



**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS**

**FACULTAD DE POSTGRADOS**

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE LA SALUD**

**PROYECTO DE TITULACIÓN**

**TEMA:**

**PLAN DE OPTIMIZACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO A  
PRESTADORES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y RED  
PRIVADA COMPLEMENTARIA POR PARTE DEL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS A ATENCIONES  
OTORGADAS A LOS ASEGURADOS, DURANTE EL PERIODO ENERO -  
JUNIO 2023**

**PROFESOR:**

**RONNAL PATRICIO VARGAS**

**AUTOR:**

**SANTIAGO DAVID VITERI CABEZAS**

**AÑO:**

**2024**

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

CAPÍTULO I.....	5
ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL .....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE GESTIÓN GERENCIAL.....	6
ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y OPERATIVA .....	7
OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVO GENERAL .....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS ESTUDIADAS .....	14
CAPÍTULO II.....	16
JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGÍA A UTILIZAR .....	16
DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES .....	17
GESTIÓN FINANCIERA.....	17
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES .....	24
CAPÍTULO III.....	26
PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	26
ANÁLISIS FODA.....	26
PROCESO NORMATIVO.....	27
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	28
INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA.....	32
RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO IV .....	35
IMPLEMENTACIÓN.....	35
CONCLUSIONES .....	39
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXO .....	43

## **ABSTRACT**

The audit process of the quality of billing of health services - ACFSS, was conceived in Ecuador starting in 2012, date on which several public institutions in the country signed the Interinstitutional Framework Agreement for the integration of the Comprehensive Public Health Network. This process is born from the lessons learned by the Social Security Institute of the Armed Forces - ISSFA, in its plans and strategies for the economic recognition of health care for those insured by said institute.

Over the years, the ACFSS process has evolved, until it currently has common policies, guidelines for all national health subsystems, which has allowed a homogeneous structure to be managed. However, the main objective of this activity, which consists of enabling the payment of total or partial payment of health benefits, has an obvious problem.

The express regulations of the health governing body (Ministry of Public Health) establish the deadlines that financiers/insurers must make payment to health units at the national level. This regulation establishes eighty-five working days for the accreditation of resources in the respective accounts, distributing this time in the documentary control, medical technical and fee settlement phases.

Unfortunately, the times stipulated in the relationship regulations are not applied and complied with in any national subsystem, which leads to an absence of liquidity in health centers, clinics, hospitals, etc. public and private, which leads to an inadequate supply of medicines, supplies, and medical devices; lack of quality, opportunity, and free care; and, insufficient human talent according to the needs of each location.

In this context, the present research project proposes an optimization plan for the economic recognition of health providers by the ISSFA for care provided to the insured, which tends to identify the main critical nodes of the process, identify the ideal procedure to improve payment times and raised impact indicators in the medium and long term.

## RESUMEN

El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud - ACFSS, se concibe en el Ecuador a partir del año 2012, fecha en la cual se suscribe por parte de varias instituciones públicas del país, el Convenio Marco Interinstitucional para la integración de la Red Pública Integral de Salud. Este proceso nace desde las lecciones aprendidas por parte del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas - ISSFA, en sus planes y estrategias para el reconocimiento económico de las atenciones de salud a los asegurados a dicho instituto.

A lo largo de los años, el proceso de ACFSS ha ido evolucionando, hasta llegar en la actualidad con políticas y lineamientos comunes para todos los subsistemas de salud nacionales, lo que ha permitido que se maneje una estructura homogénea. Sin embargo, el principal objetivo de esta actividad, el cual consiste en la habilitación del pago total o parcial de las prestaciones de salud, tiene una evidente problemática.

La normativa expresa del ente rector de la salud (Ministerio de Salud Pública), establece los plazos que tienen los financiadores/aseguradores para realizar el pago a las unidades de salud a nivel nacional, dicho reglamento establece ochenta y cinco días laborables para la acreditación de recursos en las respectivas cuentas, distribuyendo este tiempo en las fases de control documental, técnico médico y liquidación de tarifas.

Lamentablemente los tiempos estipulados en el reglamento de relacionamiento, no se aplican y cumplen en ningún subsistema nacional, lo que conlleva a una ausencia de liquidez en los centros de salud, clínicas, hospitales, etc. públicos y privados, que conlleva a un inadecuado abastecimiento de medicamentos, insumos y dispositivos médicos; falta de calidad, oportunidad y gratuidad en la atención; y, talento humano insuficiente conforme las necesidades de cada localidad.

En este contexto, el presente proyecto de investigación plantea un plan de optimización para el reconocimiento económico a prestadores de salud por parte del ISSFA a atenciones otorgadas a los asegurados, el cual propenda a identificar los principales nudos críticos del proceso, identificar el procedimiento idóneo para mejorar los tiempos en el pago y planteé indicadores de impacto en el mediano y largo plazo.

# CAPÍTULO I

## ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL

### INTRODUCCIÓN

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas – ISSFA, se crea a partir de la aprobación de la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas por parte del Congreso Nacional de la República, un 7 de agosto de 1992, publicada en el suplemento del Registro Oficial No. 995 de la fecha antes descrita; tal y como se expresa en las páginas de dicho registro oficial, el Instituto nació como una entidad autónoma del sector público, con personería jurídica propia y bajo régimen especial.

Es importante señalar que a diferencia de otros tipos de seguridad social militar del a nivel mundial, el ISSFA no se financia íntegramente con aportes del estado, más bien, su organización se encuentra semejante a la seguridad social civil, en la cual se figura el concepto de aportantes, es decir, tanto estado como beneficiario contribuyen con este fin.

#### Ilustración 1

#### Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas



La gestión del seguro de salud nace en el año 1993 amparado en el Reglamento de Enfermedad y Maternidad, siendo este seguro el pionero a nivel nacional en implementar un proceso de auditoría de facturación, procesos de control técnico médico

y liquidación, acciones que en la actualidad se han convertido en lo que se conoce como el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud - ACFSS. En el año 1997 el Consejo Directivo del ISSFA crea la unidad de prestaciones médicas – UPM, con el objetivo de administrar el seguro de salud en un marco técnico y administrativo ágil (Frank Landázuri, 2022, p. 50).

Sin embargo, la administración y ejecución del seguro de salud, tomo un giro considerable, ya que en el año 2012, se firma el Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud – RPIS; acción que ratifica al ISSFA como institución aseguradora de la salud de Fuerzas Armadas y establece directrices y mecanismos de articulación a las que deberán sujetarse todas las instituciones antes citadas, para la operación articulada y coordinada de la RPIS.

Bajo este antecedente, el ISSFA ha propendido a continuar con la administración eficiente de la cobertura de salud, que garantiza la entrega equitativa y oportuna de los beneficios a los que tienen derechos sus asegurados, dependientes y derecho habientes a nivel nacional.

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE GESTIÓN GERENCIAL**

La Dirección del Seguro de Salud conforme lo establece el Estatuto Orgánico por Procesos vigente, tiene como parte de sus principales atribuciones la planificación, organización, ejecución y evaluación de las actividades relacionadas con la administración y concesión del seguro de enfermedad y maternidad; así como, realizar el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud y coordinar con los prestadores de la RPIS y RPC la atención oportuna y efectiva a los asegurados. (Estatuto Orgánico Por Procesos, 2013)

En la actualidad la mencionada Dirección se encuentra dividida en cuatro gestiones/jefaturas:

- Prestaciones Hospitalarias: gestión encargada del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud y códigos de validación para atenciones en prestadores privados a nivel nacional.

- Prestaciones no Hospitalarias: gestión encargada de la compra de medicamentos de enfermedades crónicas, raras, huérfanas y ayudas técnicas.
- Promoción, Prevención y Fomento de la Salud: gestión encargada de formulación de proyectos y campañas de prevención de salud.
- Economía de la Salud: gestión encargada de las estadísticas del seguro y convenios con prestadores de la red privada complementaria.

Es importante señalar que este plan de optimización se centrara en la gestión de prestaciones hospitalarias, departamento encargado del proceso de ACFSS y quien se encarga del reconocimiento económico a los prestadores de salud públicos y privados.

## **ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y OPERATIVA**

El departamento de prestaciones hospitalarias se encuentra estructurado administrativa y operativamente por un jefe de prestaciones hospitalarias, tres jefes de sección conforme cada una de las fases del proceso de ACFSS (control documental, técnico médico y liquidación) y cinco supervisores de cada fase, estructura que propende a garantizar el correcto reconocimiento económico a las unidades de salud que planillan/cobran al ISSFA por las atenciones otorgadas a los asegurados.

La fase de control documental cuenta con 15 analistas de control documental que en base a la descripción y perfil del puesto tienen como misión verificar que la documentación habilitante entregada por la RPIS y RPC, se encuentre conforme la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública. (Ministerio del Trabajo, 2022a).

La fase de control técnico médico cuenta con 27 médicos auditores y 1 odontólogo auditor que tienen como misión realizar la revisión de la pertinencia y razonabilidad de los procedimientos médicos/odontológicos aplicados a los pacientes, verificando la correlación de tratamientos clínicos, quirúrgicos, medicamentos y/o dispositivos prescritos y utilizados con el diagnóstico presentado.(Ministerio del Trabajo, 2022c)

La fase de control de liquidación y tarifas cuenta con 14 liquidadores de prestaciones de salud tienen como misión realizar los ajustes pertinentes sobre el número de prestaciones señaladas por el prestador del servicio de salud y las autorizadas por control técnico médico y verificar los derechos del paciente y cobertura

de los subsistemas de salud, para su respectivo reconocimiento económico. (Ministerio del Trabajo, 2022b)

En el ámbito financiero, por una parte, se encuentran los ingresos que percibe el Seguro de Enfermedad y Maternidad, los cuales provienen en un 100% del aporte de los militares en servicio activo (aporte personal) y el aporte del Ministerio de Defensa (aporte patronal), el cual conforme los estados financieros del año 2022, ascienden a USD 65.124.908,46, conforme el siguiente desglose de la tabla no. 1:

**Tabla 1**  
**Detalle de ingresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad – SEM 2022**

DETALLE DE INGRESO	VALOR
APORTES INDIVIDUALES DEL SEM	\$23.532.450,27
APORTES PATRONALES DEL SEM	\$41.573.553,22
APORTES INDIVIDUALES NUEVO RÉGIMEN DEL SEM	\$7.329,91
APORTES PATRONALES NUEVO RÉGIMEN DEL SEM	\$11.575,06
<b>TOTAL</b>	<b>\$65.124.908,46</b>

**Fuente:** Estados Financieros ISSFA\_2022

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Por otra parte, los egresos del SEM para el año 2022 ascendieron a USD 78.843.083,09, diferenciados por tipo de servicio y prestación realizada en favor de los asegurados ISFA, como se detalla en la tabla no. 2:

**Tabla 2**  
**Detalle de egresos del Seguro de Enfermedad y Maternidad – SEM 2022**

ÍTEM DE EGRESO	VALOR PAGADO
PAGO DE ATENCIONES SERVICIO AMBULATORIO	\$31.493.764,15
PAGO DE ATENCIONES SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA	\$921.675,84
PAGO DE ATENCIONES SERVICIO DIÁLISIS	\$2.228.797,59
PAGO DE ATENCIONES SERVICIO EMERGENCIA	\$4.566.845,59
PAGO DE ATENCIONES SERVICIO HOSPITALIZACIÓN	\$35.233.023,05
PAGO DE ATENCIONES SERVICIO PREHOSPITALARIO	\$3.651,85
PAGO DE PRESTACIONES NO HOSPITALARIAS	\$4.395.325,02
<b>TOTAL</b>	<b>\$78.843.083,09</b>

**Fuente:** Estados Financieros ISSFA\_2022

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Es importante señalar que, si se realiza un análisis de ingresos vs egresos, se podría considerar un déficit anual en este seguro; sin embargo, es importante señalar que el seguro de enfermedad y maternidad cuenta con reservas, generadas de los valores superavitarios existentes de años anteriores y que se colocan en inversiones privativas y no privativas en los mercados nacionales, garantizando la sostenibilidad del SEM.

## **OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS**

### **OFERTA**

El ISSFA cumple el rol de asegurador de la salud de las Fuerzas Armadas, es decir, cubre la atención integral de los asegurados en prestadores públicos y privados a nivel nacional; y, en casos excepcionales en prestadores internacionales, conforme la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública (Reglamento Del Seguro de Enfermedad y Maternidad Del ISSFA, 2014).

La Dirección del seguro de salud establece sus coberturas conforme lo establece las normas superiores de salud y el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, aprobado por el Consejo Directivo del ISSFA, el 4 de junio de 2014; en cuya parte pertinente establece:

**TÍTULO II**  
**DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**  
**CAPÍTULO UNICO**  
**DE LOS SERVICIOS, MODALIDADES Y COBERTURA**

**Art. 4.-** El SEM cubrirá dentro del territorio nacional, los siguientes servicios otorgados directamente por el ISSFA o a través de prestadores:

- a) Medicina preventiva;
- b) Asistencia clínica y quirúrgica (excepto cirugías estéticas no reconstructivas);  
entre otros:
  - 1) Consulta externa
  - 2) Emergencias y urgencias
  - 3) Tratamiento de cuidados paliativos
  - 4) Tratamiento médico integral para obesidad mórbida
- c) Asistencia Obstétrica;
- d) Asistencia Odontológica básica y funcional, no estética;
- e) Rehabilitación, Órtesis y Prótesis;

- 1) Rehabilitación, rehabilitación especial
  - 2) Asistencia y entrega de órtesis y prótesis
  - 3) Asistencia y entrega de órtesis auditivas, implantes cocleares e implantes óseos
- f) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- g) Asistencia farmacológica: hospitalaria, emergencia y ambulatoria; y,
- h) Medicina ancestral y alternativa

En síntesis, la oferta de servicios del ISSFA es la cobertura completa de prestaciones de servicios de salud de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y morbilidad; en todos los servicios de salud.

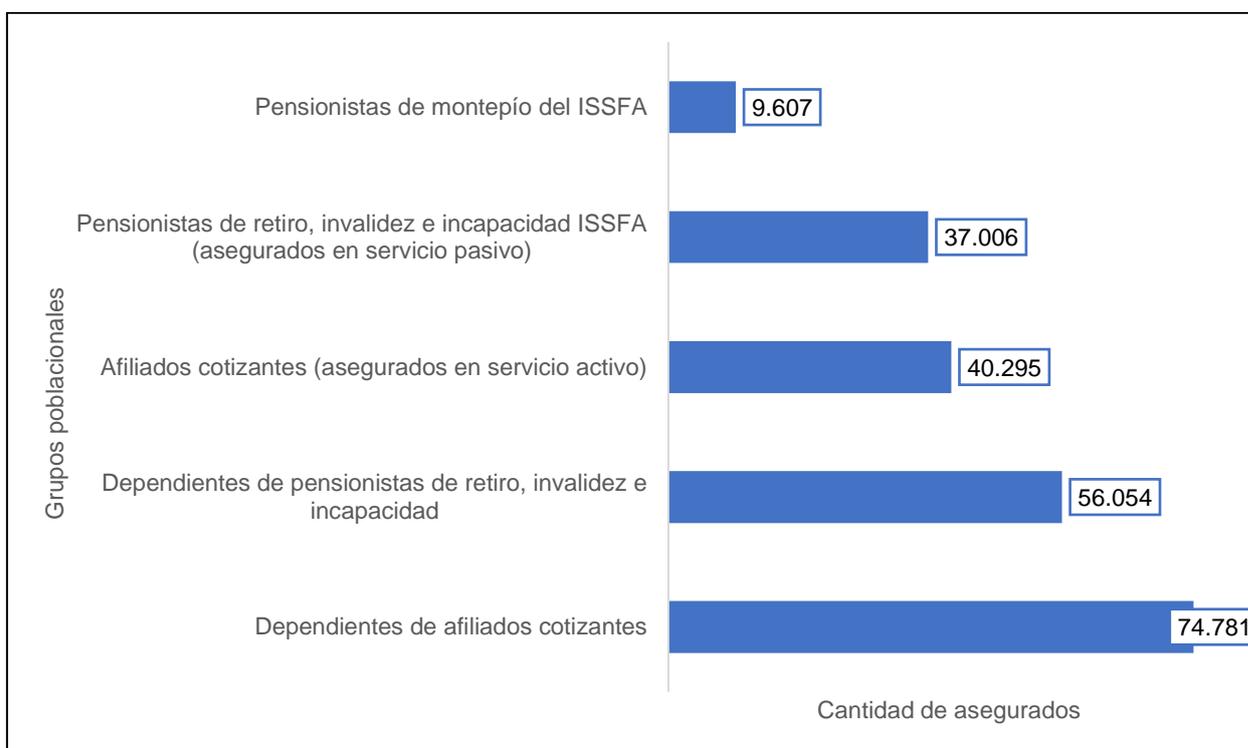
## **DEMANDA**

El seguro de salud cubre a los militares en servicio activo, militares en servicio pasivo que cumplan con todos los requisitos legales y se califiquen como pensionistas; y, a los familiares dependientes y los derechohabientes, calificados como tales, conforme la ley; así como, los aspirantes a oficiales, aspirantes a tropa y los conscriptos que se siniestraren en actos del servicio (actividades que se relacionan estricta y estrechamente a la función militar) (Ley de Seguridad Social de Las Fuerzas Armadas, 2011).

A septiembre de 2023 la población protegida por el régimen especial de seguridad social de las Fuerzas Armadas (prestaciones de salud) es de 217.743 asegurados (Asesoría Actuarial, 2023), desagregados de la siguiente manera:

**Gráfico 1**

**Población protegida por el régimen especial de seguridad social de las Fuerzas Armadas (prestaciones de salud) \***



\* Corte 30 de septiembre de 2023

**Fuente:** Información General Estadística ISSFA – septiembre/23\_ Asesoría Actuarial

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Como se puede evidenciar en el gráfico 1, el 34% de la población cubierta por el seguro de enfermedad y maternidad son dependientes de afiliados, es decir, esposa, hijos o padres de militares en servicio activo; el 26% corresponden a los familiares de pensionistas; el 19% corresponden a militares en servicio activo y el 21% restante corresponde a pensionistas (militares en servicio pasivo).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Retrasos en el reconocimiento económico a prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria por parte del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, conforme los tiempos establecidos en la normativa vigente para este efecto.

## JUSTIFICACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad en su parte pertinente establece: “**Art. 6.-** Las prestaciones de salud se proporcionarán a través de prestadores de servicios de salud de las Fuerzas Armadas, de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC)” (Reglamento Del Seguro de Enfermedad y Maternidad Del ISSFA, 2014).. Es decir, esta normativa establece que la atención a asegurado debe ser en primera instancia en las unidades de salud militar.

Las Fuerzas Armadas cuentan con 79 unidades de sanidad militar a nivel nacional, al mando de la Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Armadas, desde su creación las unidades de sanidad militar han tenido la misión de emplearse en operaciones militares, pero, con la firma del Convenio Marco Interinstitucional del 10 de abril de 2012, fueron habilitadas para atender al público tanto civil como militar, sin que se hayan realizado mejoras; existiendo personal, equipamiento y presupuestos reducidos lo que ocasiona difícil accesibilidad a los servicios de salud a los asegurados ISSFA.

Además, estas unidades de salud tienen una accesibilidad geográfica limitada en la mayoría de las provincias (recintos militares a nivel nacional), oferta de servicios que se restringen a medicina general y odontología general; y, personal de salud dedicado en gran parte de su jornada laboral a operaciones militares, por lo que registran ausencia de los profesionales de salud en dichos establecimientos.

Cabe señalar que el sentido de pertenencia único del personal de Fuerzas Armadas, provoca que la gran parte de asegurados prefieren asistir a una unidad de sanidad militar, que al resto de unidades de salud de la RPIS, ocasionando que no puedan acceder a los servicios de salud de manera oportuna y dificultando el proceso correcto de derivación, incumpliendo lo establecido en el Código Orgánico de la Salud, en cuya parte pertinente establece: “**Artículo 7.- Atención digna.-** toda persona, familia, o comunidad que reciba atención por cualquier prestador de salud tiene derecho a: (..) 3. Recibir atención integral para satisfacer su necesidad y/o intervenir en el problema o riesgo de su salud, relacionado con su ciclo de vida, con calidad, seguridad y efectividad (...)” (Código Orgánico de La Salud, 2020).

Adicionalmente, el Reglamento de Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS, de la

Red Privada Complementaria – RPC y el Servicio Público Para Pago De Accidentes De Tránsito -SPPAT; y, su reconocimiento económico - Acuerdo Ministerial 00140-2023 y el Convenio Marco Interinstitucional para la creación de la Red Pública Integral de Salud, obliga a los prestadores de salud de la RPIS a atender a toda la población. Sin embargo, se evidencian problemas de articulación, debido al desconocimiento del personal operativo en prestadores de otros subsistemas (IESS, MSP, ISSPOL), generando negativa de atención al expresar al paciente que cuenta con seguro ISSFA.

Bajo esta perspectiva es que la Red Privada Complementaria, ha tomado protagonismo, ya que se ha convertido, en los últimos años, en la solución oportuna para la atención de salud de asegurados ISSFA a nivel nacional; trayendo consigo una evidente necesidad del cumplimiento estricto y oportuno en el reconocimiento económico de dichas atenciones, que les permita mantener su liquidez, que se traduce en un adecuado abastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos y talento humano que propenda la oportunidad y calidad de los servicios que otorgan (Norma Para La Selección y Adquisición de Servicios de Salud de La Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de La Red Privada Complementaria (RPC), 2018).

La normativa vigente del Ministerio de Salud Pública establece 85 días laborables para la acreditación de recursos a los prestadores de salud, a partir de la presentación de los respectivos soportes en los respectivos subsistemas distribuidos en: 10 días para la revisión documental, 45 días para el proceso de ACFSS y 30 días para la respectiva orden de pago (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023).

Sin embargo, se evidencian tiempos superiores a los establecidos en norma que ocasiona que los prestadores de salud, principalmente privados, tiendan a la reducción de atenciones y cartera de servicios ofertada a la RPIS, por lo cual cobra importancia la generación de un plan de optimización para el reconocimiento económico a prestadores de salud por parte del ISSFA.

## **OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un plan de optimización para el reconocimiento económico a prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria por parte del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas a atenciones otorgadas a los asegurados, durante el periodo enero - junio 2023.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Determinar los principales nudos críticos para el reconocimiento económico oportuno de las atenciones de salud a prestadores públicos y privados.

Identificar el procedimiento idóneo para la optimización del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud en las atenciones asegurados ISSFA en las unidades de salud públicas y privadas

Establecer indicadores de pago a prestadores de salud conforme los tiempos de la normativa vigente y tipos de servicio.

## **MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS ESTUDIADAS**

Conforme la problemática planteada se desarrolla la matriz de evaluación de alternativas, que permite verificar causas, efectos, desafío y responsabilidades para la implementación oportuna del plan:

**Tabla 3**

<b>PROBLEMA</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFEECTO</b>	<b>DESAFÍOS</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN</b>	<b>UNIDAD DE GESTIÓN RESPONSABLE</b>
Retrasos en el reconocimiento económico a prestadores de la RPIS y RPC por parte del ISSFA, conforme los tiempos establecidos en la normativa vigente	Volatilidad en la normativa	Entrega de planillaje (atenciones) de años anteriores que no estaban planificados realizar el reconocimiento económico	Planes de contingencia en base a cambios significativos en la normativa	Acercamientos con el ente rector de salud (Ministerio de Salud Pública) para solicitar que previo a la generación de normativas de consensue con los otros subsistemas de salud	Dirección General - Dirección de Salud
	Deficiente planillaje por parte de los prestadores de salud	Alto débito referencial que provoca un incremento en los trámites ingresados al subsistema para el respectivo proceso de ACFSS	Auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud electrónica y sistemática	Capacitación a prestadores de salud públicos y privados sobre las normativas vigentes para el proceso de ACFSS y su correcta aplicación	Dirección de Salud – Departamento de Prestaciones Hospitalarias
	Alta rotación de médicos auditores para el proceso de ACFSS	Periodos sin ejecución de planillaje por ausencia de personal y curvas de aprendizajes extendidas	Patrocinar a médicos auditores carreras de cuarto nivel en auditoría médica	Plan de carrera para médicos auditores y creación incentivos para su continuidad laboral (estudios, incremento de salarios, congresos, etc.)	Dirección General – Dirección de Salud – Coordinación Administrativa Financiera
	Incremento de atenciones de salud	Aumento significativo de solicitudes de pago por parte de los prestadores de salud	Actualización de coberturas de salud de asegurados ISSFA (no paternalista)	Campañas de promoción y prevención de salud para mitigar atenciones curativas	Dirección de Salud – Departamento de Prestaciones Hospitalarias – Departamento de Promoción y Prevención

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

## **CAPÍTULO II**

### **JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGÍA A UTILIZAR**

En el presente capítulo se procederá con el análisis de los principales hechos históricos y estadísticos del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud del ISSFA; y, su respectivo reconocimiento económico a todos los prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria; con el análisis de la información disponible que fundamente de manera más clara y técnica, la creación de un plan de optimización para este proceso, propendiendo a la consecución del objetivo general y específicos.

El análisis de datos tiene dos tipos de técnicas: cualitativa y cuantitativa, la primera de estas se basa en entrevistas abiertas, grupos focalizados de trabajo o encuestas; y, la segunda se basa en números y cantidades claramente definidos por el investigador (Hernández, 2012). Para la ejecución del plan de optimización se aplicará la técnica cuantitativa, debido a que se quiere medir tiempos de pago y valores pagados, información que tiene carácter numérico para el análisis.

La metodología principal a utilizar en el presente plan de optimización, se centra en el análisis de datos, definido como el mecanismo para examinar un conjunto de información que permite sacar conclusiones y tomar decisiones; estos datos se someten a diferentes operaciones de análisis, que permite verificar al investigador sobre si una hipótesis es correcta o no (FXCM Research Team, 2021).

Adicionalmente, se requiere de una análisis riguroso, secuencial y probatorio de las variables cuantitativas. Lo cual, se relaciona con la realidad objetiva del problema de investigación. Dicho esto, el diseño cuantitativo propone la creación de un diseño y enfoque estadístico (Hernández Sampieri et al., 2014). De esta manera la metodología del análisis cuantitativo será descriptivo donde se realizarán distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y gráficas; el análisis cuantitativo será realizado mediante programas de ofimática como Excel.

Para el análisis de los datos se deben recolectar de forma correcta, mediante una codificación; en este caso se propone el uso de variables dicotómicas dependientes de los tiempos de pago y los valores pagados. Las variables dicotómicas se refieren a la codificación de las variables en solo dos categorías o valores máximos. De esta manera, se simplifica el análisis de los datos, fomentando practicidad dentro de las mediciones descriptivas. Es fundamental no olvidar corroborar la validez de los instrumentos de medición para preparar un análisis con resultados confiables (Oyola-García, 2021).

Bajo este contexto, se presentarán los resultados en frecuencias y porcentajes de la variable tiempo de pago (medido en días), por lo cual no se usarán instrumentos como encuestas o entrevistas; y se analizará a través de indicadores de resultados, conforme la aplicación del plan de optimización.

Finalmente, es importante recalcar que si bien el análisis de datos tiene diferentes métodos a ejecutarse, los cuales se ciñen directamente al objetivo de estudio; en el presente documento se analizará desde la perspectiva diagnóstica la que coadyuva al demandante a contextualizar las causas de hechos que han ocurrido y como se podría identificar de manera más clara los problemas. Este método permita obtener respuestas claras y es útil para medir la magnitud o impacto de las variables analizadas (García, 2010).

## **DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES**

### **GESTIÓN FINANCIERA**

La gestión financiera es parte fundamental de todo negocio, ya que mediante una buena estructura de este proceso se logra alcanzar todos los objetivos, la optimización de los recursos y propender al mejoramiento económico en todas las instancias. En el ámbito del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de servicios de salud del ISSFA, la gestión financiera se divide en dos procesos claramente identificados: el control documental, técnico-médico y liquidación; y, la transferencia de recursos a las cuentas financieras de los prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria por parte de la Dirección Financiera.

En referencia al proceso de ACFSS, la normativa vigente establece los tiempos para el respectivo proceso y el consecuente reconocimiento económico a los prestadores de salud (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023):

**Art. 85.- Término para la recepción.** - El prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores públicos, los documentos para el reconocimiento económico, desde el primero hasta el último día laborable del mes siguiente al de realizadas las atenciones.

**Art. 86.- Término para revisión documental.** - La revisión documental se realizará en el término de hasta diez (5) días laborables, luego de recibida la documentación, en caso de que el trámite no sea devuelto, se continuará con el proceso de auditoría.

**Art. 87- Término para la auditoría del proceso de ACFSS.** – El proceso inicial de ACFSS, se deberá realizar en el término de hasta cuarenta y cinco (45) días laborables, contados a partir de la finalización de la revisión documental del trámite.

**Art. 91.- Término para emitir la orden de pago.** - La orden de pago se efectuará una vez concluido el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, en un término de hasta treinta (30) días laborables posterior a la entrega de la factura.

En los artículos antes citados de la respectiva normativa, los subsistemas de salud, disponen de 80 días laborables para ejecutar los pagos a los prestadores de salud, contados a partir de la presentación de los soportes de las atenciones otorgadas a asegurados. Bajo este contexto, se presentan los resultados de pagos realizados por el ISSFA en el último año, previo a la elaboración de la presente investigación, bajo las siguientes consideraciones:

1. Se analizará la variable tiempo de pago con un análisis específico en relación al tiempo para el pago conforme la normativa vigente (< o = y > a 80 días laborables para el pago).

2. Se presentan las atenciones planilladas al ISSFA, por tipo de servicio, en el periodo ene-dic 2022.
3. Solo se consideran las atenciones iniciales (no reexpedidas), es decir, únicamente se considera el planillaje sin observaciones posterior al proceso de ACFSS.
4. Se consideran las atenciones de trámites entregados en las fechas estipuladas en la normativa<sup>1</sup>.

Bajo estas premisas, se detalla el análisis de la gestión financiera del ISSFA referente al proceso de ACFSS, la cual permitirá identificar la línea base para las posibles alternativas de solución que se desarrollaran en los siguientes capítulos, dicho estudio será expuesto por tipo de servicio (ambulatorio, diálisis, emergencia y hospitalización) y cada punto en los siguientes gráficos de dispersión corresponden a un trámite<sup>2</sup> entregado al subsistema para el respectivo proceso de ACFSS y su reconocimiento económico.

---

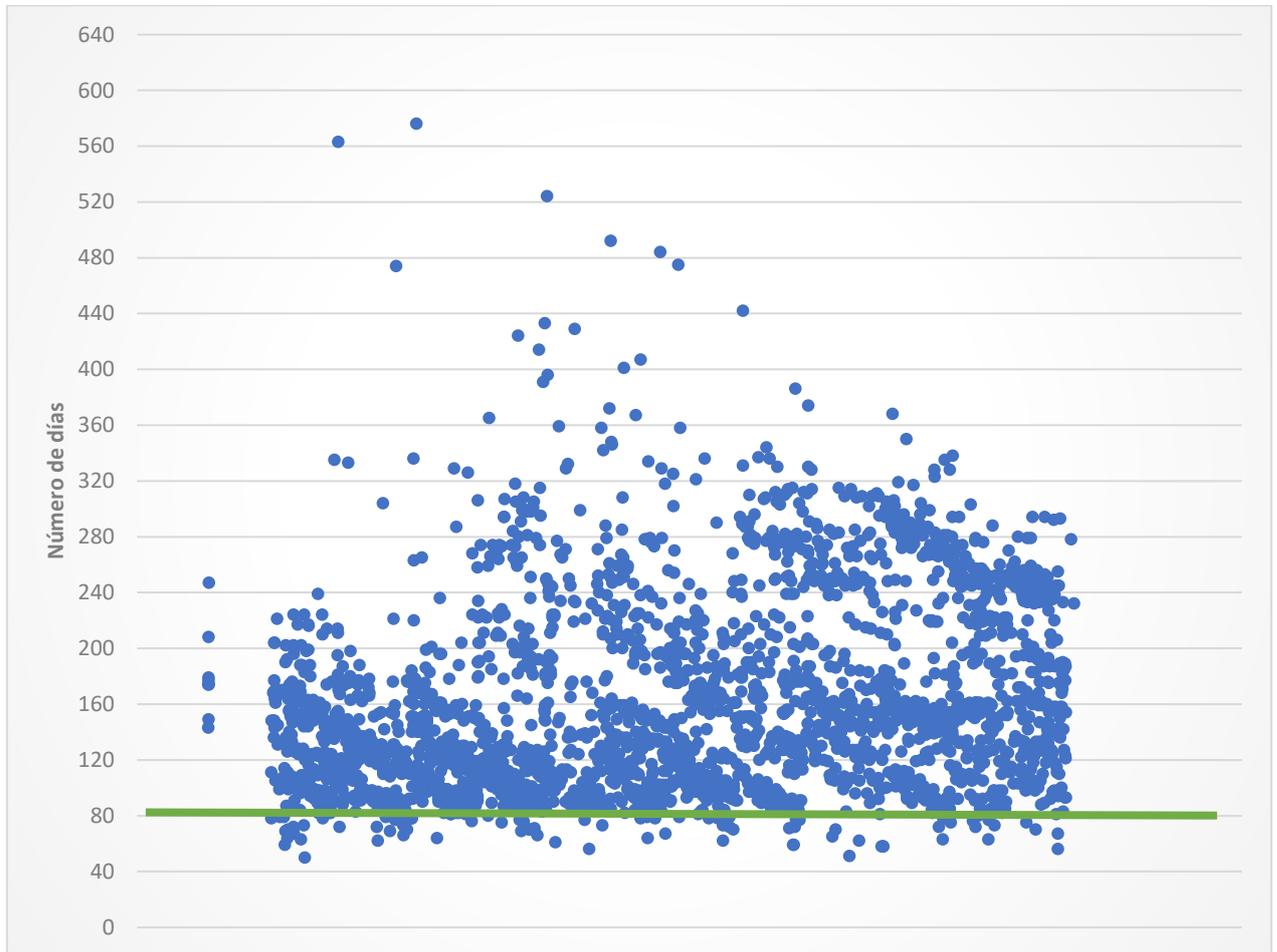
<sup>1</sup> **Art. 85.- Término para la recepción.** - El prestador de servicios de salud enviará a los financiadores/aseguradores públicos, los documentos para el reconocimiento económico, desde el primero hasta el último día laborable del mes siguiente al de realizadas las atenciones.

En los casos de usuarios/pacientes de larga estancia hospitalaria o que requieran atención continua, la presentación de la planilla podrá ser con corte mensual, desde el primero hasta el último día laborable del mes siguiente al de realizadas las atenciones. (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023)

<sup>2</sup> **Trámite:** es el conjunto de expedientes en formato físico o digital, que corresponde a las prestaciones de salud brindadas en un mes calendario. Los trámites estarán organizados por tipo de servicio y mes de presentación. (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023)

**Gráfico 2**

**Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el periodo enero – diciembre 2022 en el servicio ambulatorio**

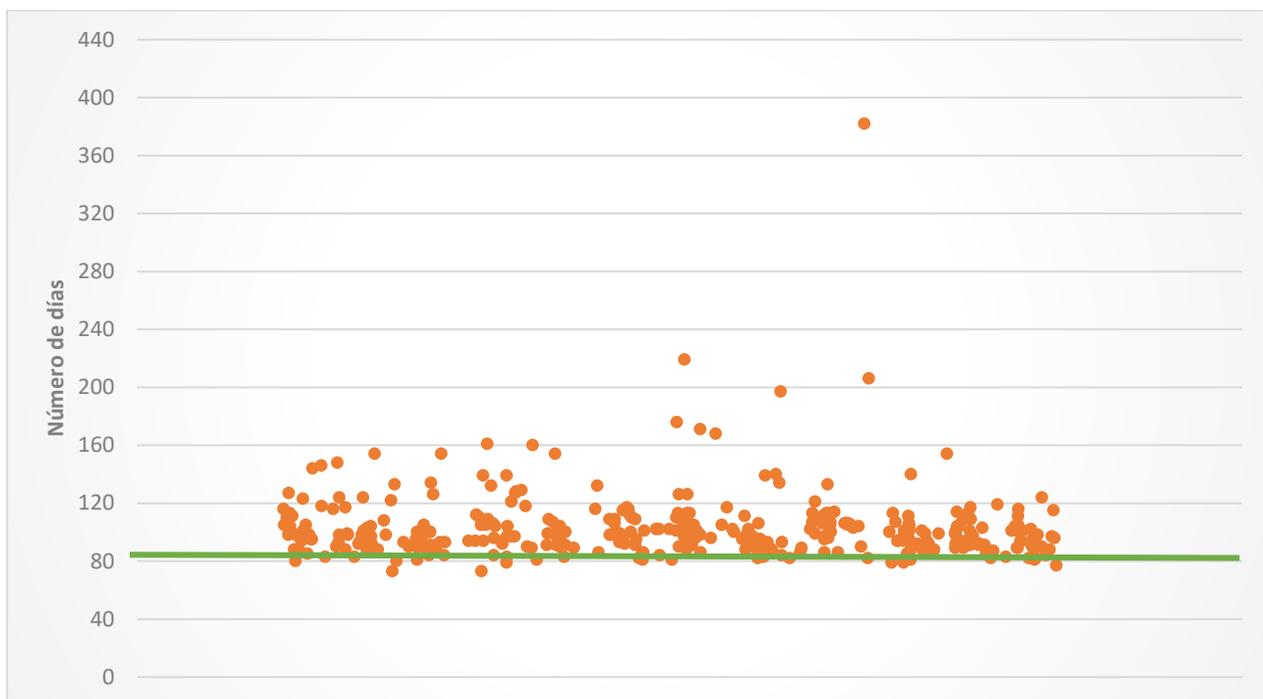


**Fuente:** Reporte de pagos a prestadores ISSFA\_DPH  
**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Como se evidencia en el gráfico 2, son muy pocas las atenciones ambulatorias que fueron pagadas en los tiempos establecidos en la normativa del MSP (80 días laborables), el promedio de pago se encuentra en 161 días, lo que duplica de manera casi exacta, los plazos máximos de pago.

**Gráfico 3**

**Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el periodo enero – diciembre 2022 en el servicio de diálisis**



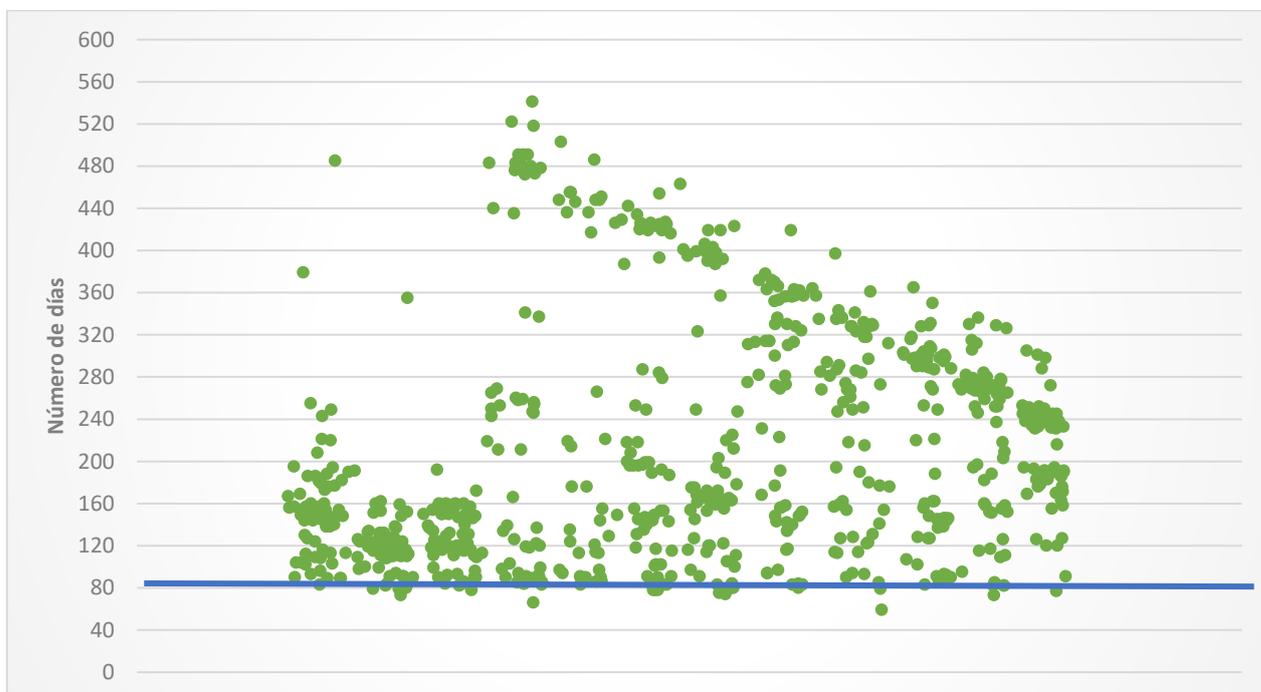
**Fuente:** Reporte de pagos a prestadores ISSFA\_DPH

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

El gráfico 3 expone un comportamiento similar a lo evidenciado en el servicio ambulatorio, las atenciones que se cancelan en hasta 80 días laborables son muy pocas. Sin embargo, más del 90% de atenciones pagadas oscilan entre los 80-120 días, con lo cual se puede inferir una baja dispersión en la temporalidad para el pago, alcanzando para este servicio un promedio de 102 días para el reconocimiento económico.

**Gráfico 4**

**Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el periodo enero – diciembre 2022 en el servicio emergencia**



**Fuente:** Reporte de pagos a prestadores ISSFA\_DPH

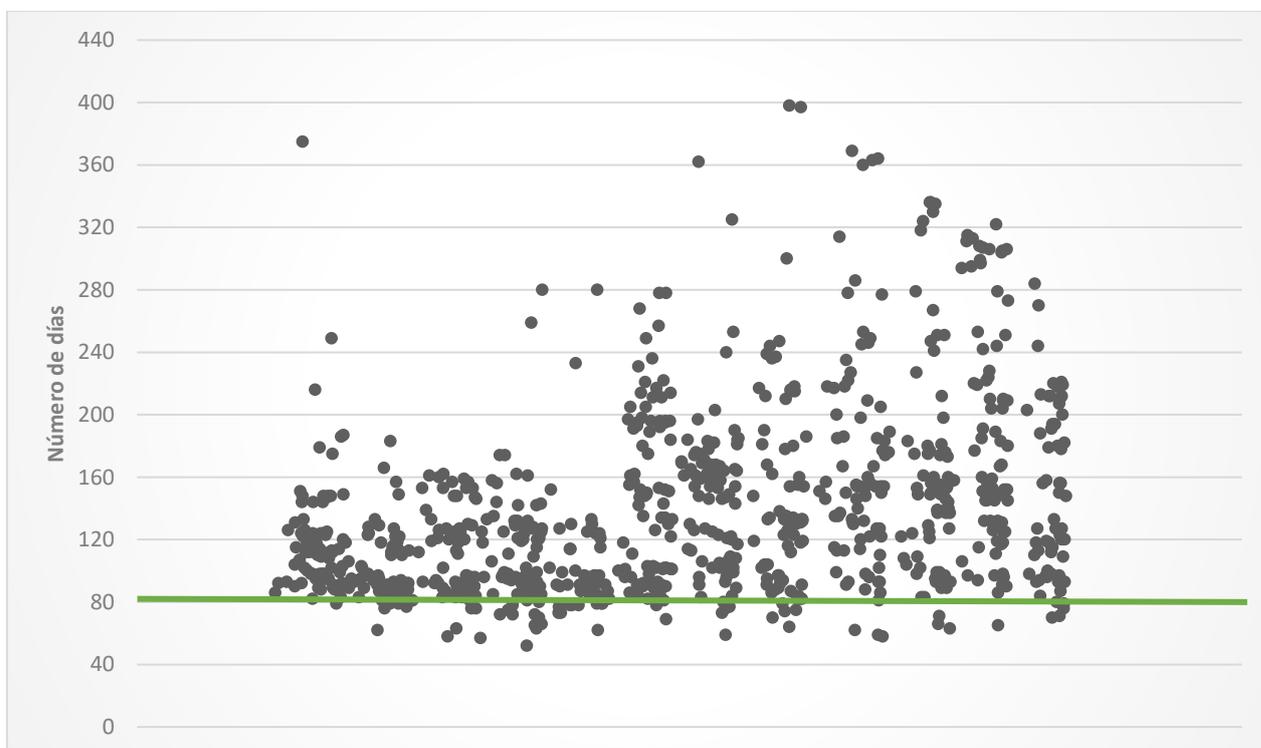
**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Las atenciones de emergencia en casi un 98% son pagadas a los prestadores de salud públicos y privados, en una mayor cantidad de plazo a lo establecido en la norma, la estructura de pago de estos trámites es dispersa, con un mínimo de 59 días para el pago y un máximo de 541 días; promediando para este tipo de servicio 204 días para el respectivo reconocimiento económico.

En este servicio es importante recalcar una condicionante que servirá de insumo para el planteamiento de las soluciones a esta grave problemática, las atenciones solicitadas para el pago en el subsistema de salud, pueden venir de prestadores con los que el asegurador cuente o no convenio, debido a que la norma establece claramente que en los casos en que se encuentre en riesgo la vida del usuario/paciente, o con complicaciones según del Listado de Prioridades I y II del Sistema de Triage Manchester MTS® modificado, toda unidad de salud tiene la obligación de brindar la atención integral al requirente (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023).

**Gráfico 5**

**Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el periodo enero – diciembre 2022 en el servicio hospitalización**



**Fuente:** Reporte de pagos a prestadores ISSFA\_DPH

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Al igual que el servicio de emergencia, las prestaciones canceladas en el servicio de hospitalización se encuentran muy distantes del cumplimiento de los plazos máximos establecidos para el pago, en este servicio el promedio para el reconocimiento económico a prestadores de salud es de 136 días.

Finalmente, al analizar de manera global los tiempos que el ISSFA ha usado para el reconocimiento económico a los prestadores de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria, indistintamente del tipo de servicio, nos da como resultado en promedio 136 días, es decir, un poco más de 1.5 veces el tiempo dispuesto para el pago, evidenciando claramente la necesidad de un plan de optimización para el reconocimiento económico a prestadores, que permita coadyuvar a un mejoramiento en la oportunidad de la atención a nivel nacional.

## **GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES**

El proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud tiene como objeto la habilitación del pago de las prestaciones de salud, a través de la verificación sistemática de la pertinencia administrativa, técnica, médica y de tarifas generadas por los prestadores de los servicios de salud; validando el pago total o parcial por concepto de las prestaciones de salud entregadas a los usuarios/pacientes por prestadores de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC) (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023).

En lo referente a los aplicativos informáticos para el proceso de ACFSS, la norma establece que se podrán utilizar aplicativos o sistemas informáticos que den agilidad al proceso; los cuales deberán incluir pistas de auditoría y registros de control de los usuarios que aseguren la inviolabilidad de lo actuado, las mismas que deberán estar debidamente probadas y deberán garantizar la confiabilidad de sus resultados (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023).

El sistema transaccional del seguro de salud del ISSFA comprende diferentes módulos de planillaje, auditoría médica y derivaciones, que tienen una interrelación directa para su funcionamiento con otros módulos: validador de archivo, gestión documental, control financiero/liquidación del ISSFA, que junto a siete módulos más, forman un sistema armónico para responder a la normativa relacionada al proceso de ACFSS del ente rector.

Se debe resaltar que la normativa del MSP se encuentra en constante actualización, es así, que los mejoramientos, cambios y actualización al sistema se hacen de manera continua, guardando relación a dichas variaciones. En este contexto, es importante mencionar que el sistema de salud del ISSFA es pionero a nivel nacional, al punto en que por varias ocasiones ha sido requerida por el ente rector como parte de

la colaboración mutua suscrita en el Convenio Marco para la implementación de éste en los otros subsistemas de salud (Landázuri, 2022).

Sin embargo, el sistema transaccional del ISSFA debe migrar a las nuevas tendencias del mundo como son la digitalización y la auditoría remota y simultánea, con la inclusión de mayores controles de pertinencia documental, técnica-médica y liquidación, requisitos fundamentales para la optimización en el reconocimiento económico a prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria a atenciones otorgadas a los asegurados.

## CAPÍTULO III

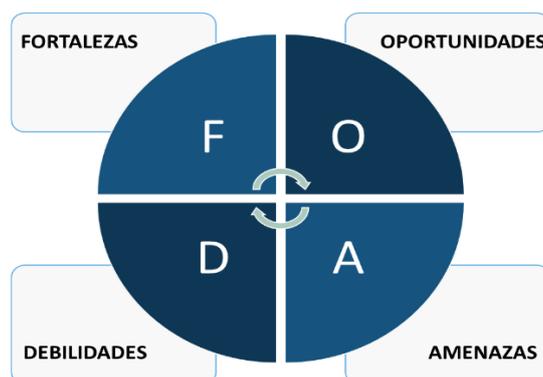
### PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

#### ANÁLISIS FODA

El análisis FODA proviene del acrónimo inglés – SWOT que traducido al español se resume en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. El análisis FODA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada. (Ponce, 2007)

Es importante señalar que el análisis FODA permite identificar los factores positivos y negativos, internos y externos que tienen efectos sobre la gestión del proceso de ACFSS, los cuales se convierten en el principal insumo para la formulación de elementos que componen la propuesta de solución.

**Ilustración 2**  
**Esquema de análisis FODA**



**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Bajo este contexto, la herramienta antes citada permite identificar los principales nudos críticos que enfrenta el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, debido a que las debilidades y amenazas del FODA, en su conjunto no determinan problemas que se generan en el campo operativo y político; permitiendo

a partir de esta primera lectura, identificar posibles acciones a ejecutar que mitiguen dichos inconvenientes. (Riquelme, 2016)

**Tabla 4**

**FODA del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud en el ISSFA**

<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>Información de trazabilidad y estadística pormenorizada de estado de trámites ingresados para el proceso de ACFSS</p> <p>Arquitectura tecnológica de alto nivel (sistema e interoperabilidad)</p> <p>Recurso humano con experiencia, capacitación y compromiso</p> <p>Autonomía financiera para el pago a prestadores de salud</p>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>Régimen especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas</p> <p>Favorable reputación por pago a prestadores de salud de manera oportuna</p> <p>Normativa de salud actualizada para procesos de ACFSS 100% digitales y/o electrónicos</p>
<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>Manual de Descripción y Valoración de puestos no ajustado a la realidad institucional</p> <p>Remuneración poco competitiva con el resto de subsistemas de salud</p> <p>Alta rotación de personal</p> <p>Infraestructura física limitada para archivo y estaciones de trabajo del personal operativo</p>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <p>Aumento de déficit fiscal que conlleva al incremento de probabilidades de incumplimiento de pago a la seguridad social militar por parte del Estado</p> <p>Pérdida de autonomía por parte del ISSFA por políticas gubernamentales</p> <p>Crecimiento de prestaciones de salud por inexistencia de hábitos saludables</p>

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

**PROCESO NORMATIVO**

El proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud en el país se encuentra normado por el Ministerio de Salud Pública, quien es el ente rector de la salud en el país, dicha estructura se encuentra en el Acuerdo Ministerial 00140-2023 de 12 de mayo de 2023, publicado con Registro Oficial Nro. 312 de 17 de mayo de 2023 (Reglamento de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud - RPIS, de La Red Privada

Complementaria – RPC y El Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT; y, Su Reconocimiento Económico, 2023).

**Art. 95.- Control documental.** – El proceso de control documental tendrá como fin la recepción y revisión de los documentos presentados por el prestador de servicios de salud, que solicita el pago de las prestaciones de servicios de salud efectivamente brindadas.

**Art. 101.- Control técnico médico.** – El control técnico médico es el proceso que determina la pertinencia médica, en este, el profesional médico debe evaluar la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al usuario/paciente, usando las guías y/o los protocolos nacionales, o a falta de ellos, guías o protocolos internacionales, o medicina basada en evidencia.

El control técnico médico deberá ser realizado, únicamente, por profesionales médicos u odontólogos; en este último caso, solo cuando se trate de procedimientos odontológicos.

**Art. 105.- Control de tarifas y liquidación.** - Es el proceso técnico, administrativo y financiero, en el que el profesional administrativo o financiero, debe verificar que el valor económico de las prestaciones de servicios de salud solicitadas por el prestador, se encuentre dentro de lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente, dentro de las tarifas determinadas en convenio; o, dentro de lo autorizado por las disposiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional, en casos excepcionales.

## **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), elabora su Planificación Estratégica Institucional de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ente Rector de la Planificación, considerando el rol que ejerce la entidad, promoviendo una efectiva participación e involucramiento en la elaboración de este instrumento, que servirá de guía a la gestión institucional, orientada hacia la consecución de los objetivos nacionales. (Plan Estratégico Institucional 2021-2025, 2021)

En este sentido la planificación institucional se articula con el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, constituyéndose en un instrumento estratégico para regir las acciones institucionales, a través del establecimiento de objetivos, estrategias, indicadores, metas y proyectos alineados que permitan una sinergia con el manejo presupuestario.

### **Misión**

Proteger a los asegurados a través del otorgamiento de las prestaciones y servicios del régimen especial de seguridad social de las Fuerzas Armadas, sustentada en sus principios rectores.

### **Visión**

En el 2025 ser una institución con sostenibilidad financiera, con excelencia e innovación en la entrega de prestaciones y servicios.

### **Valores**

Son el conjunto de normas y creencias que guían la gestión de nuestro instituto, por lo que es obligatorio definirlos, practicarlos, difundirlos y hacerlos cumplir. Los valores son las cualidades personales que se adquieren a través de la herencia, entorno cultural y experiencia, concebidos como deseables, buenos y correctos; son elegidos y practicados en forma libre y consciente, e influyen directamente en la toma de decisiones y en la construcción de hábitos, cualidades y actitudes; por consiguiente, los valores institucionales nos sirven de base primordial para nuestra gestión y forman parte de la cultura organizacional. El ISSFA, basado en su código de ética sustenta su gestión en los siguientes valores institucionales:

### Ilustración 3

#### Valores institucionales



**Fuente:** Código de ética del ISSFA

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Adicionalmente, los principios rectores del régimen especial de seguridad social militar que son mandatos de optimización y que establecen estándares orientadores que cumple el ISSFA para el ejercicio del derecho a la seguridad social en régimen especial, son los siguientes: solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, igualdad material, sostenibilidad financiera, subsidiariedad, suficiencia e integración.

#### Objetivos Institucionales

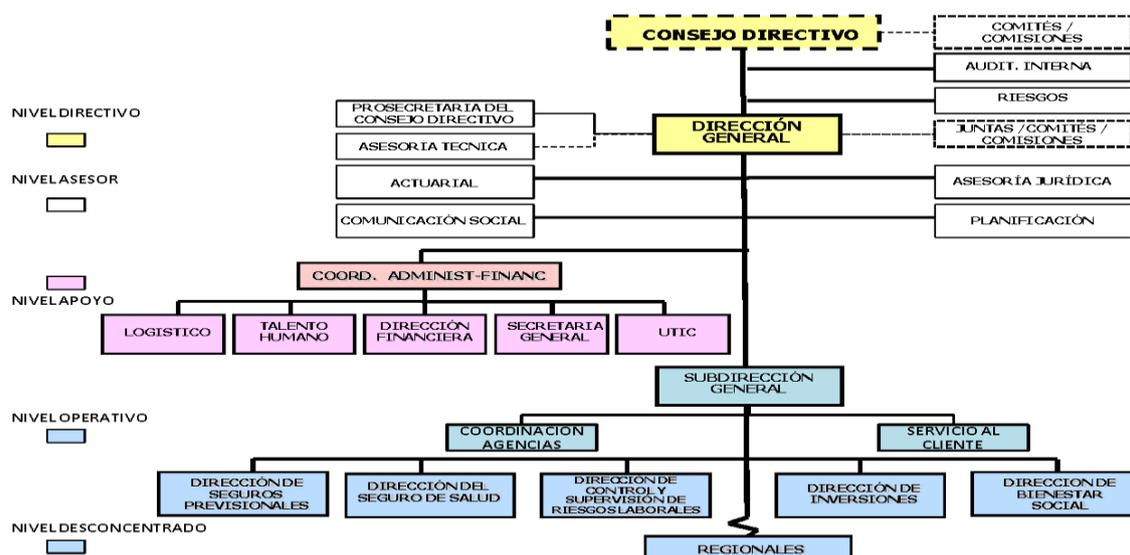
- Incrementar la satisfacción del asegurado en las prestaciones y servicios de seguridad social militar en corresponsabilidad con el Estado.
- Incrementar la eficiencia en la entrega de prestaciones económicas.
- Incrementar las prestaciones integrales del seguro de salud.
- Incrementar la gestión de los servicios de bienestar social.
- Fortalecer las capacidades institucionales.
- Reducir el déficit actuarial para contribuir a la sostenibilidad del régimen especial de seguridad social de las Fuerzas Armadas.

## Políticas

En el nivel directivo el Consejo Directivo del ISSFA establece las políticas de seguridad social de las FF.AA. y las Institucionales; la Dirección General, pone en ejecución las políticas emitidas por el Consejo Directivo y ejerce la administración del Instituto; la gestión operativa se conforma por: la Subdirección General y las direcciones de Bienestar Social, Seguros Previsionales, Seguro de Salud, la Coordinación General Administrativa Financiera.

El Instituto ha identificado nuevas atribuciones y responsabilidades para los procesos acorde a la normativa y a las necesidades institucionales, se deben crear nuevas unidades organizacionales, cambio, aumento o disminución de productos, por lo que es indispensable la actualización del estatuto. Para el efecto, se ha generado un proyecto de Reforma al Estatuto de Gestión Organizacional por Procesos que posibilite el cumplimiento, en todo nivel, de la misión institucional, otorgando prestaciones de forma oportuna, con un enfoque de administración integral de riesgos por cada seguro; así como, una innovación integral en los procesos de otorgamiento de las prestaciones con el uso de tecnologías de información y comunicaciones.

**Ilustración 4**  
**Organigrama institucional**



Fuente: Estatuto Orgánico por Procesos del ISSFA, 2013

## INDICADORES DE GESTIÓN FINANCIERA

Como parte de la propuesta de solución a la problemática planteada se presentan indicadores para la gestión financiera del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, propendiendo a que en el mediano y largo plazo se pueda alcanzar los niveles óptimos y el cumplimiento de la normativa del Ministerio:

**Tabla 5**  
**Indicador servicio ambulatorio**

<b>INDICADOR 1</b>	Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el servicio ambulatorio					
<b>FÓRMULA</b>	Fecha de pago de atenciones ambulatorias - Fecha de presentación de atenciones ambulatorias					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Días					
<b>OBSERVACIÓN</b>	Determinar el cumplimiento en el tiempo de pago a los prestadores de salud en atenciones ambulatorias					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>PROYECCIÓN</b>				
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
	161	120	100	80	80	80

Elaboración: Eco. Santiago Viteri

**Tabla 6**  
**Indicador servicio de diálisis**

<b>INDICADOR 2</b>	Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el servicio de diálisis					
<b>FÓRMULA</b>	Fecha de pago de atenciones del servicio de diálisis - Fecha de presentación de atenciones del servicio de diálisis					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Días					
<b>OBSERVACIÓN</b>	Determinar el cumplimiento en el tiempo de pago a los prestadores de salud en atenciones ambulatorias					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>PROYECCIÓN</b>				
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
	102	85	80	80	80	80

Elaboración: Eco. Santiago Viteri

**Tabla 7**  
**Indicador servicio de emergencia**

<b>INDICADOR 3</b>	Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el servicio de emergencia					
<b>FÓRMULA</b>	Fecha de pago de atenciones de emergencia - Fecha de presentación de atenciones de emergencia					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Días					
<b>OBSERVACIÓN</b>	Determinar el cumplimiento en el tiempo de pago a los prestadores de salud en atenciones ambulatorias					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>PROYECCIÓN</b>				
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
	204	160	120	80	80	80

Elaboración: Eco. Santiago Viteri

**Tabla 8**  
**Indicador servicio de hospitalización**

<b>INDICADOR 4</b>	Número de días para el reconocimiento económico a prestadores de salud de atenciones entregadas a asegurados ISSFA en el servicio de hospitalización					
<b>FÓRMULA</b>	Fecha de pago de atenciones en hospitalización - Fecha de presentación de atenciones en hospitalización					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Días					
<b>OBSERVACIÓN</b>	Determinar el cumplimiento en el tiempo de pago a los prestadores de salud en atenciones ambulatorias					
<b>ESTÁNDAR PROPUESTO</b>	<b>LÍNEA BASE</b>	<b>PROYECCIÓN</b>				
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
	136	106	96	80	80	80

Elaboración: Eco. Santiago Viteri

## RESULTADOS

Los principales nudos críticos para el reconocimiento económico oportuno de las atenciones de salud a prestadores públicos y privados, se basa en una alta volatilidad en la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública para el pago a unidades de salud, en la cual no se toman en consideración las particularidades de cada subsistema de salud; y, no se realizan instrumentos normativos con la participación de todos los actores participantes en el proceso.

Otro factor predominante es la deficiente calidad en el planillaje por parte de los prestadores de salud, lo que ocasiona reprocesos constantes, revisiones innecesarias y alto débito referencial (diferencia entre el valor solicitado y valor pagado); a esto se suma la alta rotación de médicos auditores para el proceso de ACFSS, ya que, no es muy atractivo para los profesionales de salud, trabajar en estos procesos y muchas de las ocasiones estas experiencias son tomadas solo como un espacio de trabajo, hasta la obtención de un posgrado.

Finalmente, el factor presupuestario influye de manera directa al reconocimiento de pago tardío, ya que, las asignaciones gubernamentales en los últimos años, han sufrido retrasos considerables, que ocasiona un pago inoportuno a las unidades de salud públicas y privadas a nivel nacional.

Con base a lo analizado se puede identificar que el procedimiento idóneo para la optimización del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud en las atenciones asegurados ISSFA en las unidades de salud públicas y privadas, se puede centrar en un proceso de centralización y control directo de las atenciones, lo cual se detallará en la descripción del plan de las siguientes líneas.

Finalmente, como se evidenció los indicadores de pago a prestadores de salud, se encuentran completamente distantes de los tiempos dispuestos en la normativa vigente, diferenciado por tipos de servicio, lo que conlleva a generar planes de intervención específicos por cada uno de éstos, propendiendo al cumplimiento estricto de los ochenta días laborables para el pago, a la fecha de la elaboración de la presente investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **IMPLEMENTACIÓN**

El plan de optimización del proceso de ACFSS tendrá una duración de tres años calendario; con una primera fase, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 37, literal 3 del reglamento de relacionamiento, se mantendrá desconcentrada en la Regional Litoral, exclusivamente la actividad de recepción documental del planillaje proveniente de todos los prestadores de las provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Galápagos; proceso que se ejecutará por parte del equipo de recepción documental, funcionarios responsables de la validación de los documentos conforme lo establece el artículo 66 de la normativa antes mencionada. Este grupo de trabajo será responsable, en caso de existir inconsistencias en la documentación, notificar, solucionar y/o devolver a los diferentes prestadores de la RPIS y RPC.

En una primera etapa de esta fase, la documentación presentada se enviará por parte del equipo de recepción documental a través del servicio especializado contratado para el manejo, transporte y distribución de documentación, de la forma como se ha venido actuando durante los últimos años.

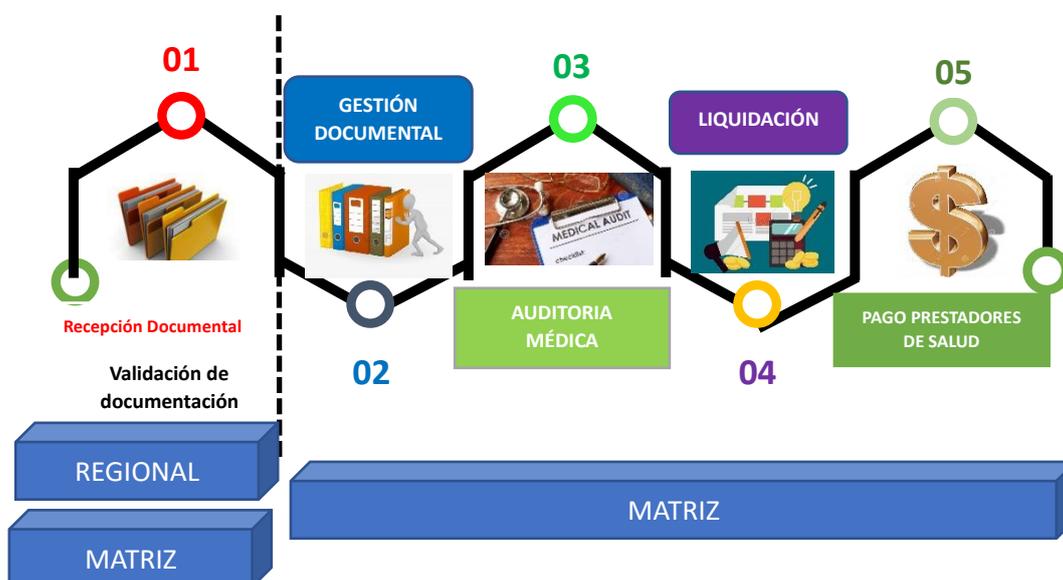
Sin embargo, de manera paralela se trabajará en el proceso de innovación, a fin de que los prestadores remitan sus expedientes de forma digital y automatizada, a fin de que se continúe con el respectivo proceso en matriz por vía telemática, mitigando posibles problemas con los documentos físicos. Cabe señalar que, si se desprendiera de su respectivo procesamiento la necesidad de contar con los expedientes físicos, en trámites y casos específicos, se enviaría la documentación a través del servicio especializado contratado para el manejo, transporte y distribución de documentación, de la forma como se ha venido actuando durante el presente año.

Como se mencionó en líneas anteriores tan solo una parte del proceso del control documental se lo realizará en la Regional Litoral, el resto de esta fase (revisión documental), control técnico médico; y, el control de tarifas y liquidación se procesarán íntegramente en el proceso optimizado a cargo de la Matriz, considerando que particularmente se realizarán, a más de lo señalado en la norma, lo siguiente:

- Capacitación virtual del personal que por parte de los prestadores es responsable de realizar el planillaje de los servicios de salud por las atenciones otorgadas a los asegurados del ISSFA.
- Establecimiento de mecanismos y usuarios habilitados para consulta por parte de los prestadores, respecto al estado del planillaje en proceso, que incluya fechas estimadas de conclusión por cada fase y liquidación de valores.
- Creación de enlaces de comunicación directa entre prestadores y el ISSFA, con la designación de responsables específicos por cada una de las fases.
- Unificación de criterios técnicos para su respectiva aplicación en el proceso en todas las fases.
- Generación de un proceso de transición a una auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, con expedientes electrónicos en el mediano plazo.

Gráficamente el proceso se desarrollará de la siguiente manera:

**Ilustración 5**  
**Esquema del proceso de ACFSS**



**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

1. Recepción documental
2. Control documental
3. Control técnico médico
4. Control de tarifas y liquidación
5. Pago a prestadores

Este plan perseguiría dos metas específicas:

- **Mejoramiento en el pago a los prestadores de salud:** disminuir de ciento cincuenta (150) días promedio de pago que maneja el Instituto, a ochenta (80) días para el reconocimiento económico a prestadores de salud públicos y privados, conforme la normativa vigente.
- **Mejoramiento en la calidad en el control documental, técnico médico y de tarifas y liquidación:** al unificar el proceso de ACFSS se podrá controlar y supervisar de manera más directa sobre la auditoría realizada a los más de 256 prestadores del ISSFA.

Para el desarrollo operativo de este trabajo, se plantea la incorporación de metas por fase, conforme el comportamiento histórico evidenciado en los últimos años, lo cual propenderá al cumplimiento estricto de las metas planteadas en el mediano y largo plazo:

**Tabla 9**  
**Metas por fase del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud**

<b>CONTROL DOCUMENTAL</b>	
<b>Servicio</b>	<b>Meta mensual de expedientes (atenciones)</b>
Todos los servicios	8.100
<b>CONTROL TÉCNICO MÉDICO</b>	
<b>Servicio</b>	<b>Meta mensual de expedientes (atenciones)</b>
Ambulatorio (incluye diálisis)	6.500
Emergencia	3.000
Hospitalización	210
<b>LIQUIDACIÓN</b>	
<b>Servicio</b>	<b>Meta mensual de trámites</b>
Todos los servicios	50

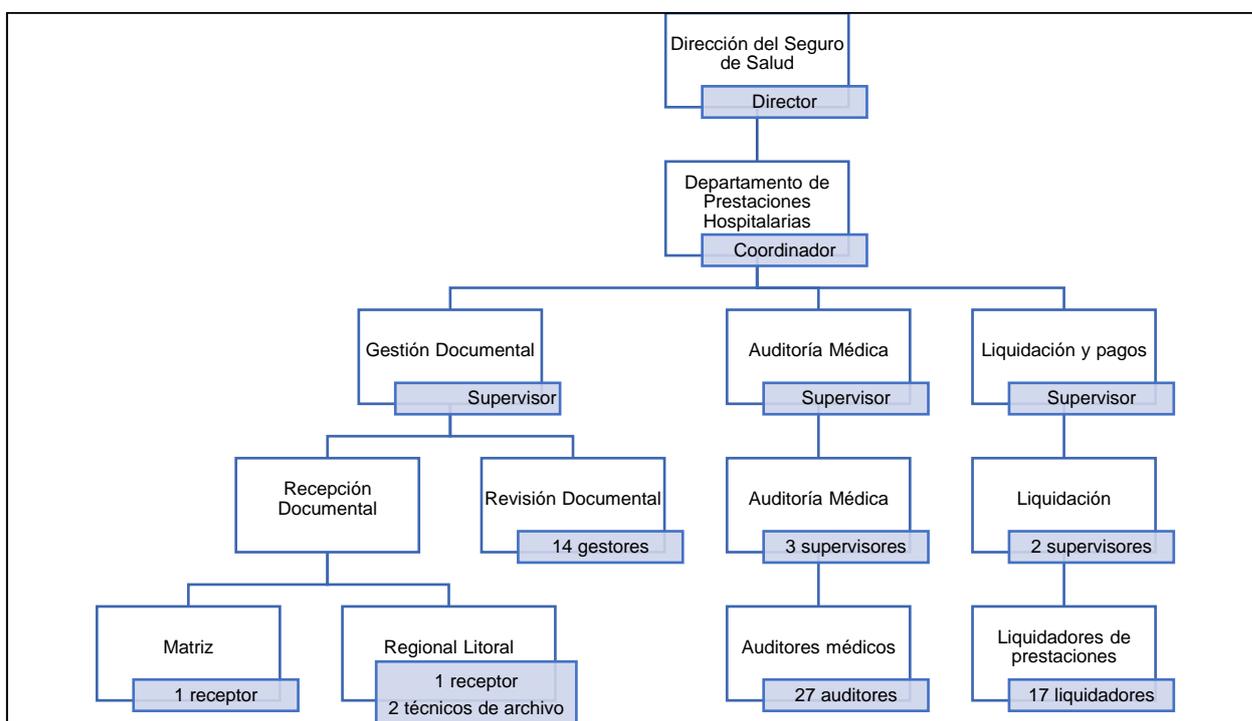
**Fuente:** Registros históricos de producción del ISSFA

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

Para esto también se contará con supervisores de fase, los mismos que cuentan con la experticia necesaria para solventar todas las interrogantes del cuerpo médico auditor, gestor documental y liquidadores y que se clasificarán conforme la complejidad de los prestadores tanto de la matriz como de la regional litoral:

## Ilustración 6

### Estructura optimizada del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud



Elaboración: Eco. Santiago Viteri

Adicionalmente este plan contará con actividades administrativas y logísticas con sus respectivos responsables:

#### 1. COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA

##### ÁMBITO DE TALENTO HUMANO

- Gestionar y garantizar oportunamente el talento humano necesario para el proceso de ACFSS.
- Planificar, ejecutar y evaluar la capacitación del personal encargado en todas las fases del proceso de ACFSS.

##### ÁMBITO LOGÍSTICO

- Gestionar el apoyo administrativo y logístico en coordinación con la Dirección del Seguro de Salud y la Regional Litoral, en lo que respecta al proceso de ACFSS y su actividad desconcentrada.
- Garantizar el servicio de envío y recepción de documentación; así como, el archivo general de los expedientes que han completado su proceso de pago.

## **ÁMBITO TECNOLÓGICO**

- a. Desarrollar e implementar los requerimientos tecnológicos que garanticen el proceso de ACFSS y su optimización, que incluya entre otros, su automatización de lo factible en todas sus fases.
- b. Mantener la continuidad del funcionamiento y soporte de la plataforma tecnológica.

## **2. UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL**

- a. Realizar campaña de difusión sobre la optimización del proceso de ACFSS, antes, durante y después de la ejecución del plan piloto, a fin de mitigar la desinformación.

## **3. UNIDAD DE PLANIFICACIÓN**

- a. Actualizar el procedimiento optimizado para el proceso de ACFSS.
- b. Monitorear mensualmente el cumplimiento del plan de optimización del proceso.

Finalmente, para la verificación en el Anexo A se plantea la matriz de riesgos identificados para el plan de optimización, una evaluación de los mismos en función de probabilidad de ocurrencia e impacto, acciones para tratar dichos riesgos y los responsables de gestionar los riesgos señalados.

## **CONCLUSIONES**

El departamento de prestaciones hospitalarias del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, es el centro de gestión encargado del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, dividido en tres fases claramente establecidas: control documental, técnico médico y liquidación-tarifas.

El objetivo del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud es realizar el reconocimiento económico a los prestadores públicos y privados a nivel nacional, a través del control y valoración sistemática de la pertinencia documental, médica y de tarifas, verificando el pago total de las atenciones brindadas a los pacientes.

En la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública, se establecen plazos para el reconocimiento económico a los prestadores de salud, los cuales se centran en diez días laborables para el control documental, cuarenta y cinco días para el proceso de

auditoría y treinta días para emitir la orden de pago, dando un resultante de 85 días laborables a partir de la presentación de los respaldos en el respectivo seguro.

En la presente investigación se usó la metodología cuantitativa que permitió identificar los tiempos de pago (medido en días), por tipo de servicio, que el ISSFA tarda en el respectivo pago, resultando un promedio de 161 días para las atenciones ambulatorias, 102 días para diálisis, 204 para emergencia y 136 para hospitalización.

Se identificó que los principales nudos críticos para el reconocimiento económico oportuno de las atenciones de salud se basan en una alta volatilidad en la normativa, deficiente calidad en el planillaje por parte de los prestadores de salud, alta rotación de médicos auditores e insuficientes asignaciones presupuestarias para el respectivo pago.

Como parte del plan de acción se plantea una optimización del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud con la centralización del proceso en Quito, control directo de las atenciones e incorporación de metas por fase, conforme el comportamiento histórico evidenciado en los últimos años y una estructura de supervisión y control continuo; con lo cual se propende a disminuir los tiempos de pago.

Se plantean indicadores de mejoramiento en los tiempos de pago a prestadores de salud los cuales buscarán en al menos tres años, alcanzar en todos los servicios (ambulatorio, diálisis, emergencia y hospitalización) un promedio de pago de ochenta días laborables, conforme los estándares normados en el reglamento de relacionamiento de salud.

## **RECOMENDACIONES**

Informar a las autoridades del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas el presente plan de optimización para el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, a fin de que se proceda a su respectivo análisis e implementación, propendiendo a cumplir con la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública, en lo referente al reconocimiento económico por atenciones de salud a prestadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

Solicitar al Ministerio de Salud Pública se convoque de manera continua la participación activa del personal técnico del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas para la construcción de las diferentes normativas, lineamientos o reglamentos que

involucren a los actores de la Red Pública Integral de la Salud, verificando las particularidades de cada uno de estos.

Fomentar la creación de un sistema de planillaje único a nivel nacional, el cual tenga controles directos a la cantidad y precio de atenciones presentadas por los diferentes prestadores de salud y se optimice el gasto incurrido en dichas atenciones, facilitando la ejecución del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y mitigando valores debitados.

Solicitar al Ministerio de Finanzas la creación de cuentas exclusivas para el tema de salud, las cuales permitan el manejo de recursos provenientes de los aseguradores de salud, de manera directa a los proveedores del servicio, con lo cual se garantizaría una capacidad operativa eficiente en dichas unidades y disminución de la demanda insatisfecha en salud; sumado a la asignación prioritaria por parte del Gobierno de los recursos para el pago de atenciones de salud.

Fomentar la creación de estrategias educativas para médicos/odontólogos auditores, las cuales tengan incentivos y reconocimientos para su permanencia en los procesos administrativos, lo que provocaría una madurez en los procesos de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y unificación de criterios, gracias a la no volatilidad del personal encargado de estas actividades.

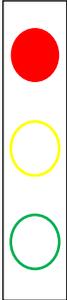
## BIBLIOGRAFÍA

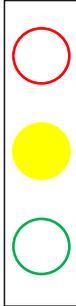
- Código Orgánico de la Salud, (2020).
- Asesoría Actuarial. (2023). *Información General Estadística del ISSFA - septiembre/23*.
- Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, (2011).
- Estatuto Orgánico por Procesos, (2013).
- Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSFA, (2014).
- FXCM Research Team. (2021, May 13). *¿Qué es el análisis de datos históricos?*
- García, R. (2010). Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 19–29.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed., Vol. 1). McGraw Hill.
- Hernández, Z. (2012). *Métodos de análisis de datos: apuntes*. Universidad de la Rioja.
- Plan Estratégico Institucional 2021-2025, (2021).
- Landázuri, F. (2022). *ISSFA 30 Años*.
- Norma para la selección y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y de la Red Privada Complementaria (RPC), (2018).
- Reglamento de Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS, de la Red Privada Complementaria – RPC y el Servicio Público Para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT; y, su reconocimiento económico, (2023).
- Ministerio del Trabajo. (2022a). *Descripción y perfil del puesto - analista de control documental*.
- Ministerio del Trabajo. (2022b). *Descripción y perfil del puesto - analista de prestaciones hospitalarias*.
- Ministerio del Trabajo. (2022c). *Descripción y perfil del puesto - médico/odontólogo auditor*.
- Oyola-García, A. E. (2021). La variable. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14, 90–93.
- Ponce, H. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 113–130.
- Estados Financieros del ISSFA, (2022).
- Riquelme Leiva, M. (2016). FODA: Matriz o Análisis FODA – Una herramienta esencial para el estudio de la empresa. Recuperado de <https://www.analisisfoda.com/>

**ANEXO**

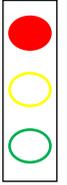
**A**

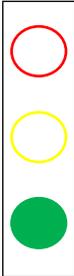
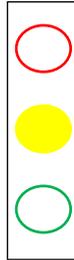
**RIESGOS IDENTIFICADOS**

Riesgo	Descripción	Probabilidad	Impacto	Semáforo	Acción para tratar	Responsable
<p>Pérdida de documentación enviada de la Regional Litoral a Matriz</p>	<p>Debido a que los prestadores de salud públicos y privados (de las provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Galápagos; entregarán los trámites en la Regional Litoral) entregarán la documentación conforme la normativa vigente en la Regional Litoral, y estos serán revisados por el equipo de recepción documental existe la posibilidad que la documentación se extravié desde su recepción hasta la entrega en Matriz, considerando que la</p>	<p>Moderado</p>	<p>Catastrófico</p>		<p>Digitalizar los expedientes en la secuencia requerida por parte del receptor documental de la Regional Litoral y técnicos de archivo. El receptor documental envía únicamente los documentos habilitantes para el pago a la Dirección Financiera incluyendo oficio original y consolidado.</p>	<p>Equipo de recepción documental de la Regional Litoral</p>

	documentación será transportada					
Rotación de personal de planillaje de unidades de salud militar	La alta rotación del personal en las unidades de salud de personal militar provoca que la calidad de planillaje sea deficiente y genere un alto débito referencial	Casi cierta	Insignificante		<p>Generar una plataforma de capacitación del sistema de planillaje y proceso de ACFSS, previo a la habilitación como planillador en el mencionado sistema</p> <p>Gestionar con las máximas autoridades de las Fuerzas, la continuidad del personal militar idóneo en las unidades de salud militar y en la medida de lo posible, los pases sean a otras unidades de salud militar.</p>	Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarias y Supervisores de fases
Desconocimiento del proceso de ACFSS por parte los prestadores de servicios de salud	Debido a que el proceso de ACFSS se mejorará y se mantendrá la recepción de documentos en la Regional Litoral, los prestadores de servicios de salud	Moderado	Moderado		Difundir con prestadores de servicios de salud las mejoras realizadas al proceso ACFSS. Mediante campañas comunicacionales	Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarias y Supervisores de fases

	pueden desconocer las mejoras planteadas.					
Relacionamiento reciente con prestadores de servicios de salud	Debido a la mejora de proceso implementada, el relacionamiento entre	Rara	Moderado		Establecer canales de información directa con supervisores de fases del proceso de ACFSS	Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarias y Supervisores de fases
Integridad de la documentación recibida desde la regional	Que la documentación pierda su integridad en el transporte de la misma, es decir su existencia, condición, orden, organización o legibilidad.	Moderada	Catastrófico		Recibir la documentación foliada con actas de recepción de cantidad de hojas recibidas y documentos entregados cada semana. Establecer políticas o un instrumento de trabajo que contenga todos los detalles del envío y recepción de la información. Solicitar a Seguridad de la Información procedimientos para protección de la información e incidentes de seguridad de la información, considerando que	Director de Salud, Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarias y Supervisores de fases

					ésta tendrá traslados.	
Deterioro a la calidad de la auditoría de calidad de la facturación de los servicios de salud	Debido al incremento de carga operativa en la Matriz es probable que existan deficiencias en la ejecución de procesos.	Moderada	Catastrófico		Revisar por muestreo trámites de cada fase. Solicitar a UATH se mida la carga laboral para determinar técnicamente el número de funcionarios que debe de mantener cada fase.	Director de Salud, Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarios y Supervisores de fases
Inseguridad en el puesto de trabajo	Debido al proceso de optimización de personal que ha tenido el proceso de ACFSS, se han modificado los tipos de contratación de personal.	Casi cierta	Moderado		Considerar formas de contratación que aseguren la continuidad del proceso en el tiempo. Solicitar a UATH actualizar orgánico funcional del Instituto incluyendo todos los cargos identificados en el proceso.	Director de Salud, Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarios y Supervisores de fases
Fallas en los sistemas tecnológicos	Debido a que la Información de sustento del proceso de ACFSS será digitalizada y al existir la probabilidad que el sistema de los servicios de salud	Moderado	Catastrófico		Diseñar planes de contingencia para ejecución de procesos. Respaldo información en servidores espejo para no perder sustentos de pago.	Director de Salud, Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarios y Supervisores de fases

	falle y se retrase la ejecución del proceso					
Errores en la digitalización de documentos de sustento planillas.	Al existir la mejora en el proceso de ACFSS, digitalizando los documentos de sustento, es probable que existan errores humanos o tecnológico en la digitalización y no se dispondrán de físicos para corroborar información.	Rara	Moderado		Diseñar planes de contingencia para ejecución de procesos. Mantener contacto con el responsable de la documentación de sustento.	Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarios y Supervisores de fases
Concentración de gestiones en la Matriz	Debido a que el proceso de ACFSS se gestionará al 100% en la matriz existe la probabilidad que las gestiones se centren en ciertos funcionarios.	Moderado	Moderado		Deberá existir rotación y segregación de funciones entre el personal que realiza las actividades y prestadores que gestionan para evitar abuso de información privilegiada.	Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarios y Supervisores de fases

Desinformación en redes sociales sobre temas de salud	Debido a que la gestión de salud es susceptible de opiniones de los asegurados, existe la probabilidad que se deteriore la imagen institucional por la desinformación propagada	Moderado	Moderado		Efectuar campañas de difusión sobre la optimización del proceso de ACFSS y mitigación de desinformación.	Jefe de la Unidad de Comunicación Social, Coordinador del Departamento de Prestaciones Hospitalarias y supervisores de las fases
---	---	----------	----------	---	--	--

**Fuente:** Dirección de Riesgos de ISSFA

**Elaboración:** Eco. Santiago Viteri

*\* La evaluación de riesgos se realiza considerando una metodología cualitativa, de acuerdo a la experiencia del experto en el proceso, teniendo como escalas las siguientes: la probabilidad se ha medido como: casi cierta, moderada y rara y el impacto se ha medido como: catastrófico, moderado e insignificante*