convenio.	NO				Ocasional / anual	Secretario General	Jefe de Departamento de Economía de la salud	
	Legalizados los convenios, la Secretaría Ejecutiva remite los convenios al Director General para su legalización.	NO				Ocasional / anual	Secretario General	Director/a Seguro de Salud	
	Una vez legalizados los convenios por el Director General en los tres ejemplares originales, la Secretaría Ejecutiva realiza la siguiente distribución: Asesoría Jurídica; Prestador del Servicio de Salud en convenio; Departamento de Economía de la Salud.	SI		Ocasional / anual	Secretario General	Jefe de Departamento de Economía de la salud			
Ingresar o modificar al Prestador de Servicio de Salud en el Sistema de Planillaje	El jefe del Departamento de Economía de la Salud, coordina con Comunicación Social para la difusión del ingreso del nuevo Prestador del Servicio de Salud.	SI	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Comunicación Social	Jefe de Departamento de Economía de la salud			
	El o la director(a) del Seguro de Salud, dispone al Jefe de la Sección de Liquidación y Pagos ingresar al nuevo Prestador del Servicio de Salud para el registro de las transacciones.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Jefe de Sección	Director			
	El Director de Seguro de Salud, envía un comunicado oficiando al Prestador del Servicio de Salud en convenio su inclusión en la red de prestadores de salud del ISSFA.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual		Director			
	El jefe de Departamento de Economía de la salud solicita al Jefe de la Sección Liquidación y Pagos el registro del Prestador de Servicio en el Sistema Informativo de Salud. En caso de que el prestador de Servicio de Salud, solicite la utilización del programa de planillaje se realiza el proceso de capacitación de proveedores para la utilización del programa y se debe coordinar con la UTIC la creación de claves y usuarios. Para la capacitación el Médico Auditor y el Liquidador de Prestaciones Médicas, responsables del Prestador del Servicio de Salud en convenio, coordinan la capacitación del módulo financiero y área técnica médica.	SI	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Jefe de Sección	Jefe de Departamento			
	El prestador de Servicio de Salud mediante oficio y reportes, entrega mensualmente las planillas con sus documentos habilitantes (de acuerdo a la normativa del MSP), por las prestaciones otorgadas a los asegurados, en la ventanilla de Recepción de Documentos. En casos de servicios externos al Prestador de Servicio de Salud, este último entrega mensualmente un consolidado con sus respectivos documentos de respaldo, donde se detalle por planilla, datos del paciente, servicio, categoría del paciente, número de factura o prefactura, por código y detalle del procedimiento, valor que cubre el ISSFA, valor que paga paciente y valor total.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Prestador Servicio de Salud	Secretaría General			
	El responsable de la recepción de documentos (Secretaría General del ISSFA) ingresa y genera en el sistema documental el número de trámite y remite al Técnico de Archivo.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Responsable de Recepción de	Secretaría General			
GESTION DE PRESTACIONES DE SALUD HOSPITALARIAS	Recepción y Validación de Documentación	Recibir la documentación (Planillas)	El Técnico de Archivo revisa físicamente las planillas del trámite y sus respaldos, compara con el listado consolidado y verifica la coherencia de esta información:	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Técnico de Archivo	Liquidador de Prestaciones Médicas	
			Si el Prestador de Servicio de Salud utiliza el programa del planillaje desarrollado por el ISSFA, el Técnico de Archivo valida la información registrada en el sistema integrando, aplica los controles automáticos (revisión de tarifarios, códigos, derechos, coberturas, de acuerdo a la parametrización respectiva) y reporta en el módulo de salud las novedades de la solicitud.	SI	SI cuentan	Ocasional / anual	Técnico de Archivo	Liquidador de Prestaciones Médicas	
			Si el Prestador de Servicio de Salud no utiliza la aplicación desarrollada por el ISSFA, el Técnico de Archivo crea la solicitud en el módulo de facturación, carga, valida en el módulo de salud la información digital entregada por el Prestador de Servicio de Salud de acuerdo a los parámetros establecidos por el ISSFA y reporta las novedades de la solicitud en concordancia a la normativa.	SI	SI cuentan	Ocasional / anual	Técnico de Archivo	Liquidador de Prestaciones Médicas	
			En caso que durante la validación de la información se presenten novedades en el archivo digital, el Técnico de Archivo se comunica con el Prestador de Servicio de Salud para que corrija inmediatamente esta novedad caso contrario, si no hay respuesta en el lapso de 48 horas hábiles de realizada la notificación, se procede a la devolución del trámite, mediante el documento Oficio con novedades presentadas (RG-M06-P01-06)	SI	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Técnico de Archivo	Liquidador de Prestaciones Médicas	
			El Técnico de Archivo entrega el trámite una vez finalizada la validación de la información entregada por el Prestador de Servicio de Salud al Liquidador de Prestaciones Médicas quien realiza una verificación de la información cargada y de ser caso realiza los ajustes necesarios.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección	
			El Liquidador de Prestaciones Médicas (LPM), receipta el trámite, verifica si cumple una de las siguientes condiciones:	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección	
	Verificar la información digital vs la ingresada en el sistema	Convenio de abonos y/o factura consta que el convenio de abonos este vigente y si el Prestador de Servicio de Salud remite la factura correspondiente con la documentación entregada por el PSS	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección		
		Cuando el PSS envía oficio y/o prefacturas	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección		
		Para los casos a y b se descuentan los valores que tengan a cargo por recuperar en liquidaciones anteriores para el envío de la solicitud de pago correspondiente a la Dirección Financiera (DF) (factura original adjunta caso a) y elabora el oficio al PSS notificando la realización del abono.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección		
		a. Sin convenio de abono con factura: Únicamente registra los datos de la factura, retenciones e impuestos en el sistema integrado generando la interfaz financiera por el total de la factura, afectando el compromiso y la obligación presupuestaria, que a su vez, tienen su afectación contable automática de acuerdo a los parámetros establecidos por el departamento de contabilidad.	SI	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección		
		b. Sin convenio de abono y sin factura: Para los PSS que no envían factura y no tienen convenio de abono quedan pendiente hasta cuando exista la validación de auditoría médica.	SI	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Liquidador de Prestaciones Médicas	Jefe de Sección		
		El jefe Sección Liquidación y Pagos, realiza el control previo que consiste en la revisión de la Orden de Gasto (RG01-03) y los documentos de respaldo de los abonos, legaliza y entrega al Jefe del Departamento de Prestaciones de Salud Hospitalarias.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Jefe de Sección	Jefe de Departamento		
Pertinencia Técnica Médica	Una vez validada y registrada la información en el módulo de salud por el Liquidador de Prestaciones Médicas, entrega la documentación al auditor de Cuentas Médicas designado por el Médico Auditor el mismo que realiza la pertinencia técnica médica del trámite, de acuerdo a la normativa del MSP.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Auditor de Cuentas Médicas	Liquidador de Cuentas			
	Auditor de Cuentas Médicas:								
	Evaluar la consistencia del contenido de la información documental.	SI	SI cuentan con manuales	Ocasional / anual	Auditor de Cuentas Médicas	Liquidador de Cuentas			
El Liquidador de Prestaciones Médicas entregará al Auditor de Cuentas Médicas el trámite con toda la documentación de respaldo para que se proceda con lo siguiente:									
Verificar la correlación entre los estudios y pedidos realizados al paciente									
Revisar la aplicación de las coberturas, condiciones de convenio y tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (TNSNS) en prestaciones de salud otorgadas al paciente									
Verificar si los fármacos utilizados están en valores que se ajustan a las regulaciones del TNSNS.									

Verificar la pertinencia técnica medica		Revisar que la utilización de los materiales, suministros e insumos medicos tengan correlacion entre el planilla y los documentos de soporte. Aplicar los debitos correspondientes de acuerdo al análisis realizado.						
	Realizada la verificación el Auditor de Cuentas Medicas entrega el tramite al Medico Auditor para su revisión.	Verificar la pertinencia medica de las prestaciones de salud (tratamientos clínicos, quirúrgicos y otros) otorgados al paciente conforme a protocolos nacionales, institucionales y de no existir los internacionales de medicina basada en evidencia.	NO	No cuentan con manuales	Ocasional / anual	Medico Auditor	Liquidador de Cuentas	
	Una vez que el Medico Auditor tenga el tramite realiza lo siguiente: Realiza la revision de las planillas de forma individual o considerando la selección de una muestra conforme a normativa de la autoridad rectora y/o los criterios establecidos por la Direccion del Seguro de Salud, de acuerdo a las características del PSS y facturación. En la revisión de planillas se considerara los siguientes: En todos los casos en una prestación de salud primara el criterio medico que define la pertinencia considerando la oportunidad, integridad y continuidad de la atención medica.	Verificar que los materiales, suministros, dispositivos e insumos medicos utilizados en el o los procedimientos realizados tengan pertinencia medica. Verificar la pertinencia de las medicinas utilizadas. Avalar las observaciones efectuadas por el auditor de Cuentas medicas y realizar los debitos de las objeciones encontradas en el proceso de pertinencia medica. En caso de existir inconsistencias devuélvase al Auditor de Cuentas medicas para los ajustes correspondientes.						
	El Medico Auditor estableciendo las causas de la objeccion, determine:	a) Si esta es total se procede a la devolucion de la planilla que se adjuntara al Reporte de auditoria Medica (RG-M06-P01-08) y se entrega al Liquidador de Prestaciones Medicas u. b) Si la objeccion es parcial, el reporte debe señalar claramente la causa de la objeccion y de ser el caso adjuntara la informacion adicional que se requiere para aclarar el motivo de la objeccion y levantarla.	SI	Si cuentan con protocolos	Mensual	Medico Auditor	Liquidador de Cuentas	
Aceptar u Objetar la/s planilla/s	El Medico Auditor realiza los debitos por pertinencia medica y genera el Reporte de Auditoria Medica (RG-M06-P01-08) estableciendo las causas de la objeccion, este debe ser suficientemente explicito para facilitar la tarso del levantamiento o no de la objeccion y el Reporte de Liquidacion Total (RG-M06-P01-09).		SI	Si cuentan con protocolos	Mensual	Medico Auditor	Liquidador de Cuentas	
	El Medico auditor, aprueba la pertinencia de la prestacion que justifica el valor y entrega las planillas al Jefe Seccion Auditoria Medica para su legalizacion.		NO	No cuentan con manuales	Mensual	Medico Auditor	Liquidador de Cuentas	
	Una vez legalizado el Jefe de Seccion Auditoria Medica entrega al Liquidador de Prestaciones medicas con el reporte de auditoria Medica (RG-M06-P01-08) generado y legalizado y Reporte de Liquidacion Total (RG-M06-P01-09).		NO	No cuentan con manuales	Mensual	Medico Auditor	Liquidador de Cuentas	
Pertinencia Financiera previo al pago	Revisar los debitos efectuados por auditoria medica para solicitar las factura	a. En caso de que el PSS emita factura y/o tiene convenio de abonos vigente, el Liquidador de Prestaciones Medicas solicitara la emision de la Nota de Credito correspondiente por los valores objeccionados. b. En caso de que el PSS tiene convenio de abonos vigente y no emite factura, el Liquidador de Prestaciones Medicas solicitara la factura por el valor real a pagar auditado. c. En el caso de que el PSS envió oficio y/o prefacturas, el Liquidador de Prestaciones Medicas solicitara la emision de la Factura por el valor a pagar una vez descontados los valores objeccionados.	SI	Si cuentan con protocolos	Mensual	Liquidador de Cuentas	Jefe de Seccion	
	Generar, revisar y legalizar la orden de gasto	Para los casos de convenio de abonos y emision de factura al inicio del tramite, una vez recibida la Nota de Credito del Liquidador de Prestaciones Medicas registra los datos en el sistema integrado, genera la interfase financiera liquidando la cuenta pendiente y emitiendo la Orden de Gasto (RG-M06-P01-03) al existiera diferencia a favor del PSS. En caso de que los valores objeccionados fueren superiores al valor pendiente por pagar genera una cuenta por cobrar a favor del ISSFA, vease numeral 6 del Subproceso Recepcion y validacion de documentacion.		SI	No cuentan con manuales	Mensual	Liquidador de Cuentas	Jefe de Seccion
		Si el PSS envia la Nota de Credito, el Liquidador de Prestaciones Medicas registra los datos en el sistema integrado genera la interfase financiera y la Orden de Gasto (RG-M06-P01-03) por el valor a pagar a favor del PSS.		NO	No cuentan con manuales	Mensual	Liquidador de Cuentas	Jefe de Seccion
		Una vez recibida la factura por el valor a cancelar, el Liquidador de Prestaciones medicas registra los datos, retenciones e impuestos en el sistema integrado, genera la interfase financiera, emitiendo la Orden de Gasto (RG-M06-P01-03) favor del PSS.		NO	No cuentan con manuales	Mensual	Liquidador de Cuentas	Jefe de Seccion
		El Liquidador de Prestaciones Medicas elabora el Oficio de informacion de Pago de PSS (RG-M06-P01-13) anexando: Reporte de novedades Financieras (RG-M06-P01-07) Reporte de Auditoria Medica (RG-M06-P01-08) y EL REPORTE DE Liquidacion Total (RG-M06-P01-09), ademas las planillas con debito total y entrega al Jefe de Seccion Liquidacion y Pagos.		NO	No cuentan con manuales	Mensual	Liquidador de Cuentas	Jefe de Seccion
		El Jefe Seccion Liquidacion y Pagos, revisa y controla que: a) se afecte a la partida presupuestaria respectivo que este relacionada con el servicio medico prestado. b) los impuestos y retenciones generados sean aplicados al PSS de ser el caso. c) Pertinencia financiera en la ejecucion de los pagos de las prestaciones de salud.		SI	Cuentan con protocolos	Mensual	Liquidador de Cuentas	Jefe de Seccion
	Una vez que el Jefe Seccion Liquidacion y Pagos revisa y sumilla las Ordenes de Gasto (RG-M06-P01-03) y el Oficio de Informacion de pago al PSS (RG-M06-P01-13) entrega al Jefe del departamento de Prestaciones de salud Hospitalarios para que se autoricen y legalice estos documentos, los mismos que entrega a la Secretaria de la Direccion del seguro de Salud. Para el caso de recepcionadas el PSS envia documentacion justificando las objeciones, el Liquidador de Prestaciones Medicas relaciona con el tramite inicial y se procede como un nuevo tramite de liquidacion de acreos.		SI	No cuentan con manuales	Ocasional	Jefe de Liquidacion	Jefe de Departamento	
	Remitir la orden de gasto a la Direccion Financiera.	La secretaria de la Direccion del seguro de salud, genera el Consolidado de Ordenes de gasto (RG-M06-P01-14) entrega al departamento de tesoreria originales de las Ordenes de gasto (RG-M06-P01-03) facturas y notas de credito y la copia entrega al Liquidador de Prestaciones Medicas para el archivo respectivo.		SI	No cuentan con manuales	Mensual	Secretaria de la Direccion	Director

ANEXO "C"
MATRIZ DE IDENTIFICACION DE FACTORES Y EVENTOS DE RIESGO

ACTIVIDADES	TAREAS	FALLAS O INSUFICIENCIAS	FACTORES DE RIESGO	EVENTOS DE RIESGO		OBSERVACIONES	
				EVENTO	CATEGORIA		
Verificar la Capacidad técnica, administrativa y financiera mediante los instrumentos de calificación.	La Comisión Calificadora utilizará los instrumentos destinados para este fin; si por la especialidad de la prestación no se dispone de un instrumento capaz de evaluar el servicio, los existentes podrán ser adaptados acorde a la necesidad.	Para los casos de prestadores de Salud que oferten servicios de rehabilitación especial se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de centros de rehabilitación especial" RG-M06-P02-02 Para los casos de prestadores de Salud que oferten servicios ortesis y prótesis se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de centros de ortesis y prótesis" M06-P02-09 Para los casos de prestadores de Salud que oferten servicios de diálisis se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de centros de diálisis" RG-M06-P02-10 Para los casos de prestadores de Salud conforme su nivel de atención o de no existir el mismo se utilizará el registro "Instrumento para determinar el nivel de atención" RG-M06-P02-04, o es aplicable para unidades de primer nivel. Para los casos de prestadores de Salud que oferten servicios de terapia intensiva, atención de especialidades y subespecialidades, cirugías intervencionistas, sala de emergencia entre otros servicios de alta complejidad, se utilizará el registro "Instrumento para la calificación de prestadores de salud" RG-M06-P02-03, el cual es aplicable para unidades de II y III nivel.	Los posibles Prestadores de Servicios de Salud, no pueden demostrar las instalaciones, capacidades resolutivas, especialidades, en los servicios médicos ofertados, etc. Existe una probabilidad de no presentación y cumplimiento de los requisitos de cerca del 40% de los PSS evaluados (23 presentaron se concluyó el proceso con la firma del convenio respectivo y/o oficio de relacionamiento de 13, durante el año 2015)	PROCESOS	Deficiencia en procesos, Clientes, productos y prácticas empresariales	Prácticas empresariales o de mercado impropiedades	Los posibles Prestadores de Servicios de Salud, por cualquiera de las formas de acceder a ser proveedor del ISSFA, proponen los servicios médicos, equipos, facilidades, etc. pero cuando la Comisión realiza la visita para la verificación, se encuentran con la novedad que lo que ofertaron no es lo disponible, por ello el proceso se detiene o en su defecto se alarga en concluir.
Emitir informe de las calificaciones efectuadas	Una vez terminada la visita de calificación los miembros de la comisión elaborarán el "Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05, basándose en el resultado de aplicar el instrumento de calificación establecido, el cual contendrá una matriz de los aspectos técnicos evaluados. Si la evaluación corresponde a varias unidades dentro de una misma localidad y un mismo prestador se expresan las matrices correspondientes a cada unidad y su respectiva puntuación en los diferentes componentes evaluados.	"Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05, basándose en el resultado de aplicar el instrumento de calificación establecido, el cual contendrá una matriz de los aspectos técnicos evaluados. Si la evaluación corresponde a varias unidades dentro de una misma localidad y un mismo prestador se expresan las matrices correspondientes a cada unidad y su respectiva puntuación en los diferentes componentes evaluados.	Que por alguna razón no se plasma en el informe la evaluación realizada in situ, alterando los resultados	PROCESOS	Deficiencia en procesos, Clientes, productos y prácticas empresariales	Prácticas empresariales o de mercado impropiedades	El informe realizado puede contener errores de forma y de fondo sea por acción de los funcionarios del ISSFA, voluntario o involuntario lo que invalida la calificación realizada
Legalizar la modalidad de adquisición del servicio	El Jefe del departamento de Economía de la Salud en coordinación con el Técnico en Administración de acuerdo al "Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05 realizan las consideraciones pertinentes y convoca al Prestador de Servicio de Salud para la negociación de los costos de las prestaciones. El Jefe del Departamento de Economía de la Salud emite el "Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07 en el cual recomienda el establecimiento o no del convenio, considerando la negociación y los resultados de la evaluación. El Técnico en Administración solicita los documentos habilitantes al Prestador de Servicio de Salud, para la Elaboración del convenio o derivación RIPS u Oficio de relacionamiento. La documentación habilitante se entregará en un plazo máximo de 30 días hábiles a partir de la fecha de notificación para formar parte de los prestadores del ISSFA.	El Jefe del departamento de Economía de la Salud en coordinación con el Técnico en Administración de acuerdo al "Informe Técnico de Calificación" RG-M06-P02-05 realizan las consideraciones pertinentes y convoca al Prestador de Servicio de Salud para la negociación de los costos de las prestaciones. El Jefe del Departamento de Economía de la Salud emite el "Acta de Evaluación de Resultados" RG-M06-P02-07 en el cual recomienda el establecimiento o no del convenio, considerando la negociación y los resultados de la evaluación. El Técnico en Administración solicita los documentos habilitantes al Prestador de Servicio de Salud, para la Elaboración del convenio o derivación RIPS u Oficio de relacionamiento. La documentación habilitante se entregará en un plazo máximo de 30 días hábiles a partir de la fecha de notificación para formar parte de los prestadores del ISSFA.	Posibilidad de existir una mala negociación con el PSS, pero lo más común es que no se quiere cumplir con el Tarifario Nacional del MSP El posible PSS, no presenta en los plazos establecidos los documentos o están incompletos	PROCESOS	Prácticas empresariales o de mercado impropiedades	Prácticas empresariales o de mercado impropiedades	Es posible que por alguna razón la negociación no se realice en función de los intereses del ISSFA los posibles Prestadores de Servicios de Salud, no entregan la documentación requerida en el plazo estipulado, lo cual demora el trámite respectivo.
Ingresar o modificar al Prestador de Servicio de Salud en el Sistema de Planillaje	Una vez legalizados los convenios por el Director General en los tres ejemplares originales, la Secretaría Ejecutiva realiza la siguiente distribución: Asesoría Jurídica: Prestador del Servicio de Salud en convenio; Departamento de Economía de la Salud. El Jefe del Departamento de Economía de la Salud, coordina con Comunicación Social para la difusión del ingreso del nuevo Prestador del Servicio de Salud. El Jefe de Departamento de Economía de la Salud solicita al Jefe de la Sección Liquidación y Pagos el registro del Prestador de Servicio en el Sistema Informático de Salud. En caso de que el prestador de Servicio de Salud, solicite la utilización del programa de planillaje se realizará el proceso de capacitación de proveedores para la utilización del programa y se deberá coordinar con la UTIC la creación de claves y usuarios. Para la capacitación el Médico Auditor y el Liquidador de Prestaciones Médicas, responsables del Prestador del Servicio de Salud en convenio, coordinan la capacitación del módulo financiero y área técnica médica.	Una vez legalizados los convenios por el Director General en los tres ejemplares originales, la Secretaría Ejecutiva realiza la siguiente distribución: Asesoría Jurídica: Prestador del Servicio de Salud en convenio; Departamento de Economía de la Salud. El Jefe del Departamento de Economía de la Salud, coordina con Comunicación Social para la difusión del ingreso del nuevo Prestador del Servicio de Salud. El Jefe de Departamento de Economía de la Salud solicita al Jefe de la Sección Liquidación y Pagos el registro del Prestador de Servicio en el Sistema Informático de Salud. En caso de que el prestador de Servicio de Salud, solicite la utilización del programa de planillaje se realizará el proceso de capacitación de proveedores para la utilización del programa y se deberá coordinar con la UTIC la creación de claves y usuarios. Para la capacitación el Médico Auditor y el Liquidador de Prestaciones Médicas, responsables del Prestador del Servicio de Salud en convenio, coordinan la capacitación del módulo financiero y área técnica médica.	No se están entregando los ejemplares a cada destinatario por lo tanto no se prosigue en cada área el trámite. La información sobre los PSS, no está llegando a los afiliados quienes la desconocen y no hacen uso del servicio. Existe una falta de comprensión de cómo funciona el sistema informático de salud, es posible la capacitación no surte efecto	PROCESOS	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Seguimiento y presentación de informes	Se ha determinado que una vez formados los convenios no son puestos en conocimiento y entregados a todos los involucrados.
Recibir la documentación (Planillas)	El prestador de Servicio de Salud mediante oficio y reportes, entrega mensualmente las planillas con sus documentos habilitantes (de acuerdo a la normativa del MSP), por las prestaciones otorgadas a los asegurados, en la ventanilla de Recepción de Documentos. En casos de servicios externos al Prestador de Servicio de Salud, este último entregará mensualmente un consolidado con sus respectivos documentos de respaldo, donde se detalle por planilla, datos del paciente, servicio, categoría del paciente, número de factura o prefactura, por códigos y detalle del procedimiento, valor que cubre el ISSFA, valor que paga paciente y valor total.	El prestador de Servicio de Salud mediante oficio y reportes, entrega mensualmente las planillas con sus documentos habilitantes (de acuerdo a la normativa del MSP), por las prestaciones otorgadas a los asegurados, en la ventanilla de Recepción de Documentos. En casos de servicios externos al Prestador de Servicio de Salud, este último entregará mensualmente un consolidado con sus respectivos documentos de respaldo, donde se detalle por planilla, datos del paciente, servicio, categoría del paciente, número de factura o prefactura, por códigos y detalle del procedimiento, valor que cubre el ISSFA, valor que paga paciente y valor total.	Por diferentes circunstancias los documentos del PSS, no llegan o llegan a destiempo al ISSFA, además que por la cantidad de transacciones es imposible atenderlas rápidamente.	PROCESOS	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Contrapartes comerciales. Gestión de cuentas de clientes	Esta entrega de la información se realiza en forma física, por lo que por eventos externos al ISSFA y las condiciones de transporte de correos o documentación se lo realiza en forma oportuna o extemporánea; además que los documentos recibidos son excesivos y dificulta su verificación y archivo.
Cargar la información en el sistema	El Técnico de Archivo revisa físicamente las planillas del trámite y sus respaldos, compara con el listado consolidado y verifica la coherencia de esta información: El Técnico de Archivo revisa físicamente las planillas del trámite y sus respaldos, compara con el listado consolidado y verifica la coherencia de esta información: En caso que durante la validación de la información se presenten novedades en el archivo digital, el Técnico de Archivo se comunica con el Prestador de Servicios de Salud para que corrija inmediatamente esta novedad caso contrario, si no hay respuesta en el lapso de 48 horas hábiles de realizada la notificación, se procede a la devolución del trámite, mediante el documento Oficio con novedades presentadas.	Si el Prestador de Servicio de Salud utiliza el programa del planillaje desarrollado por el ISSFA, el Técnico de Archivo valida la información registrada en el sistema integrado, aplica los controles automáticos (revisión de tarifarios, códigos, derechos, coberturas, de acuerdo a la parametrización respectiva) y reporta en el módulo de salud las novedades de la solicitud. Si el Prestador de Servicio de Salud no utiliza la aplicación desarrollada por el ISSFA, el Técnico de Archivo crea la solicitud en el módulo de facturación, carga, válida en el módulo de salud la información digital entregada por el Prestador de Servicio de Salud de acuerdo a los parámetros establecidos por el ISSFA y reporta las novedades de la solicitud en concordancia a la normativa. En caso que durante la validación de la información se presenten novedades en el archivo digital, el Técnico de Archivo se comunica con el Prestador de Servicios de Salud para que corrija inmediatamente esta novedad caso contrario, si no hay respuesta en el lapso de 48 horas hábiles de realizada la notificación, se procede a la devolución del trámite, mediante el documento Oficio con novedades presentadas.	La falta de experiencia en el funcionario hace que el trámite se suspenda o se realice más lentamente que lo requerido por el procedimiento, en donde también pueden haber fallas. Las novedades encontradas no son reportadas inmediatamente. Es imposible para el PSS el entregar la información o convalidación de la existente en el plazo, por lo que normalmente se devuelve el trámite, para iniciarse de cero	PROCESOS	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Gestión de cuentas de clientes	Los PSS envían los documentos de respaldo sin utilizar los formatos correspondientes, existen facturas de procedimientos que no se pueden verificar, o hay atenciones médicas que no se acoplan al Tarifario Nacional y al ..., por lo cual los documentos son rechazados y deben ser reexpedidos. Los PSS envían los documentos de respaldo sin utilizar los formatos correspondientes, existen facturas de procedimientos que no se pueden verificar, o hay atenciones médicas que no se acoplan al Tarifario Nacional y al ..., por lo cual los documentos son rechazados y deben ser reexpedidos.
El LPM no elabora en el sistema el orden de gasto en los casos:	a. Sin convenio de abono con factura: Únicamente registra los datos de la factura, retenciones e impuestos en el sistema integrado generando la interfase financiera por el total de la factura, afectando el compromiso y la obligación presupuestaria, que a su vez, tienen su afectación contable automática de acuerdo a los parámetros establecidos por el departamento de contabilidad. b. Sin convenio de abono y sin factura: Para los PSS que no envían factura y no tienen convenio de abono quedan pendiente hasta cuando exista la validación de auditoría médica.	a. Sin convenio de abono con factura: Únicamente registra los datos de la factura, retenciones e impuestos en el sistema integrado generando la interfase financiera por el total de la factura, afectando el compromiso y la obligación presupuestaria, que a su vez, tienen su afectación contable automática de acuerdo a los parámetros establecidos por el departamento de contabilidad. b. Sin convenio de abono y sin factura: Para los PSS que no envían factura y no tienen convenio de abono quedan pendiente hasta cuando exista la validación de auditoría médica.	Este trámite que queda en suspenso en la mayoría de los casos puede tener un tiempo largo de resolución en razón de que los PSS, con el convenio de abono no entregan la información correspondiente o no se les comunica oportunamente	PROCESOS	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Gestión de cuentas de clientes	No se realiza la conciliación contable periódicamente entre la Dirección del Seguro de Salud y la Dirección Financiera por lo cual se desconoce cuáles son los verdaderos saldos financieros.
El Liquidador de Prestaciones Médicas entrega al Auditor de Cuentas Médicas el trámite con toda la documentación de respaldo para que se proceda con lo siguiente:	Auditor de Cuentas Médicas: Evaluar la consistencia del contenido de la información documental. Verificar la correlación entre los estudios y pedidos realizados al paciente Revisar la aplicación de las coberturas, condiciones de convenio y tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (TPSNS) en prestaciones de salud otorgadas al paciente Verificar si los fármacos utilizados están en valores que se ajusten a las regulaciones del TPSNS. Revisar que la utilización de los materiales, suministros e insumos médicos tengan correlación entre el planillaje y los documentos de soporte. Aplicar los debitos correspondientes de acuerdo al análisis realizado.	Auditor de Cuentas Médicas: Evaluar la consistencia del contenido de la información documental. Verificar la correlación entre los estudios y pedidos realizados al paciente Revisar la aplicación de las coberturas, condiciones de convenio y tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (TPSNS) en prestaciones de salud otorgadas al paciente Verificar si los fármacos utilizados están en valores que se ajusten a las regulaciones del TPSNS. Revisar que la utilización de los materiales, suministros e insumos médicos tengan correlación entre el planillaje y los documentos de soporte. Aplicar los debitos correspondientes de acuerdo al análisis realizado.	En la mayoría de los casos en que se identifica inconsistencias en los documentos y el tratamiento realizado, estas se quedan pendientes por falta de gestión del ISSFA y por falta de atención a la solución por parte del PSS.	PROCESOS	Clientes, productos y prácticas empresariales	Adecuación, divulgación de información y confianza.	Existen novedades en la que los médicos no observan el Protocolo Internacional de Atención, Los Protocolos del MSP. Y el tarifario Nacional, no coinciden los documentos de respaldo de las diferentes atenciones y algunos no están firmadas, por los médicos tratantes.
Una vez que el Médico Auditor tenga el trámite realiza lo siguiente: Realiza la revisión de las planillas de forma individual o considerando la selección de una muestra conforme a normativa de la autoridad rectora y/o los criterios establecidos por la Dirección del Seguro de Salud, de acuerdo a las características del PSS y facturación. En la revisión de planillas se considerará lo siguiente: En todos los casos en una prestación de salud primara el criterio médico que defina la pertinencia considerando la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención médica.	Verificar la pertinencia médica de las prestaciones de salud (tratamientos clínicos, quirúrgicos y otras) otorgados al paciente conforme a protocolos nacionales, institucionales y de no existir los internacionales de medicina basada en evidencia. Verificar que los materiales, suministros, dispositivos e insumos médicos utilizados en el o los procedimientos realizados tengan pertinencia médica. Verificar la pertinencia de las medicinas utilizadas.	Verificar la pertinencia médica de las prestaciones de salud (tratamientos clínicos, quirúrgicos y otras) otorgados al paciente conforme a protocolos nacionales, institucionales y de no existir los internacionales de medicina basada en evidencia. Verificar que los materiales, suministros, dispositivos e insumos médicos utilizados en el o los procedimientos realizados tengan pertinencia médica. Verificar la pertinencia de las medicinas utilizadas.	Esta verificación permite conocer si realmente se observó el protocolo de atención determinado por el MSP. A nivel nacional, pudiendo encontrar inconsistencias de procedimientos con lo cual se invalidaría y rechazaría el trámite	PROCESOS	Clientes, productos y prácticas empresariales	Adecuación, divulgación de información y confianza	Este servicio al afiliado a pesar de ser de una manera simple se ha complicado al interior del ISSFA, en razón de que existen demasiados reclamos por la demora o la devolución de los gastos realizados
De igual manera sucede cuando los afiliados que por alguna razón han hecho gastos de servicios de salud y requieren su reposición.			En las reposiciones de pagos realizadas por el afiliado se puede comprobar que 179 solicitudes por liquidar, por un valor de 95.769,30 USD., no fueron ni canceladas ni devueltas los documentos a los afiliados.	PROCESOS	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Seguimiento y presentación de informes	A pesar de que se reexpide la documentación al PSS, este trámite queda pendiente y sin acción, lo que ocasiona que se mantenga con esa novedad y en algunos casos cuando el PSS reenvía se duplica el trámite por la misma atención de salud. En las reposiciones de pagos realizados por el afiliado se puede comprobar que 179 solicitudes por liquidar, por un valor de 95.769,30 USD., no fueron ni canceladas ni devueltas los documentos a los afiliados.

		Avalar las observaciones efectuadas por el auditor de Cuentas medicas y realizar los debitos de las objeciones encontradas en el proceso de pertinencia medica. En caso de existir inconsistencias devuelve al Auditor de Cuentas medicas para los ajustes correspondientes.						
	El Medico Auditor estableciendo las causas de la objecion, determine:	a) Si esta es total se procede a la devolucion de la planilla que se adjuntara al Reporte de auditoria Medica (RG-M06-P01-08) y se entrega al Liquidador de Prestaciones Medicas; b) Si la objecion es parcial, el reporte debe señalar claramente la causa de la objecion y de ser el caso adjuntara la informacion adicional que se requiere para aclarar el motivo de la objecion y levantarla.	Las objeciones señaladas por el Auditor Medico, en la gran mayoría no son aceptadas por el PSS, el cual no recibe la cancelacion por un procedimiento realizado, a lo cual indica que es perdida.	PROCESOS	Cientes, productos y practicas empresariales	Practicas empresariales o del mercado improcedentes	Existe diferencia en los documentos presentados por el PSS y los que requiere la auditoria Medica del ISSFA, para aprobar totalmente la facturación.	
	El Medico Auditor realiza los debitos por pertinencia medica y genera el Reporte de Auditoria Medica (RG-M06-P01-08) estableciendo las causas de la objecion, este debe ser suficientemente explicito para facilitar la tarea del levantamiento o no de la objecion y el Reporte de Liquidacion Total (RG-M06-P01-09).		las objeciones no son lo suficientemente claras o no estan acordes a los procedimientos del PSS, lo cual causa conflicto de que es lo pertinente.	PROCESOS	Cientes, productos y practicas empresariales	Adecuación, divulgación de información y confianza	Cuando no esta claro las objeciones del Auditor de Cuentas o Medico, el PSS no remite las justificaciones a las objeciones, por tanto el tramite permanece pendiente, pudiendo duplicarse.	
Revisar los debitos efectuados por auditoria medica para solicitar las factura	El Liquidador de Prestaciones Medicas receipta el tramite con los documentos de respaldo, revisa los valores objetados en los registros: Reporte de Liquidacion Total (RG-M06-P01-09) y Reporte de Auditoria Medica (RG-M06P01-08) efectuados y comunica al PSS mediante correo electronico la novedad presentada y solicita lo siguiente: La factura y la Nota de Credito deberan ser presentados por el PSS en el ISSFA como fecha limite el 20 de cada mes, con la finalidad de evitar anulaciones, las mismas que deben cumplir con los requisitos del SRI.	a. En caso de que el PSS emita factura y/o tiene convenio de abonos vigente, el Liquidador de Prestaciones Medicas solicitara la emision de la Nota de Credito correspondiente por los valores objetados. b. En caso de que el PSS tiene convenio de abonos vigente y no emite factura, el Liquidador de Prestaciones Medicas solicitara la factura por el valor real a pagar auditado. c. En el caso de que el PSS envió oficio y/o prefacturas, el Liquidador de Prestaciones Medicas solicitara la emision de la Factura por el valor a pagar una vez descontados los valores objetados.	Podria existir de no pago de aquellos PSS, que tienen convenio de abono y sus notas de credito excedan el valor a pagar fuera del abono.	PROCESOS	Cientes, productos y practicas empresariales	Practicas empresariales o de mercado improcedentes	Existen algunos PSS, que se han excedido en el convenio por abonos y no descargan los valores objetados con las notas de credito, lo cual se mantiene pendiente de descarga financiera y de pago	
Generar, revisar y legalizar la orden de gasto	Para los casos de convenio de abonos y emision de factura al inicio del tramite, una vez recibida la Nota de Credito del Liquidador de Prestaciones Medicas registra los datos en el sistema integrado, genera la interfase financiera liquidando la cuenta pendiente y emitiendo la Orden de Gasto (RG-M06-P01-03) si existiera diferencia a favor del PSS. En caso de que los valores objetados fueron superiores al valor pendiente por pagar genera una cuenta por cobrar a favor del ISSFA, vease numeral 6 del Subproceso Recepcion y validacion de documentacion.		Esta cuenta se encuentra saturada por la falta de pago de las notas de credito de los PSS.	PROCESOS	Cientes, productos y practicas empresariales	Practicas empresariales o de mercado improcedentes	Existen algunos PSS, que se han excedido en el convenio por abonos y no descargan los valores objetados con las notas de credito, lo cual se mantiene pendiente de descarga financiera y de pago	
	Una vez recibida la factura por el valr a cancelar, el Liquidador de Prestaciones medicas registra los datos, retenciones e impuestos en el sistema integrado, genera la interfase financiera, emitiendo la Orden de Gasto (RG-M06-P01-03) favor del PSS.		Algunos ordenes e pago se las realizo al PSS si existir convenio de pago		LEGAL	LEGISLACION	Inobservancia de las disposiciones normativas del Seguro de Salud.	Se procedio a emitir la Orden de pago y la afectacion respectiva a algunos PSS, sin tener convenio firmado.
	El Jefe Seccion Liquidacion y Pagos, revisa y controla que:	a) se afecte a la partida presupuestaria respectiva que este relacionada con el servicio medico prestado. b) los impuestos y retenciones generados sean aplicados al PSS de ser el caso c) Pertinencia financiera en la ejecucion de los pagos de las prestaciones de salud.	La conciliacion financiera entre el Seguro de salud y el Departamento Financiero, esta desactualizado		PROCESOS	Ejecucion, entrega y gestión de procesos.	Perdidas derivadas del incumplimiento de la normativa	por falta de coordinacion entre la direccion de salud y el departamento de Contabilidad no se cuadraron los rubros y conciliaron las cuentas, teniendo una falta de conocimiento de cual es lo presupuestado y gastado.
	Una vez que el Jefe Seccion Liquidacion y Pagos revisa y sumilla las Ordenes de Gasto (RG-M06-P01-03) y el Oficio de Informacion de pago al PSS (RG-M06-01-13) entrega al Jefe del departamento de Prestaciones de salud Hospitalarios para que se autorice y legalice estos documentos, los mismos que entrega a la Secretaria de la Direccion del seguro de Salud. Para el caso de reexpedidas el PSS envia documentacion justificando las objeciones, el Liquidador de Prestaciones Medicas relaciona con el tramite inicial y se procede como un nuevo tramite de liquidacion de servicios.		Existe tramites pendientes por algunos años, en razon de que se solicito el completamiento de la informacion por inconsistencia, sin embargo se las presento y se creo n nuevo tramite.	PROCESOS	Ejecucion, entrega y gestión de procesos	Gestion de cuentas de clientes	Se pueden y se han duplicado algunos tramites de liquidacion de servicios medicos.	
Mantener actualizado los procesos, subprocesos y procedimientos y su normativa legal.	El Director del Seguro de Salud, deberá anualmente verificar y coordinar con la Unidad de Desarrollo Institucional, la necesidad de la actualizacion de los procesos, actualizando toda la documentacion de los procesos.		Los procesos y sus normas legales escritas de la Direccion de Salud no están actualizados, se evidencio que los procedimientos al 28 de febrero de 2013, fecha de corte del examen especial, no fueron actualizados por el Jefe de la Unidad de planificacion y doctrina, de acuerdo a la realidad de la entidad, generando retraso en el pago de las prestaciones medicas, perdida de tiempo, así como incidió en la falta de re certificación de la norma ISO 9001 - 2008.	PROCESOS	Ejecucion, entrega y gestión de procesos	Seguimiento y presentación de informes	La Direccion de Salud del ISSFA, mantenía una certificación internacional de calidad, la misma que por no haberse dado seguimiento y actualizacion a los procesos que permiten su administracion se perdió hace 4 años, sin que se pueda recertificar en la misma norma.	
Manuales y reglamentos actualizados	El Director del Seguro de Salud, deberá mantener actualizados toda la normativa legal del proceso administrativo del Seguro de salud.		El reglamento y directivas de la Direccion de Salud no están actualizados, se evidencio que la legislación vigentes, al 28 de febrero de 2013, fecha de corte del examen especial, no fueron actualizados en coordinacion con el Jefe de la Unidad de planificacion y doctrina, de acuerdo a la realidad actual de la entidad y a los lineamientos establecidos por el MSP, generando posible ilegalidad en los actos administrativos.	LEGAL	Legislacion	Limitacion o incertidumbre acerca de la legislación vigente	El Consejo Directivo del ISSFA, el MSP como ente rector de la Salud a nivel Nacional toman decisiones de cambio de derechos, procedimientos, costos, etc. por ello la Direccion de Salud necesitan adecuar los reglamentos y directivas que les norma y mantenerlos actualizados	
Evaluacion e incorporacion de personal necesario	Evaluacion de la carga de trabajo del personal del Seguro de Salud.		El Director del Seguro de Salud, indica que en base a la difianca del servicio de reposicion de gastos medicos a los afiliados, existieron una gran cantidad de solicitudes por este tema, lo que por falta de personal excedió la capacidad de atender, ademas que la auditoria medica de la facturación y liquidacion estuvo retrasada desde años atras, por falta de personal y por la retencion de personal militar.	PERSONAL	Incorporacion	Planificacion de necesidades	Sin estar planificado y en contrario a la estructura organico funcional de la Direccion de Salud, se contrato personal de Auditores Medicos, para suplir una deficiencia y volumen de trabajo, sin que se haya adecuado el organico funcional y estructural de la Direccion.	
Conocimiento y aplicación de la normativa legal.	El proceso de administrativo de facturación y liquidacion de Prestaciones medicas, se lo administra en base a reglamentos, instructivos y convenios, que son entregados, socializados y capacitados todos los funcionarios del ISSFA involucrados y servidores de los PSS, debiendo observarse su aplicacion correspondiente.		Existe según los PSS, una mala aplicación de la normativa establecida por: Desconocimiento del instructivo 002012 Desconocimiento del Convenio marco Desconocimiento de los términos de los convenios con los diferentes entes financiadores	LEGAL	Legislacion	Inobservancia, incorrecta o inoportuna aplicación de disposiciones legales, normativas y reglamentarias.	La capacitacion e induccion que reciben el personal que labora en la Direccion de Salud, los representantes de los PSS no les permite comprender y aplicar cual es la normativa que se aplicara en la administracion del seguro, ademas que por alguna razon algunos funcionarios de los PSS pueden aludir no comprenderlo, lo que se podria decir que lleve a un fraude.	

Procesos	Cientes, productos y prácticas empresariales	Prácticas empresariales o de mercado imprecisas	Aceptar u Objear la/s planilla/s	El Médico Auditor que se adjuntará al Reporte de Auditoría Médica (RG-M06-P01-08) y se entrega al Liquidador de Prestaciones Médicas. b) Si la objeción es parcial, el reporte debe señalar claramente la causa de la objeción y de ser el caso adjuntará la información adicional que se requiere para aclarar el motivo de la objeción y levantarla.	Las objeciones señaladas por el Auditor Médico, en la gran mayoría no son aceptadas por el PSS, el cual no recibe la cancelación por un procedimiento realizado, el mismo que indica que es pérdida para él.	P13	POSIBLE	MODERADO	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 48.064 USD.	MODERADO	Seguimiento del proceso de facturación	CASI CERTE-RA	ME-NOR	BAJO	
Procesos	Cientes, productos y prácticas empresariales	Adecuación, divulgación de información y confianza	Aceptar u Objear la/s planilla/s	El Médico Auditor realiza los débitos por pertinencia médica y genera el Reporte de Auditoría Médica (RG-M06-P01-08) estableciendo las causas de la objeción, este debe ser suficientemente explícito para facilitar la tarea del levantamiento o no de la objeción y el Reporte de Liquidación Total (RG-M06-P01-09).	Las objeciones no son lo suficientemente claras o no están acordes a los procedimientos del PSS, lo cual causa conflicto de que es lo pertinente.	P14	PROBABLE	INSIGNIFICANTE	NO PERDIDAS ECONOMICAS	BAJO	Aplicación de los protocolos de salud establecidos	CASI CERTE-RA	INSIGNIFICANTE	NO PERDIDAS ECONOMICAS	BAJO
Procesos	Cientes, productos y prácticas empresariales	Prácticas empresariales o de mercado imprecisas	Revisar los débitos efectuados por auditoría médica para solicitar las facturas	El Liquidador de Prestaciones Médicas revisa el trámite con los documentos de respaldo, revisa los valores objetados en los registros: Reporte de Liquidación Total (RG-M06-P01-09) y Reporte de Auditoría Médica (RG-M06-P01-08) efectuados y comunita al PSS mediante correo electrónico la novedad presentada y solicita lo siguiente: La factura y la Nota de Crédito deberán ser presentados por el PSS en el ISSFA como fecha límite el 20 de cada mes, con la finalidad de evitar anulaciones, las mismas que	a. En caso de que el PSS emita factura y/o tiene convenio de abonos vigente, el Liquidador de Prestaciones Médicas solicitará la emisión de la Nota de Crédito correspondiente por los valores objetados. b. En caso de que el PSS tiene convenio de abonos vigente y no emitió factura, el Liquidador de Prestaciones Médicas solicitará la factura por el valor real a pagar auditado. c. En el caso de que el PSS emita factura y/o prefacturas, el Liquidador de Prestaciones Médicas solicitará la emisión de la Factura por el valor a pagar una vez descontados los valores objetados.	P15	CASI CERTE-RA	INSIGNIFICANTE	NO PERDIDAS ECONOMICAS	BAJO	Aplicación del convenio y normas legales	CASI CERTE-RA	INSIGNIFICANTE	NO PERDIDAS ECONOMICAS	BAJO
Legal	Legislación	Incumplimiento de las disposiciones normativas del Seguro de Salud.	Generar, revisar y legalizar la orden de gasto	Para los casos de convenio de abonos y emisión de factura al inicio del trámite, una vez recibida la Nota de Crédito del Liquidador de Prestaciones Médicas registra los datos en el sistema integrado, genera la interfase financiera liquidando la cuenta pendiente y emitiendo la Orden de Gasto (RG-M06-P01-03) si existiera diferencia a favor del PSS. En caso de que los valores objetados fueran superiores al valor pendiente por pagar genera una cuenta por cobrar a favor del ISSFA, véase numeral 6 del Subproceso Recepción y	Esta cuenta se encuentra saturada por la falta de pago de las notas de crédito de los PSS. Algunos ordenes de pago se las realizan al PSS si existir convenio de pago legalizado. Existe un caso de 4 PSS, a los cuales se les cancelo un total de 70.564,46 USD.	P16	PROBABLE	MAYOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 72.093 USD.	MODERADO	Verificación de vigencia de los convenios	CASI CERTE-RA	INSIGNIFICANTE	NO PERDIDAS ECONOMICAS	BAJO
Procesos	Ejecución, entrega y gestión de procesos.	Perdidas derivadas del incumplimiento de la normativa	Generar, revisar y legalizar la orden de gasto	El Jefe Sección Liquidación y Pagos, revisa y controla que: a) se afecte a la partida presupuestaria respectiva que esté relacionada con el servicio médico prestado. b) los impuestos y retenciones generados sean aplicados al PSS de ser el caso c) Pertinencia financiera en la ejecución de los pagos de las prestaciones de salud.	La conciliación financiera entre el Seguro de salud y el Contador General, está desactualizado, en razón de que aquellos 53 PSS, que facturan en línea, no tienen auxiliares de cada cuenta, lo que involucra que no se conozca que cuenta es de cada quien, lo cual dificulta llevar el control exacto.	P17	POSIBLE	MAYOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 27.084 USD	ALTO	Supervisión del proceso financiero	CASI CERTE-RO	INSIGNIFICANTE	NO PERDIDAS ECONOMICAS	BAJO
Procesos	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Gestión de cuentas de clientes	Generar, revisar y legalizar la orden de gasto	Una vez que el Jefe Sección Liquidación y Pagos revisa y sumilla los Ordenes de Gasto (RG-M06-P01-03) y el Oficio de Información de pago al PSS (RG-M06-01-13) entrega al Jefe del departamento de Prestaciones de Salud Hospitalarios para que se autorice y legalice estos documentos, los mismos que entrega a la Secretaría de la Dirección del seguro de Salud. Para el caso de recepciones el PSS envía documentación justificando las objeciones, el Liquidador de Prestaciones Médicas relaciona con el trámite inicial y se procede como un nuevo trámite de liquidación de servicios.	Existe trámite pendiente por algunos años 283 solicitudes por un valor de 1'406.988,60 USD., en razón de que se solicitó al PSS, el completamiento de la información por inconsistencia, sin embargo se las presento fuera de tiempo, con lo cual se creó un nuevo trámite, dejando al anterior como pendiente de realizar.	P18	RARA	CATASTROFICO	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 96.125 USD.	EXTREMO	Supervisión de culminación del proceso de facturación pendiente.	PROBABLE	MODERADO	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 48.064 USD.	MODERADO
Procesos	Ejecución, entrega y gestión de procesos	Perdidas derivadas del incumplimiento de la normativa	Mantener actualizados los procesos, subprocesos y procedimientos y su normativa legal.	El Director del Seguro de Salud, deberá anualmente verificar y coordinar con la Unidad de Desarrollo Institucional, la necesidad de la actualización de los procesos, actualizando toda la documentación de los procesos.	Los procesos y sus normas legales escritas de la Dirección de Salud no están actualizados, se evidencia que los procedimientos al 28 de febrero de 2013, fecha de corte del examen especial, no fueron actualizados por el Jefe de la Unidad de planificación y doctrina, de acuerdo a la realidad de la entidad, generando retraso en el pago de las prestaciones médicas, pérdida de tiempo, así como incidió en la falta de recertificación de la norma ISO 9001 - 2008.	P19	RARA	CATASTROFICO	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 96.125 USD.	EXTREMO	Aplicación de la metodología de actualización de procesos y reglamentos	RARA	MENOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 24.032 USD.	BAJO
Legal	Legislación	Limitación o incertidumbre acerca de la legislación vigente	Manuales y reglamentos actualizados	El Director del Seguro de Salud, deberá mantener actualizados toda la normativa legal del proceso administrativo del Seguro de salud.	El reglamento y directivas de la Dirección de Salud no están actualizados, se evidencia que la legislación vigentes, al 28 de febrero de 2013, fecha de corte del examen especial, no fueron actualizados en coordinación con el Jefe de la Unidad de planificación y doctrina, de acuerdo a la realidad actual de la entidad y a los lineamientos establecidos por el MSP, generando ilegalidad en los actos administrativos.	L1	CASI CERTE-RA	CATASTROFICO	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 96.125 USD.	EXTREMO		RARA	MENOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 24.032 USD.	BAJO
Personas	Incorporación	Planificación de necesidades	Evaluación e incorporación de personal necesario	Evaluación de la carga de trabajo del personal del Seguro de Salud.	El Director del Seguro de Salud, indica que en base a la difusión del servicio de reposición de gastos médicos a los afiliados, existieron una gran cantidad de solicitudes por este tema, lo que por falta de personal excedió la capacidad de trámite, además que la auditoría médica de la facturación y liquidación estaba retrasada desde años atrás, por falta de personal y	T112	PROBABLE	MODERADO	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 48.064 USD.	MODERADO	Determinación de necesidades, ubicación del presupuesto necesario, reclutamiento, incorporación y capacitación del personal	POSIBLE	MENOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS 24.032 USD.	MODERADO
Legal	Legislación	Incumplimiento, incorrecta o inoportuna aplicación de disposiciones legales, normativas o reglamentarias.	Conocimiento y aplicación de la normativa legal.	El proceso de administrativo de facturación y liquidación de Prestaciones médicas, se lo administra en base a reglamentos, instrucciones y convenios, que son entregados, socializados y capacitados todos los funcionarios del ISSFA involucrados y servidores de las PSS, debiendo observarse su aplicación correspondiente.	Existe según los PSS, una mala aplicación de la normativa establecida por: Desconocimiento del instructivo 002/12 Desconocimiento del Convenio marco Desconocimiento de los términos de los convenios con los diferentes entes financiadores	L2	PROBABLE	MAYOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS	ALTO	Aplicación del procedimiento de inducción a funcionarios y de la capacitación a los PSS.	POSIBLE	MENOR	PERDIDAS ECONOMICAS APROXIMADAS	MODERADO

