



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD

**CREACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA MÉDICA PARA LA GERENCIA MÉDICA
DE ECUASANITAS S.A**

Profesor

Mgs. Sandra Salazar

Autora

Lucy Adriana García López

2024

RESUMEN

Ecuasanitas S.A., es una empresa líder en medicina prepagada, que oferta planes de asistencia médica, garantizando todos los afiliados la cobertura de los servicios ambulatorios, hospitalarios y de emergencia en los prestadores médicos que cuentan con convenio a nivel nacional y quienes generan solicitudes de servicios complementarios para llegar a un diagnóstico y poder instaurar un tratamiento. Estas solicitudes deben ser atendidas en un tiempo máximo de 72 horas, que actualmente no se cumple razón por la cual genera insatisfacción en los afiliados. Ecuasanitas S.A., cuenta con profesionales con perfil de médico auditor, distribuidos en diferentes áreas de la compañía, lo que dificulta que el proceso de auditoría sea ágil, no se aplique de manera correcta las condiciones contractuales o, se realice la codificación para la facturación del servicio de acuerdo con criterios personales, lo que genera malestar en el afiliado y en el prestador médico. Por tal motivo se requiere la creación de un departamento de Auditoría Médica para que se concentre el personal de médicos auditores y se pueda establecer instructivos y procedimientos que regulen sus actividades, mantengan alineados los criterios médicos, optimizando los recursos humanos disponibles.

ABSTRACT

Ecuasanitas S.A., is a leading company in prepaid medicine, which offers medical assistance plans, guaranteeing all affiliates the coverage of outpatient, hospital and emergency services in medical providers that have an agreement at national level and who generate requests for complementary services to reach a diagnosis and be able to establish a treatment. These requests must be attended in a maximum time of 72 hours, which is currently not met, which is why it generates dissatisfaction among the affiliates. Ecuasanitas S.A., has professionals with a medical auditor profile, distributed in different areas of the company, which makes it difficult for the audit process to be agile, the contractual conditions are not correctly applied or the codification for the billing of the service is made according to personal criteria, which generates dissatisfaction in the affiliate and in the medical provider. For this reason, it is necessary to create a

Medical Audit Department to concentrate the medical auditors' staff and establish instructions and procedures to regulate their activities, keep the medical criteria aligned and optimize the available human resources.

INTRODUCCIÓN

Ecuasanitas S.A., es una empresa líder en medicina prepagada, cuyo objetivo es el de ofrecer un sistema de medicina prepagada y atención médica, que garantice el cumplimiento de los servicios contratados por nuestros afiliados y clientes; que para su cumplimiento cuenta con 1.200 prestadores médicos a nivel nacional entre hospitales, clínicas, consultorios médicos, laboratorios, centros de imagen, terapias físicas, etc. Estos prestadores cuentan con convenios y tarifas propias aplicadas al sector privado de la salud. Estos costos deben ser verificados y controlados mediante la aplicación de pertinencia médica enmarcados en las condiciones contractuales de cada afiliado, por lo que se requiere de la implementación de un área específica en la que el personal de salud de la compañía pueda aplicar los conocimientos de auditoría médica, basados en guías y protocolos de manejo terapéutico, para de esta manera gestionar de manera adecuada el gasto por los servicios médicos brindados a nuestros afiliados.

ANÁLISIS SITUACIONAL ACTUAL DE GESTION GERENCIAL

Ecuasanitas S.A. es una empresa de medicina prepagada fundada el 07 de abril de 1978, dedicada a la comercialización de planes de seguros de salud, garantizando la atención médica a través de servicios médicos contratados, con personal médico calificado para el cuidado de la salud, de nuestros más de 80.000 afiliados.

Ecuasanitas S.A, en su página Web, detalla la Misión y la Visión de la compañía:

Misión: "Otorgar y garantizar atención médica de calidad a nuestros clientes."

Visión: "Mantener el liderazgo a través del compromiso de su gente y la excelencia en el servicio."

Cuenta con planes de asistencia médica que cumplen lo establecido por la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, es de decir que cuentan con las "modalidades abiertas, cerradas o mixtas, de modo que el usuario o asegurado tenga la posibilidad de escogitamiento de cualquiera de aquellas" (p.7). Estos planes están clasificados por niveles, según el monto anual contratado.

Así también cuenta con más de 1200 prestadores médicos, que brindan atenciones ambulatorias, de emergencias y hospitalarias, a través de convenios directos; y, de acuerdo con las tarifas acordadas se clasifican en niveles, a los cuales pueden acceder todos los afiliados. Los servicios que no se disponen en convenio pueden ser cubiertos por Ecuasanitas S.A., aún en el plan de modalidad cerrada; a través del reembolso como una excepción, ya que es necesario dar cumplimiento al Modelo de atención integral de salud (MAIS).

La nivelación tanto de los contratos de asistencia médica como los de los prestadores médicos, incentiva a que se el afiliado utilice los servicios que se encuentran en su nivel o inferiores a fin de obtener mayor porcentaje

de cobertura, de lo contrario al utilizar prestadores con niveles más altos el porcentaje de cobertura será menor.

Ecuasanitas S.A. cuenta con presencia a nivel nacional con oficinas en las principales ciudades como son: Quito (Matriz), Guayaquil, Cuenca, Ambato, Riobamba, Ibarra, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas, en donde se realizan nuevas afiliaciones, gestión de reembolsos de servicios médicos con profesionales no se encuentran en convenio directo, autorizaciones de servicios sean estos ambulatorios, de emergencia u hospitalarios, para satisfacer las necesidades de los afiliados con énfasis en las condiciones contractuales.

Actualmente Ecuasanitas S.A., cuenta con la siguiente estructura jerárquica:

1. Gerencia Administrativa y Financiera
2. Gerencia de Talento Humano
3. Gerencia de Producción
4. Gerencia Comercial
5. Gerencia Médica

La Gerencia Médica a su vez, cuenta con 5 jefaturas, las cuales tienen a su cargo supervisores y responsables en los procesos:

1. Jefatura de Convenios Médicos
 - 1.1. Coordinador Médico de convenios
 - 1.2. Coordinador de visita médica
2. Jefatura de Servicios Médicos
 - 2.1. Asistentes de servicios médicos
3. Jefatura de Prestaciones de Salud y Facturación
 - 3.1. Supervisores de prestaciones ambulatorias
 - 3.1.1. Liquidadores
 - 3.2. Supervisor de prestaciones hospitalarias
 - 3.2.1. Liquidadores

3.3. Médicos Auditores

4. Jefatura de Reembolsos

4.1. Supervisor de reembolsos menores de \$250 USD

4.1.1. Liquidadores

4.2. Supervisore de reembolsos mayores de \$250 USD

4.2.1. Liquidadores

4.3. Médicos Auditores

5. Contralor Médico

Dentro de la estructura de la Gerencia Médica, se encuentran médicos auditores asignados a otros procesos que son compartidos con la Gerencia de Producción, como es el Balcón de servicios tanto de la oficina matriz como dentro de las instalaciones del prestador médico Clínica Internacional, estos profesionales que forman parte de la Gerencia Médica, cumplen con los procesos de la Jefatura de Prestaciones de Salud y Facturación.

A nivel nacional se receptan y analizan las solicitudes de servicios médicos que los afiliados de Ecuasanitas S.A, requiere para el diagnóstico o tratamiento de su condición de salud; estos estudios o servicios pasan por un proceso previo de Auditoría Médica, en el que un profesional con conocimientos de medicina, aplica guías y protocolos de manejo clínico, medicina basada en la evidencia, conocimiento de los productos que comercializa la compañía, condiciones contractuales, límites y sublímites de cobertura, prestadores y servicios con los que se cuenta en convenio, así también debe tener la experticia del manejo y aplicación de la codificación de los servicios para el reconocimiento económico teniendo como base el Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; otras normativas legales que deben ser de conocimiento son la Ley Orgánica de discapacidades, Ley de prevención, protección de la Diabetes, Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica y otras que sean de inherentes a la atención

médica a nivel nacional. Una vez que se ha cumplido con toda esta revisión se puede autorizar o negar el servicio y el afiliado puede acceder o no a la atención médica requerida.

Durante el 2023 se otorgó servicios a 294.968 pacientes en los diferentes servicios, siendo el Ambulatorio el que mayor número de atenciones obtuvo en este período, y por ende el de mayor costo.

| COSTO POR TIPO DE SERVICIO - 2023 | | | | |
|------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| TIPO ATENCIÓN | VALOR PAGADO | PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN | FRECUENCIA | NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS |
| AMBULATORIO | \$ 22.638.042,01 | 53% | 610.739 | 277.343 |
| HOSPITALARIO | \$ 17.551.029,73 | 41% | 25.681 | 16.280 |
| EMERGENCIA | \$ 2.539.227,93 | 6% | 30.647 | 27.548 |
| TOTAL | \$ 42.728.299,67 | 100% | 667.067 | 321.171 |

Actualmente los Auditores Médicos se encuentran asignados a distinto procesos del área médica, lo que dificulta que el proceso de auditoría sea ágil, no se aplique de manera correcta las condiciones contractuales o, se realice la codificación para la facturación del servicio de acuerdo con criterios personales, lo que genera malestar en el afiliado y en el prestador médico. Esta diferencia de criterios se debe a que al estar asignados a distintos procesos no tiene una visión global del proceso de auditoría médica que requiere Ecuasanitas S.A., por lo que es necesario que se realice la unificación de los criterios técnico-médicos, contractuales y se aplique las normativas legales para autorización y pago del servicio.

Para esta unificación de criterios se requiere contar con un espacio físico, en el que se encontrarán todos los auditores médicos, 8 en Quito, y de manera virtual formarán parte los profesionales de las Regionales de Guayas (3) y Cuenca (2), quienes estarán bajo la responsabilidad del Contralor Médico, profesional que debe tener conocimiento de Medicina y título profesional de cuarto nivel de Gerencia de instituciones de Salud o afines; quien será responsable de la elaboración de instructivos, procedimientos, guías u otros documentos que guíen el actuar de los auditores médicos. Además, será el responsable de la notificación a la Gerencia Médica de los indicadores que se

genere en este proceso a nivel nacional.

ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA

Ecuasanitas S.A. oferta seguros de salud de medicina prepagada, a través de la contratación de estos con: clínicas, hospitales y consultorios de atención ambulatoria.

Las empresas de Medicina prepagada cuentan con un servicio de atención directa a los usuarios a través de plataformas tecnológicas que permiten una respuesta a las necesidades del afiliado de forma más rápida, mejorando la satisfacción del usuario.

Ecuasanitas al momento dispone de una plataforma que le permite únicamente ingresar los trámites para el reembolso a través de esta para posteriormente realizar el proceso de revisión documental, Auditoría Médica, planillación y pago al afiliado. De manera mensual ingresó en promedio 11.000 reembolsos de distintos valores (Base de datos de plataforma CRM), que requieren ser auditados por un médico y poder dar respuesta en un plazo establecido de 8 días hasta el pago de los valores correspondientes.

Sin embargo la modalidad de reembolso no es la única forma de cobertura sino también es el crédito sea para atenciones ambulatorias u hospitalarias, estos requerimientos ingresan a través del balcón de servicios o correos electrónicos en un promedio de 5.000 solicitudes (Base de datos de autorizaciones – Sistema SIAM) que requiere ser revisadas por un profesional médica para la aplicación de protocolos y guías de manejo clínico y terapéutico así también la aplicación de las condiciones contractuales de cada plan y dar respuesta sea esta positiva o negativa al afiliado en un plazo de 72 horas, según establece los instructivos internos.

Otra actividad que requiere de la revisión médica, son las atenciones hospitalarias y de emergencia, que apliquen los criterios de buena práctica clínica y quirúrgica, de guías y protocolos; así como, del cumplimiento de parte de los prestadores para la aplicación de las condiciones convenidas como: tarifas y servicios. Este proceso de revisión se debe aplicar a todas las atenciones que se realizan en un mes para ser liquidadas y pagadas dentro de este mismo

periodo, proceso que se aplica con todos los prestadores a nivel nacional.

Ecuasanitas realiza la venta de nuevos planes de manera diaria a nivel nacional, en estas ventas siempre se incluye el formulario de declaración de salud, en donde los nuevos afiliados registran información médica de su condición de salud en el momento del ingreso, esta información posteriormente es ingresada y codificada con la Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición (CIE-10), actividad que lo realiza un médico en un plazo no mayor de 48 horas, para que se pueda generar el contrato y por ende el servicio; estas ventas nuevas que son alrededor de 2.000 mensuales en promedio (Base de datos sistema Genesys) el 50% deben ser revisadas por el médico auditor.

Todos los procesos implican que el auditor deba en cualquier momento dar atención al cliente o al prestador de Ecuasanitas, sea por una negativa, solicitud de documentos adicionales, objeciones, todas estas actividades evitan el cumplimiento de los tiempos de respuesta de la auditoría médica, especialmente en la autorización de servicios ya que el afiliado debe esperar más de 72 horas para poder recibir una respuesta a sus requerimientos, ocasionando insatisfacción en el servicio y quejas por parte del afiliado las cuales deben además ser justificadas por el auditor médico, extendiendo aún más los tiempos de respuesta.

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

Durante los procesos de Auditoría Médica que se llevan a cabo en Ecuasanitas se ha identificado que la causa de la insatisfacción de los afiliados se debe a que, no se cumple con el tiempo para la respuesta de las solicitudes de servicios esto debido a que los médicos auditores no conocen de las condiciones particulares de contratos, especialmente los corporativos que de acuerdo a la negociación cuentan con características especiales, esto lleva a que se niegue servicios a los que contractualmente tiene derecho, causando un potencial riesgo de desafiliación.

Esta prolongación de los tiempos de respuesta se debe también a la inseguridad

en la aplicación de las guías de manejo clínico, por falta de unificación de criterios y requieren de la presentación de más información médica de la evolución de la patología, lo que obliga al afiliado a recurrir a médicos y clínicas u hospitales a solicitar su historia clínica, haciendo que este proceso se convierta en una peregrinación del afiliado para conseguir los sustentos requeridos por el médico auditor. Sin embargo, existen médicos auditores que se basan en la evolución de la patología y proceden con la autorización sin la solicitud de información adicional. Esta falta de unificación de criterios nos lleva a generar inconformidad en el afiliado y prolongación de los tiempos de respuesta.

Otro proceso que requiere del criterio médico es el registro y codificación de las patologías que se considera preexistentes y que fueron declaradas por el afiliado en la suscripción del contrato, esto nos lleva nuevamente a la revisión de las condiciones contractuales y al historial de planes y contratos que Ecuasanitas, mantiene en su cartera de clientes. Este error en el registro lleva a negar servicios de manera errónea causando quejas e insatisfacción de los afiliados.

Esta diferencia de criterios además se debe a que el personal de médicos auditores se encuentra distribuido en diferentes procesos a los que deben alinearse para cumplir con los procesos e instructivos de cada área; y, dependiendo de la experiencia de la jefatura se mantiene ciertos criterios en la aplicación de la Auditoría Médica, dificultando el control que debe ejercer el Contralor Médico quien debe dirigir las actividades de los médicos auditores.

Para poder mantener la satisfacción del servicio y la fidelidad de los afiliados se requiere de la creación de un Departamento de Auditoría Médica en donde se concentre el personal de médicos auditores y se pueda establecer instructivos y procedimientos que regulen sus actividades, mantengan alineados los criterios médicos, optimizando los recursos humanos disponibles. Para ello se requiere realizar revisiones periódicas de las condiciones contractuales de los principales contratos, así como el análisis de casos clínicos que se puedan presentar en el ejercicio de sus funciones.

A continuación, se detalla la Matriz de evaluación de alternativas de solución:

| MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN | | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|
| No. | PROBLEMAS | CAUSA | EFFECTO | DESAFÍOS | ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN RESPONSABLE |
| 1 | Tiempos prolongados de respuesta | Falta de unificación de criterios médicos | Insatisfacción del cliente quejas y desafiliaciones | Respuesta en 72 horas | Unificación de criterios médicos | Contralor Médico |
| | | Inseguridad para la aplicación de criterios médicos | | | | Contralor Médico |
| | | Solicitud innecesaria de documentos médicos | Malestar en el afiliado que debe acudir por varias ocasiones al prestador médico para solicitar información | Aplicación correcta de guías de manejo clínico y tiempos de evolución de las patologías | Análisis de casos con el equipo de médicos auditores | Contralor Médico |
| | | Desconocimiento de las condiciones contractuales | Autorización de servicios de manera errónea | Conocimiento de las condiciones contractuales | | Contralor Médico |

Objetivo general:

- Crear un departamento de Auditoría Médica para la gerencia médica de Ecuasanitas S.A

Objetivos Específicos:

- Elaborar procedimientos e instructivos que orienten a la toma de decisiones en el proceso de auditoría médica.
- Elaborar un plan de capacitación de las condiciones contractuales de planes que cuenten con coberturas especiales
- Contar con el personal médico necesario para la atención de la demanda de solicitudes de servicios para cobertura
- Contar con el espacio físico necesario para concentrar a los profesionales médicos auditores
- Aplicación de una encuesta sobre la
- Elaborar indicadores de gestión de los procesos

Planteamiento del problema:

La insatisfacción del cliente, por los tiempos prolongados en la respuesta a las

solicitudes de servicios que presenta, para la cobertura.

Justificación y aplicación de la Metodología a utilizar

Para iniciar se requiere conocer el concepto de Auditoría Médica que es “el análisis crítico sistemático de la calidad de atención médica es el procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico.” (Polo, 2023). Tal como lo indica el autor la auditoría médica evalúa el proceder de un profesional en una atención médica, por lo tanto, es necesario que, para poder emitir un criterio, este debe estar basado en evidencia científica que sustente este actuar, es necesario que el criterio del médico auditor se base en los objetivos de la compañía y en guías clínicas y protocolos terapéuticos, con esto se podrá diferenciar si lo que se realizó en la atención médica es efectivamente lo que sustenta la evidencia científica.

Para poder estandarizar los criterios médicos, es necesario que se elabore procedimientos e instructivos que normen el proceder del médico auditor, esto evitará que se generen errores en el momento de realizar la auditoría médica por falta de unificación de criterios.

Esta documentación deberá estar acorde a las políticas de la compañía, directivas e instrumentos contractuales de cada plan, que se encuentre comercializando Ecuasanitas, además deberá estar basado en guías y protocolos de manejo terapéutico.

El médico auditor requiere cumplir con ciertas características que de acuerdo con el autor Álvarez F. (p.201) “como condición fundamental poseer una sólida formación académica, tanto en los aspectos clínicos como en los administrativos, financieros y en especial de conceptos de calidad”, deberá además poseer conceptos amplios y flexibles para interpretar la información tanto médica como de las condiciones contractuales así como de las políticas de la compañía, debe tener la capacidad de investigar y mantener actualizados sus conocimientos en base a guías de manejo clínico y terapéutico. Debe tener la capacidad de

relacionamiento tanto con el cliente interno como el cliente externos y prestadores médicos.

Se requiere establecer un plan de capacitación tanto de las condiciones contractuales, tipos de planes que se comercializan, directivas institucionales que se apliquen a las actividades que se realizarán los médicos auditores.

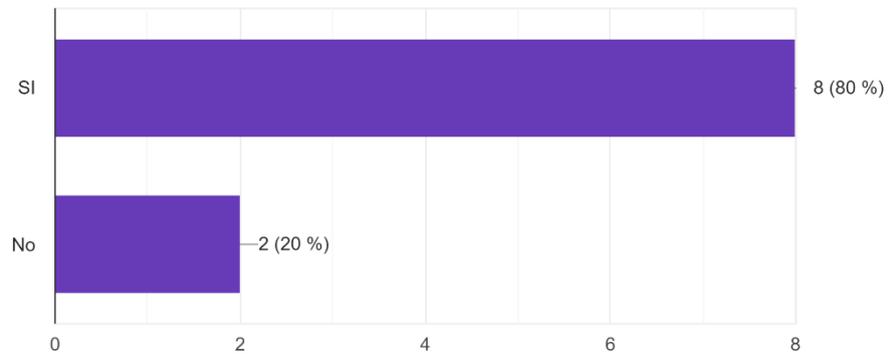
Actualmente Ecuasanitas S.A., cuenta con 13 médicos auditores a nivel nacional distribuidos de la siguiente manera: 3 en Guayaquil, 2 en Cuenca y 8 en Quito, y a la vez en diferentes procesos como con Balcón de servicios, facturación y reembolsos, cumpliendo diferentes funciones; sin embargo, las áreas más críticas son las de atención al cliente, que cuentan con un auditor en cada ciudad para atender un flujo diario de 300 solicitudes diarias, que no cumplen con el tiempo de respuesta de 72 horas, por lo que se presentan quejas de los afiliados las cuales deben ser respondidas por el personal de atención al cliente es por ello que se plantea una encuesta a los jefes de proceso que cuentan con un médico auditor para conocer si se cumple con el tiempo de respuesta, así como evaluar conocimientos sobre las condiciones de las condiciones contractuales.

Para el establecimiento de indicadores de gestión se debe considerar que “son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o departamento” (Álvarez F. p 115) en este sentido se requiere medir el cumplimiento del tiempo de respuesta de 72 para que el afiliado pueda acceder al servicio las causas por las que se

Para poder identificar las causas más frecuentes sobre la falta de respuesta de la auditoría médica se aplicó una encuesta a 10 colaboradores entre asistentes de balcón de servicios y jefes inmediatos de los médicos auditores de la oficina Matriz de Ecuasanitas a través de la plataforma Google Forms, obteniendo los siguientes resultados:

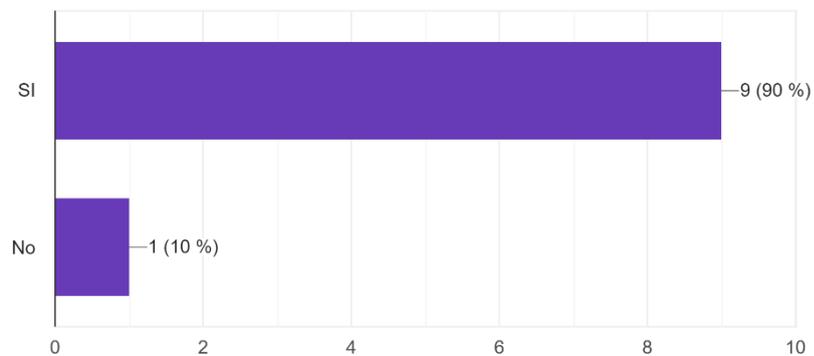
¿En el proceso de Auditoría Médica se cumple con el tiempo establecido de 72 horas, para la respuesta de las solicitudes presentadas por los afiliados?

10 respuestas



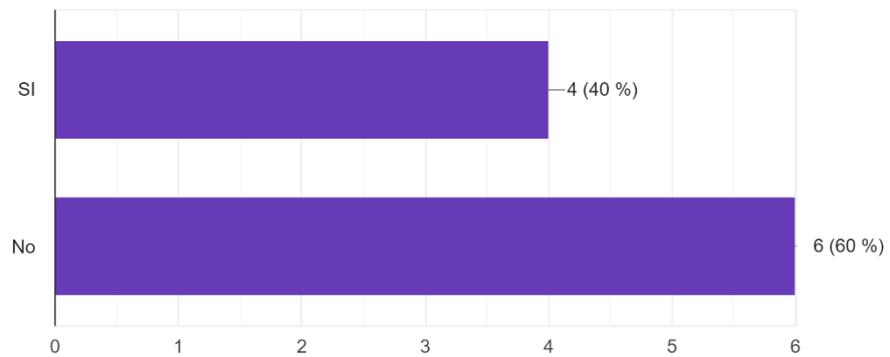
¿Las respuestas de la Auditoría Médica que superan las 72 horas, generan quejas e inconformidad de los afiliados?

10 respuestas



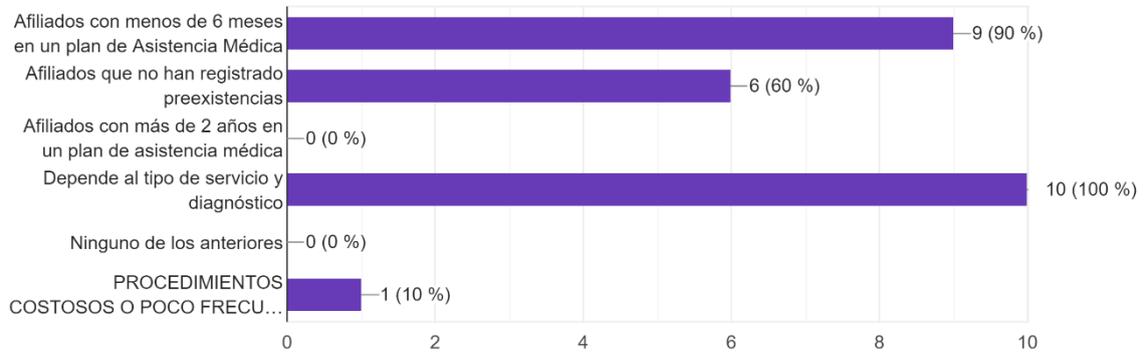
¿Cree usted que el Auditor Médico, tiene conocimiento de las condiciones contractuales de los planes corporativos y VIP?

10 respuestas



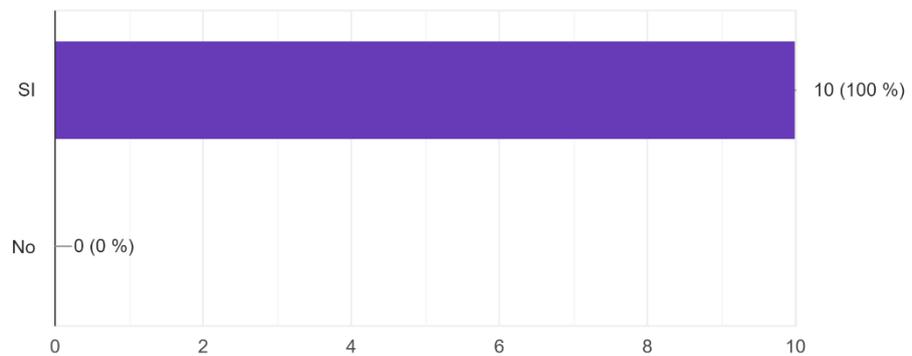
¿En qué casos considera que es necesario solicitar información adicional para la autorización de servicios?

10 respuestas



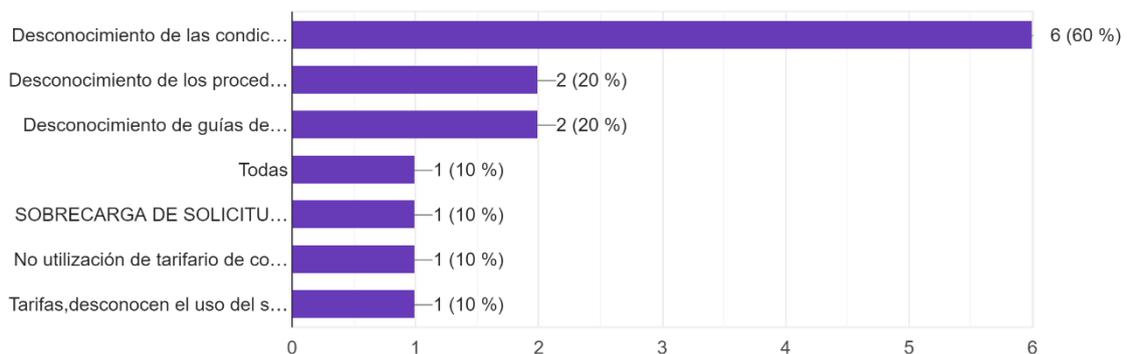
¿Considera que la falta de unificación de criterios en los Auditores Médicos, genera errores en la respuesta de los servicios solicitados por el afiliado?

10 respuestas



Cree usted que, los errores en las Auditorías Médicas se deben a:

10 respuestas



JUSTIFICACION Y APLICACIÓN DE METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LA REALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS.

Para poder obtener mejores resultados en el proceso de auditoría médica de servicios se requiere que, todos los médicos auditores que se encuentran asignados en diferentes procesos se organicen en una sola área, que se denominará Departamento de Auditoría Médica, para lo cual se requiere reorganizar el espacio físico del cuarto piso en donde se encuentra el personal de la Gerencia Médica, debido a que todos los auditores cuentan con un equipo informático no será necesario la adquisición de computadoras.

A todos los médicos auditores se les asignará la misma cantidad de actividades, por lo que se les capacitará en los diferentes procesos, esto con la finalidad de optimizar los recursos humanos y que todos gestionen las solicitudes de servicios, auditorías de cuentas médicas, reembolsos, declaraciones de salud, etc., en los tiempos establecidos de cada proceso.

Estas actividades estarán normadas con la elaboración de instructivos y procedimientos que sean de guía para la toma de decisiones, se unifique criterios y se mejore la satisfacción de los afiliados y prestadores médicos.

ANÁLISIS DEL ENTORNO SOCIAL

Se requiere dar cumplimiento a las condiciones contractuales, para el acceso a la cobertura de servicios de salud que son contratados por los afiliados, basado en la aplicación de guías de manejo clínico y terapéutico.

ANALISIS FODA

Para poder realizar la creación del Departamento de Auditoría Médica se requiere hacer un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas)

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Distribución equitativa de las actividades. • Conocimiento de todos los procesos que manejan Auditoría Médica. • Capacitaciones periódicas. • Infraestructura adecuada • Tecnología • | <ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con backups de los Médicos Auditores en caso de ausentismo • Insatisfacción de cliente por demora en la respuesta • Diferimiento de la respuesta al afiliado por solicitud de información adicional. • Falta de aplicación de las guías de manejo clínico y terapéutico. |

| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mejora en los tiempos de respuesta. • Unificación de criterios médicos. • Optimización del talento humano. • Pensamiento crítico • Evaluación de los procesos y planteamiento de mejoras • Aplicación en la Auditoría Médica • Capacitaciones sobre los planes con condiciones particulares • Manejos de tarifarios | <ul style="list-style-type: none"> • Desafiliaciones • Reprocesos |

INDICADORES

Los indicadores que nos permitirá medir la satisfacción del cliente y el número de solicitudes de servicios que serán auditadas en 72 horas serán:

| INDICADORES | PROCESOS | RESULTADOS |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL INDICADOR | PORCENTAJE DE GESTIÓN DE SOLICITUDES DE SERVICIO | PORCENTAJE DE INSATISFACIÓN DE AFILIADOS |
| META | 2% | 2% |
| FORMULAS | Número de solicitudes autorizadas en 72 horas de procedimientos ambulatorios, clínicos y quirúrgicos programados / número de solicitudes de procedimientos ambulatorios, clínicos y quirúrgicos programados presentados X 100 | Número de afiliados que presentan quejas por falta de respuesta en 72 horas de solicitudes de servicios / número de afiliados que presentan solicitudes de procedimientos ambulatorios, clínicos y quirúrgicos programados presentados X 100 |

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

| ACTIVIDAD | META | OBJETIVO | FECHA | RESPONSABLE |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Creación del Departamento de Auditoría Médica | Presentación del proyecto a la alta Gerencia | Disminuir el número de quejas de los afiliados | 01 de abril de 2024 | Gerencia General |
| | Elaborar instructivos y procedimientos para el departamento de Auditoría Médica | Establecer parámetros para orientar la toma de decisiones al auditor médico | 15 de abril de 2024 | Gerencia Médica / Contralor Médico |
| | Capacitación a los médicos auditores sobre planes de asistencia médica sobre condiciones generales y específicos | Capacitar a los médicos auditores | Trimestral - El décimo quinto día hábil de abril, agosto, diciembre 2024 y cada año | Contralor Médico |
| | Actualización de conocimientos basado en guías de manejo clínico y terapéutico | Realizar capacitaciones a los médicos auditores de manera mensual sobre casos que requirieron revisión con el Contralor Médico | Quinto día hábil del mes siguiente de la revisión | Contralor Médico / Médico Auditor |

CONCLUSIONES:

- La creación del Departamento de Auditoría Médica para la Gerencia Médica de Ecuasanitas, permitirá disminuir los tiempos de respuesta en las solicitudes de servicios, mejorando la calidad en la atención de los afiliados.
- El personal de médicos auditores podrá mantener reuniones periódicas para el análisis de los casos y mantener un criterio médico unificado que permita, dar respuesta a las solicitudes de servicios en el tiempo establecido de 72 horas.
- Con la implementación de instructivos y procedimientos, se mantendrá parámetros que permitirá orientar a los médicos auditores, en la toma de decisiones.
- Con los indicadores de gestión se podrá medir las actividades que se desarrollen dentro del departamento y poder tomar medidas correctivas en caso de incumplimiento de estos.

RECOMENDACIONES:

- La creación del Departamento de Auditoría Médica nos permitirá dar una respuesta oportuna a las necesidades de los afiliados de Ecuasanitas.
- Capacitación permanente al personal de Médicos Auditores, sobre los distintos procesos que pertenecen a la Gerencia Médica de Ecuasanitas, así como de las condiciones particulares de cada contrato de Asistencia Médica.
- La unificación de criterios, estarán basados en guías y protocolos de manejo clínico.
- Al mejorar la satisfacción de los afiliados se reducirá el número de desafiliaciones por mal servicio.

REFERENCIAS

1. (<https://www.ecuasanitas.com/nosotros>, 2023)
2. (Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, 2016)
3. (MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL, 2012)
4. Polo Agrade, S. (2023). Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un Hospital de tercer nivel de atención. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. Marzo-Abril, 2023, Volumen 7, Número 2.
5. Salazar S., Clerque C., Barrera M., Cárdenas C. Manual para la evaluación de la pertinencia médica por las atenciones médicas brindadas por los prestadores de salud del IESS.
6. García L. Procedimiento de Auditoría Médica para la emisión de autorizaciones, reembolsos y facturación (PR-AY-AM-001). 2023.