

CAPÍTULO

ASPECTOS GENERALES

ASPECTOS GENERALES.....	2
--------------------------------	----------

ASPECTOS GENERALES.....	2
--------------------------------	----------

1 Antecedentes.....	2
2 Origen de la empresa.....	3
3 Base Legal de la Empresa.....	4
1.1. Marco Legal.....	4
4 Objetivo de la Empresa.....	7
5 Organigramas.....	7

1.6.1 Organigrama Estructural.....	10
------------------------------------	----

1.6.1.1 Organigrama Estructural de la Gerencia Médica.....	11
--	----

1.6.1.2 Organigrama Posicional del área de Administración de Servicios Médicos y Reembolsos.....	12
--	----

1.6.2 Descripción de funciones personal área médica.....	13
--	----

1.6.2.1 Descripción de funciones del Gerente Médico.....	13
--	----

1.6.2.2 Descripción de funciones del Auditor Médico.....	13
--	----

1.6.2.3 Descripción de funciones de la Coordinadora de Reembolsos.....	14
--	----

1.6.2.4 Descripción de funciones de Asistente de Reembolsos.....	15
--	----

1.6.2.5 Descripción de funciones de Auxiliar de Reembolsos.....	16
---	----

1.6.2.6 Descripción de funciones de la Coordinadora de Servicios Médicos.....	17
---	----

1.6.2.7 Descripción de funciones de Asistente de Servicios Médicos.....	18
---	----

Concepto: La Visión es la capacidad de ver más allá, en tiempo y espacio y por encima de los demás; significa visualizar, ver con los ojos de la imaginación, en términos del resultado final que se pretende alcanzar..... 22

La Visión Es el sueño alcanzable a largo plazo, el futuro aspirado; debe incorporar tanto la Visión del usuario externo, como la del Interno. Debe ser alcanzable y real.....22

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSO.....	62
---	-----------

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSO.....	62
---	-----------

Los componentes que rigen el proceso del control interno son:.....	77
--	----

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUASANITAS S.A.....	115
APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUASANITAS S.A.....	115

ASPECTOS GENERALES

1 Antecedentes

En el año 1978 la salud en nuestro País estaba a cargo del Ministerio de Bienestar Social, otorgada a través de los hospitales públicos y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil; y solo un pequeño porcentaje de ecuatorianos podían acceder al Hospital del Seguro Social o al Hospital Militar.

En aquella época la atención de la salud pública tenía mayores recursos, era más barata, fluía sin muchos problemas, los hospitales no se paralizaban y contaban con medicinas; sin embargo, en ese tiempo empezaron a evidenciar cada vez con más intensidad, dos síntomas que traducían el malestar social de ese entonces: la imposibilidad del Estado para atender las urgentes necesidades de la población en el área de la salud y los costos cada vez más altos en el rubro de asistencia médica.

Con esta realidad imperante, hace 30 años, la visión de un médico español, el Dr. Marcial Gómez Sequeira y el respaldo de un selecto grupo de médicos ecuatorianos, dan inicio a una nueva forma de cobertura médica, esto es la medicina prepagada,

campo que ya en España estaba muy bien desarrollado y cuya experiencia sirvió para cimentar las bases de la Compañía Ecuasanitas S.A. en el Ecuador.

2 Origen de la empresa

Ecuasanitas S.A., se legalizó en Quito el 7 de abril de 1978. Empresa de medicina prepagada trazada con visionario impulso y ambicioso afán por el doctor Marcial Gómez Sequiera y un grupo de distinguidos médicos del país.

Con esa premisa, ampliada en profundidad en la misión de otorgar y garantizar atención médica de calidad y de mantener el liderazgo a través del compromiso y excelencia en el servicio, Ecuasanitas S.A. comenzó a operar hace exactamente 30 años, exactamente en junio de 1978.

Dado lo novedoso del sistema, en la primera época fue necesario informar, explicar, aclarar y educar, tanto a los médicos adscritos por convenio como a los prospectos de afiliados.

El desarrollo y crecimiento organizacional es constante y floreciente, tanto en la calidad de los múltiples servicios como en la infraestructura que los alberga. Actualmente cuenta con edificios propios en Quito y Guayaquil, centros médicos, clínicas, 20 puntos de atención y más de 900 médicos en todas las especialidades que dan atención en 11 ciudades del país.

Ecuasanitas S.A., se convierte así en la primera Compañía de Medicina Prepagada en el país y precursora de las Empresas Sanitas Internacional en América Latina.

Ecuasanitas S.A., es la única Empresa en el país que ofrece a sus afiliados, en uno de sus productos, un contrato de asistencia médica integral con cobertura al 100%. Mediante una cuota mensual, los afiliados cuentan con servicios de especialistas y

centros hospitalarios, sin tener que recurrir a la cancelación previa de valores, para luego solicitar la restitución o reembolso.

Desde su fundación en 1978 hasta 1994 (17 años), Ecuasanitas no tuvo competencia en el mercado de medicina prepagada en el país. En 1994 se constituye la empresa de medicina prepagada Salud S.A.

3 Base Legal de la Empresa

La constitución de la Compañía Ecuasanitas S.A. se realizó en la Notaría Décima Primera del Cantón Quito, el 21 de febrero de 1978; se inscribió en el Registro Mercantil del Cantón Quito el 7 de abril de 1978, a fs 792 vta, bajo número 327 del Registro Mercantil, Tomo 109.

Ecuasanitas S.A. ha pasado por varias transformaciones, tanto en su capital como en sus estatutos sociales; tales como: el incremento paulatino de su capital social, participación y cambio de accionistas y en el año 2000 se reforman los estatutos en concordancia con la aplicación de la Ley para la Transformación Económica del Ecuador aprobada por el Congreso Nacional el ocho de marzo del dos mil. De igual forma, se suceden nombramientos de nuevas autoridades y aprobación de cupos resolutivos de los principales directores.

El último aumento de capital y reforma del estatuto social se realizó en la notaría décima cuarta del cantón Quito el 26 de octubre del 2007 y quedó inscrito en el Registro Mercantil del Cantón Quito, Tomo 138.

1.1. Marco Legal

La Compañía Ecuasanitas S.A. está sujeta al control de los siguientes organismos del Estado;

- Superintendencia de Compañías
- Servicio de Rentas Interna
- Ministerio de Salud
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Cámara de Comercio
- Cuerpo de Bomberos
- Dirección de Medio Ambiente
- Fundación Natura

A continuación se relata un resumen del contenido de la Escritura de Constitución de la Compañía:

Artículo primero: La Compañía se denominará “Ecuasanitas S.A.” y durara treinta años.

Artículo segundo: Domicilio.- La Compañía es de nacionalidad ecuatoriana y su domicilio principal será la ciudad de Quito, pudiendo establecer sucursales y agencias en uno o varios lugares dentro o fuera de la República.

Artículo tercero: El objeto de la Compañía será la prestación de servicios de asistencia médica, quirúrgica y de hospitalización; así como cualquier otra actividad relacionada con su objeto social, pudiendo además asociarse con otras compañías nuevas o existentes y toda clase de actos comerciales e industriales permitidos por la Ley, relacionados con su objeto.

Artículo cuarto: Del capital social.- El capital social de la Compañía es de seis millones trescientos cincuenta mil 00/100 dólares de los Estados Unidos de América,

dividido en seis millones trescientos cincuenta mil acciones ordinarias y nominativas de un dólar cada una.

El capital social de la Compañía está conformado por:

- El 81,77% es capital español
- El 5,81 % es capital de la Clínica Internacional
- El 12,42 % es capital ecuatoriano



Artículo séptimo: Administración.- La Compañía estará gobernada por la Junta general de Accionistas y administrada por el Directorio, el Presidente, el Vicepresidente y el Gerente General.

Artículo décimo primero: Convocatorias.- Las Juntas Generales serán convocadas por el Presidente y/o el Gerente General de la Compañía.

Artículo decimosegundo: Las convocatorias se harán por la prensa y en la forma señalada por el artículo doscientos treinta y seis de la Ley de Compañías y con ocho días de anticipación; indicando a más de la fecha y la hora, el lugar y el objeto de la reunión.

Artículo Trigésimo tercero: la Junta General nombrará un Comisario Principal y un Suplemente. Durarán un año en sus funciones con las facultades y responsabilidades establecidas en la Ley de Compañías.

Artículo Trigésimo cuarto: De los comisarios.- Los Comisarios presentarán al final del ejercicio económico del año, un informe detallado a la Junta General Ordinaria, referente al estado financiero y económico de la Sociedad.

Artículo Trigésimo quinto: la Junta General nombrará los Auditores Externos. Durarán tres años en sus funciones con las facultades y responsabilidades establecidas en la Ley de Compañías.

4 Objetivo de la Empresa

El objetivo de la Empresa es propiciar la afiliación de clientes a sus diferentes sistemas de medicina prepagada, para otorgar asistencia médica clínica y quirúrgica dentro de los alcances del contrato.

5 Organigramas

La empresa tiene un Reglamento Orgánico Funcional que determina las funciones de cada funcionario y empleado de la institución.

El plan organizacional de la Compañía está definido por tres niveles: directivo, ejecutivo y operativo.

Nivel directivo que está representado por

- La Junta General de Accionistas.
- El Directorio

Dependiendo del Directorio se encuentra el Consejo Médico, que es un ente coordinador.

Nivel Ejecutivo que está representado por:

Gerente General, bajo el cual tiene tres grupos de asesores que son: el Auditor Interno General, Asesora de la Gerencia General y Jefe de Sistemas.

Nivel Operativo y en línea tenemos los siguientes grupos operativos:

- Gerencia Comercial
- Gerencia Médica
- Gerencia Financiera
- Gerencia Administrativa
- Gerencia Regional

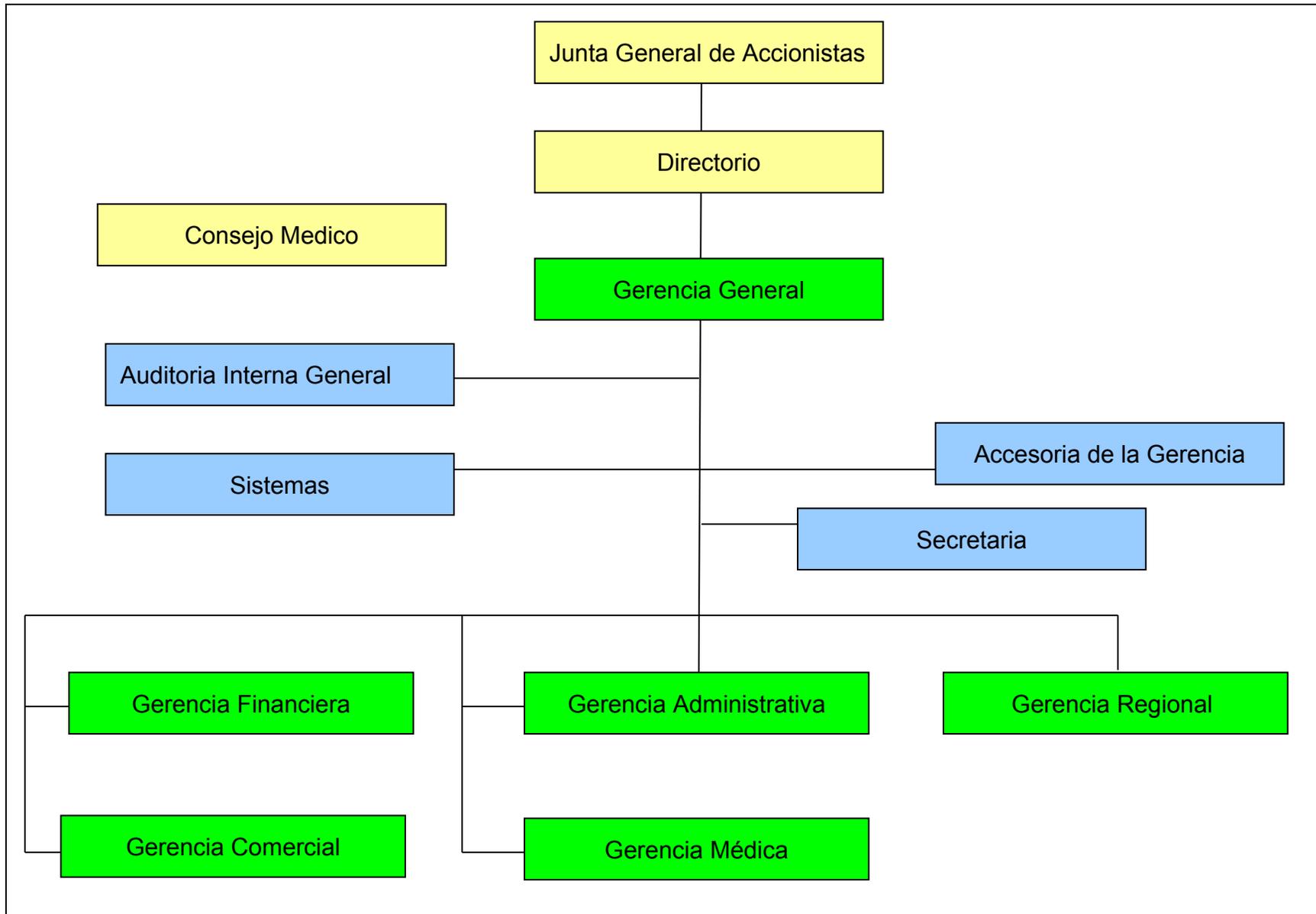
Estas gerencias son el objeto social de la Compañía, las cuales responden de su gestión cuantitativa y cualitativamente ante el Gerente General.

Cada gerencia tiene personal operativo de apoyo como son jefes, coordinadores, supervisores y secretarias. Los resultados de sus gestiones reportan a cada gerencia.

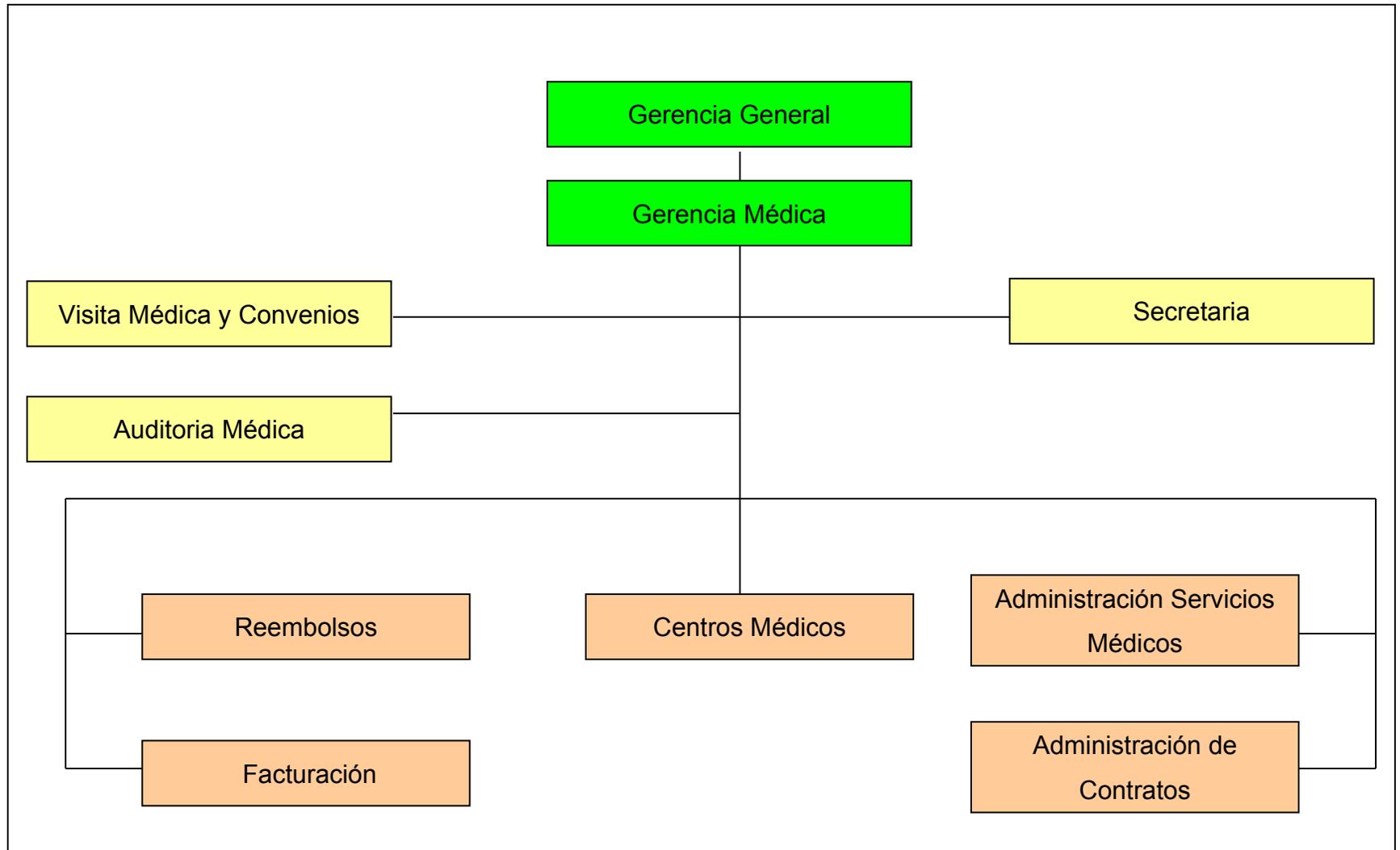
El personal operativo de cada área como analistas, asistentes, auxiliares, asesores y recaudadores, cumplen con el desarrollo de cada procedimiento de los cuales son responsables directos para que la Compañía logre los objetivos planteados.

La empresa está legislada por políticas dictadas a través de directivas, reglamentos, procedimientos e instructivos, cuyo objetivo es determinar las funciones de cada área y normar los procesos.

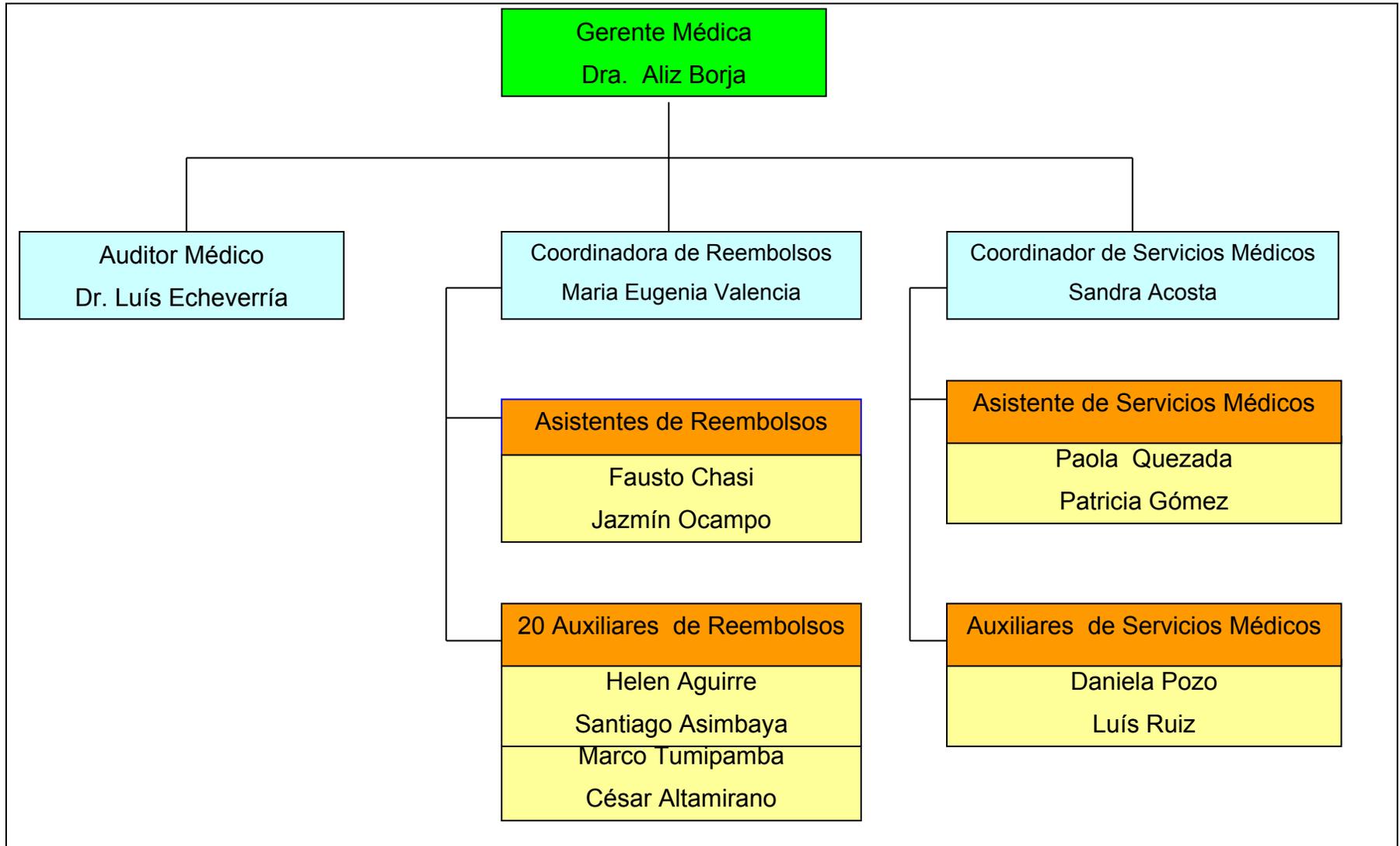
1.6.1 Organigrama Estructural



1.6.1.1 Organigrama Estructural de la Gerencia Médica



1.6.1.2 Organigrama Posicional del área de Administración de Servicios Médicos y Reembolsos



1.6.2 Descripción de funciones personal área médica

1.6.2.1 Descripción de funciones del Gerente Médico

Título del Cargo	Gerente Médico
Área	Médica
Reporta a:	Gerente General
Cargos que supervisa	Auditor Médico Visitador Médico Contralor de Facturación Médica Coordinadora de Servicios Médicos Coordinadora de Reembolsos Directores de centros médicos Secretaria de gerencia
Requisitos mínimo	Título universitario en medicina con especialidad. Título en administración en clínicas y hospitales Experiencia mínima 4 años en funciones similares.
Funciones:	
1. Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades relacionadas con la prestación y utilización de servicios médicos.	
2. Participar como miembro del Consejo Médico	
3. Coordinar el Comité de Excepciones	
4. Evaluar el mantenimiento de convenios con prestadores médicos	
5. Supervisar y asesorar el área médica de todas las oficinas a nivel nacional	
6. Controlar y manejar el tarifario y código de servicios	
7. Controlar y evaluar el gasto médico	
8. Aprobar o negar la afiliación de usuarios	
9. Supervisar el buen funcionamiento de los centros médicos	
10. Cumplir y hacer cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos	

1.6.2.2 Descripción de funciones del Auditor Médico

Título del Cargo	Auditor Médico
Área	Médica
Reporta a:	Gerente Médico
Cargos que supervisa	
Requisitos mínimo	Título universitario en medicina Título en Auditoría Médica Experiencia mínima 3 años en funciones similares
Funciones	
1. Realizar auditorias de procesos en pruebas y exámenes de diagnóstico.	
2. Analizar exámenes y que las prescripciones médicas concuerden con el diagnóstico.	
3. Analizar los procedimientos médicos de alto costo.	
4. Efectuar auditorias en reclamos presentados por usuarios por mala atención médica brindada por médicos adscritos a Ecuasanitas.	
5. Autorizar servicios médicos de acuerdo a diagnóstico y tiempo de afiliación.	
6. Auditar solicitudes de servicios quirúrgicos de acuerdo al diagnóstico y tiempo de afiliación.	
7. Realizar auditoría de reclamos.	
8. Visitar clínicas de convenio y revisar historias clínicas, diagnósticos y tratamiento instaurado a usuarios.	
9. Autorizar reembolsos de acuerdo a diagnósticos y tiempo de afiliación y condiciones del contrato.	
10. Realizar chequeos médicos a nuevos usuarios y al personal nuevo que ingresa a la empresa	
11. Cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos	

1.6.2.3 Descripción de funciones de la Coordinadora de Reembolsos

Título del Cargo	Coordinador de Reembolsos
Área	Médica

Reporta a:	Gerente Médico
Cargos que supervisa	Asistentes y Auxiliares de reembolsos
Requisitos mínimo	Título universitario licenciatura en enfermería o afines de medicina Cursos de seguros Conocimiento y perfecto manejo de Excel, Word, Visio, Power Point Experiencia mínima 3 años en funciones similares
Funciones	
1. Supervisar, organizar y capacitar el personal a su cargo y las funciones asignadas.	
2. Ejercer supervisión y control interno en los puntos de atención de reembolsos.	
3. Mantener reuniones de trabajo y desarrollo profesional con el personal a su cargo.	
4. Difundir las normativas, procedimientos de la empresa.	
5. Elaborar informes estadísticos de reembolsos a nivel nacional.	
6. Revisar el cumplimiento de los indicadores de gestión del área médica.	
7. Evaluar al personal a su cargo.	
8. Todas las demás funciones inherentes a su cargo y/o las que su superior disponga.	
9. Cumplir y hacer cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos	

1.6.2.4 Descripción de funciones de Asistente de Reembolsos

Título del Cargo	Asistente de Reembolsos
Área	Médica
Reporta a:	Coordinadora de Reembolsos
Requisitos mínimo	Título Cursos de seguros

	Conocimiento de terminología médica Conocimiento y perfecto manejo de Excel, Word, Visio, Power Point. Experiencia mínima 3 años en funciones similares
Funciones	
1. Liquidar reembolsos inmediatos y entregar a usuarios.	
2. Realizar guía de seguimiento del Comité Excepciones.	
3. Liquidar reembolso de Comité Excepciones.	
4. Reportar reembolsos inmediatos a Auditor Médico.	
5. Solicitar revisión y autorización para reembolsos diferidos.	
6. Liquidar y contabilizar reembolsos diferidos.	
7. Elaborar informe diario de reembolsos liquidados y pagados	
8. Eliminar reembolsos del SAM que no fueron contabilizados.	
9. Revisar reembolsos de provincias.	
10. Elaborar informe diario de reembolsos eliminados del SAM que no fueron contabilizados.	
11. Elaborar reposición de fondo fijo de reembolsos.	
12. Cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos	

1.6.2.5 Descripción de funciones de Auxiliar de Reembolsos

Título del Cargo	Auxiliar de Reembolsos
Área	Médica
Reporta a:	Coordinador de Reembolsos
Requisitos mínimo	Bachiller Estudiante o egresado universitario Conocimiento de Excel, Word, Visio y Power point Experiencia mínima 3 años en

	funciones similares
Funciones	
1. Receptar formularios de requerimiento de reembolsos.	
2. Clasificar tipo de reembolsos.	
3. Comunicar a usuarios resolución del Comité de Excepciones vía telefónica.	
4. Responsable de la entrega del formulario de requerimiento de reembolsos, con sus respectivos respaldos a las diferentes instancias.	
5. Realizar seguimiento de requerimientos.	
6. Brindar orientación al usuario.	
7. Cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos	

1.6.2.6 Descripción de funciones de la Coordinadora de Servicios Médicos

Título del Cargo	Coordinadora de Servicios Médicos
Área	Médica
Reporta a:	Gerente Médico
Cargos que supervisa	Asistentes y Auxiliares de reembolsos
Requisitos mínimo	Título universitario licenciatura en enfermería o afines medicina Experiencia mínima 3 años en funciones similares

Funciones
1. Supervisar, organizar y capacitar el personal a su cargo y las funciones asignadas.
2. Autorizar exámenes especiales.
3. Autorizar venta de cheques de asistencia médica.
4. Solucionar casos especiales directamente con el cliente.
5. Autorizar telefónicamente los servicios médicos en días feriados.
6. Elaborar y calcular anexo de maternidad, anexo de tercera edad quirúrgico y preexistencias.
7. Emitir reportes de siniestralidad de los contratos.
8. Elaborar informes estadísticos de autorizaciones a nivel nacional.
9. Cumplir con los indicadores de gestión.
10. Evaluar al personal a su cargo.
11. Todas las demás funciones inherentes a su cargo y/o las que su superior disponga.
12. Cumplir y hacer cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos

1.6.2.7 Descripción de funciones de Asistente de Servicios Médicos

Título del Cargo	Asistente de Servicios Médicos
Área	Médica
Reporta a:	Coordinador de Servicios Médicos
Requisitos mínimo	Título Cursos de terminología médica Experiencia mínima 2 años en funciones similares
Funciones	
	1. Autorizar servicios médicos de acuerdo a condiciones del contrato.
	2. Realizar órdenes de autorización médicas "ODAS".

3. Realizar PAM clínico quirúrgico.
4. Elaborar carta de autorización de traslado de pacientes.
5. Revisar y elaborar volantes médicas.
6. Revisar autorizaciones médicas de sucursales.
7. Orientar al usuario pago de bonos o copagos.
8. Difundir condiciones especiales de los contratos.
9. Todas las demás funciones inherentes a su cargo y/o las que su superior disponga.
10. Cumplir las normativas de la Empresa, entendiéndose por éstas: los Estatutos, Reglamento Interno, Directivas, Procedimientos e Instructivos.

CAPÍTULO 2

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

2.1. Matriz de análisis del entorno.....	20
2.2. Matriz de análisis organizacional.....	21
2.3. Misión.....	22
2.4. Visión.....	22
2.5. Valores Corporativos.....	23
2.6. Objetivos.....	24
2.6.1. Objetivos Generales.....	24

2.6.2. Objetivos Funcionales Los objetivos funcionales nacen de los objetivos estratégicos que cada área se compromete a cumplir:.....	24
2.6.2.1. Mantenimiento de afiliados:.....	24
2.6.3. Objetivos administrativos.....	25
2.6.4. Objetivos de calidad.....	25
2.7.Políticas.....	25
2.7.1. Política de calidad de la empresa.....	26
2.8.Matriz de la Planificación Estratégica.....	26
2.9.Plan Estratégico del cambio de la plataforma informática.....	28

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

2.1. Matriz de análisis del entorno

Factores externos: Amenazas y Oportunidades

Factores	A	O	Ponderación	Calificación	Resultado
Nuevas empresas de seguros	X		25	2	0,50
Política Gubernamental	X		25	2	0,50
Alto costo servicio privado		X	25	4	1,00
Mejoramiento de la cultura en el campo de la salud		X	25	4	1,00
Total			100		3,00

Escala de calificación:

Amenaza importante	1
Amenaza menor	2
Oportunidad menor	3
Oportunidad importante	4

2.2. Matriz de análisis organizacional

Factores internos: Fortalezas y Debilidades

Factores	F	D	Ponderación	Calificación	Resultado
Centros Médicos	X		20	3,50	7,00
Fuerza de venta competitiva	X		20	4	8,00
Experiencia en el negocio	X		5	4	2,00
Cobertura a nivel nacional	X		5	3	1,50
Beneficio Preventivo	X		5	3	1,50
Sistema informático		X	25	1	3,00
Procesos burocráticos		X	5	2	1,00
Desconocimiento de la competencia		X	5	1	0,50
Pago de reembolsos		X	5	2	1,00
Plan de Mercadeo		X	5	1	0,50
Total			100		2,60

Escala de calificación:

Debilidad importante	1
Debilidad menor	2
Fortaleza menor	3
Fortaleza importante	4

2.3. Misión

Concepto¹: La misión es lo que pretende hacer la empresa y para quién lo va hacer. Es el motivo de su existencia, da sentido y orientación a las actividades de la empresa; es lo que se pretende realizar para lograr la satisfacción de los clientes potenciales, del personal, de la competencia y de la comunidad en general

La Misión de Ecuasanitas es “Otorgar y garantizar a nuestros clientes atención médica de calidad”

2.4. Visión

Concepto²: La Visión es la capacidad de ver más allá, en tiempo y espacio y por encima de los demás; significa visualizar, ver con los ojos de la imaginación, en términos del resultado final que se pretende alcanzar.

La Visión Es el sueño alcanzable a largo plazo, el futuro aspirado; debe incorporar tanto la Visión del usuario externo, como la del Interno. Debe ser alcanzable y real.

¹ [globalhttp://www.promonegocios.net/mercadotecnia/mision-definicion.html](http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/mision-definicion.html)

² <http://www.gestiopolis.com/canales/emprendedora/articulos/54/conceptovisio.htm>

La Visión de Ecuasanitas es mantener el liderazgo en medicina prepagada, comprometiendo sus esfuerzos y capacidades en favor de la gente y ofreciendo excelencia en los servicios

2.5. Valores Corporativos

³**Compromiso.** Estar permanentemente dispuesto a dar lo mejor de cada uno, participando activamente con la organización para el cumplimiento de sus objetivos.

Calidad. Hacer las cosas bien y a tiempo para satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos.

Honestidad. En el trato ético y profesional hacia sus clientes, agentes, empleados, accionistas y la comunidad en general; hacia quienes está enfocado el servicio.

Desarrollo. Fomentar el interés por la preparación y la actualización personal y promover el desarrollo de sus colaboradores intermediarios.

Respeto. Valorar a las personas que colaboran y brindarles un trato justo a todos aquellos con quienes tienen relación.

Solvencia. Es la capacidad financiera de la empresa para cumplir sus obligaciones de vencimiento a corto plazo y los recursos con que cuenta para hacer frente a tales obligaciones.

⁴**Ética.** Es la ciencia que estudia los actos humanos, dirigidos a un fin último.

➤ Es la ciencia que estudia las costumbres obligatorias, o sea, las

³ Administración una perspectiva global 11ª. Edición Harold Koontz, Heinz Wehrich, página No. 128

⁴ Ética, Pedro Chávez Calderón segunda edición página 13

normas.

- Es la ciencia que estudia los valores morales.

Experiencia 30 años en el mercado de la medicina prepagada

2.6. Objetivos

⁵**Concepto:** Son los fines que se persiguen por medio de una actividad de una u otra índole. Representan no solo el punto terminal de la planeación, sino también el fin que se persigue mediante la organización, la integración de personas, la dirección y el control.

2.6.1. Objetivos Generales

- Crecer a 100.000 usuarios en el 2008
- Obtener el 6% de rentabilidad con relación al ingreso total
- Cambio de plataforma informática.

2.6.2. Objetivos Funcionales Los objetivos funcionales nacen de los objetivos estratégicos que cada área se compromete a cumplir:

2.6.2.1. Mantenimiento de afiliados:

- Mejorar tiempo de respuesta al usuario
- Reducir pasos burocráticos

⁵ Administración una perspectiva global 11^a. Edición Harold Koontz, Heinz Wehrich, página No. 129

- Revisar procesos
- Seleccionar nuevos prestadores médicos especialistas de renombre.
- Cobro oportuno de cuotas a usuarios
- Seguimiento de la cobranza de oficina
- Aplicación de normas establecidas
- Pago oportuno de reembolsos
- Controlar y comunicar la siniestralidad de los contratos a los usuarios.

2.6.3. Objetivos administrativos

- Construir centros médicos de diagnóstico en Guayaquil
- Construir una clínica en Guayaquil
- Construir centros médicos satélites en Quito y Guayaquil

2.6.4. Objetivos de calidad

- Garantizar el cumplimiento de los servicios contratados de los afiliados y clientes.
- Pagar oportunamente a prestadores, clientes y proveedores.
- Optimizar la capacidad instalada.
- Agilizar los procesos de atención del cliente.
- Mantener la confianza en los usuarios para lograr su fidelidad.
- Mantener personal calificado
- Desarrollar competencias.

2.7. Políticas

Las políticas también forman parte de los planes y consisten en enunciados o criterios generales que orientan o encausan el pensamiento en la toma de decisiones.

Las políticas de Ecuasanitas S.A. son:

- El Gerente General puede autorizar la compra de un bien o servicio que no exceda del 2% del ingreso total de la empresa, siempre y cuando se encuentre aprobado en el presupuesto anual de la Compañía.
- Crecimiento paulatino de infraestructura física con centros médicos en Quito y Guayaquil.
- Crecimiento en el mercado corporativo en Guayaquil.
- La rentabilidad anual no debe ser menor al 25% con relación al capital aportado por los socios.
- La rentabilidad anual neta no debe ser menor al 6% con relación al ingreso total.

2.7.1. Política de calidad de la empresa

“El compromiso en Ecuasanitas S.A. es ofrecer un sistema de medicina prepagada y atención médica, que garantice el cumplimiento de los servicios contratados por nuestros afiliados y clientes; sustentados en la honestidad, experiencia, trabajo en equipo y personal calificado a través del mejoramiento continuo e innovación de la infraestructura, tecnología, procesos y productos”⁶.

2.8. Matriz de la Planificación Estratégica

Objetivos	Responsables	Estrategias
Incrementar el número de usuarios a 100.000 al 2008	Comité de Gerencia	Plan de mercadeo Mantener cartera de afiliados
Mejorar atención de servicios médicos	Comité de Gerencia	Reestructurar área de servicios médicos

⁶ Manual de Calidad empresa Ecuasanitas S.A., página uno

Mejorar la productividad de los empleados	Comité de Gerencia	Calificación ISO
Cambio plataforma informática	Comité de Gerencia	Desarrollo de módulos del sistema de medicina prepagada, administrativo y financiero

2.9. Plan Estratégico del cambio de la plataforma informática

Objetivo	Estrategia	%	Actividades	Responsable	Plazos	Recursos
Cambio plataforma informática	Cambio del sistema de medicina prepagada	100%	Informe de propuestas	GG, GF,	30 días	Humanos y financieros
			Aprobación de propuestas	JS, GM	30 días	
		100%	Auditoría de procesos	Externo	contrato	
		100%	Desarrollo	Externo	60 días	
		100%	Pruebas	Externo	15 días	
		100%	Implementación	GM, EXT	15 días	
	Cambio del sistema administrativo financiero	50%	Informe de propuestas	GG, GF,	30 días	Humanos y financieros
			Aprobación de propuestas	GA, JS,	30 días	

Siglas:

- GG Gerencia General
- GF Gerencia Financiera
- GM Gerencia Médica
- JS Jefe de Sistemas
- EXT Contratación externa

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS SITUACIONAL

CAPITULO 3.....	30
3.1.Análisis Interno.....	30
3.1.1. Principales productos que comercializa.....	30
3.1.2. Plan Ambulatorio.....	31
3.1.3. Plan Hospitalario:	32
3.1.4. Plan Azul:	32
3.1.5. Plan Elegir:.....	32
3.1.6.Flujograma macro de los principales procedimientos de Ecuasanitas S.A.....	35
3.1.7. Descripción general de los procesos de las diferentes áreas.....	40
3.1.7.1. Ventas	40
3.1.7.2. Afiliación clientes.....	40
3.1.7.3. Administración de Contrato	41
3.1.7.4. Post Venta	42
3.1.7.5. Facturación y recaudación	42
3.1.7.6. Administración de Servicios Médicos	43
3.1.7.7. Reembolsos	44
3.2.Análisis Externo.....	45
3.2.1. Influencias Macroeconómicas.....	45
3.2.1.1. Factor Político.....	45
3.2.1.2. Factor Económico.....	46
3.2.1.3. Factor Social.....	47
3.2.1.4. Factor Tecnológico.....	49
3.2.1.5. Factor Legal.....	49
3.2.2. Influencias Micro ambientales.....	51
3.2.2.1. Análisis de las cinco fuerzas de Porter	52
3.2.2.2. Clientes.....	54
3.2.2.3. Proveedores.....	54
3.2.2.4. Competencia.....	55
3.2.2.5. Precios.....	61

ANÁLISIS SITUACIONAL

3.1. Análisis Interno

El desarrollo de los productos que comercializa Ecuasanitas S.A., determina una serie de procesos inherentes al manejo de cada uno de ellos, ya que las características de su utilización, se enmarcan en condiciones necesarias para acceder a los servicios médicos. Los productos Plan Total, Plan Elegir, Plan Ambulatorio y Plan Hospitalario se orientan a una cobertura médica del afiliado, pero considerando siempre las características propias de cada sistema con sus alcances y limitaciones especificadas en cada contrato.

De igual forma existen coberturas adicionales y que son opcionales al contrato, éstas son: Odontología, Accidente de Tránsito Terrestre, Laborales, Asaltos y Motines; Medicamentos Ambulatorios, Servicio de Asistencia Médica Domiciliaria por Emergencia, y Seguros de Vida (a través de aseguradoras).

3.1.1. Principales productos que comercializa

Plan tradicional: Ecuasanitas S.A. comenzó en 1978 con el primer sistema de cobertura médica clínica y quirúrgica llamado “Asistencia Médica Total”, mismo que ha evolucionado a lo largo de estos 30 años de vigencia hasta el actual “Plan Ecuasanitas Total” nombre con el que se lo conoce desde hace 10 años.

Este plan en sus inicios agrupaba servicios médicos ambulatorios y hospitalarios con varias restricciones y limitaciones, tanto en exámenes clínicos, radiológicos y

fisiológicos como en número de días de hospitalización, pago de bonos especiales y tiempos de carencia.

Durante los años 1981 a 1985 también se adiciona límites a las consultas y desde 1990 se determina que éstas sean ilimitadas, condición que desde 1992 también se hizo extensivo hacia los exámenes indicados.

A partir de 1995 y debido a los avances de la medicina y los requerimientos de ciertos servicios médicos, se modifica sustancialmente el contrato, adicionando el servicio de cirugía laparoscópica, así como también la cobertura del 100% en terapia intensiva y alta cirugía.

En los años subsiguientes el plan siguió modificando sus coberturas, integrando nuevos servicios como cateterismo cardiaco y resonancia magnética nuclear entre otros, pero haciendo énfasis en un dinámico y profesional manejo de coberturas.

A partir de 1997 se le llama **“Plan Ecuasanitas Total”** cuyas características fundamentales son:

- Cobertura hospitalaria hasta US\$ 15.000 anuales
- Prestaciones otorgadas a través del Cuadro de Médicos adscritos en más de 40 especialidades a nivel nacional.
- Uso de “Cheques de Asistencia Médica” para la utilización de los servicios.
- Acceso a consultas, examen simple y complementario de diagnóstico, terapias, hospitalización, maternidad incluido el control del niño sano.
- Sin deducibles, copagos ni reembolsos.
- Medicina Preventiva
- La compañía cancela directamente las prestaciones médicas a los profesionales de convenio.

3.1.2. Plan Ambulatorio

Se orienta a la asistencia médica integral que únicamente incluye procedimientos ambulatorios de atención y tratamiento a través del Cuadro de Prestadores Médicos adscritos a Ecuasanitas y con el uso de la modalidad de cheques de asistencia médica.

3.1.3. Plan Hospitalario:

Al igual que el anterior, permite una cobertura específica, que para el caso se refiere a todos los servicios de hospitalización sea en tratamiento clínico o quirúrgico y dentro del Cuadro Médico de Ecuasanitas.

3.1.4. Plan Azul:

En el año 1995 entra en funcionamiento este nuevo producto con la modalidad de libre elección para que el afiliado escoja los prestadores médicos, hospitales, clínicas y laboratorios de su preferencia.

3.1.5. Plan Elegir:

Este sistema reemplazó al Plan Azul, pues la experiencia de los últimos años, posibilitaba el mejoramiento de los servicios de la Compañía y por ende de las coberturas médicas que para este producto; fueron evidentemente muy competitivas y favorables para su comercialización, sus principales características son:

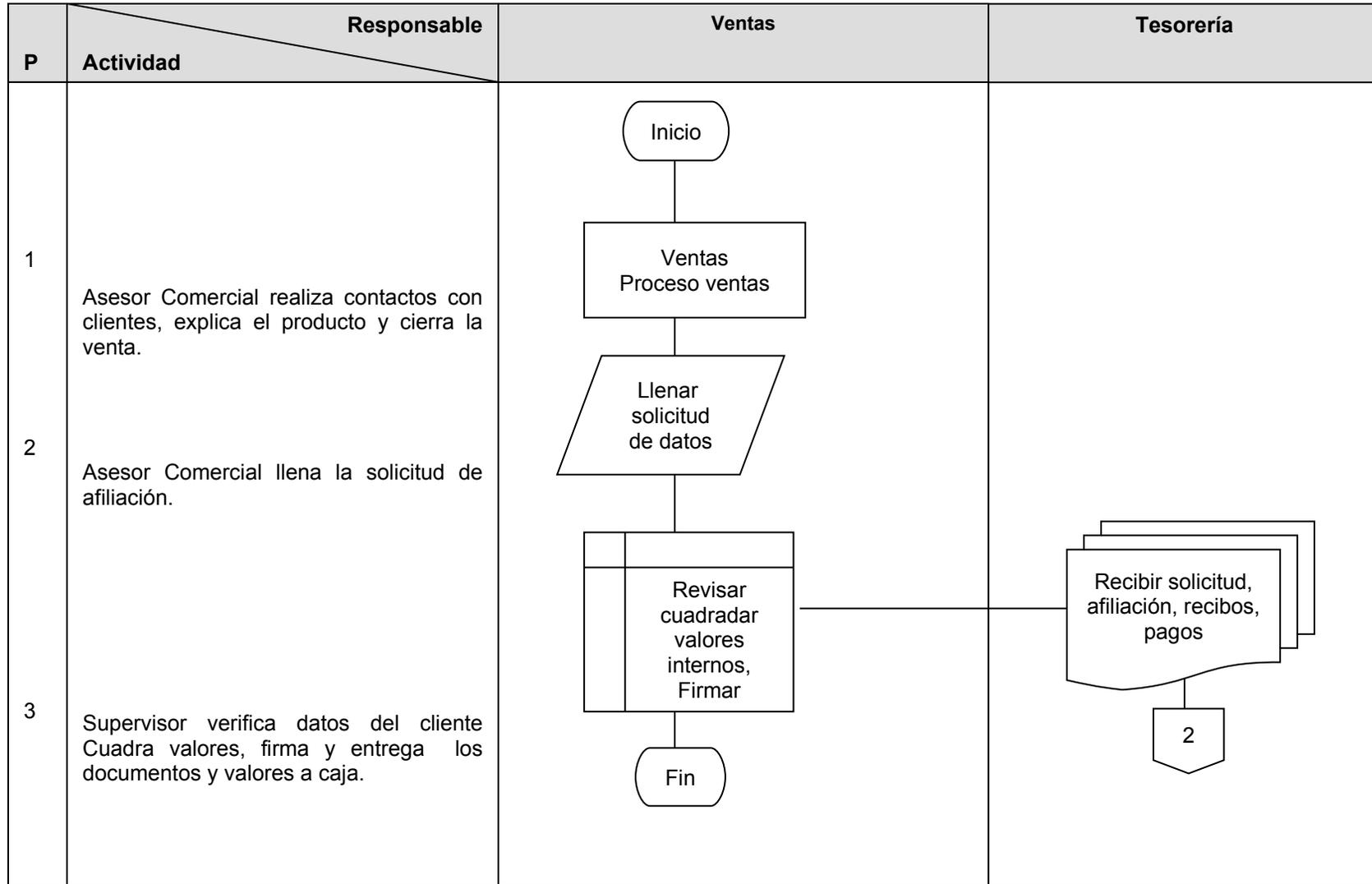
- Libre elección de prestadores médicos a nivel nacional e internacional.
- Reembolsos del 80% de los aranceles contratados.
- Varios montos y niveles de cobertura.

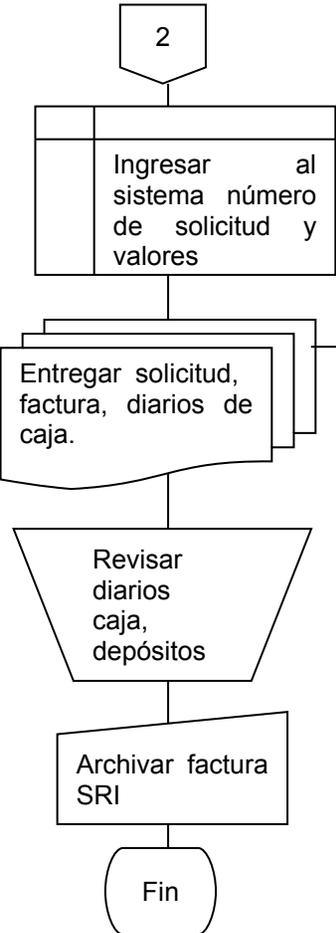
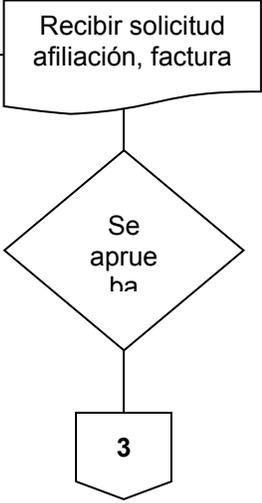
- Cobertura del 100% del arancel en la utilización de cuadro adscrito a Ecuasanitas a través del sistema de adquisición de la “ODA” previo el uso del servicio.
- Este plan cubre emergencias, atención en consultorios, exámenes simples de laboratorio, complementarios de diagnósticos, hospitalización clínica y quirúrgica, maternidad y en medicamentos ambulatorios, restitución del 80% de cada receta hasta 1.000 dólares anuales.
- Medicina preventiva y alternativa.
- Incluye cobertura de accidentes de tránsito, laboral, asalto y motín como cualquier otro evento, considerando además un seguro de vida en caso de muertes por dichas causales.
- Cubre cobertura de ambulancia.
- Acceso a crédito hospitalario con o sin garantía, red de convenios con clínicas y hospitales a nivel nacional.

Libre elección “Plan Elegir”

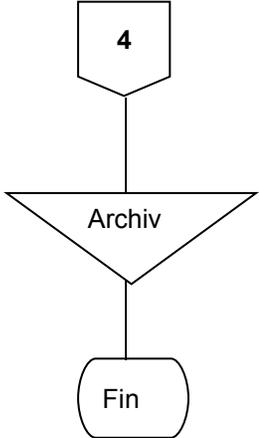
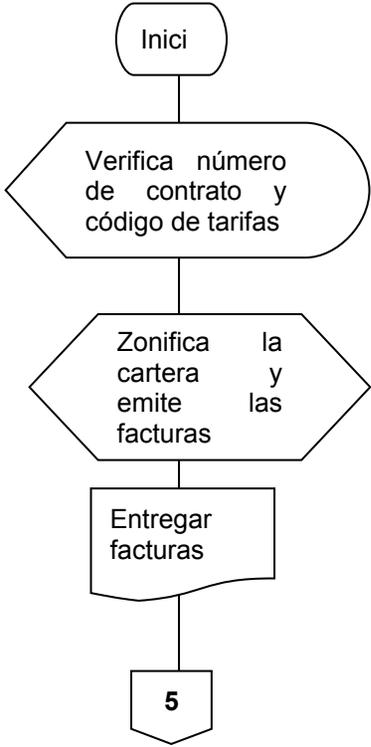


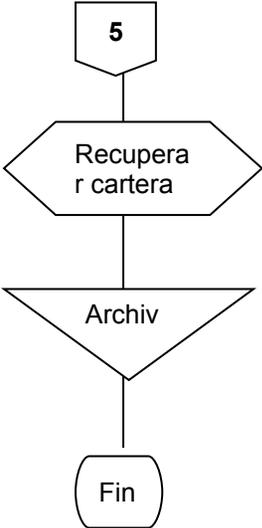
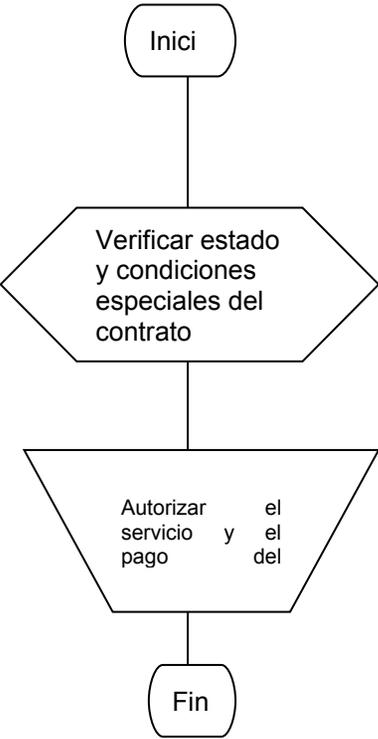
3.1.6. Flujograma macro de los principales procedimientos de Ecuasanitas S.A.



P	Actividad	Responsable	Tesorería	Administración de contratos
4	El cajero ingresa al sistema: el número de Solicitud, valores por cuotas, coberturas y Documentos.		 <pre> graph TD 2[2] --> A[Ingresar al sistema número de solicitud y valores] A --> B[Entregar solicitud, factura, diarios de caja.] B --> C[Revisar diarios caja, depósitos] C --> D[Archivar factura SRI] D --> E((Fin)) </pre>	
5	El cajero cuadra los diarios de caja, realiza el depósito y entrega a Supervisora de cajeros.			 <pre> graph TD A[Recibir solicitud afiliación, factura] --> B{Se aprueba} B --> C[3] </pre>
6	La solicitud y factura original entrega a Administración de contratos			
7	En Administración de Contratos aprueban La solicitud de afiliación.			
8	La supervisora de cajeros revisa los diarios de caja, entrega los depósitos a TEVCOL y los documentos completos envían a Contabilidad. Cajero archiva en forma secuencial copia Factura SRI.			

P	Actividad	Responsable	Tesorería
9	Auxiliar ingresa datos del usuario en el sistema		
10	Ingresar condiciones especiales del contrato.		
11	Asignar un número contrato, codificar tarifas		<pre> graph TD 3[3] --> A[Ingresar al sistema datos del afiliado y condiciones del contrato] A --> B{Crear número de contrato y codificar tarifas} B --> C{Emitir y entregar documentos} C --> 4[4] </pre>

P	Actividad	Responsable	Administración de contratos	Cobranzas
12	<p>Archivar contrato original con las firmas del titular.</p> <p>Asistente de Cobranzas verifica en el sistema número de contrato y código de tarifa</p> <p>Mensualmente emite listado de usuarios</p> <p>Zonifica la cartera y emite la cobranza.</p> <p>Entrega las facturas a los Recaudadores y envía la información a los Bancos para el cobro automático a los usuarios.</p>		 <pre> graph TD 4{{4}} --> Archiv[/Archiv/] Archiv --> Fin([Fin]) </pre>	 <pre> graph TD Inici([Inici]) --> Verifica{{Verifica número de contrato y código de tarifas}} Verifica --> Zonifica{{Zonifica la cartera y emite las facturas}} Zonifica --> Entregar[Entregar facturas] Entregar --> 5{{5}} </pre>
13				
14				
15				

P	Actividad	Responsable	Cobranzas	Servicios Médicos
16	Recuperación de la cobranza a través De 3 modalidades de pago		 <pre> graph TD A{{5}} --> B{{Recuperar cartera}} B --> C[/Archiv/] C --> D([Fin]) </pre>	
17	Archivar copia factura SRI, notas de Crédito, débito			
18	Asistente de Servicios Médicos, verifica Estado y condiciones del contrato, para			
19	Autorizar el servicio médico o pago de Reembolsos.			 <pre> graph TD A([Inici]) --> B{{Verificar estado y condiciones especiales del contrato}} B --> C[/Autorizar el servicio y el pago del/] C --> D([Fin]) </pre>

3.1.7. Descripción general de los procesos de las diferentes áreas

3.1.7.1. Ventas

El objetivo de este proceso es establecer los parámetros necesarios para que el Asesor Comercial realice su gestión en forma eficiente y productiva que resulte en la mayor cantidad de afiliaciones.

Los principales procedimientos son:

- 1) Prospectar, planificar e identificar los posibles clientes para planificar visitas.
- 2) Identificar los requerimientos del cliente en función del presupuesto y cobertura médica.
- 3) Describir en las cotizaciones las características beneficios y condiciones de los planes, productos y servicios.
- 4) Analizar los motivos y considerar las objeciones del cliente para plantear negociaciones.

3.1.7.2. Afiliación clientes

El objetivo de este proceso es determinar las condiciones que deben cumplir los Asesores Comerciales y Supervisores de ventas para el ingreso a la Compañía de las afiliaciones realizadas, tanto de usuarios como de coberturas adicionales.

Los principales procedimientos son:

- 1) Llenar la solicitud de afiliación al servicio de medicina prepagada, con letra clara y legible y de acuerdo al plan o producto contratado.

- 2) Indicar el monto del plan adquirido por el afiliado.
- 3) Emitir el formulario denominado “Solicitud de Revisión Médica”, para personas menores a un año o mayores de 40 años.
- 4) Emitir el “recibo de pago” en original y dos copias.
- 5) Revisar, cuadrar y firmar los documentos de afiliación y valores por parte del Supervisor.
- 6) Ingresar en caja.

3.1.7.3. Administración de Contrato

El objetivo de este proceso es propiciar el ingreso de los usuarios afiliados al sistema informático y emitir la documentación pertinente, así como ser custodio de los contratos firmados.

Los principales procedimientos son:

- 1) Recibir solicitudes de afiliación y documentos de respaldo.
- 2) Verificar que los datos consignados en las solicitudes de afiliación sean correctos.
- 3) Comprobar telefónicamente los datos generales del usuario.
- 4) Ingresar la información de las solicitudes de afiliación en el sistema.
- 5) Ingresar condiciones especiales del contrato.
- 6) Revisar la información ingresada en el sistema y asignar el número de contrato.

- 7) Verificar que la tarifa asignada al contrato sea la vigente o conste en el adendum de condiciones especiales.
- 8) Emitir y preparar los siguientes documentos de afiliación de los usuarios:
 - Contrato
 - Tarjeta de identificación
 - Certificado de la cobertura de accidente de tránsito, laboral, asalto y motín
 - Cuadro médico
- 9) Firmar los contratos de asistencia médica y hojas de condiciones particulares por parte de Ecuasanitas S.A.

3.1.7.4. Post Venta

El objetivo de este proceso es procurar el mantenimiento de los clientes con un continuo servicio, garantizando su permanencia, basado en la atención, asistencia, orientación y utilización adecuada de los planes contratados.

Los principales procedimientos son:

- 1) Revisar que los documentos estén completos.
- 2) Ubicar al titular del contrato telefónicamente para planificar la entrega de la documentación.
- 3) Verificar que la firma corresponda al titular del contrato y devolver el contrato firmado por el afiliado a Administración de Contratos.

3.1.7.5. Facturación y recaudación

El objetivo de este proceso es optimizar recursos y procesos para una recaudación efectiva.

Los principales procedimientos son:

- 1) la cobranza por modalidad de pago.
- 4) Emitir la facturación los primeros días del mes.
- 5) Realizar gestión de cobro e ingresar valores en caja.
- 6) Emitir reportes de efectividad de la cobranza.
- 7) Emitir listado de contratos impagos para realizar seguimiento de cobro.
- 8) Recibir cartas de exclusión de usuarios y coberturas adicionales y excluir del sistema.
- 9) Recibir guías de reactivación de afiliados con la respectiva documentación de respaldo, para el cálculo de valores que debe cobrarse a los usuarios y activar los contratos en el sistema.
- 10) Recibir y entregar la documentación de renovación de los contratos a los usuarios.
- 11) Incrementar tarifas a los contratos de acuerdo a las políticas y disposiciones establecidas por la Compañía.

3.1.7.6. Administración de Servicios Médicos

El objetivo de este procedimiento es autorizar los servicios médicos de acuerdo a las condiciones establecidas en los contratos para cumplir con los requerimientos del afiliado.

Los principales procedimientos son:

- 1) Recibir el requerimiento de la autorización del servicio en forma escrita o telefónicamente.
- 2) Verificar datos del usuario en el sistema y autorizar el servicio cuando corresponda.
- 3) Remitir al Auditor Médico los casos especiales.
- 4) Cuando se niega el servicio, registrar en el sistema e informar al usuario que puede acceder al servicio a través del bono de preexistencia.
- 5) Elaborar el contrato de preexistencias quirúrgicas y entregar el formulario al usuario para que cancele los valores correspondientes en caja.

3.1.7.7. Reembolsos

El objetivo de este procedimiento es autorizar el reembolso de valores por atención y trámites médicos para cumplir con las obligaciones de Ecuasanitas para con el afiliado y cliente, de acuerdo al producto, contrato y condiciones especiales.

Los principales procedimientos son:

- 1) Recibir el formulario de reclamación de asistencia médica de acuerdo al requerimiento establecido por la Compañía.
- 2) Revisar que la documentación de soporte se encuentre completa y cumpla con los requisitos establecidos.

- 3) Ingresar la información del reembolso en el sistema, de acuerdo a las condiciones del contrato y coberturas.
- 4) Emitir la planilla de reembolsos.
- 5) Verificar el cobro de deducibles.
- 6) Solicitar la firma de aprobación del pago del reembolso.
- 7) Entregar la planilla de reembolsos inmediatos para que el usuario cobre en caja; y los reembolsos diferidos entregar a facturación.
- 8) Entregar a Auditoría Médica las planillas de reembolsos con documentación soporte, para que analice si corresponde o no el pago.
- 9) Informar al usuario aquellos casos de negación del pago de reembolso.

3.2. Análisis Externo

3.2.1. Influencias Macroeconómicas

3.2.1.1. Factor Político

“La vigésima Constitución de nuestro país, que cambiará la vigente desde 1998, incluye varios aspectos: políticos, militares, sociales, económicos, laborales, de vivienda, salud, educación, entre otros.; por lo tanto existe incertidumbre en la empresa privada y la inversión extranjera sobre la decisiones que se tome en la Asamblea con relación a las siguientes propuestas⁷ :

- Ajustes a la parte dogmática

⁷ Revista EKOS No. 161, septiembre 2007, página 86 a la 93

- Reforma política integral
- Transformación del sistema territorial vigente
- Reformulación del sistema económico constitucional.

3.2.1.2. Factor Económico

“El planteamiento oficial de aumentar los impuestos directos frente a los indirectos no contribuiría al crecimiento y distribución del ingreso con equidad.

Lo más probable es que los recursos que se capten con nuevos impuestos también vayan al gasto corriente.

A escala mundial, toda nación anhela que su régimen tributario genere más ingresos al Estado a través de un sistema práctico y de fácil aplicación, que permita: El pago de impuestos de todos los ciudadanos, la imposición de sanciones a quienes incumplen con la cancelación de los tributos, la entrega de información sobre la asignación de recursos, las contribuciones que los individuos están obligados a realizar y quienes tienen privilegios de exención. Es decir, un régimen que se caracterice por la suficiencia, eficiencia, equidad, simplicidad, transparencia y competitividad.

Aunque la estructura tributaria del Ecuador está respaldada en cuerpos legales que gravan un sinnúmero de actividades, es frágil por la tributación más pesada del sector formal frente al crecimiento de la informalidad, la evasión, el abuso de exenciones y otros incentivos tributarios, que en los últimos 10 años que habrían determinado una pérdida de 15.000 millones de dólares por ese concepto.

La reforma tributaria del gobierno ha recibido numerosos cuestionamientos por sus posibles consecuencias perversas para la economía⁸.

⁸ Revista criterios, No. 107 de junio 2007, página 10 y 23

“El crecimiento económico del Ecuador estimado por el Banco Central para 2007 y 2008 muestra una clara desaceleración; sin embargo, lo más preocupante es que las pobres tasas de crecimiento podrían estar sobreestimadas⁹ .

En el Registro Oficial No. 242 del 29 de diciembre del 2007 se difunde La Ley reformativa para la Equidad Tributaria. Esta Ley beneficia a los ciudadanos al disponer que el gasto de salud puede ser deducible del Impuesto a la Renta.

3.2.1.3. Factor Social

“En Ecuador hay dos tipos de pobreza: una pobreza crónica, estructural, que se concentra en las zonas rurales, especialmente en las comunidades indígenas y afroecuatorianas; y una pobreza relativa, ligada a las crisis económicas, que se ubica en las ciudades.

Durante la crisis que sufrió Ecuador a finales de los años 90, el número de pobres de las áreas urbanas superó por primera vez al de las áreas rurales, si bien la incidencia de la pobreza siguió siendo más alta en las zonas rurales. Esta urbanización de la pobreza fue el resultado de los flujos migratorios del campo a la ciudad y del deterioro de las condiciones de vida en las ciudades debido a la caída en el valor de los salarios, el aumento del desempleo y el subempleo y el colapso del sistema bancario y financiero del país.

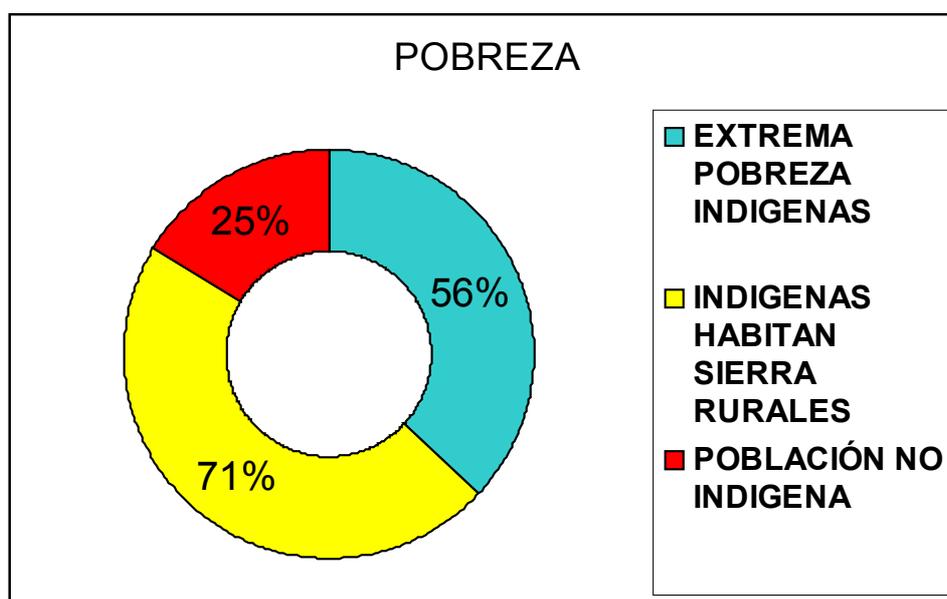
Las últimas cifras disponibles (Banco Mundial, 2004) estiman que la crisis dejó una tasa de pobreza del 45%, es decir, uno de cada dos ecuatorianos no conseguía satisfacer sus necesidades básicas. La recuperación económica consiguió reducir en casi un 20% la pobreza de ingresos en el conjunto del país; sin embargo, los niveles de la pobreza rural seguían duplicando los de las principales ciudades en 2004, en gran parte debido al limitado acceso de la población rural a servicios básicos de salud, educación y saneamiento.

Las razones de esta pobreza hay que buscarlas en una histórica exclusión social, económica y política.

⁹ <http://www.ccq.org.ec/>

La pobreza rural en Ecuador es el resultado de una larga lista de carencias: escaso acceso a los factores de producción; a los servicios sociales básicos de salud, saneamiento y educación; a oportunidades de empleo agrícola y no agrícola, sexo y etnia.

La extrema pobreza afecta al 56% de los indígenas y al 71% de los que habitan en las sierras rurales, comparado con el 25% de la población no indígena.



Las mujeres son otro de los grupos sociales más afectados por la pobreza. Son ellas las que se quedan a cargo del hogar cuando los maridos emigran a las ciudades en busca de trabajo temporal; y cuando trabajan fuera de casa, con frecuencia, se trata de trabajos mal remunerados en el sector informal.

En los últimos años los ecuatorianos, con la esperanza de mejorar las condiciones de vida de ellos como de su familia, han migrado legal e ilegalmente especialmente a España, Italia y Estados Unidos de América.

Es responsabilidad del Gobierno proteger a estos ciudadanos a través de acuerdos internacionales con los países anteriormente mencionados.

3.2.1.4. Factor Tecnológico

Tecnología es el conjunto del saber que permiten fabricar objetos y modificar el medio ambiente, incluyendo las plantas y animales, para satisfacer las necesidades y deseos humanos.

Las tecnologías de la información han venido a transformar, no sólo en el contexto en sí de las fuentes de información, sino el almacenamiento, el uso y acceso al conocimiento almacenado.

Los centros médicos de Ecuasanitas S.A. utilizan equipos médicos con tecnología de punta, que permiten realizar exámenes médicos de acuerdo a los requerimientos de los médicos tratantes de los pacientes afiliados al sistema de medicina prepagada.

3.2.1.5. Factor Legal

- 1) **“La Superintendencia de Compañías** es una entidad autónoma, que cuenta con mecanismos eficaces y modernos de control, supervisión y de apoyo al sector empresarial y de mercado de valores. Una Institución líder, basada en parámetros de eficacia, calidad, transparencia y excelencia, fundamentada en la planificación y en la aplicación de sistemas de alta calidad.

La Superintendencia de Compañías tiene la misión de controlar y fortalecer la actividad societaria y propiciar su desarrollo. La misión de control se la realiza a través de un servicio ágil, eficiente y proactivo, apoyando al desarrollo del sector productivo"¹⁰.

- 2) **“El Servicio de Rentas Internas** es una entidad técnica y autónoma que tiene la responsabilidad de recaudar los tributos internos establecidos

¹⁰http://www.supercvias.gov.ec/Paginas_htm/vision_mision/Vision.htm

por Ley mediante la aplicación de la normativa vigente. Su finalidad es la de consolidar la cultura tributaria en el país a efectos de incrementar sostenidamente el cumplimiento voluntario de las obligaciones tributarias por parte de los contribuyentes.

El SRI tiene a su cargo la ejecución de la política tributaria del país en lo que se refiere a los impuestos internos. Para ello cuenta con las siguientes facultades¹¹:

- Determinar, recaudar y controlar los tributos internos.
- Difundir y capacitar al contribuyente respecto de sus obligaciones tributarias.
- Preparar estudios de reforma a la legislación tributaria
- Aplicar sanciones.

3) “Cámara de Comercio su misión es promover el comercio, con visión nacional, defendiendo una economía libre, solidaria y competitiva, representando los intereses de todos sus socios, brindando servicios de calidad y desarrollando propuestas y acciones que contribuyan al progreso de Quito y del país¹².

4) “La función del Ministerio de Salud Pública es velar por el mejoramiento permanente del nivel de salud y bienestar de la población, coadyuvando a la elevación de su calidad de vida que propenda al desarrollo e implantación del Sistema Nacional de Salud¹³.

- Normatizar, regular y controlar las actividades vinculadas de salud de las personas y el medio ambiente, realizados por entidades públicas y privadas.
- Promover, desarrollar y difundir actividades de investigación en salud en los ámbitos: básicos, clínicos epidemiológico, ambiental y operativo, que contribuyan a la solución de los problemas de salud en el país.

¹¹ <http://www.sri.gov.ec/sri/portal/main.do?code=163>

¹² http://www.ccq.org.ec/test.php?secid=56&area_id=3

¹³ <http://www.presidencia.gov.ec/modulos.asp?id=3>

- 5) **IESS** “El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social.

El IESS se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social”¹⁴.

- 6) **MINISTERIO DE TRABAJO** “La función de este organismo del Estado es mantener la paz social, mediante armónicas y justas relaciones de trabajo entre empleados y trabajadores, para el desarrollo de las actividades productivas.

Precautelar y proteger la integridad física y salud mental de los trabajadores en el desempeño de sus labores e impulsar y auspiciar las organizaciones laborales conforme con lo que dispone la ley contribuyendo efectivamente a la consecución de los objetivos de la política de empleo y desarrollo de los recursos humanos”¹⁵.

3.2.2. Influencias Micro ambientales

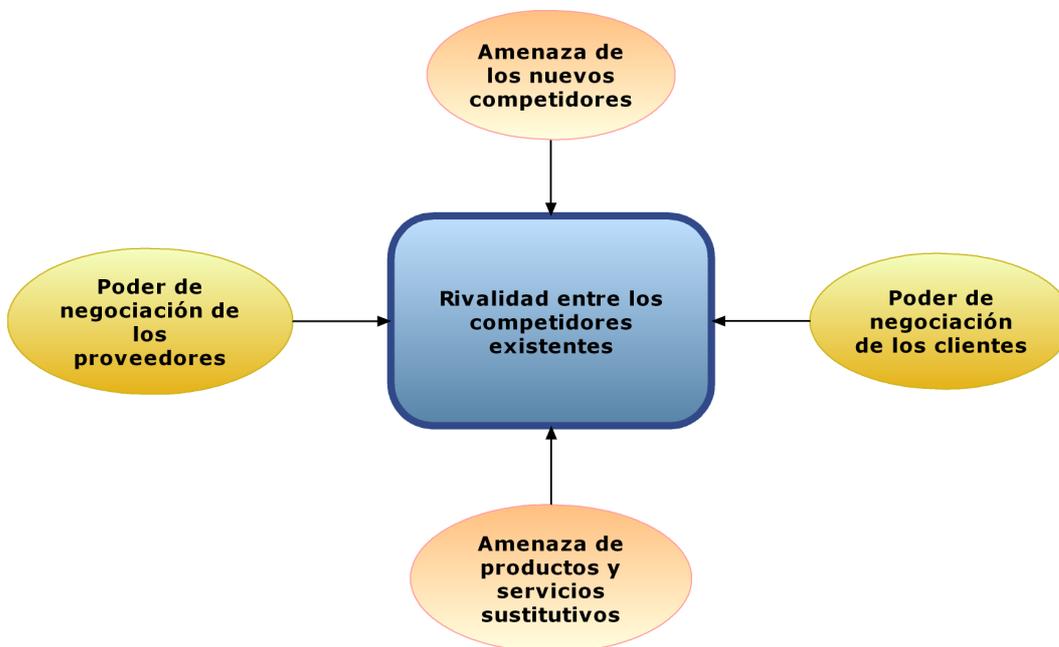
¹⁴ <http://www.iess.gov.ec/site.php?content=292-quienes-somos>

¹⁵ <http://www.presidencia.gov.ec/modulos.asp?id=4>

3.2.2.1. Análisis de las cinco fuerzas de Porter

“En 1980 Michael Porter desarrolló este método de análisis con el fin de descubrir qué factores determinan la rentabilidad de un sector industrial y de sus empresas. Para Porter, existen 5 diferentes tipos de fuerzas que marcan el éxito o el fracaso de un sector o de una empresa:

Gráfico de las Cinco Fuerzas de Porter



En Ecuasanitas S.A. al analizar las cinco fuerzas de Porter se determinó que lo relacionado a clientes y proveedores son puntos estratégicos de desarrollo en las actividades de la compañía.

1) Amenaza de entrada de nuevos competidores

El mercado o el segmento no son atractivos dependiendo de si las barreras de entrada son fáciles o no de franquear por nuevos participantes, que

puedan llegar con nuevos recursos y capacidades para apoderarse de una porción del mercado.

2) La rivalidad entre los competidores

Para una corporación será más difícil competir en un mercado o en uno de sus segmentos donde los competidores estén muy bien posicionados, sean muy numerosos y los costos fijos sean altos, pues constantemente estará enfrentada a guerras de precios, campañas publicitarias agresivas, promociones y entrada de nuevos productos.

3) Poder de negociación de los proveedores

Un mercado o segmento del mercado no será atractivo cuando los proveedores estén muy bien organizados gremialmente, tengan fuertes recursos y puedan imponer sus condiciones de precio y tamaño del pedido. La situación se complicaría si los insumos que suministran son claves para la compañía y no tienen sustitutos o son pocos y de alto costo. La situación será aun más crítica si al proveedor le conviene estratégicamente integrarse hacia delante.

4) Poder de negociación de los compradores

Un mercado o segmento no será atractivo cuando los clientes están muy bien organizados; el producto tiene varios o muchos sustitutos, el producto no es muy diferenciado o es de bajo costo para el cliente, lo que permite que pueda hacer sustituciones por igual o a muy bajo costo. A mayor organización de los compradores, mayores serán sus exigencias en materia de reducción de precios, de mayor calidad y servicios y por consiguiente la corporación tendrá una disminución en los márgenes de utilidad. La situación se hace más crítica si a las organizaciones de compradores les conviene estratégicamente sindicalizarse.

5) Amenaza de ingreso de productos sustitutos

Un mercado no es atractivo si existen productos sustitutos reales o potenciales. La situación se complica si los sustitutos están más avanzados tecnológicamente o con precios más bajos, reduciendo los márgenes de utilidad de la corporación y de la industria”¹⁶.

3.2.2.2. Clientes

Ecuasanitas, al ser una compañía de servicios, orienta todo su accionar hacia los clientes (afiliados-pacientes); ya que éstos son su razón de ser y por tanto la gestión diaria propende hacia el cumplimiento de las expectativas.

Existen clientes de contratos individuales-familiares, corporativos y de convenio que agrupan a usuarios de diferentes niveles socio económicos, sobre todo medio y medio alto, de entidades públicas, gubernamentales, privadas, de la banca, educación, gremios profesionales y actividades particulares; todos ellos y con características propias en cada sistema de cobertura médica y dependerá de estos factores así como del tipo de contratación, en plan Total, Elegir, Ambulatorio u Hospitalario, para determinar el acceso al servicio.

El objetivo entonces es lograr la satisfacción de los usuarios a través de una atención ágil y oportuna, que permita con eficiencia la resolución de sus requerimientos, considerando que cada cliente puede acceder a una serie de beneficios acordes a lo contratado.

3.2.2.3. Proveedores

En Ecuasanitas S.A. los proveedores principales son los prestadores médicos como: médicos especialistas, clínicas, hospitales, laboratorios clínicos, fisiológicos, patológicos y de imágenes. Estos prestadores médicos brindan el

¹⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%A1lisis_Porter_de_las_cinco_fuerzas

servicio médico a los pacientes afiliados al sistema de medicina prepagada y por estos servicios reciben un pago por parte de la Compañía.

También la Compañía califica proveedores para la compra de servicios, materiales, suministros de oficina, limpieza, equipos de computación, software, equipos e instrumental médicos y en los últimos años constan proveedores de materiales de construcción.

3.2.2.4. Competencia

- 1) SALUD S.A.** Es una empresa de medicina prepagada con 14 años en el mercado y alrededor de 150.000 afiliados a nivel nacional, ocupa el primer lugar en el mercado de la medicina prepagada en el país.

Esta empresa siguiendo los pasos iniciales de Ecuasanitas, incorporó sus servicios a mercados en expansión. Actualmente presta servicios en siete sucursales en: Guayaquil, Manta, Ambato, Ibarra, Santo Domingo, y cinco puntos médicos familiares en Quito, Guayaquil y Cuenca.

Dedicada principalmente al segmento de contratos corporativos, consolida su cartera de clientes con un 70% de clientes a nivel corporativo y el 30% en contratos familiares e individuales.

La visión de Ecuasanitas fue un punto importante de la competencia, en especial Salud S.A., consideró para la implementación de puntos médicos familiares de servicio ambulatorio para sus afiliados; pues Ecuasanitas fue pionera en la idea de implantar centros médicos propios y de esta manera controlar y garantizar la calidad del servicio prestado a los afiliados.

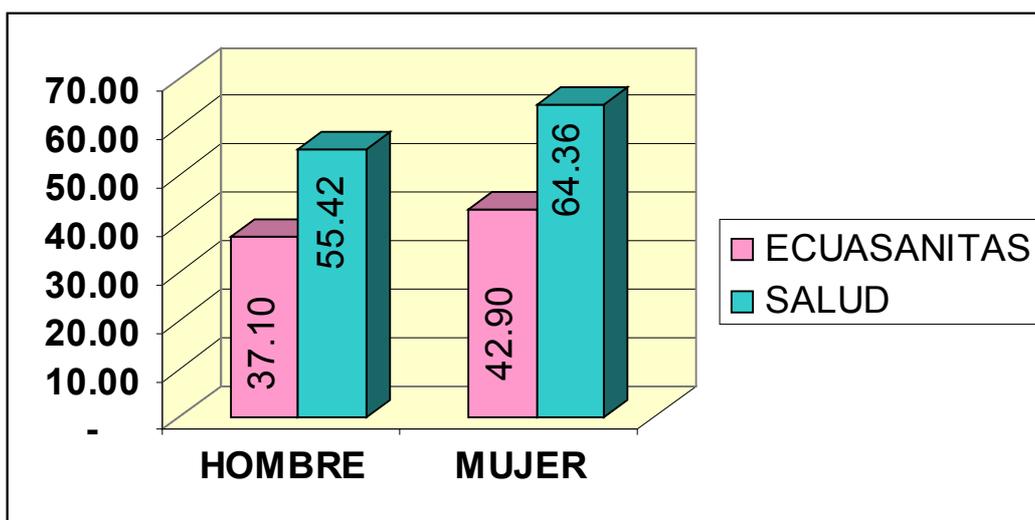
Esta Compañía se posiciona en el mercado como la empresa líder en medicina prepagada. Salud S.A. maneja una importante comunicación en medios, una fuerza de ventas que conoce su producto adecuadamente y ofrece un buen servicio a precios accesibles.

Mantiene una amplia gama de servicios que pone a disposición de su mercado; su línea de productos es muy similar a la que ofrece Ecuasanitas en su plan libre elección; sin embargo, para el plan cerrado no existe competencia, pues este plan fue creado inicialmente por Ecuasanitas.

Cubre preexistencias hasta un monto límite y no cubre enfermedades congénitas, se maneja a través del reembolso del 80% en libre elección y 100% en cuadro cerrado.

Ecuasanitas y Salud S.A., manejan precios competitivos, las dos compañías se encuentran en constante investigación y comparación de manera que el cliente siempre resultará beneficiado.

Cuadro comparativo de tarifas el parámetro de comparación es el valor de la consulta y el tipo de plan que se ajusta para realizar este comparativo.



Cotizante Masculino	Cotizante Femenino
----------------------------	---------------------------

Edades	Ecuasanitas	Salud	Incremento Disminución	Ecuasanitas	Salud	Incremento Disminución
0-23 meses	50,80	91,62	80%			
2 – 15 años	22,00	18,77	-15%			
16 – 31 años				49,00	31,29	-36%
32 – 49 años	37,10	55,42	49%	42,90	64,36	50%
50 – 60 años				47,60	75,98	60%
61 – 65 años	82,50	125,40	52%			

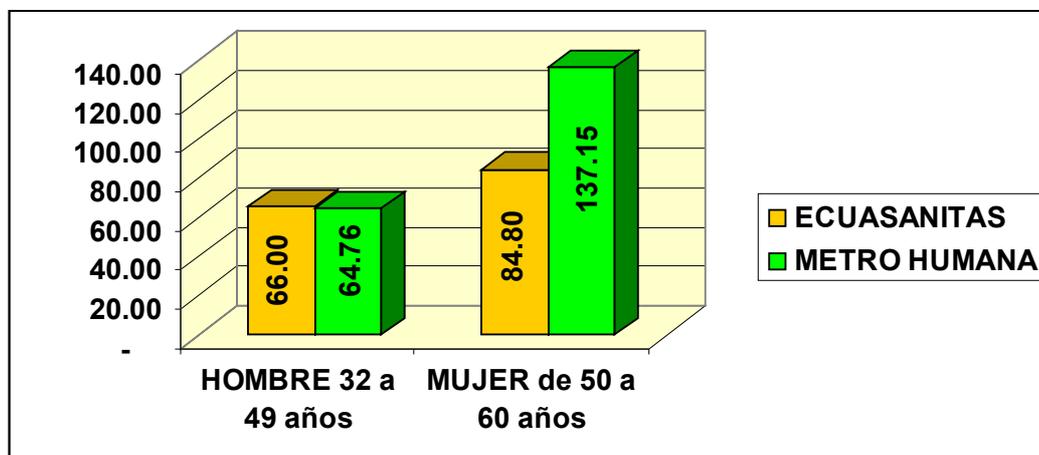
2) **HUMANA.** Es una empresa de medicina prepagada con 13 años en el mercado y 43.000 afiliados. Pertenece al grupo del Banco del Pichincha y cuenta con el respaldo del Hospital Metropolitano.

Mantiene convenios con médicos asociados en las principales especialidades médicas, cubre el 100% en atención médica por consulta, y reembolsa el 70% a médicos de libre elección.

Tiene una gama de planes en libre elección, sin embargo no posee planes exclusivos en cuadro cerrado.

Las tarifas en contratos individuales son altas y sus ventas no se mantienen constantes ante la variación del precio. Para los contratos corporativos, los precios son muy accesibles al mercado,.

Cuadro comparativo de tarifas El parámetro de comparación es el valor de la consulta y el tipo de plan que se ajusta para realizar este comparativo



3) **BMI** es una empresa de medicina prepagada, creada hace 31 años a través de un grupo internacional, sin embargo en el país tiene aproximadamente 8 años y alrededor de 55.000 afiliados a nivel nacional.

Desde el 2005 BMI se alió con Iguales Médicas, empresa Guatemalteca con quien ingresó al sector de la medicina prepagada con 38.000 afiliados aproximadamente. Hasta hace dos años, esta empresa trabajaba únicamente con planes corporativos, es decir el segmento objetivo de mercado era el empresarial y constaba de consumidores primarios, quienes tomaban la decisión de compra.

Tiene convenios con centros y clínicas a través de las cuales presta atención médica a sus afiliados con el reembolso del 80%, únicamente en libre elección. No cuenta con planes en cuadro cerrado y cubre preexistencias hasta un máximo.

Los precios de competencia que maneja BMI dan clara muestra del nivel y calidad de sus servicios, frente a un precio accesible al mercado objetivo. Maneja un precio básicamente elástico.

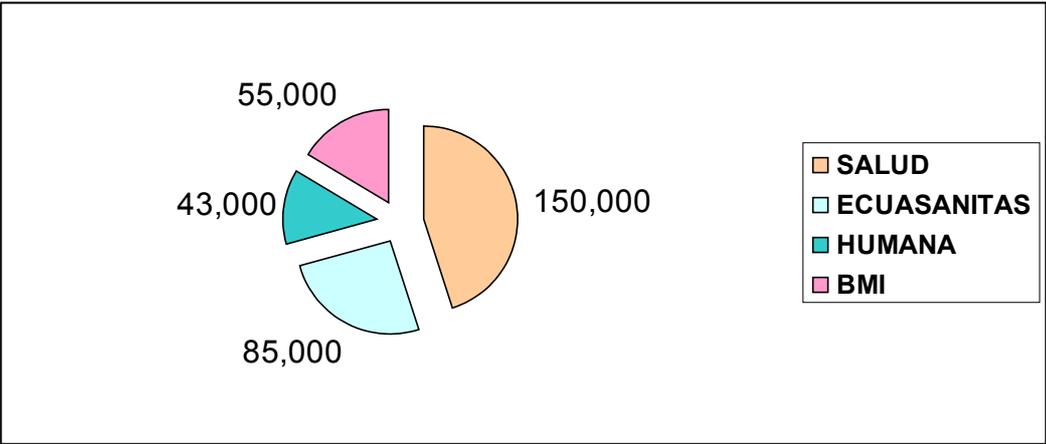
Cuadro comparativo de tarifas El parámetro de comparación es el valor de la consulta y el tipo de plan que se ajusta para realizar este comparativo:

Plan	Elegir	Flexiplan	Flexiplan	Flexiplan
Valor consulta	42.40	40.00	40.00	40.00
Cobertura anual	25.200	30.000	105.000	110.000
Costo mensual	394,30	264,48	273,83	294,34
Titular + cónyuge y 2 hijos				

4) SALUDCOOP con 5 años en el mercado, ocupa un lugar importante en la lista de las empresas de medicina prepagada en el Ecuador, tiene aún acceso limitado.

Utiliza su estrategia promocional de manera muy agresiva dando a conocer a los clientes potenciales su amplia cobertura incluyendo enfermedades preexistentes y congénitas. Esto hace que el cliente fácilmente se interese por este servicio debido a la cantidad de beneficios ofrecidos, sin embargo estos no siempre se cumplen.

Gráfico de participación en el Mercado de las Empresa de Medicina Prepagada



3.2.2.5. Precios

Tarifas únicas del producto Ecuasanitas Aplicables para Ventas Nuevas, Inclusiones, Transferencias, Reajuste y Renovación

Contratos Individuales	Planes		
Usuarios	Total	Ambulatorio	Hospitalario
De 0 meses a 39 años:	24,50	14,00	11,00
De 40- 49 años	25,20	14,30	11,40
De 50- 59 años	28,70	14,80	11,80
De 60 – 61 años	31,70	15,50	12,30

Contratos Convenio	Planes		
Usuarios	Total	Ambulatorio	Hospitalario
De 0 meses a 39 años:	24,20	13,50	10,90
De 40- 49 años	24,60	13,90	11,10
De 50- 59 años	28,20	14,30	11,40
De 60 – 61 años	31,70	14,80	11,80

Contratos Corporativo	Planes		
Usuarios	Total	Ambulatorio	Hospitalario
DE 0 MESES A 39 AÑOS:			
De 15 a 30 Personas	23,80	13,30	10,70
31 a 50 Personas	23,70	13,20	10,60
51 a 150 Personas	23,60	13,10	10,50
151 a 250 Personas	23,40	13,00	10,40
251 a 500 Personas	23,30	12,90	10,30
501 En Adelante	23,20	12,80	10,20

CAPÍTULO

4

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSO.

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSO 4

	63
4.1. Antecedentes.....	63
4.2. Propuesta de un Sistema de Control Interno.....	64
4.3. Diagnóstico.....	64
4.4. Definiciones de Control Interno.....	64
4.4.1. Control Interno según informe COSO.....	64
4.4.2. Componentes del control interno según informe COSO	65
4.4.2.1. Ambiente de control.....	66
4.4.2.2. Valoración de riesgos	70
4.4.2.3. Actividades de control	73
4.4.2.4. Información y comunicación	73
4.4.2.5. Monitoreo.....	74
4.5. Clasificación del Control Interno.....	76
4.5.1. Administrativo.	76
4.5.2. Financiero.....	76
4.6. Principios Rectores del Control Interno.	77
4.6.1. Segregación de funciones.	77
4.6.2. Autocontrol.	78
4.6.3. De arriba hacia abajo.	78
4.6.4. El tono desde lo alto.....	79
Es fundamentalmente de carácter ético que se convierte en algo forzoso de cumplimiento vía estrategias, planes o en últimas, por mecanismos de carácter legal.....	79
4.6.5. Costo menor que beneficio	80
4.6.6. Eficacia.	80
4.6.7. Confiabilidad.	80
4.6.8. Documentación.	81
4.7. Métodos utilizados para evaluar el sistema del Control Interno de Autorización de Servicios Médicos y Reembolsos.....	82
4.7.1. Evaluación del Control Interno por el Método Narrativo.	82
4.7.1.1. Evaluación de los procesos de Ecuasanitas S.A.....	82
4.7.1.2. Propuesta para un Rediseño de los procesos de Reembolsos y Autorizaciones Médicas.....	85
4.7.2. Diagramas de flujo del control interno	87
4.7.2.1. Símbolos que se utilizan en un flujo grama.....	89
4.7.3. Procedimientos	91
4.7.3.1. Proceso	91
El proceso es la secuencia de pasos sistemáticos y ordenados para la realización de una tarea.....	91
4.7.3.2. Procedimiento de Producto no conforme de Servicios Médicos.....	93
4.7.4. Cuestionarios	95

4.7.4.1. Cuestionario de Evaluación del Control Interno en los procesos de Reembolsos.....	96
4.7.4.2. Cuestionario de Evaluación del Control Interno en los procesos de Autorizaciones Médicas	100
4.7.4.3. Comentario.....	101
4.7.5. Medición del riesgo de control	101
4.7.5.1. Riesgo Inherente	102
4.7.5.2. Riesgo de Control	102
4.7.5.3. Riesgo de Detección	104
4.7.5.4. Riesgo de Auditoría	104
4.8. Resultados del cuestionario realizado al personal de Reembolsos y Autorización de Servicios Médicos sobre los procesos del Control Interno.....	105
4.9. Ventajas de la implementación del sistema de control interno en autorización de servicio médico y reembolsos.....	109
4.10. Desventajas de la implementación del sistema de control interno.....	110
4.11. Evaluación continua en Autorizaciones de Servicios Médicos y Reembolsos.....	110
4.12. Resultados del Rediseño del Sistema de Control Interno.....	111
4.13. Estadística del comportamiento del costo médico desde el año 2000 al 2007:.....	112

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO REEMBOLSO

4.1. Antecedentes

La empresa Ecuasanitas S.A. en el 2005, introduce en el mercado un nuevo producto “Plan Elegir” cuya característica principal es la libre elección de prestadores médicos a nivel nacional e internacional, permitiendo el pago de los gastos médicos a través de un sistema de reembolsos. Este nuevo producto permitió a la Compañía una mayor y mejor competitividad en el mercado de la medicina prepagada, determinando un crecimiento significativo en el número de usuarios, transacciones, recursos humanos e infraestructura. Sin embargo entre los principales cambios realizados, fueron los referentes a los procesos, ya que el sistema existente debía ser adaptado a los nuevos requerimientos con trámites de reembolsos permanentes, diarios y en un volumen cada vez ascendente, que debía considerar además una gran variedad de montos y niveles de coberturas tanto en contratos individuales, como corporativos empresariales y grupales.

4.2. Propuesta de un Sistema de Control Interno

Realizar un análisis de los procesos, volumen de transacciones, políticas de la organización para validar la eficacia del control interno en los sistemas de reembolsos y autorizaciones médicas.

4.3. Diagnóstico

La reorganización de procesos en unos casos para adaptarlos al sistema de reembolsos, así como la creación de nuevos trámites para cumplir con el esquema del Plan Elegir, determinó realidades perceptibles en diferentes campos inherentes a este nuevo producto, tales como:

El cambio de la plataforma informática. Desarrollo del módulo de servicios médicos y reembolsos, para lo cual es necesario realizar los siguientes pasos:

- Depuración e implementación de códigos que identifiquen los servicios médicos.
- Depuración e implementación de códigos que identifiquen los diagnósticos.
- Modificar procedimientos para el manejo de pago de reembolsos a usuarios afiliados al Plan Elegir.
- Modificar procedimientos de control interno en autorizaciones médicas.
- Capacitación continua del producto al personal del área médica.

4.4. Definiciones de Control Interno

4.4.1. Control Interno según informe COSO

“Es un proceso, ejecutado por el consejo de directores, la administración y otro personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable con miras a la consecución de objetivos en las siguientes categorías:

- Efectividad y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad en la información financiera.
- Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

El control interno es un proceso. Constituye un medio para un fin, no un fin en si mismo, al ser ejecutado por personas requiere de efectividad y eficiencia en las operaciones, las cuales deben estar normadas en procedimientos, debe proporcionar seguridad razonable en las transacciones para obtener información financiera confiable.

El control interno debe cumplir con las leyes emitidas por los entes de control como Servicio de Rentas de Interna y el control interno al ser continuo permite el logro de objetivos de la empresa

“**El control interno** es un proceso efectuado por la junta de directores, la administración principal y todos los niveles del personal. La junta de directores y la administración principal son responsables por el establecimiento de la cultura apropiada para facilitar un efectivo proceso de control interno y por monitorear su efectividad sobre una base ongoing; sin embargo, cada individuo dentro de una organización tiene que participar en el proceso”¹⁷

4.4.2. Componentes del control interno según informe COSO

“El control interno está compuesto por cinco componentes interrelacionados. Se derivan de la manera como la administración dirige un negocio, y están integrados en el proceso de administración. Estos son:

- 1) Ambiente de control
- 2) Valoración de riesgos

¹⁷ Auditoria del control interno, Samuel Alberto mantilla, página 17

- 3) Actividades de control
- 4) Información y comunicación
- 5) Monitoreo

Gráfico de los componentes del Control Interno



4.4.2.1. Ambiente de control

“La esencia de cualquier negocio es su gente, sus atributos individuales, incluyendo la integridad, los valores éticos y la competencia y el ambiente en que

ella opera. La gente es el motor que dirige la entidad y el fundamento sobre el cual todas las cosas descansan”¹⁸.

Factores del ambiente de control incluyen la integridad, los valores éticos y la competencia de la gente de la entidad; la filosofía de los administradores y el estilo de operación; la manera como la administración asigna autoridad y responsabilidad, y cómo organiza y desarrolla a su gente y la atención y dirección que le presta el consejo de directores

- 1) Integridad ética y valores:** Son elementos esenciales del ambiente de control, y afectan el diseño, la administración y el monitoreo de los otros componentes del control interno.

Un clima ético corporativo fuerte en todos los niveles es vital para el bienestar de la empresa, de todos sus componentes y el público en general.

Este factor en Ecuasanitas se cumple adecuadamente en los procesos de: contratación del recurso humano, calificación de proveedores, contratación de prestadores médicos, adecuada administración de los ingresos que la empresa percibe de los usuarios afiliados al Sistema de Medicina Prepagada, autorización de la utilización del servicio médico requerido por los afiliados que haya contratado, pago a tiempo a empleados, proveedores, prestadores y usuarios.

Los valores éticos de la alta gerencia es un ejemplo a seguir por los funcionarios y empleados que laboran en la empresa y esto se refleja en el clima laboral.

La administración confiable y rentable de las inversiones de los accionistas de la empresa en estos últimos 10 años ha fortalecido el patrimonio.

- 2) Compromiso por la competencia:** La competencia debe reflejar el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar las tareas que definen los trabajos individuales.

¹⁸ Control Interno, Samuel Alberto Mantilla, página 18, segunda edición, Ecoe ediciones

La empresa cuenta con manuales de funciones de cada uno de los empleados en los cuales constan sus responsabilidades, obligaciones y tareas diarias que tiene que cumplir en su tiempo laborable.

Cada semestre los gerentes de área, jefes departamentales, de agencias, provincias, supervisores y coordinadores deben realizar evaluaciones del personal a su cargo.

La alta gerencia ha determinado una adecuada prolongación de los conocimientos y habilidades necesarias, a través de evidencias que demuestran que los empleados tienen los requisitos indicados.

3) Consejo de directores o comité de auditoría: El consejo de directores debe tener un grado de experiencia administrativa y técnica, a fin de que pueda desempeñar adecuadamente el gobierno, la orientación y advertencia necesaria fundamental para un control interno efectivo.

En la empresa las autorizaciones de servicios médicos o pago de reembolsos de usuarios que no tienen derecho, pasan a ser analizadas por el Comité de Excepciones, conformado por el Gerente General y Gerente Médico.

El Comité de Compras conformado por el Gerente Financiero, Administrativo, Tesorero y el Técnico, analiza las proformas de compras y deciden de acuerdo a la calidad del producto, durabilidad, garantía y precio.

El Comité de Gerencia se reúne con el Contador, Auditor Interno, auditores externos para discutir los borradores de los informes financieros y el sistema de control interno.

La Junta Directiva determina las inversiones mayores al 2% del ingreso total de la compañía; por ejemplo, cuando la empresa solicita créditos hipotecarios para la construcción de nuevos centros médicos.

- 4) Filosofía y estilo de operación de la administración:** afecta como la empresa es manejada, incluyendo los riesgos normales del negocio.

La contabilidad de la empresa en las transacciones aplica las Normas Ecuatorianas de Contabilidad legalmente autorizadas, por lo tanto sus estados financieros son confiables.

- 5) Estructura organizacional:** Conveniencia de la estructura organizacional de la entidad y su habilidad para proporcionar el flujo de información necesario para administrar sus actividades.

La cadena de valor se inicia desde el momento en que el usuario demanda una cobertura médica según las expectativas generadas del servicio. En este momento el personal que corresponda cumple el requerimiento siempre y cuando tenga derecho conforme las estipulaciones del contrato, con el fin de satisfacerle.

- 6) Valoración de autoridad y responsabilidad:** Asignación de responsabilidades y delegación de autoridad para cumplir con las metas y con los objetivos organizacionales.

Conveniencia de estándares y procedimientos relacionados con el control, incluye descripción de funciones de los empleados

En la empresa la autoridad y responsabilidad son asignadas a todos los empleados.

Está implementada la descripción del trabajo por cada empleado a través del manual de funciones.

Se evidencia una falencia en la delegación de responsabilidad y autoridad en el área médica.

- 7) Políticas y práctica de recursos humanos:** “Forma de aplicación de políticas y procedimientos para vinculación, entrenamiento, promoción y compensación de empleados.”¹⁹

Las políticas de los recursos humanos son esenciales para la contratación y retención de la gente competente, para permitir que los planes que tiene la empresa sean llevados a cabo.

En la empresa se realizan reuniones de trabajo para evaluar periódicamente los objetivos de su trabajo y realizar cambios o mejoras a los procesos.

En el área de reembolsos se evidenció que el personal nuevo no fue debidamente capacitado en los procesos inherentes a su tarea diaria.

4.4.2.2. Valoración de riesgos

La entidad debe señalar objetivos, integrados con ventas, producción, mercadeo, finanzas y otras actividades de manera que opere concertadamente. También debe establecer mecanismos para identificar, analizar y administrar los riesgos relacionados.

El evaluador se debe centrar en el proceso administrativo para la definición de objetivos, análisis de riesgo y administración del cambio. El evaluador debe considerar los siguientes objetivos, para que una entidad tenga un efectivo control debe establecer objetivo:

- 1) El objetivo global de la entidad** es lograr 100.000 afiliados a diciembre del 2008.
- 2) Crear centros médicos satélites** en Quito y Guayaquil para brindar una atención médica de calidad a sus afiliados y controlar la siniestralidad de los usuarios.
- 3) Cambio de la plataforma informática.**

¹⁹ página 38 de Samuel Alberto Mantilla, Ecoe Ediciones, segunda edición

- 4) Construir un nuevo centro médico de diagnóstico.
- 5) Los **objetivos a nivel de actividad** circulan y son relacionados con los objetivos globales de la entidad y las estrategias.
 - a) Para lograr el objetivo global de alcanzar a 100.000 afiliados, se debe incursionar en el mercado de broker, puesto que manejan los seguros de las grandes empresas privadas y estatales.
 - b) Se debe dar mantenimiento personalizados a los usuarios especialmente a los contratos corporativos, para lograr fidelidad y evitar la anulación de contratos.
 - c) Para brindar una mejor atención a los requerimientos de los usuarios se debe cambiar la plataforma informática. Este cambio permitirá implementar controles en las autorizaciones médicas, pago de reembolsos, recuperación de cuotas de afiliación, renovación y copagos.
 - d) La creación de centros médicos satélites permitirá controlar la siniestralidad de los usuarios y otorgar una atención médica de calidad.
- 6) **Riesgos.** La valoración de riesgo de la empresa debe identificar y considerar las implicaciones de riesgos pertinentes, en los niveles de la empresa como en los niveles de actividad.

El proceso de valoración de riesgo debe considerar los factores internos y externos que pueden impactar en el logro de objetivos.

- a) En Ecuasanitas S.A. el incumplimiento de los plazos establecidos para el desarrollo e implantación del sistema informático de autorizaciones médicas y reembolsos puede afectar directamente en la falta de cumplimiento de las condiciones contratadas por los afiliados.

- b) La falta de depuración y creación de la codificación a los servicios médicos y diagnósticos nos impiden ser competitivos con los requerimientos del afiliado.

Los riesgos que impactarían directamente en el cumplimiento de los objetivos de la empresa serían:

- a) Anulación del contrato por mal servicio médico o administrativo.
- b) Pago excesivo del gasto médico por un control interno inadecuado que no permite la acumulación de los servicios otorgados y el cobro del deducible.
- c) Capacidad instalada de los centros médicos no es suficiente para atender a los posibles 100.000 usuarios.

7) Manejo del cambio. La economía, la industria y los ambientes reguladores cambian las actividades propias de la empresa. Los mecanismos son necesarios para anticipar, identificar y reaccionar a las actividades rutinarias que afectan la consecución de los objetivos globales o a nivel de actividad de las empresas.

- a) En Ecuasanitas S.A. debido al incremento de afiliados en el 2007, la empresa contrató personal nuevo para el área de reembolsos y servicios médicos, con el fin de atender los requerimientos de los usuarios directamente en los puntos de atención de las entidades afiliadas al sistema de medicina prepagada.
- b) Por la premura de la atención el personal no recibió la debida capacitación y por ende, difícilmente puede comprender la cultura organizacional.
- c) La capacidad instalada del sistema es insuficiente, para manejar el volumen de transacciones que requiere el crecimiento de usuarios en los diferentes procesos de la empresa.

4.4.2.3. Actividades de control

Se deben establecer y ejecutar políticas y procedimientos para ayudar a asegurar que se están aplicando efectivamente, las acciones identificadas por la administración, como necesarias para manejar los riesgos en la consecución de los objetivos de la entidad.

- a) En Ecuasanitas S.A., por la creación de un plan abierto se debe implementar procesos de Control Interno en el área de autorizaciones médicas, reembolsos, admisión y cobranzas.
- b) Además, se debe desarrollar en la nueva plataforma informática sistemas de control interno automáticos en los procesos de reembolsos y autorizaciones médicas, para facilitar la supervisión de los Coordinadores y Auditores Médicos.

4.4.2.4. Información y comunicación

La información es identificada, capturada, procesada y reportada por el sistema de información. Ayudan al personal de la entidad a capturar e intercambiar la información necesaria para conducir, administrar y controlar sus operaciones.

- 1) Información.** Es proporcionar la información correcta, detalla y oportuna a los empleados para que les permita cumplir eficiente y efectivamente sus responsabilidades.

El apoyo de la administración es importante para el desarrollo de los sistemas de información, el cual es demostrado por la asignación de recursos apropiados, humanos y financieros.

- a) En Ecuasanitas S.A. no se recopila apropiadamente la utilización del gastos médico en el SIAM, razón por la cual la información proporcionada a los funcionarios para la renovación de contratos no es confiable.

- b) No es factible entregar la siniestralidad a las entidades afiliadas de acuerdo a sus requerimientos: Siniestralidad por usuario y por diagnóstico.

La Gerencia General autorizó el desarrollo de los sistemas de información necesarios para evitar estas falencias, para lo cual se debe contratar analistas programadores con los requisitos completos en cuanto a las habilidades técnicas.

- 2) Comunicación.** Es la efectividad con la cual se comunican los deberes de los empleados y las responsabilidades de control.

La comunicación es el establecimiento de canales de información para que la gente reporte asuntos indeseables sospechosos, es la apertura y efectividad con clientes, proveedores para comunicar a tiempo los cambios realizados dentro de la organización.

- a) En Ecuasanitas S.A. el departamento de Servicio al Cliente es responsable del seguimiento de las quejas o comunicaciones por parte de los clientes. Las quejas son investigadas y se toman acciones inmediatas.
- b) Las Auxiliares de Reembolsos y Servicios Médicos son responsables de comunicar por escrito inmediatamente cuando sus requerimientos de autorizaciones médicas y reembolsos son negados.

4.4.2.5. Monitoreo

“Debe monitorearse el proceso total y considerarse como necesario hacer modificaciones; de esta manera el sistema puede reaccionar dinámicamente, cambiando a medida que las condiciones lo justifiquen”²⁰

Para monitorear la efectividad continua del control interno, deben tenerse en cuenta las actividades de:

²⁰ Control Interno, Samuel Alberto Mantilla B, página 18, segunda edición, Ecoe ediciones

- 1) **Monitoreo ongoing.** Extensión en la cual el personal, en el desempeño de sus actividades regulares, obtiene evidencia de si el sistema de control interno continúa funcionando.

Comparaciones periódicas de las cantidades registradas por el sistema de contabilidad con los activos físicos.

La sensibilidad frente a las recomendaciones de auditores internos y externos como medios para fortalecer los controles internos.

- a) En Ecuasanitas S.A. el control de los reembolsos liquidados versus los pagados se deben cuadrar diariamente.
- b) La Asistente de Reembolsos debe eliminar los reembolsos liquidados en el SAM y no contabilizados en el SIAM, para evitar la duplicidad de la siniestralidad de los usuarios.

- 2) **Evaluaciones separadas.** Alcance y frecuencia de las evaluaciones separadas del sistema de control interno.

La metodología del sistema de evaluación debe ser lógica y apropiada.

Los Auditores Internos de la empresa realizan, por ejemplo, evaluaciones periódicas financiera en el pago de reembolsos diferidos.

- 3) **Reporte de deficiencias.** Existencia de mecanismos para captura de información de las deficiencias de control interno identificadas.

- a) Conveniencia de los protocolos de reporte.
- b) Conveniencia de las acciones hacia arriba²¹.

²¹ Control Interno, Samuel mantilla página 94

Los auditores de gestión de calidad realizan auditorias para el cumplimiento de los procesos e indicadores de gestión.

Realizan el seguimiento a los dueños de los procesos, para que en el plazo establecido, realicen el levantamiento de las no conformidades.

4.5. Clasificación del Control Interno

4.5.1. Administrativo.

El control Administrativo incluye, pero no limita, el plan de la organización, los procedimientos y registros relacionados con los procesos de decisión que se refieren a la autorización de las transacciones por parte de la administración.

Tales autorizaciones han sido definidas como una función administrativa asociada directamente con la responsabilidad por el logro de los objetivos de la organización, y como un punto de partida para el establecimiento del control contable de las transacciones.

- a) La empresa ha estado por dos años en proceso de certificación en Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001-2000.

- b) La empresa trabaja en base a objetivos estratégicos, planes operativos anuales y cumplimiento de presupuestos

4.5.2. Financiero.

Los controles financieros contables abarcan el plan de organización, los procedimientos y registros relacionados con la salvaguarda de los activos y con

la confiabilidad de los estados financieros, diseñados para proveer seguridad razonable.

En Ecuasanitas S.A. se realizan entre otros los siguientes controles internos financieros:

- a) Para la contabilización de proveedores el personal responsable del registro contable revisa que en las órdenes de emisión de cheque se registren las firmas de revisión y autorización.
- b) Las transacciones se registran diariamente sea en el momento en que el usuario cancela las cuotas o cuando el pagador de la empresa emite el cheque.
- c) El registro de transacciones permite la preparación de los estados financieros en conformidad con los principios de contabilidad generalmente aceptados.
- d) Se realizan inventarios mensuales por muestreo e inventarios totales trimestrales de medicinas, reactivos e insumos. Esta información se válida con los registros contables para tomar las acciones apropiadas en relación a las diferencias existentes.
- e) Se realizan inventarios anuales de activos fijos para actualizar la codificación, previa revisión y validación con los registros contables.

4.6. Principios Rectores del Control Interno.

Los componentes que rigen el proceso del control interno son:

4.6.1. Segregación de funciones.

Lo importante de este componente es que ningún empleado o administrador, debe ser capaz de registrar, autorizar y conciliar una transacción.

- a) Este componente está relacionado con los distintos roles vinculados con el control interno, diseño, implementación, mejoramiento, evaluación y auditoría.
- b) Por niveles conlleva diferenciar entre controles contables y administrativos, sistemas de control interno, comités de auditoría, gobierno corporativo y control interno a las transacciones con partes relacionadas.

4.6.2.Autocontrol.

El mejor de todos los controles internos es que los procesos sean desempeñados por gente capaz y apoyada con tecnología.

El Auditor Interno tiene que ser externo a la administración y a toda la organización

El auto-valoración del control es un conjunto de herramientas de trabajo a través de las cuales se facilita que el personal de una empresa haga su propia valoración de control y la traduzca en informes y acciones relacionadas con el funcionamiento de la organización.

- a) En Ecuasanitas S.A. las gerencias y jefaturas mensualmente presentan informes de gestión cualitativa y cuantitativa de las actividades cotidianas que son responsables.

4.6.3.De arriba hacia abajo.

En una perspectiva estratégica, tienen una marcada influencia en la forma como son estructuradas las organizaciones, lo que conlleva a que esta forma de presión sea originada desde los niveles más altos considerando los siguientes aspectos:

Los macro procesos abarcan los subprocesos, tareas, actividades.

- a) En Ecuasanitas S.A. el macro proceso es la autorización del servicio médico, el subproceso es la autorización para el pago del reembolso, la tarea es receptar el formulario de reclamación de atención médica y la actividad es evaluar la documentación soporte del reclamo y liquidar el reembolso con base a las condiciones contratadas por cada usuario.

La misión y visión proviene, de la alta gerencia y se traslada a la acción por mecanismos operativos que es preciso alinear.

- a) La misión de Ecuasanitas es “Otorgar y garantizar a nuestros clientes atención médica de calidad”. En los centros médicos de la empresa se brindan servicios médicos de calidad a los pacientes afiliados al sistema de medicina prepagada y al público en general.
- b) La visión de Ecuasanitas S.A. es mantener el liderazgo en medicina prepagada, comprometiendo sus esfuerzos y capacidades en favor de la gente y ofreciendo excelencia en los servicios. En los últimos años el incremento de usuarios ha permitido a la organización mantener el liderazgo en el mercado, por su experiencia y capacidad de garantizar servicios médicos y administrativos de calidad.

4.6.4.El tono desde lo alto

Es fundamentalmente de carácter ético que se convierte en algo forzoso de cumplimiento vía estrategias, planes o en últimas, por mecanismos de carácter legal.

- a) En Ecuasanitas S.A. se han establecidos controles para prevenir y detectar fraudes en el manejo de valores y activos.
- b) El Comité de Gerencia mantiene un efectivo control interno sobre la presentación de reportes financieros.

- c) Mensualmente se evalúa el cumplimiento del presupuesto en los diferentes centros de costos.

4.6.5. Costo menor que beneficio

Este componente afianza el hecho sobre el cual el control interno genera valor a la organización; lo que implica que los controles internos no pueden ser más costosos que las actividades que controla ni que los beneficios que proveen.

El beneficio que genera tiene que ser sustancialmente mayor que el costo que conlleva.

El control interno como proceso, se inserta dentro del sistema de la organización y hace parte de la cadena de valor del negocio.

El control interno hace parte del ciclo financiero de agregación de valor para el cliente y de generación de valor para el accionista.

4.6.6. Eficacia.

La evaluación básica del control interno debe ser siempre una valoración de su eficacia y ésta es sustancialmente diferente del control de gestión y resultados.

La eficacia del control interno depende directamente de asegurar el logro de objetivos de negocio que tiene el sistema y que son: eficacia y eficiencia de las operaciones, confiabilidad del proceso de presentación de reportes financieros, cumplimiento de normas y obligaciones, salvaguarda de activos y direccionamiento estratégico.

4.6.7. Confiabilidad.

Se entiende como la relación que existe entre la efectividad del diseño y operación del sistema de control interno y la extensión de la documentación, conciencia y monitoreo del control interno.

- a) Los estados financieros de la empresa son confiables, porque en la organización se cumplen con las leyes y regulaciones del Servicio de Rentas Internas y Superintendencia de Compañías.
- b) En la contabilidad de la empresa se aplica la Normas Ecuatorianas de Contabilidad Generalmente Aceptadas.
- c) Los estados financieros de la Compañía son auditados anualmente por firmas auditoras externas a la organización, cuya opinión tiene relación con la efectividad del control interno de la empresa,

4.6.8.Documentación.

Toda la información relacionada con el control interno debe estar debidamente documentada, de manera tal que pueda ser analizada por cualquier auditor, administrador de la empresa.

La formalización de documentos significa que la empresa soporta sus métodos y procedimientos empleados, lo cual le permite la fácil identificación de criterios y demás acciones.

- a) El auditor interno de la empresa rastrea los ingresos de la compañía desde la afiliación del usuario hasta el cumplimiento del pago mensual de cuotas, para lo cual evalúa la calidad de la evidencia, que es este caso puntual es la solicitud de afiliación, contrato, y el secuencial de las facturas de cobro; documentos que deben contener las debidas firmas de revisión y autorización.

4.7. Métodos utilizados para evaluar el sistema del Control Interno de Autorización de Servicios Médicos y Reembolsos

Existen algunas metodologías utilizadas para evaluar el Control Interno, entre las cuales se mencionan:

4.7.1. Evaluación del Control Interno por el Método Narrativo.

Es la descripción detallada de las actividades que se realizan dentro de un proceso administrativo.

4.7.1.1. Evaluación de los procesos de Ecuasanitas S.A.

- 1) **Evaluación del proceso de reembolsos**, al no contar con un sistema más dinámico y totalmente adaptado a las necesidades del Plan Elegir, los reembolsos evidencian demoras.

- 2) **Con relación a los diagnósticos** que corresponden a una misma patología y consecuentemente los reembolsos debieran registrar un acumulado por cada enfermedad; sin embargo, sin que exista un control, se han ido creando nuevos diagnósticos determinándolos como enfermedades diferentes, lo que ocasiona la duplicidad en las coberturas y por ende el pago indebido de reembolsos de gastos médicos, sin que se considere el factor acumulativo de la misma patología.

Esta modalidad tiene una afectación económica para la Empresa que no ha sido cuantificada, pero que evidentemente se manifiesta en la siniestralidad de los contratos.

- 3) Con relación al **cobro del deducible**. Actualmente el sistema solo permite calcular un solo tipo de deducible sea éste por evento o por enfermedad.

De igual forma se implementó el cobro del deducible en ciertos porcentajes acordes al tipo de servicio requerido por el paciente. Este sistema de cobro en partes, no permite en primera instancia recuperar total y efectivamente dichos valores, afectando directamente los parámetros financieros que se consideraron en cada negociación con la fijación de un deducible para determinar la cuota mensual del contrato. Esta situación además también incentiva la utilización del servicio médico, incrementando la siniestralidad.

En algunos otros casos, la falta de control en el acumulado de deducibles en el sistema conlleva a cobros en exceso a los usuarios, incumplimiento lo establecido en las condiciones particulares de cada contrato. Aunque la frecuencia no es tan elevada, sin embargo evidencia desorganización y falta de control.

4) Período de incapacidad. El periodo de incapacidad es manejado por la Empresa solo con base a la fecha de renovación es decir independiente del período en que se produzca el evento en cada usuario. Esto ocasiona que en la renovación se inicie un nuevo período de vigencia lo que significa que los datos de deducibles y los toques de coberturas, el afiliado automáticamente acceda a un nuevo monto total para la utilización del servicio, lo que conlleva a que el gasto médico se incremente.

Cabe señalar que en varias oportunidades el afiliado antes de la renovación, había llegado al tope de su cobertura y sin embargo, por el actual sistema, en la renovación comienza de cero, generando más gasto para la Compañía.

Adicionalmente los contratos indican contractualmente períodos de incapacidad que deben calcularse de acuerdo a la fecha en que se utiliza el servicio, pero esto no ha sido aplicado.

5) Aplicación de códigos. La codificación es propia de la Compañía, lo que no permite estandarizar con otras empresas y clientes la utilización de los servicios, ocasionando confusiones en la aplicación de las tablas para los reembolsos y autorizaciones médicas.

Esta situación ha generado una imagen negativa al momento de presentar información con las cuentas corporativas, ya que existen errores y retrasos al tratar de homogenizar criterios en los reportes, pues los clientes vienen manejando una terminología general en el medio y están en desacuerdo con las codificaciones particulares.

Este tema también es objeto de permanente discusión al momento de las renovaciones de los contratos.

- 6) **La plataforma informática** con la que cuenta Ecuasanitas, fue implementada y desarrollada hace muchos años en base al producto que tradicionalmente se venía comercializando; sin embargo, el nuevo Plan Elegir por sí solo exige toda una serie de cambios y reorganizaciones que fueron solucionados a través de “parches” en el sistema, pero que en esencia, no contribuyen eficientemente a un manejo automático del Plan, si se considera además la gran magnitud de condiciones particulares de cada negociación, lo que genera constante errores y reproceso que afectan al cliente.

Debido a las condiciones especiales de cada negociación, los procesos actuales no contemplan de manera automática dichas particularidades en el acceso a la consulta normal del sistema, pues inclusive se diseñó un sistema paralelo para estos casos y con acceso restringido a ciertas áreas para su manejo y consulta, determinando trámites engorrosos, a veces erróneos, desinformación al cliente y la consecuente afectación al servicio en general.

- 7) **Siniestralidad.** No existe una metodología ni parámetros homogéneos que permitan el estudio de la siniestralidad de cada contrato, de manera tal que sea una herramienta de trabajo y seguimiento permanente con los clientes, para analizar el nivel y naturaleza de los gastos, llevar un control pormenorizado o evidenciar posibles fraudes, que permitan establecer a tiempo medidas correctivas o preventivas para normalizar la utilización del

servicio médico, sin perjudicar al usuario evitando así incrementos en la tarifas del contrato en la renovación.

- 8) **Autorización de Servicio Médico.** El área médica abarca el 60% de las operaciones de la empresa, ya que una vez concluido el proceso de afiliación del cliente, inician los trámites de coberturas de servicios, conforme lo establecen los contratos, considerando las diferentes modalidades o las condiciones especiales de cada negociación.

El número de afiliados y la demanda de prestaciones médicas significan un volumen muy grande en trámites diversos; sin embargo, se evidencia por un lado, falta de delegación de autoridad y por otro, ausencia en la toma de decisiones que permitan que los procesos fluyan de mejor manera.

Hay instancias en donde se requiere varias supervisiones antes de otorgar el servicio, lo que afecta en la satisfacción del cliente quien reclama mayor celeridad y menos burocracia, tanto en las autorizaciones médicas como en reembolsos. Esto también ha ocasionado que los responsables de cada proceso, se resistan a asumir decisiones porque siempre habrá otro funcionario responsable de volver a revisar el trámite; por tanto se deberá evaluar estos procedimientos para hacerlos más rápidos y eficientes, pero sin descuidar el control médico financiero.

El área de reembolsos paga el servicio médico autorizado por lo tanto debe unificarse en un solo departamento, con un Jefe Médico, que autorice el servicio y el pago del reembolso.

4.7.1.2. Propuesta para un Rediseño de los procesos de Reembolsos y Autorizaciones Médicas

- 1) **Diagnóstico.** Se debe implementar un proceso de manera tal que, cuando un operador crea un diagnóstico, éste sea reportado hacia el Auditor Médico que valide dicha información y determine si ese diagnóstico ya existe en el sistema con otro nombre o en realidad se trata de una nueva

enfermedad que tiene que ser cubierta en los montos y condiciones del contrato.

La Gerencia Médica debe reevaluar los sistemas actuales en los niveles de autorizaciones y necesariamente delegar más autoridad y responsabilidades, con los controles pertinentes a nivel nacional.

2) Deducible. Se requiere que en el sistema de reembolsos se pueda calcular 5 tipos de deducibles por:

- Patología (evento, enfermedad)
- Familia
- Usuario
- Hospitalarios
- Ambulatorios

Homogenizar el sistema para el cobro de deducibles de tal forma que queden registrados automáticamente los acumulados y de acuerdo a la modalidad establecida en cada negociación respecto al tema y es importante cobrar el deducible en un 100% al inicio del reclamo.

3) Período de Incapacidad. Se debe establecer y definir en cada contrato el período real de incapacidad conforme las condiciones particulares, sea de acuerdo a la renovación o a la fecha de inicio de la enfermedad; aunque esta última modalidad es la que se maneja en el mercado, salvo si la negociación inicial estipula lo contrario.

Sin embargo actualmente y a pesar de que estas condiciones pueden ya definirse, se hace difícil la aplicación en el sistema en forma automática, por lo que se deberá buscar alternativas para este control.

4) Aplicación de códigos. Se debe Establecer codificaciones y valores de puntos, tal cual como se maneja en el mercado para los servicios médicos, cálculos de reembolsos y autorizaciones médicas.

Es importante que las tablas “Harvard, y/o Mc Graw Hill” que son las aceptadas estandarizadas y referenciales en el sistema de seguros y prepagas en nuestro medio ecuatoriano y hasta internacional, sean ingresadas y asimiladas en nuestro sistema operativo.

- 5) **Plataforma Informática.** Se debe implementar las tablas internacionales, lo que va a demandar una plataforma informática ágil y parametrizable, que contemple en lo posible la mayor cantidad de condiciones que el mercado solicita en contratos de este tipo.

Plantear a la alta gerencia todas las necesidades que en función de un eficaz control interno en reembolsos y autorizaciones se requiere, a fin de que evalúe la necesidad imperiosa de cambiar la plataforma o contratar un gran módulo que cubra las necesidades en la magnitud de transacciones que se manejan actualmente y las proyecciones de crecimiento que tiene la Compañía.

- 6) **Siniestralidad.** Redefinir los sistemas para la emisión de informes de siniestralidad de los contratos corporativos, pues es un aspecto crítico para el buen manejo del Plan Elegir y la toma de decisiones que la Empresa requiere para seguir comercializando el producto, en función de la competencia y el mercado.

- 7) **Autorizaciones médicas.** Se debe fortalecer el departamento de auditoría médica con la contratación de médicos con experiencia administrativa, delegar autoridad a los auditores médicos que les permita tomar decisiones en las autorizaciones de servicios médicos y pago de reembolsos.

4.7.2. Diagramas de flujo del control interno

Evaluación del control Interno por el método gráfico, se lo realiza a través de flujogramas, los cuales son la representación gráfica del conjunto de operaciones

relativas a una actividad o sistema determinado; su conformación se la realiza a través de símbolos convencionales.

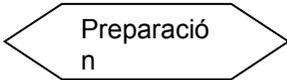
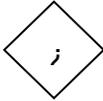
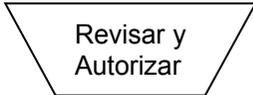
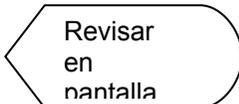
Un diagrama de flujo transmite una clara imagen del sistema, mostrando la naturaleza y la secuencia de los procedimientos, la división de responsabilidades, las fuentes y la distribución de documentos y tipos de ubicación de los registros y archivos de contabilidad.

La ventaja de un diagrama de flujo sobre un cuestionario, es que el diagrama de flujo proporciona un retrato más claro, más específico del proceso; por lo tanto hay menos oportunidad para equívocos, espacios en blanco o afirmaciones ambiguas, cuando uno utiliza líneas y símbolos en lugar de palabras para describir el control interno.

Una desventaja de los diagramas de flujo es que las debilidades del control interno no son identificadas en forma igual de visible que en los cuestionarios.

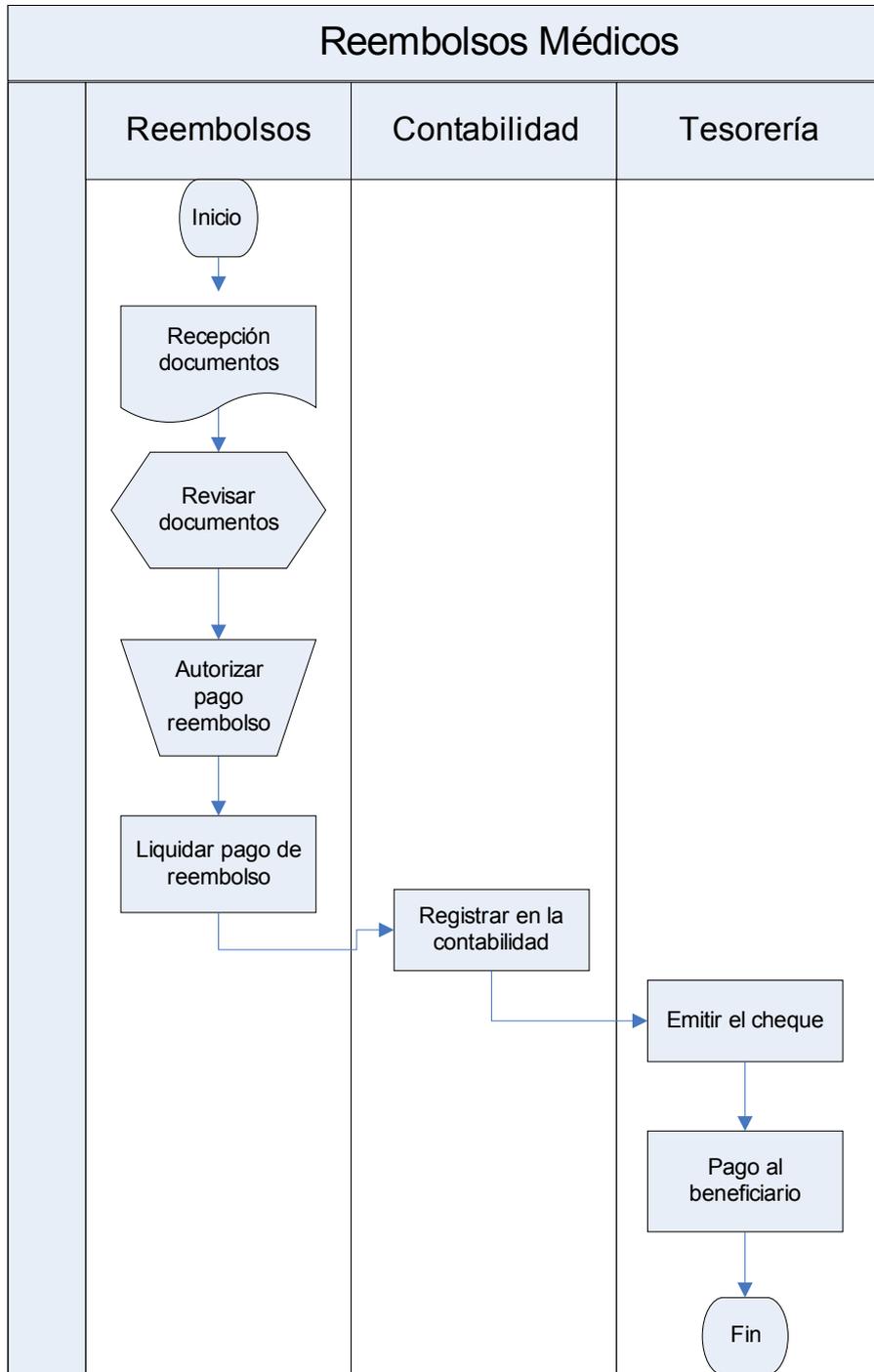
Es una representación simbólica de un sistema o una serie de procedimientos, en donde cada procedimiento es mostrado en secuencia.

4.7.2.1. Símbolos que se utilizan en un flujo grama

Descripción	Símbolos
Para indicar el inicio y el fin del proceso	
Cualquier documento que se utiliza en el proceso	
El proceso en el cual está involucrada la preparación de un documento	
Toma de decisión alternativa Si o No	
Proceso que consiste en la realización de una tarea efectuado en una operación previa	
El proceso en el cual el trabajo realizado anteriormente es revisado por un funcionario autorizado	
Revisar datos en la pantalla.	



Flujo grama de Reembolsos



4.7.3.Procedimientos

“Presentación por escrito en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un procedimiento explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Cuando la descripción del procedimiento es general y por lo mismo comprende varias áreas, debe anotarse la unidad administrativa que tiene a su cargo cada operación. Si se trata de una descripción detallada dentro de una unidad administrativa, tiene que indicarse el puesto responsable de cada operación. Es conveniente codificar las operaciones para simplificar su comprensión e identificación, aún en los casos de varias opciones en una misma operación”²²

Los procedimientos deben estar de acuerdo con los objetivos, políticas, estrategias y normas establecidas.

4.7.3.1. Proceso

El proceso es la secuencia de pasos sistemáticos y ordenados para la realización de una tarea

Por lo anteriormente indicado se puede determinar que no es lo mismo un proceso que un procedimiento. El proceso está compuesto por un conjunto de acciones entrelazadas entre sí. Estas acciones se justifican y son requisitos de validez de las posteriores acciones, este enlace se denomina procedimiento.

En la empresa cada área ha desarrollado procedimientos para describir el funcionamiento interno de cada tarea. En estos procedimientos se describe los pasos a seguir, la ubicación, requerimientos y personal responsable de su ejecución.

²² W.M. Jackson, Inc. Editors, Diccionario Léxico Hispano, Tomo Segundo; México, DF:

Validar la eficacia del control interno en los sistemas de reembolsos y autorizaciones médicas, rediseñar los procedimientos de: ODAS preimpresas, reclamación de usuarios, revisión de siniestralidad, negación de servicios, transferencia de pacientes, contingencia por falta de energía eléctrica, sistemas, reembolsos inmediatos y diferidos, coordinación de beneficios, manejo del fondo fijo para reembolsos, alcance de reembolsos, deducibles, Pronto Sanitas, crédito hospitalario, período de incapacidad, producto no conforme y administración de servicio médico.

4.7.3.2. Procedimiento de Producto no conforme de Servicios Médicos

Procedimiento de Producto no conforme Servicios Médicos	Código: PR-MP-SM-002
	Versión: 02
Proceso: Administración de Servicios Médicos	Fecha de vigencia: 26/03/yyyy
	Página 1 de 2

1) Objetivo

El presente procedimiento tiene como objetivo identificar y controlar el producto que no esté conforme con los requisitos del cliente, organizacionales, legales y los necesarios para el uso del servicio de medicina prepagada, de tal forma que se prevenga su uso o entrega no intencional.

2) Alcance

Aplica al proceso de Administración de Servicios Médicos donde se detectó el siguiente producto no conforme: “Autorización médica mal elaborada”

3) Responsabilidades

Gerente Médico, Jefe Médico, Jefes de agencia, Supervisor o Coordinador de Servicios Médicos son funcionarios responsables de autorizar concesión de producto no conforme.

Coordinadores, Asistentes y Auxiliares de Servicios Médicos: Empleados responsables de revisar y verificar documentos para rehacer el producto.

4) Descripción Se define para el Servicio de Gestión de Calidad como

producto no conforme los siguientes:

- Error en el número de usuarios
- Código de servicio errado
- Error en identificación de prestador médico
- Falta descripción de todos los servicios médicos requeridos por el usuario

- a) Los procedimientos no conformes se deben identificar con el sello de “no conforme”.
- b) El responsable de la identificación de producto no conforme, debe registrar en el formato producto no conforme Administración de Servicios Médicos, en el que se debe especificar: fecha de revisión y razón del producto no conforme.
- c) Dependiendo del tipo de producto no conforme, éste puede salir bajo autorización con posterior seguimiento.
- d) El responsable de concesión debe determinar si es necesario rehacer el producto; si este es el caso, los nuevos trabajos deben ser verificados por el personal responsable de revisión.
- e) Cuando los problemas que ocasionan el producto no conforme son recurrentes, se debe abrir una acción correctiva de acuerdo al Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y Mejoras.

5) Registros

Nombre	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Tiempo de retención	Eliminación
Producto no conforme Administración	Archivo físico	Archivador	Supervisor Jefes de agencia, Coordinador	1 año	Incinerar

de Servicios Médicos					
----------------------	--	--	--	--	--

6) Anexos

En el formato del producto no conforme de Administración de Servicios Médicos, consta de los siguientes campos:

- Nombre del proceso
- Descripción del Producto no conforme detectado
- Señalar si se debe reparar
- Señalar si se debe reprocesar
- Señalar si se debe reclasificar
- Señalar si se debe desechar
- Se debe indicar la razón por la cual se define como producto no conforme.
- Indicar persona responsable de la revisión
- Indicar persona responsable de la acción
- Indicar persona responsable para la concesión de la autorización

4.7.4. Cuestionarios

El método utilizado para la evaluación del control interno en Autorizaciones Médicas y Reembolsos, es el método del cuestionario, el cual permite identificar las fortalezas y debilidades que se encuentran en los procesos actuales, logrando de esta manera identificar si los controles han sido puestos en operación; es decir, si el control realmente existe y está en uso. Esta actividad permitirá obtener evidencia sobre la efectividad de operación de los diversos controles, la cual está relacionada con la forma cómo se aplica un control, la consistencia con la cuál éste se aplica y quién aplica el control; asimismo se puede establecer en qué procesos no existen controles.

Esta metodología consiste en la formulación de preguntas sobre los controles que se aplican en cada uno de los procesos de estas áreas; de tal manera que una respuesta afirmativa indica la calidad de los controles y una respuesta negativa generalmente indica las debilidades en los procesos de control.

Los cuestionarios pueden proporcionar una distinción entre debilidades mayores y menores de control, una indicación de las fuentes de información utilizadas al responder preguntas y comentarios explicativos relacionados con las falencias en el control interno de autorizaciones de servicios médicos y reembolsos.

Una desventaja de los cuestionarios estandarizados de control interno es su falta de flexibilidad. Con frecuencia, éstos contienen muchas preguntas que no se aplican a sistemas específicos, pero en este caso las preguntas realizadas a los empleados responsables del cálculo de reembolsos en el área de servicios médicos fue de gran ayuda para determinar las falencias existentes del control interno.

4.7.4.1. Cuestionario de Evaluación del Control Interno en los procesos de Reembolsos

Preguntas	Si	No	Comentarios
➤ ¿Tienen un plan de actividades para cumplir con las tareas diarias?	X		Si, pero no se aplica por falta de conocimiento.
➤ ¿El personal operativo revisa diariamente el trabajo que realizan?		X	No, porque están confiados en el supervisor que detecta errores como la mala aplicación de códigos.
➤ ¿El personal aporta con ideas para mejorar los procesos?	X		Las sugerencias del personal para realizar los cambios que agilicen los procesos no son tomados en cuenta por la Gerencia Médica.
➤ ¿El personal trabaja en equipo dentro de su área?	X		

Preguntas	Si	No	Comentarios
➤ ¿El programa de reembolsos facilita el cálculo automático del deducible de acuerdo a los requerimientos de los usuarios?		X	El sistema solo permite el cálculo del deducible por evento o por enfermedad.
➤ ¿El cálculo de los reembolsos los realiza automáticamente?		X	Los reembolsos del Plan Elegir se realizan manualmente, lo que ocasiona que no se registre el deducible en la contabilidad de la empresa.
➤ ¿Se cumple con el tiempo establecido para el pago de reembolsos inmediatos?	X		
➤ ¿Se cumple con el tiempo establecido para el pago de reembolsos diferidos?		X	No existe organización en cuanto a la logística de la entrega de documentos entre los puntos de atención
➤ ¿Se cumple con el tiempo establecido para el pago de reembolsos que pasan al Comité de Excepciones?		X	Existe demora en la toma de decisión por parte de los funcionarios responsables de autorizar las excepciones.
➤ ¿Son autorizados los reembolsos inmediatos antes de proceder al cálculo y pago de los mismos?		X	En los puntos de atención de las entidades afiliadas, el Auxiliar de Reembolsos, recepta el requerimiento, liquida y paga el reembolso sin previa autorización, lo que ocasiona pagos indebidos
➤ ¿Se realizan la reposición de reembolsos en el 60%?		X	El personal responsable del pago de reembolsos en los puntos de atención de la entidades afiliadas, no cumplen con esta disposición, razón por la que se quedan sin efectivo y ocasionan mal servicio al usuario

Preguntas	Si	No	Comentarios
➤ ¿El afiliado presenta la documentación requerida por la compañía?	X		Cumplen con los requisitos de Ley y los requeridos por la empresa
➤ ¿El personal de Reembolsos recibe capacitación continua para estar al día en los procesos de servicios médicos?		X	El personal nuevo contratado no ha recibido capacitación adecuada con relación al manejo del cálculo de reembolsos.
➤ ¿El personal de Reembolsos es seleccionado en base a conocimientos técnicos y experiencia?		X	Se requiere personal con conocimientos de terminología médica básica o estudios en enfermería
➤ ¿El personal de Reembolsos, verifica que los documentos presentados se encuentren vigentes 60 días después de la prestación del servicio?		X	Lo que ha ocasionado que cuando el reembolso pasa a la instancia del Comité de Excepciones, la documentación respaldo esté caducada
➤ ¿Se verifica que la atención médica fue otorgada por un médico adscrito a Ecuasanitas o de libre elección para aplicar el deducible?	X		Pero la falta de un sistema amigable no permite la acumulación de los deducibles cobrados, lo que ocasiona que muchas veces no se recupere la totalidad del mismo.
➤ ¿Existe un manual de normas y procedimientos en el cual se establezcan las pautas específicas a seguir en las áreas de Reembolsos?	X		Pero se requiere de cambios y modificaciones en los procesos para que éstos sean ágiles, efectivos y productivos.
➤ ¿Existe un seguimiento continuo en los procesos de Reembolsos?		X	El control es parcial, considerando que se requiere delegación de autoridad a mandos medios, contratación auditor médico para puntos de atención en las entidades afiliadas.
➤ ¿Existe un software de Reembolsos que permita que los procesos sean automáticos?		X	Se requiere cambio del módulo de medicina prepagada
¿Esta definida las funciones en reembolsos?		X	Falta organización, no hay jefatura.

Preguntas	Si	No	Comentarios
➤ ¿El personal que labora en Reembolsos tiene conocimiento básico de los contratos de los productos que vende la empresa?		X	El personal nuevo no ha recibido la debida inducción al respecto
➤ ¿La documentación de respaldo Reembolsos se mantienen en un archivo que permita la revisión por parte de los administradores?	X		
➤ ¿El personal de Reembolsos recibe por escrito las condiciones especiales de los contratos VIP?		X	Consta en el sistema pero resumido lo que ocasiona pagos indebidos y mal servicio al usuario
➤ ¿Existe la suficiente infraestructura para el pago de Reembolsos en los diferentes puntos de atención?	X		
➤ ¿Se valida que la receta corresponda al diagnóstico?	X		Si, en las oficinas que existe un Auditor Médico. En los puntos de atención de las entidades afiliadas No.
Totales	10	15	

Nota: Existen 10 respuestas positivas de las cuales 4 tienen observaciones negativas porque existe algo incompleto en el proceso.

De acuerdo al cuestionario, el 60% de las preguntas son negativas, razón por la cual los procedimientos de reembolsos requieren de un rediseño para que el personal tenga una guía de dirección de los pasos que debe cumplir para dar una atención confiable y oportuna. Se requiere del cambio del módulo de reembolsos.

4.7.4.2. Cuestionario de Evaluación del Control Interno en los procesos de Autorizaciones Médicas

Preguntas	Si	No	Comentarios
1. ¿Existe las debidas aprobaciones para realizar las Autorizaciones Médicas?	X		
2. ¿Se comunica a su debido tiempo a los afiliados cuando se niega una Autorización Médica o un Reembolso?	X		Telefónicamente o por escrito
3. ¿El personal operativo está entrenado para llevar a cabo varias tareas?	X		El personal de esta área es antiguo con experiencia
4. ¿Existe un software de autorizaciones médicas que permita un proceso en línea para que el usuario reciba una respuesta ágil y oportuna?		X	Se requiere un cambio del módulo de medicina prepagada, existen procesos y formularios innecesarios que entorpecen los trámites
5. ¿El personal que labora en Autorizaciones Médicas tiene delimitada sus funciones?	X		
6. ¿Las autorizaciones médicas otorgadas a los usuarios se acumulan en el sistema por diagnóstico?		X	Se requiere el cambio del módulo de medicina prepagada
7. ¿El personal de Autorizaciones Médicas recibe por escrito las condiciones especiales de los contratos VIP?		X	Es necesario que la Jefatura de Contratos Corporativos entregue por escrito a las diferentes gerencias las condiciones especiales de los contratos VIP, para evitar la negación de servicios contratados

Preguntas	Si	No	Comentarios
8. ¿Se verifica en el sistema el			

tiempo de carencia antes de autorizar el servicio?	X		
9. ¿Se lleva un control automático de los contratos que están autorizados para recibir servicio hospitalario sin garantía?		X	Se lleva un control manual.
10. ¿Se lleva un control automático de las ODAS preimpresas que se entregan a las entidades afiliadas?		X	Se lleva un control manual.
TOTAL	5	5	

De acuerdo al cuestionario el 50% de las preguntas son negativas, por lo que se determinó que se requiere el cambio de los módulos de medicina prepagada.

4.7.4.3. Comentario

La puntuación obtenida significa que los controles internos que se mantienen en Reembolsos, se encuentran bajo los niveles aceptables, lo que pone en riesgo la calidad de atención a los afiliados; por lo tanto, es necesario realizar ajustes y cambios en los controles pertinentes, con el fin de eliminar las fallas evidentes en forma ágil y oportuna, para lograr el mejoramiento de los procesos del control interno, lo que permitirá un desempeño efectivo de estas áreas, una mayor eficiencia en las operaciones y mejorará el tiempo de respuesta a los afiliados.

Con relación a los procesos de Autorizaciones Médicas el resultado obtenido evidencia la necesidad urgente de cambiar del módulo de medicina prepagada, para optimizar los procesos de forma ágil y oportuna.

4.7.5. Medición del riesgo de control

La medición del Riesgo de Control permite establecer e identificar el nivel del

riesgo de control que puede incidir en el logro de los objetivos generales de la empresa, permitiendo obtener una visión general de las posibles falencias e ineficiencias en los controles existentes al momento de ejecutarlos.

Una vez realizada la evaluación de los procesos de los Controles Internos en Autorizaciones Médicas y Reembolsos, mediante la aplicación de los cuestionarios, se identificó los diferentes riesgos del control interno que a continuación se mencionan:

4.7.5.1. Riesgo Inherente

Es la posibilidad de un error material en una afirmación antes de evaluar el control interno de la empresa.

Los factores que afectan el riesgo inherente se relacionan con la naturaleza del negocio del cliente y su empresa de servicio, el tipo de operaciones que se realiza y el riesgo propio de esas operaciones así como también la naturaleza de sus productos.

Las características siguientes son síntomas del riesgo inherente: rentabilidad, resultados de operación, problemas de permanencia en el mercado y alta rotación.

La empresa no tiene riesgo inherente debido a que ocupa el segundo lugar en el mercado, no tiene limitación de recursos económicos y su crecimiento es paulatino.

4.7.5.2. Riesgo de Control

Es el riesgo de que los procesos del control interno estén incapacitados para detectar o evitar errores significativos en forma oportuna.

La tarea de evaluación del riesgo de control interno para el análisis de nuestro caso, está íntimamente relacionada con el análisis de los procesos, para lo cual se identifican los controles existentes, lo que permite determinar si éstos están diseñados y han sido puestos en operación para funcionar en forma efectiva, mediante la utilización de los procedimientos y técnicas de control como: indagación, inspección y observación. La obtención del riesgo de control se lo determina mediante la siguiente fórmula:

Puntaje óptimo - puntaje obtenido = riesgo de control

$$25 - 10 = 15$$

Riesgo de control en los procesos de Reembolsos= 15

Puntaje óptimo - puntaje obtenido = riesgo de control

$$10 - 5 = 5$$

Riesgo de control en los procesos de Autorizaciones Médicas = 5

Conforme al cálculo efectuado tenemos un riesgo de control del **60%**, porcentaje que fue determinado en base al número de preguntas que se efectuaron, de tal manera que una respuesta negativa resulta ser desfavorable y una respuesta positiva será favorable.

El riesgo de control obtenido, **60%** en el área de Reembolsos, se debe específicamente a que en el proceso de capacitación al personal de reembolsos, no se consideró al nuevo personal, aduciendo la falta de tiempo por el ingreso masivo de afiliados al Plan Elegir, también es importante mencionar que no existen evaluaciones periódicas en las que se pueda determinar si se están logrando los objetivos planteados, generando incertidumbre en la toma de decisiones y en las operaciones de la empresa.

De igual forma la falta de un programa informático de servicios médicos, que facilite en forma ágil y oportuna los procesos, causa pérdida de tiempo y malestar en el personal de Reembolsos, al recibir constantemente los reclamos de los afiliados.

4.7.5.3. Riesgo de Detección

Es la posibilidad de que los procedimientos utilizados por los auditores conduzcan a concluir que no existe un error material cuando de hecho ese error si existe. La determinación del riesgo de detección se limita mediante la realización de pruebas sustantivas.

La determinación del riesgo de detección puede estar relacionado con la ineficacia de un procedimiento de auditoría aplicado; tales como las indagaciones al personal de la empresa, quienes aseguran cumplir con los procesos de los controles internos del área de Autorizaciones Médicas y Reembolsos, cuando en realidad no lo hacen, por falta de conocimiento o herramientas informáticas que faciliten el control.

4.7.5.4. Riesgo de Auditoría

Es el resultado de la combinación de los riesgos inherente, control y detección, que determina si es o no materialmente evidente en la auditoría, a efectos de la opinión que se realice en cuanto a si existirían o no salvedades.

Mientras se reúne evidencia para evaluar el riesgo inherente y el riesgo de control, reúnen evidencia para limitar el riesgo de detección al nivel apropiado. La determinación del riesgo de auditoría permite identificar el error material, así como la evasión de los controles internos del cliente y los procedimientos de los auditores.

El riesgo de auditoría incluye la siguiente fórmula que permite ilustrar las relaciones entre el riesgo inherente, el riesgo de control y el riesgo de detección:

$$RA\% = RI\% \times RC\% \times RD\%$$

4.8. Resultados del cuestionario realizado al personal de Reembolsos y Autorización de Servicios Médicos sobre los procesos del Control Interno.

1. ¿El programa de reembolsos facilita el cálculo automático del deducible de acuerdo a los requerimientos de los usuarios?

El personal de Reembolsos manifiestan que el sistema les permite realizar los cálculos automáticos del cobro del deducible exclusivamente cuando el cobro es por evento o enfermedad; pero cuando las condiciones del contrato estipulan que el deducible es por: familia, usuario, hospitalización o servicio ambulatorio, lo tienen que realizar manualmente, lo que ocasiona errores en el cálculo, que no se registre en el SAM o en el SIAM y por ende en la contabilidad de la empresa.

2. ¿El cálculo de los reembolsos los realiza automáticamente?

El personal de Reembolsos manifiesta que el sistema les permite calcular el pago de reembolsos de medicamentos en el Plan Ecuasanitas, Total, Plan Azul, pero en el Plan Elegir lo deben realizar manualmente, debido a las diferentes condiciones de los contratos.

3. ¿Se cumple con el tiempo establecido para el pago de reembolsos inmediatos?

Si, los que se procesan en los puntos de atención de los centros médicos, entidades afiliadas y matriz.

4. ¿El afiliado presenta la documentación requerida por la compañía?

El personal de Autorizaciones Médicas y Reembolsos informa que el afiliado presenta la documentación de acuerdo a los requerimientos de la empresa. En caso de que la documentación se encuentre incompleta, el personal devuelve inmediatamente al usuario.

5. ¿El personal de Reembolsos recibe capacitación continua para estar al día en los procesos de servicios médicos?

La empresa tiene un plan de capacitación anual para todos los empleados; sin embargo, por la afiliación masiva de los usuarios al Plan Elegir, ésta no se cumplió a cabalidad en el segundo semestre del 2007, por falta de tiempo de los empleados de las áreas de Reembolsos.

6. ¿El personal de Autorizaciones Médicas y Reembolsos es seleccionado en base a conocimientos técnicos y experiencia?

Generalmente la empresa cumple con los procesos de selección; sin embargo en la contratación de personal para el área de reembolsos, no se selección personal con el perfil requerido para el cargo.

7. ¿Existe un seguimiento continuo en los procesos de Reembolsos?

El control es parcial, en los puntos de atención de las entidades afiliadas no existe una auditoría previa a la liquidación y al pago.

8. ¿El personal que labora en Reembolsos conoce el contrato de medicina prepagada de los planes de la empresa?

No, existe desconocimiento del contrato del Plan Elegir, no se ha realizado la suficiente difusión de los contratos de los diferentes productos que vende la empresa, sobre todo al personal nuevo contratado en el 2do. Semestre del 2007.

9. ¿Existe la suficiente infraestructura para el pago de Reembolsos?

Si existen varios puntos de atención en Quito, Guayaquil y provincias.

10. ¿Existe un software de Autorizaciones Médicas y Reembolsos que permita que los procesos sean automáticos?

No, el Jefe de Sistemas manifiesta que la Gerencia General autorizó la contratación del personal técnico en sistemas para el desarrollo de los programas de servicios médicos; se tiene previsto la conclusión del desarrollo e implementación de estos programas para finales del 2008.

11. ¿El personal que labora en Autorizaciones Médicas y Reembolsos tiene delimitada sus funciones?

Existen directivas que señalan las funciones del personal de la empresa en todas las áreas de la organización.

12. ¿Las autorizaciones médicas otorgadas a los usuarios se acumulan en el sistema por diagnóstico?

No, se requiere el cambio del módulo de medicina prepagada.

13. ¿El personal operativo está entrenado para llevar a cabo varias tareas?

No en su totalidad, la política de la empresa es rotar al personal en las diferentes áreas y funciones, para cubrir al personal que toma vacaciones o tiene permiso por enfermedad.

14. ¿El personal de Servicios Médicos verifica que los documentos presentados para la reclamación del reembolsos, se encuentren vigentes 60 días después de la prestación del servicio?

No, esta falta de control ha ocasionado que cuando el reclamo pasa al Comité de Excepciones la documentación respaldo esté caducada.

15. ¿El personal de Autorizaciones Médicas y Reembolsos recibe por escrito las condiciones especiales de los contratos VIP?

Las condiciones especiales constan en los sistemas de la empresa; sin embargo es necesario entregar por escrito a las áreas de servicios médicos, para que validen la información y de esta forma evitar errores en los beneficios que tiene derecho los afiliados.

16. ¿Existe las debidas aprobaciones para realizar las Autorizaciones Médicas y el pago de Reembolsos?

En los reembolsos inmediatos que se realizan en los puntos de atención de las entidades afiliadas no existe una auditoría previa al pago.

17. ¿Existe la suficiente infraestructura para el pago de Reembolsos en los diferentes puntos de atención?

Si, con la finalidad de facilitar el pago de reembolsos y Autorizaciones Médicas existen puntos de atención en los centros médicos de la empresa y en los edificios donde funcionan los contratos VIP como: Politécnica Nacional, Hospital Vozandes, EMAAP, Universidad de Cuenca y Universidad Central.

18. ¿Se comunica a su debido tiempo a los afiliados cuando se niega una Autorización Médica o un Reembolso?

Si, se cumple la política de la empresa de comunicar inmediatamente a los afiliados cuando se niegan las autorizaciones médicas o reembolsos a través del call center o servicio al cliente.

19. ¿La documentación de respaldo de las Autorizaciones Médicas se mantienen en un archivo que permita la revisión por parte de los administradores?

No existe, es necesario mantener un archivo informático de las autorizaciones solicitadas por los usuarios.

20. ¿La documentación de respaldo de los reembolsos se mantienen en un archivo que permita la revisión por parte de los administradores?

Si, la documentación presentada por el usuario se adjunta a los diarios de egresos o a la reposición que se realiza para el efecto.

4.9. Ventajas de la implementación del sistema de control interno en autorización de servicio médico y reembolsos.

- 1) Permitiría que las autorizaciones médicas otorgadas a los afiliados se enmarquen dentro de las estipulaciones contratadas por los clientes.
- 2) Se aprobarían o negarían servicios en base a las condiciones pactadas por las partes, evitando errores en procesos manuales.
- 3) El gasto médico sería controlado a través de los reembolsos pactados conforme a los aranceles vigentes para cada contrato.
- 4) Se obtendría información real, confiable y oportuna de la siniestralidad del contrato con la emisión de reportes de acuerdo a los requerimientos del cliente o de las empresas, sean éstos por ingresos o egresos; por especialidad, por tipo de servicios ambulatorios, hospitalarios, o por prestador médico, así como también acumulados, anuales, mensuales y diarios.
- 5) La información sería estandarizada a nivel nacional en las diferentes agencias, sucursales, Centros Médicos y puntos de atención, evitando pérdida de tiempo y reproceso; ya que el sistema proporcionaría los mismos datos actualizados en todo nivel de consulta que se requiera.

- 6) Evita el incremento de personal, muchas veces no calificado y que repercute tanto en el costo administrativo de la Compañía, como en la satisfacción del cliente, por la disminución de errores.
- 7) Mejoraría la imagen de la Compañía, puesto que los procesos serían más ágiles, oportunos y confiables, ya que el cliente destinaría menos tiempo para sus trámites en los diferentes puntos de atención.
- 8) La implementación de un tarifario técnico permitirá comercializar los productos de la Compañía acorde a las necesidades particulares y específicas de cada cliente, basados en estadísticas y estudios actuariales.
- 9) La Compañía cumpliría el compromiso adquirido con los clientes en la entrega de reembolsos dentro de los plazos estipulados.
- 10) Los deducibles, copagos y gastos no cubiertos quedarían registrados en la contabilidad de la Compañía, evidenciando resultados confiables para la toma de decisiones de la alta gerencia.

4.10.Desventajas de la implementación del sistema de control interno.

- 1) La implementación de una nueva plataforma informática requiere de una alta inversión financiera, lo que reduciría el capital de trabajo.
- 2) En una primera instancia se presentarán inconvenientes logísticos en la atención a los clientes, hasta lograr la capacitación total del personal que manejarían los nuevos sistemas informáticos.

4.11.Evaluación continúa en Autorizaciones de Servicios Médicos y Reembolsos

- 1) Realizar reuniones de trabajo con los responsables de cada proceso para evaluar los resultados de la implementación del control interno.
- 2) Analizar los problemas presentados, a través de una metodología que permita determinar las causas y plantear las acciones correctivas necesarias y las acciones preventivas que cada caso amerite.
- 3) Medir la satisfacción de los clientes en períodos trimestrales a través de encuestas directas en los puntos de atención o en las cuentas corporativas por medio del departamento de Recursos Humanos de cada entidad afiliada.
- 4) Monitorear cumplimiento de plazo de pago de reembolsos.

4.12.Resultados del Rediseño del Sistema de Control Interno.

- 1) Los afiliados recibirían un servicio de calidad, ágil, oportuno y confiable.
- 2) Disminución de reclamos por mal servicio en las autorizaciones de servicio médico y pagos tardíos de reembolsos.
- 3) Disminución de anulación de contratos por insatisfacción del cliente en los temas de reembolsos y autorización de servicios.
- 4) Permitiría un control de la siniestralidad de cada uno de los contratos individuales y corporativos.
- 5) Disminución de reproceso y alcances a liquidaciones mal realizadas.
- 6) Contratación de personal más calificado con destrezas y habilidades en los procesos.
- 7) Disminución del costo médico considerando la siguiente estadística.

4.13. Estadística del comportamiento del costo médico desde el año 2000 al 2007:

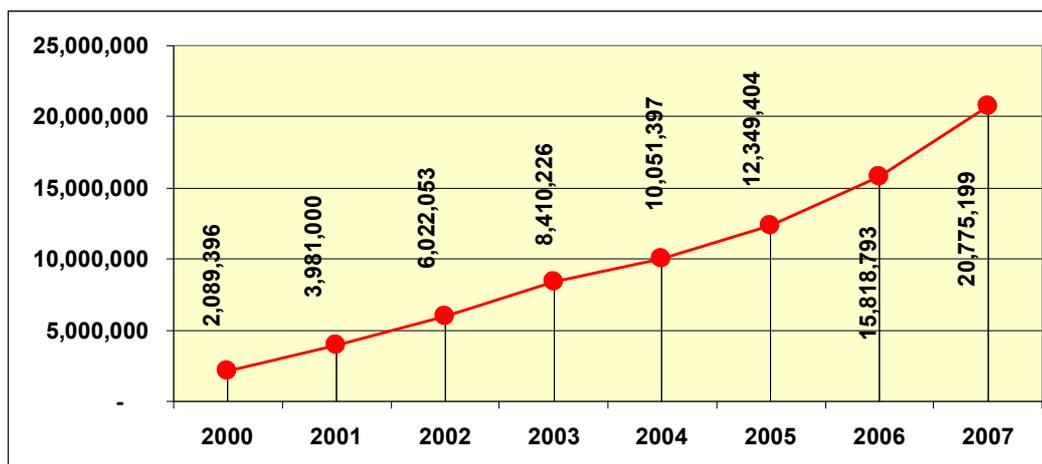
El costo médico global a nivel nacional tiene un crecimiento sostenido acorde al crecimiento del número de usuarios e ingresos; sin embargo se observa que los reembolsos no tienen el mismo comportamiento, ya que existe un incremento inusual con relación a los usuarios afiliados al Plan Elegir.

En el siguiente cuadro se evidencia el crecimiento anual del costo médico global a nivel nacional.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
*Costo médico	2.089	3.981	6.022	8.410	10.051	12.349	15.819	20.775
% variación		90.53	51.27	39.66	19.51	22.86	28.09	31.33%
		%	%	%	%	%	%	

*Cifras en millones de dólares.

Gráfico del Costo Médico desde el año 2000 al 2007

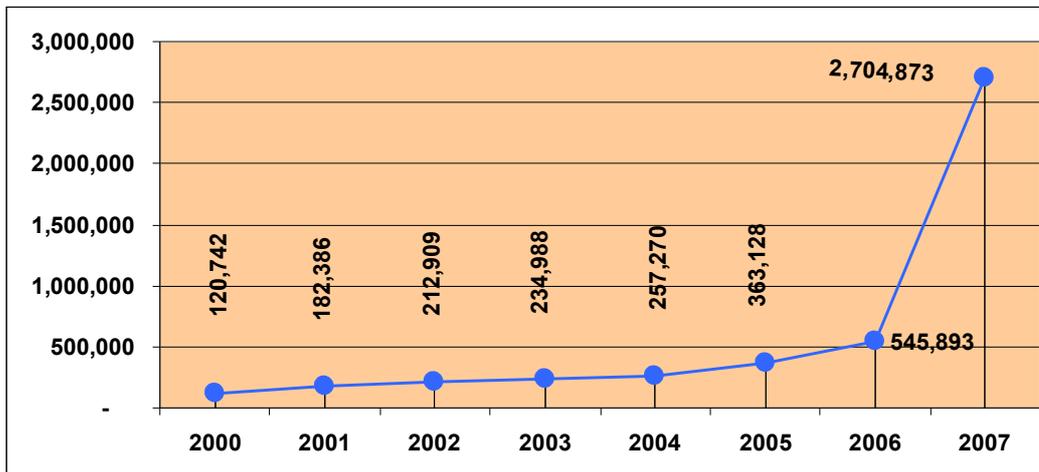


En el siguiente cuadro se refleja el comportamiento del pago de reembolsos anuales desde el 2000 al 2007, se registró un incremento del **43.33%**, una de las razones es la falta de un sistema de control interno en autorizaciones médicas y reembolsos.

Cuadro del incremento del reembolso promedio usuario
Años 2000 al 2007

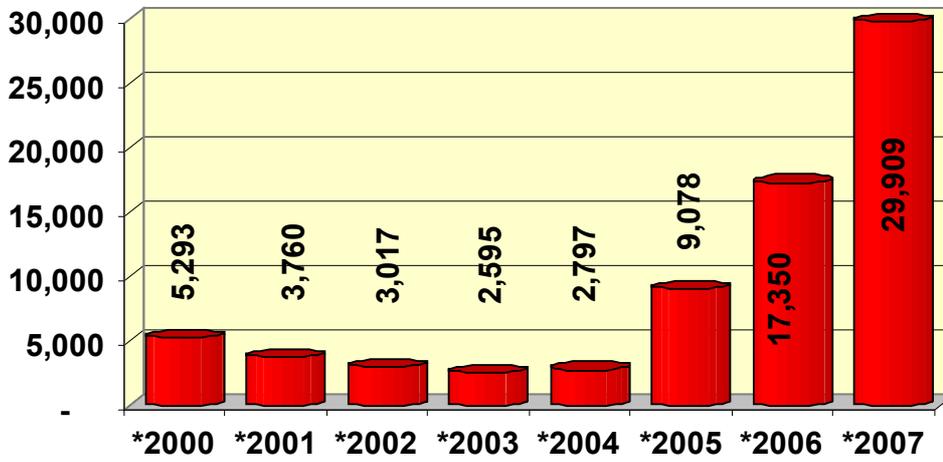
AÑO	PAGO REEMBOLSOS	USUARIOS VIGENTES PLAN AZUL/ELEGIR	REEMBOLSO PROMEDIO	% VARIACIÓN
2000	120,742	5,293	22.81	
2001	182,386	3,760	48.51	112.64%
2002	212,909	3,017	70.57	45.48%
2003	234,988	2,595	90.55	28.32%
2004	257,270	2,797	91.98	1.58%
2005	363,128	9,078	40.00	-56.51%
2006	1,058,716	17,350	61.02	52.55%
2007	2,615,954	29,909	87.46	43.33%

PAGO DE REEMBOLSOS DESDE EL AÑO 2000 AL 2007



Cuadro de Usuarios Vigentes del ex Plan Azul actual Plan Elegir.

ESTADÍSTICA USUARIOS VIGENTES PLAN AZUL/ ELEGIR DESDE EL 2000 AL 2007



CAPÍTULO

5

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUSANITAS S.A.

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUSANITAS S.A.....	117
CAPITULO 5.....	117
5.1.Introducción.....	117
5.2.Reembolsos.....	117
5.2.1. Procesos Generales.....	117
5.2.2.Flujograma de Reembolsos.....	121
5.2.3. Descripción de Actividades Generales de Reembolsos.....	126
5.3. Reembolsos Inmediatos.....	129
5.3.1.Flujograma de Reembolsos Inmediatos.....	129
5.3.2. Descripción de Actividades de Reembolsos Inmediatos.....	131
5.3.3. Control Interno.....	135
5.3.4. Recomendaciones.....	136
5.4.Reembolsos Diferidos.....	138
5.4.1.Flujograma de Reembolsos Diferidos.....	138
5.4.2. Descripción de Actividades de Reembolsos Diferidos.....	140
5.4.3. Control Interno.....	142
5.4.4. Recomendaciones.....	142
5.5.Reembolsos por Accidente de Tránsito, Laboral, Asalto y Motín.....	144
5.5.1.Flujograma.....	144
5.5.2. Descripción de Actividades.....	147
5.5.3. Control Interno.....	148
5.5.4. Recomendaciones.....	148
5.6.Reembolso de Medicamentos.....	148
5.6.1. Descripción de Actividades.....	148
5.6.2. Control Interno.....	149
5.6.3. Recomendaciones.....	150
5.7.Proceso de Reembolsos Adicionales.....	152
5.7.1. Proceso para Coordinación de Beneficios complementarios.....	152
1)Descripción de actividades	152
5.7.2. Control Interno.....	153
5.8.Proceso para Aplicación de Condiciones Especiales.....	153
5.8.1. Descripción de actividades	153

5.8.2. Control Interno.....	153
5.8.3. Recomendaciones.....	153
5.9. Proceso para períodos de incapacidad.....	154
5.9.1. Descripción de actividades	154
5.9.2. Control Interno.....	154
5.10. Proceso para aplicación de deducibles en reembolsos.....	154
5.10.1. Descripción de actividades	154
5.10.2. Tipos de deducible	155
5.10.3. Control Interno.....	156
5.10.4. Recomendaciones.....	156
5.11. Proceso de reembolsos a través de Pronto Sanitas.....	156
5.11.1. Descripción de actividades	157
5.11.2. Control Interno.....	158
5.12. Proceso para Fondo Fijo de Reembolsos Inmediatos.....	159
5.12.1. Flujograma.....	159
5.12.2. Descripción de actividades	160
5.12.3. Control Interno.....	161
5.12.4. Recomendaciones.....	162
5.13. Proceso de Devolución de Valores.....	163
5.13.1. Flujograma.....	163
5.13.2. Descripción de actividades	166
5.13.3. Control Interno.....	168
5.13.4. Recomendaciones.....	168
5.14. Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos.....	169
5.14.1. Flujograma de Servicios Médicos.....	169
5.14.2. Descripción de Actividades.....	174
5.14.3. Control Interno.....	178
5.14.4. Recomendaciones:.....	178
5.15. Proceso para servicios médicos negados.....	178
5.15.1. Descripción de actividades	179
5.15.2. Control Interno.....	181
5.16. Proceso para crédito hospitalario.....	181
5.16.1. Descripción de actividades	181
5.16.2. Control Interno.....	182
5.17. Proceso para transferencia de pacientes.....	183
5.17.1. Descripción de Actividades.....	183
5.17.2. Transferencias definitivas.....	184
5.17.3. Transferencias Temporales.....	185
5.18. Proceso para la emisión de "ODAS" en el Plan Elegir.....	187
5.18.1. Descripción de actividades	187
5.18.2. Tarifario	189
5.18.3. Control Interno.....	190
5.18.4. Recomendaciones.....	191
5.19. Proceso de "ODAS" preimpresas en el Plan Elegir para contratos VIP.....	191
5.19.1. Descripción de actividades.....	191

5.19.2.Control Interno.....	193
5.20.Proceso de Contingencia por falta de energía eléctrica, sistemas o datos no procesados.....	193
5.20.1.Descripción de Actividades.....	194
5.20.2.Control Interno.....	195
5.20.3.Recomendaciones.....	195

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUSANITAS S.A.

5.1. Introducción

Las políticas gerenciales de la empresa Ecuasanitas S.A. son comunicadas al personal a través de Directivas.

La aplicación de reglas, normas y registros se generan a través de procedimientos o flujogramas de procesos e instructivos.

Los usuarios afiliados al plan abierto, que utilizan el servicio médico con diferentes prestadores médicos que no son adscritos a Ecuasanitas S.A., solicitan la restitución de los gastos médicos a través del formulario de Reclamos de Asistencia Médica; este proceso se denomina Reembolsos.

5.2. Reembolsos

5.2.1. Procesos Generales

- 1) **Objetivo.** Autorizar el reembolso de valores por atenciones médicas, para cumplir con las obligaciones de Ecuasanitas para con el afiliado y el cliente de acuerdo al producto, contrato y condiciones especiales.

- 2) **Alcance.** Este procedimiento abarca lo descrito en el proceso de reembolsos; desde la recepción de documentos hasta la entrega de los mismos, con el cálculo de la bonificación correspondiente.

3) Responsabilidades:

- a) **Gerente Médico, Jefe Médico, Jefe de Provincia, Auditor de Servicios Médicos: y Coordinadora de Reembolsos.** Autorizan y revisan el pago de reembolsos.
- b) **Asistentes, Auxiliares de Servicios Médicos, Auxiliares de oficina.** Ejecutan el proceso de reembolsos.
- c) **Auxiliares de Servicios Médicos y Auxiliares de oficina.** Reciben el formulario de reclamación de asistencia médica con los documentos requeridos por la empresa, revisan los datos del usuario.

4) Definiciones.

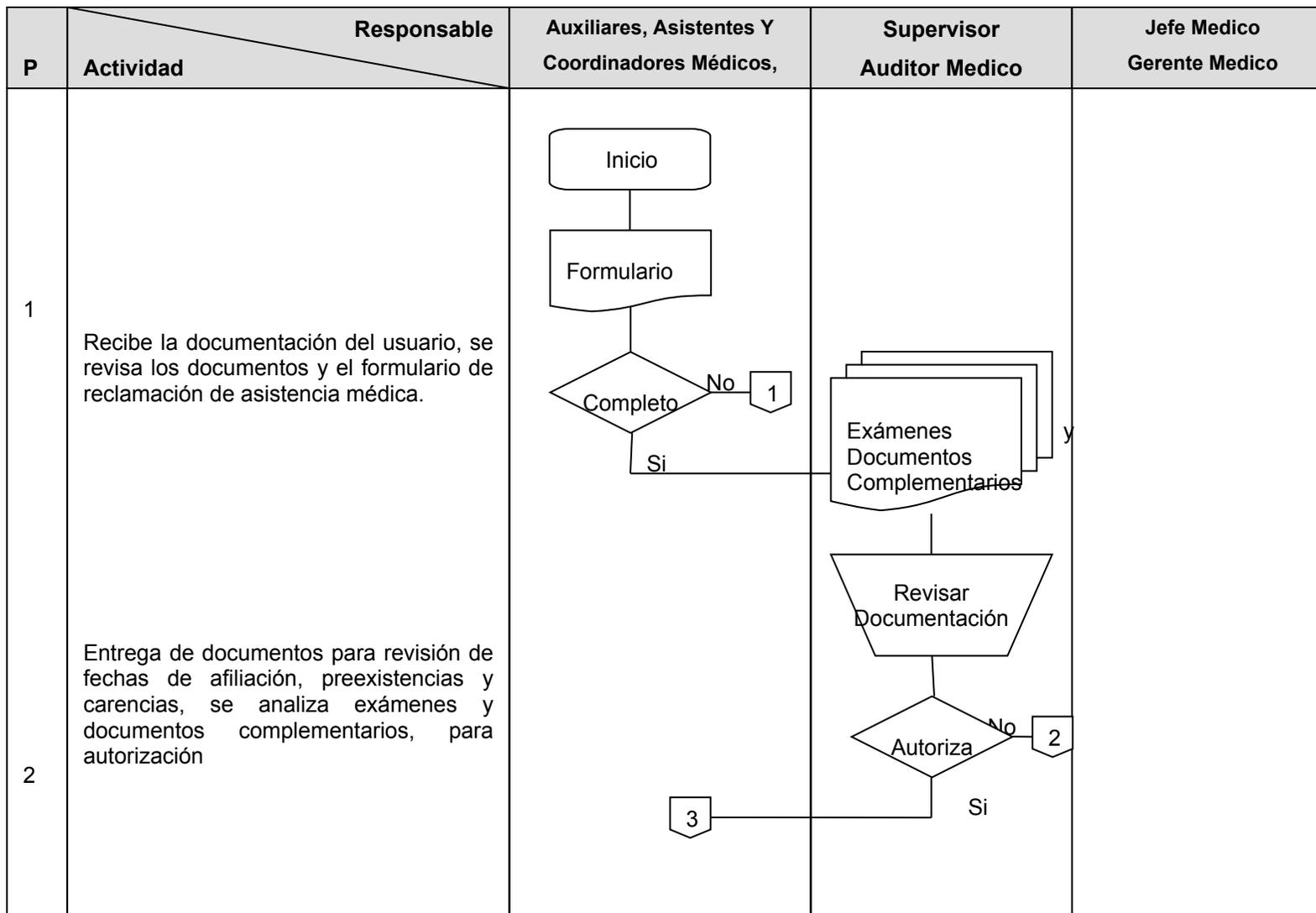
El detalle de la nomenclatura que se utiliza en los procedimientos de Reembolsos y Autorizaciones Médicas es el siguiente:

- a) **Arancel.** Es el valor máximo asignado por la Empresa para cada servicio médico, de acuerdo al plan contratado; se utiliza en Plan Azul y Elegir.
- b) **Alcances de reembolsos.** Es la realización del proceso de reembolsos, por valores complementarios en medicación continua, debidamente justificados.
- c) **Apicrisis.** Es un resumen de la atención del paciente en la hospitalización
- d) **Carencia.** Período en el que el usuario no puede acceder a los servicios médicos, bajo la cobertura del contrato.
- e) **Cheque de asistencia médica:** Especie valorada, constituye el comprobante de pago del servicio médico recibido a través de prestadores médicos adscritos a la Compañía.
- f) **Cobertura.** Es el derecho a recibir beneficios destinados a los gastos por los servicios médicos, de acuerdo a las condiciones contratadas.

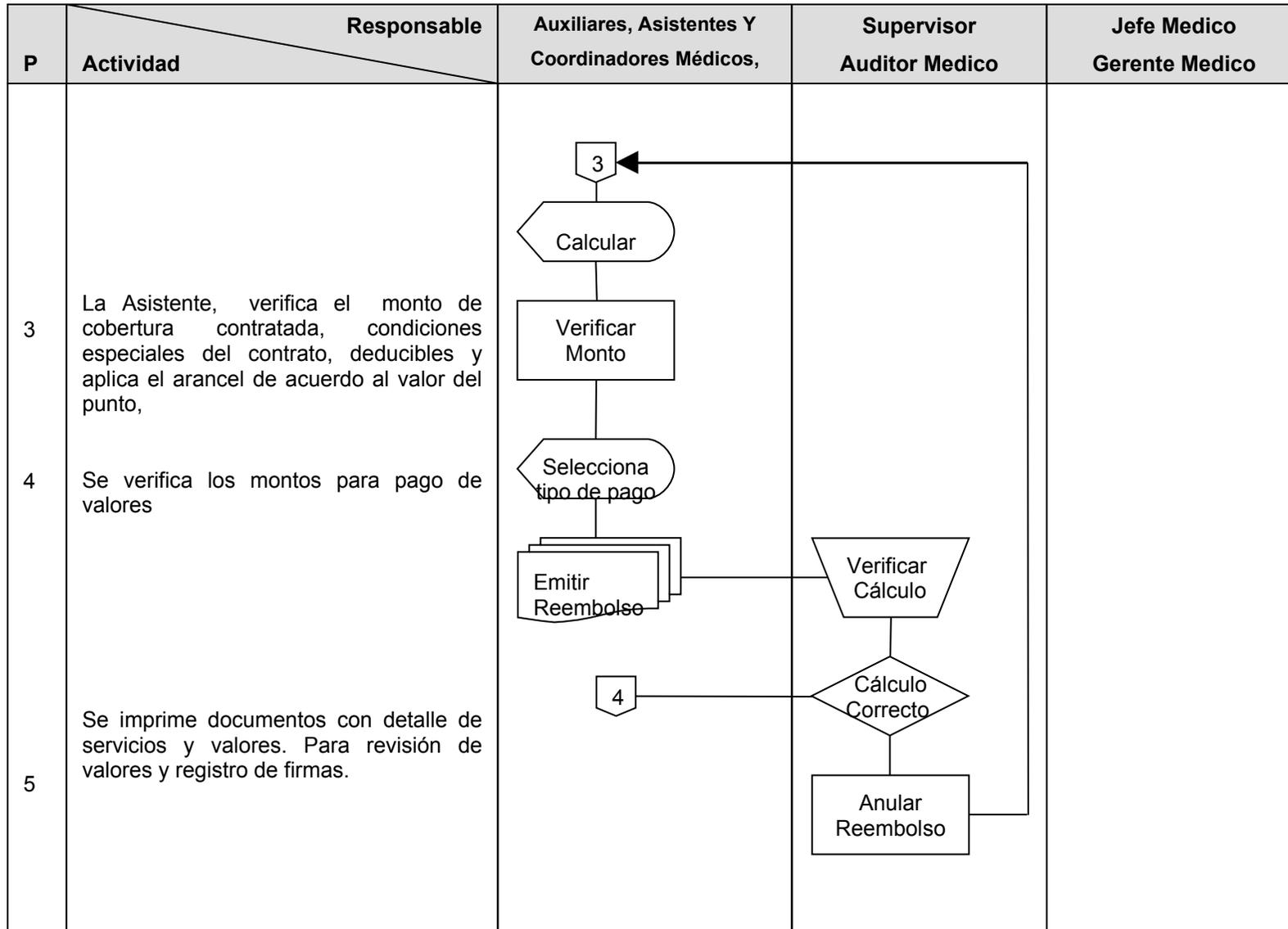
- g) **Copago.** Valor que debe ser cubierto por el afiliado, cuando el arancel máximo no alcanza a cubrir el costo total del servicio médico.
- h) **Coparticipación de beneficios.** Es la devolución compartida de los gastos de servicios médicos otorgados, entre Ecuasanitas S.A. y otras compañías de seguro y/o medicina prepagada.
- i) **Coparticipación de beneficios complementarios.** Es la solicitud de reembolsos que el usuario realiza a Ecuasanitas posterior a un reembolso no cubierto por otra compañía de seguro por un mismo evento.
- j) **Coparticipación de beneficios inicial.** Es la solicitud de reembolso, que el usuario pide a Ecuasanitas como primer beneficio, que será complementado por otras compañías de seguro.
- k) **Deducible.** Es la cantidad que dentro de los gastos médicos cubiertos por la Empresa corren por cuenta del afiliado, el mismo se incluye en el plan abierto y aplica en contratos corporativos.
- l) **Fondo fijo.** Es el valor asignado al empleado responsable de ejecutar el pago de reembolsos inmediatos en efectivo a usuarios.
- m) **Hoja 08** Es la hoja que llenan en la emergencia de una clínica, hospital o centro médico en la cual constan los datos del paciente, cómo ingresó, por qué motivo y bajo qué condiciones
- n) **Medicación continúa.** Plan terapéutico para enfermedades crónicas, que duran más de un mes.
- o) **Monto Bonificado.** Valor que Ecuasanitas S.A. restituye al usuario por los gastos médicos generados.
- p) **Monto No Bonificado.** Valor que asume el afiliado.

- q) **ODA.** Orden de Asistencia Médica emitida para atenciones ambulatorias en el plan abierto, únicamente cuando la atención es con médicos adscritos a Ecuasanitas S.A.
- r) **ODA preimpresa.** Orden de Atención Médica de tipo manual, utilizada en contratos corporativos VIP y en casos de contingencia.
- s) **PAM.** Programa de atención médica, se emite para atenciones hospitalarias, se detalla el monto máximo de cobertura por cirugía o tratamiento médico, estas pueden ser programadas o de emergencia.
- t) **PLAN.** Es la identificación del monto de la cobertura en el sistema denominado “Plan Elegir”.
- u) **Preexistencia.** Enfermedad o condición patológica, conocida o no por el beneficiario, cuyo origen es anterior a la firma del contrato, que no será cubierta por Ecuasanitas S.A.
- v) **Prestación o servicio médico:** Las atenciones ordenadas por un médico en caso de enfermedad y/o accidente que no consten como exclusiones y que están comprendidas en el contrato de Ecuasanitas.
- w) **SAM.** Sistema de Atención Médica
- x) **SIAM.** Sistema Integrado de Asistencia Médica.
- y) **Valor del Punto.** Es el valor asignado a un contrato de acuerdo a las características del mismo, que determina el monto de la cobertura.
- z) **Volante de autorización:** Documento emitido por el sistema con el cual se acredita al usuario afiliado al plan cerrado la realización del servicio médico requerido.

5.2.2. Flujograma de Reembolsos.



Fluioograma de Reembolsos



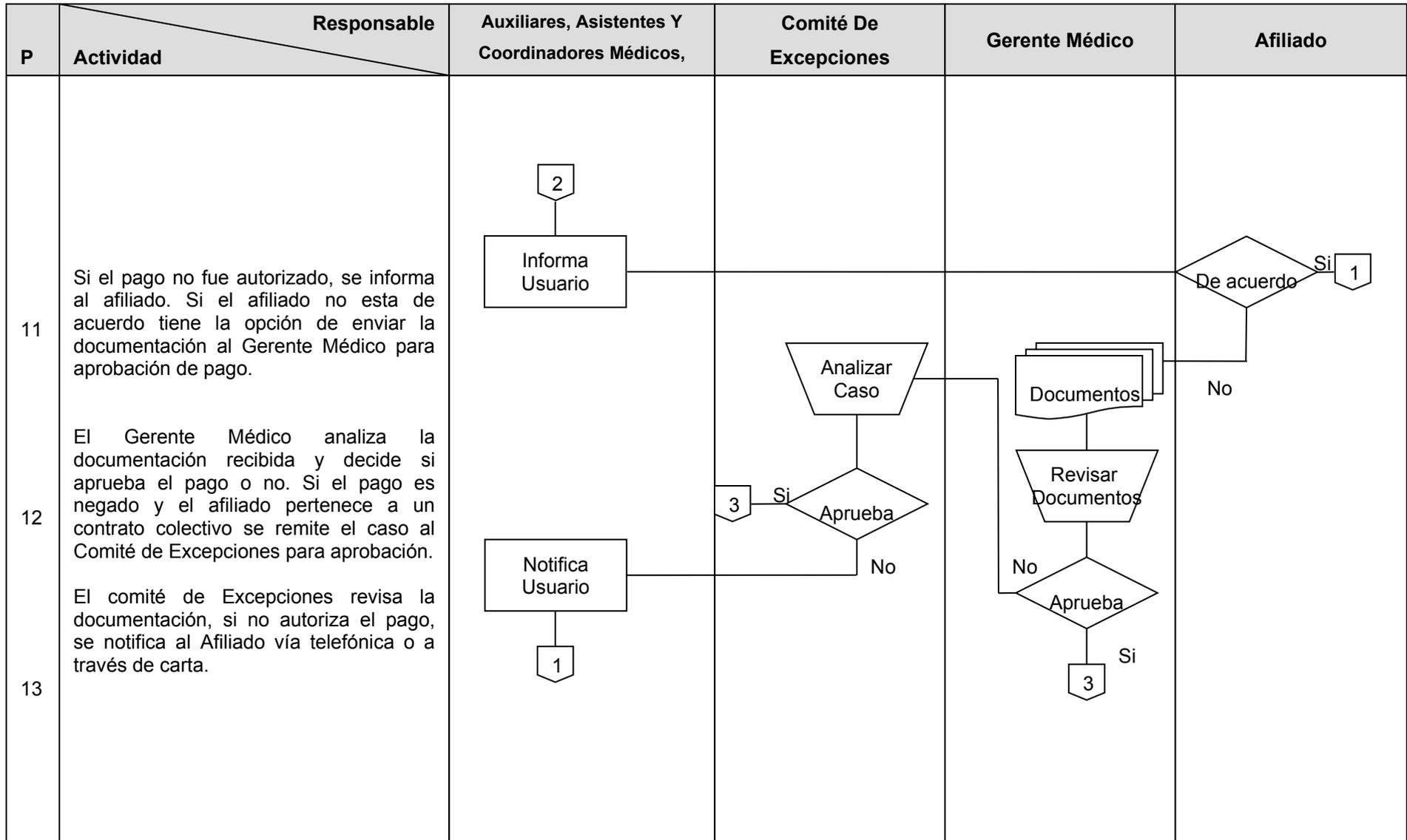
Fluioograma de Reembolsos

P	Responsable	Auxiliares, Asistentes y Coordinadores Médicos,	Supervisor Auditor Medico	Jefe Medico Gerente Medico	Departamento de Contabilidad
6	De acuerdo al monto se clasifica el pago en efectivo, cheque o débito automático.	<pre> graph TD 4{{4}} --> Inmediato{Inmediato} Inmediato -- Si --> Aprobacion[Aprobación de Pago] Inmediato -- No --> Bajar[Bajar Información] Aprobacion --> 1{{1}} Bajar --> Emitir[Emitir Orden Pago] 1 --> Emitir Emitir --> Aprobar[/Aprobar Pago/] Aprobar --> Entrega[Entrega de Documentos] Entrega --> 5{{5}} </pre>			
7	Se solicita firma de aprobación para el reembolso y pago al afiliado.				
8	Si el reembolso es diferido, se debe bajar la información del sistema de reembolsos.				
9	La Coordinadora verifica cálculo de reembolso, aplicación correcta del arancel y valor del punto de acuerdo a condiciones del contrato y autoriza la contabilización				

Fluioograma de Reembolsos

P	Actividad	Responsable	Auxiliares, Asistentes y Coordinadores Médicos,	Auditor Medico	Jefe Medico Gerente Medico	Contabilidad
10	Se realiza notificación telefónica al afiliado para que pueda realizar el cobro de los valores de su reclamo		<pre> graph TD A[Notificación Afiliado] --- B[Fin] C[1] --> B </pre>			

Fluioarama de Reembolsos



5.2.3. Descripción de Actividades Generales de Reembolsos

1) Descripciones generales de los documentos y requisitos que el usuario debe presentar, para que tenga derecho a la reclamación de asistencia médica en los diferentes tipos de reembolsos

El usuario debe presentar su requerimiento al personal de servicios médicos, el cual debe solicitar los siguientes documentos, para proceder a informarle si es posible o no cumplir con su petición:

- Tarjeta de afiliación vigente.
- Formulario de reclamación de asistencia médica (forma 001) con la firma del titular del contrato, diagnóstico específico con firma y sello del médico tratante.
- Facturas originales de honorarios, medicinas, exámenes de diagnóstico, que cumplan con requisitos exigidos por el Servicio de Rentas Internas “SRI”.
- Pedidos de exámenes, terapias, hospitalización o procedimientos, resultados de exámenes.
- La especialidad del médico tratante debe ser afín con la dolencia del usuario.
- Copia de historia clínica y epicrisis en caso de hospitalización.
- Copia de Hoja 08 cuando es atención en emergencia o si el caso lo amerita.

2) Verificar datos del usuario en el sistema informático

a) Digitar número de contrato en el sistema informático y verificar:

- Estado del contrato, el nombre del usuario que realiza el reclamo debe corresponder al registrado en el sistema.
- Tiempo de afiliación del usuario.
- Tipo de plan, monto de cobertura y valor de punto.

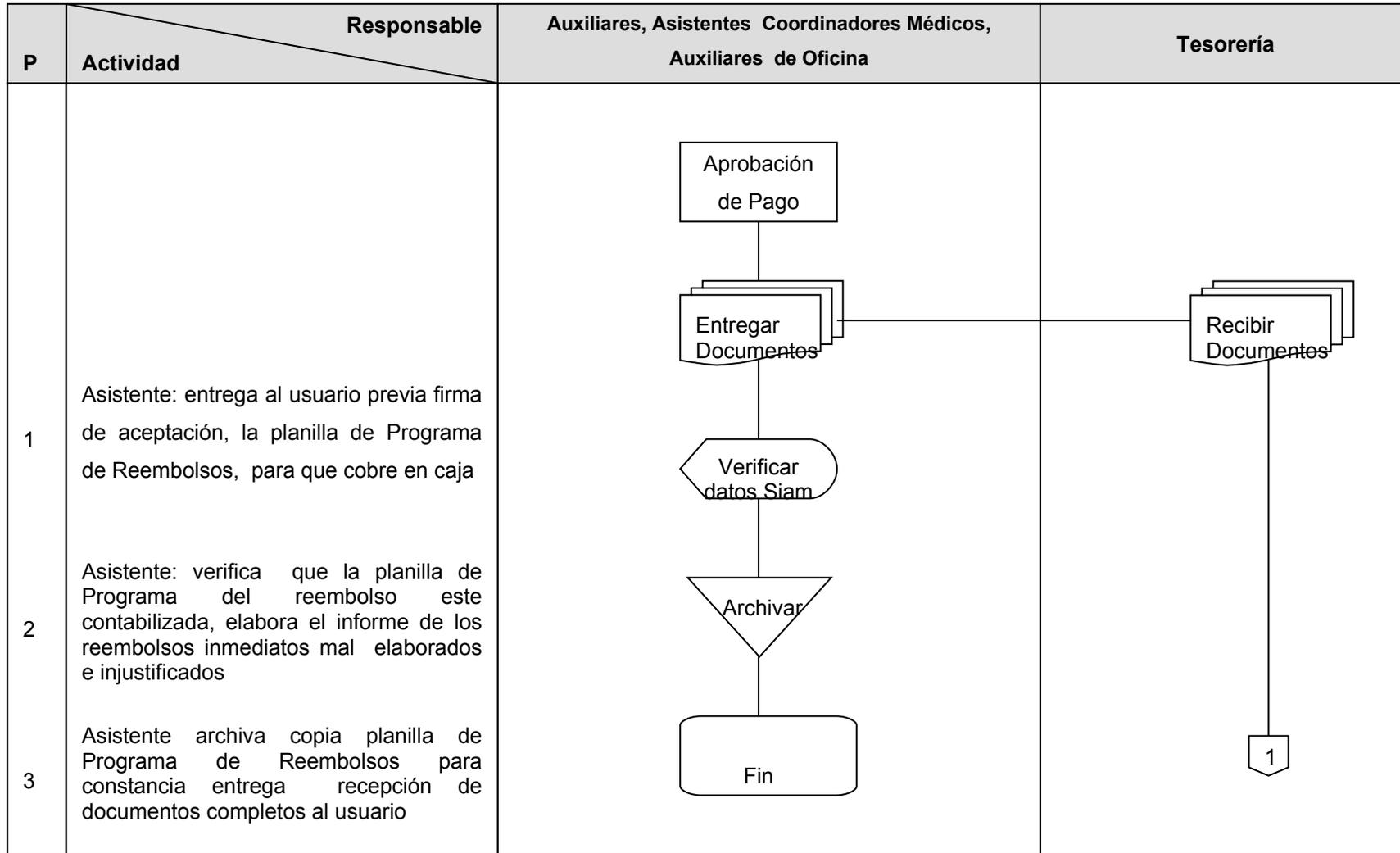
- Preexistencias.
 - Condiciones especiales.
 - Deducibles
- 3) Plazo establecido para el pago de reembolsos
- a) Tiempo de presentación. El usuario debe presentar la reclamación de reembolsos por servicios médicos recibidos, en un período máximo de sesenta días o de acuerdo a las condiciones especiales del contrato.
- 4) Personal autorizado. Las firmas para revisión y aprobación, deben estar autorizadas por la Gerencia Médica y registradas en Tesorería, en Quito y Guayaquil.
- Los empleados y funcionarios responsables de ejecutar, aprobar y autorizar los reembolsos son:
- a) Gerente Médico, Auditor Médico, Jefe Médico, Jefe de Provincia, Coordinador de Reembolsos: analizan y autorizan el pago del reembolso a través del formulario de reclamación de servicio.
- b) Las Asistentes de reembolsos calculan la liquidación del reembolso, debidamente autorizada.
- c) Las Auxiliar de reembolsos: reciben, revisan, liquidan, archivan y entregan la documentación a las diferentes instancias.
- 5) Información del sistema informático El sistema debe contener la información del contrato, datos de los usuarios, condiciones especiales, además de la codificación de la siguiente información para estandarizar la información.
- Fecha del formulario de reclamación de asistencia médica.
 - Número de contrato, familia y usuario

- Código de diagnóstico
- Código de servicio médico
- Código de accidente de tránsito
- Código de identificación del prestador médico
- Código contable
- Centro de costos

Una base de datos actualizada, permite tener un buen almacenamiento, rápido, ágil, confiable y oportuno.

5.3. Reembolsos Inmediatos

5.3.1. Flujograma de Reembolsos Inmediatos



Reembolsos Inmediatos Flujograma de Reembolsos Inmediatos

P	Actividad	Responsable
4	Cajero: ingresa número de contrato y recepta firma de conformidad y paga al usuario	Tesorería
5	Cajero: realizar cuadre de caja y cuando los valores cancelados están en el 60% del fondo fijo, emite listado de reposición del fondo fijo, emitir listado de planillas contabilizadas y pagadas y emitir informe de planillas no cobradas	Tesorería
6	Cajero: envía planilla de reposición de fondos con todos los documentos originales a Supervisión de Cajeros para solicitar reposición del fondo fijo, previo proceso de revisión, recibe la reposición solicitada	Tesorería



5.3.2. Descripción de Actividades de Reembolsos Inmediatos.

- 1) **Objetivo.** Autorizar el reembolso de valores por atención y trámites médicos, cuyo requerimiento sea menor a los doscientos dólares.
- 2) **Alcance.** Este procedimiento abarca desde la recepción de documentos hasta el pago en efectivo al usuario.
- 3) **Plazo.** El trámite se realiza en un lapso máximo de 2 horas, cubriendo la tabla de valores vigentes autorizados en cada uno de los productos.
 - a) En provincias para emitir la aprobación del reembolso se establece un lapso de 24 a 72 horas laborables, de acuerdo a la complejidad del caso,
 - b) Para agilizar el trámite de reembolsos inmediatos, se establece un máximo de tres solicitudes de reembolsos por persona, aquellos usuarios que tienen un número mayor deberán tramitarlo a través del buzón de Pronto Sanitas
- 4) **Cupos de aprobación.** La Gerencia General, a través de Directivas autoriza cupos de pagos en efectivo al personal responsable del proceso.
 - a) La Supervisora de cajeros o quién haga sus veces es responsable del control y arqueos de los fondos fijos al personal que maneja los valores para pago de reembolso inmediato.
 - b) Montos aprobados de acuerdo al producto:
 - “Plan Total”, con cobertura de medicamentos ambulatorios. desde un centavo de dólar, hasta cien dólares
 - “Plan Elegir”, desde un centavo de dólar hasta doscientos dólares
 - En provincias, desde un centavo de dólar hasta cincuenta dólares.

- En la ciudad de Cuenca, mientras se encuentre vigente el contrato de la Universidad de Cuenca, el valor a pagar en reembolsos inmediatos es desde un centavo de dólar hasta quinientos dólares.

Cuadro de montos aprobados para pago de reembolsos inmediatos en las diferentes oficinas y puntos de atención de Quito, Guayaquil y provincias.

Oficinas	Dólares	Reembolsos
Quito: matriz, centro médico	100,00	En efectivo a usuarios
Carolina y puntos de atención en entidades afiliadas	100,00	Cobertura de medicamentos
	200,00	Plan Elegir
Guayaquil: matriz	100,00	En efectivo a usuarios
	100,00	Cobertura de medicamentos
	200,00	Plan Elegir
Cuenca	500,00	En efectivo a usuarios
Ibarra	50,00	En efectivo a usuarios
Ambato	50,00	En efectivo a usuarios
Santo Domingo	50,00	En efectivo a usuarios
Esmeraldas	50,00	En efectivo a usuarios
Manta	50,00	En efectivo a usuarios
Portoviejo	50,00	En efectivo a usuarios

5) Descripción de procesos. Procesos previos para la liquidación del reembolso

a) El Auxiliar de Reembolsos. Previa revisión de la documentación física que debe entregar el usuario para ingresar en el sistema debe:

- Ingresar el número de cédula y clave del empleado para iniciar el proceso.
- Digitar el número del contrato y verificar su estado.
- Ingresar el número del formulario de Reclamos de Asistencia Médica para realizar seguimiento del trámite en las diferentes instancias.
- Debe ingresar en el sistema el nombre o código del prestador que brindó la atención médica.
- Fecha de consulta.

- Ingresa en el sistema la información del reclamo.
- b) **El Auditor Médico.** Debe digitar el número de contrato y el número del formulario de Reclamos de Asistencia Médica, para que le despliegue en la pantalla los datos y requerimientos del usuario y datos de identificación del prestador.
- Ingresar el número de cédula y clave del funcionario que autoriza el reembolso.
 - Debe verificar el estado del contrato.
 - Debe verificar condiciones especiales del contrato.
 - Debe verificar si el usuario tiene preexistencias.
 - Debe analizar los diagnósticos médicos, patologías, medicinas y otros servicios médicos.
 - Debe ingresar en el sistema los códigos del diagnóstico, servicios médicos y medicinas autorizadas.

6) Liquidación del reembolso. El personal responsable debe digitar el número del contrato y el número del formulario de Reclamos de Asistencia Médica, para que le despliegue en la pantalla los datos y requerimientos del usuario, datos de identificación del prestador y la aprobación de servicios médicos.

Para realizar el cálculo de aranceles de los reembolsos aprobados por Auditoría Médica, el personal responsable del proceso ingresa al “SAM”, con los siguientes datos:

- Número de cédula y clave del empleado que realiza el reembolso.
- Para realizar el cálculo debe verificar en el sistema uno por uno el código del examen o procedimiento aprobado.
- De acuerdo a las condiciones especiales del contrato, debe digitar el monto que tiene derecho el usuario.
- Seleccionar tipo de reembolso: inmediato o diferido.

- Marcar en el campo forma de pago: el pago se debe acreditar a la cuenta bancaria personal del afiliado, en forma inmediata o cheque.
- Imprimir la planilla del Programa de Reembolsos de servicios en original y dos copias.
- Registrar las firmas de las personas responsables de la elaboración, revisión, aprobación y recepción en la planilla del Programa de Reembolsos de servicios.

7) Pagos al usuario. Se debe solicitar al usuario la firma de aceptación y conformidad en la planilla del Programa de Reembolsos de Servicios y se le debe entregar el original y la primera copia de la planilla, con los documentos originales de respaldo, para que cobre en efectivo en caja.

8) Validación de la información. El personal responsable del proceso, emite un listado de los reembolsos liquidados y verifica con el listado de reembolsos pagados, para determinar las planillas que los usuarios no cobraron en caja.

- a) En casos de reembolsos inmediatos con valor cero dólares, se devolverá la documentación al usuario, notificándole verbalmente el resultado.
- b) El personal responsable del proceso debe verificar en el sistema las planillas contabilizadas y eliminar las anuladas.
- c) El personal responsable del proceso debe verificar que las planillas con valor cero estén registradas en la contabilidad.
- d) El personal responsable del proceso debe imprimir el listado de planillas anuladas, para emitir el informe de los reembolsos inmediatos mal elaborados e injustificados.

e) El informe de los reembolsos inmediatos mal elaborados e injustificados debe entregar a la Coordinadora de Reembolsos para evaluar los indicadores de gestión.

9) **Archivo** El personal responsable del proceso debe archivar la segunda copia de la planilla del Programa de Reembolsos de Servicios firmada por el usuario, para constancia de la entrega de la documentación.

Formulario

➤ Formulario de reclamos de asistencia médica

Formato

➤ Programa de Atención Médica

Registros

➤ Reporte de transacciones de reembolsos inmediatos pagados.

5.3.3. Control Interno

En el proceso de Reembolsos Inmediatos se verificó que en los puntos de atención de las entidades afiliadas a Ecuasanitas S.A. las siguientes desviaciones:

1) La Auxiliar de Reembolsos asignada al punto de atención: Recibe la documentación, revisa, autoriza, liquida y paga el reclamo al usuario; lo que significa que es juez y parte, además que no tiene la suficiente experiencia en estos procesos.

- 2) Se evidenció pagos en exceso, debido a que no se aplica el arancel y valor del punto de acuerdo al monto contratado.
- 3) Los Programas de Atención Médica realizados en el “SAM” no se registraron individualmente en la contabilidad, ocasionando diferencias en los reportes de siniestralidad.

5.3.4. Recomendaciones

- 1) Se recomienda asignar a estos puntos de atención, personal con experiencia y conocimiento médico, para que analice el diagnóstico y autorice la liquidación y el pago de reembolso.
- 2) La liquidación de reembolsos debe ser automática; para lo cual se requiere que en el sistema se ingrese las condiciones especiales del contrato, arancel y el valor del punto por cada uno de los servicios médicos.
- 3) Cuando realizan la reposición del fondo, en la contabilidad se debe registrar individualmente cada uno de los Programas de Atención Médica y no en grupo.
- 4) Se deben contabilizar los reembolsos de valor cero, para que se registre el servicio médico en la siniestralidad del contrato.

Formato "Programa de Atención Médica"



REEMBOLSO DE ATENCION MEDICA N°. 0063755

PROGRAMA DE ATENCION MEDICA

Fecha de Emisión: Diciembre, 4 del 2007
Sucursal: Quito

Reembolso No: 00000000281861
Oficina: Rabida 273 y Pinta

CONTRATO: No 241302			
Contratante: ESCUELA POLITECNICA NACIONAL	Ci: 1760005620001	Sucursal: 01	
Fecha Último Pago: 2007-9-1	Estado: A	Tipo Cont: C	Saldo cob. ENF: 608.09 Embarazo a término: Cesarea
Producto: Plan Elegir	Plan: 388	Valor Punto: 3.1	Saldo ded. ANU: 0.0

AFILIADO: Familia No 397 Usuario No 3	
Titular: TRUJILLO CORDOVA LUIS CRISTOBAL	Ci: 0001702779081
Afiliado: TRUJILLO REGALADO DIANA LUCIA	Ci: 0001715437065
Fecha Afiliación: 2006-7-1	Estado: A Edad: 20

DATOS MEDICOS	
Institución: CLINICA LA PRIMAVERA	
Profesional: Dr(a). MEDICO INSTITUCIONAL ECUASANTAS	
Especialidad: MEDICINA GENERAL	Fecha Consulta: 2007-11-30
Fecha Hospitalización: 2007-11-30	Número de Días: 3

DIAGNOSTICOS			
Código	Diagnostico	Tiempo Evol.	Acum.
6340	Embarazo a término: Cesarea	0	No

Prestación	Origen gasto	valor factura	Cant	Valor punto	tarifa del servicio	Valor arancel	Bonific	copago	Val. adic.	Total Bonif
9020103 CESAREA - P.E.	PLAN	1148	1	544.0	0.0	1148.0	1148.0	0.0	0	1148.0
A0021 HEMATOCRITO/HEMOGLOBINA - P.E.	PLAN	12.00	2	0.46	1.9	2.85	2.85	9.15	0	2.85
B0010 GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH - P.E.	PLAN	6	1	1.15	0.96	3.56	3.56	2.44	0	3.56
B0020 COOMBES DIRECTO - P.E.	PLAN	6	1	1.38	0.96	4.28	4.28	1.72	0	4.28
J0020 GLUCOSA BASAL - P.E.	PLAN	6	1	1.04	1.79	3.22	3.22	2.78	0	3.22

Valor Bonificado Para Calculo	1161.91	Valor No Bonificado Para Calculo	0.0
Arancel	1161.91		
Gasto Real	1176.0		
Adicionales	0.0		
Deducible	30.0		
Copago	0.0		
Copago para 3ros	16.09		
Costo Administrativo	0.0		
(Total a Reembolsar) Monto Bonificado	1131.91		

Volanteo:

Observaciones: A PAGAR USUARIO \$30 DEDUCIBLE + \$16.09 COPAGO HOSPITAL = TOTAL A CANCELAR \$46.09 .

Realizado por:

Revisado Por:

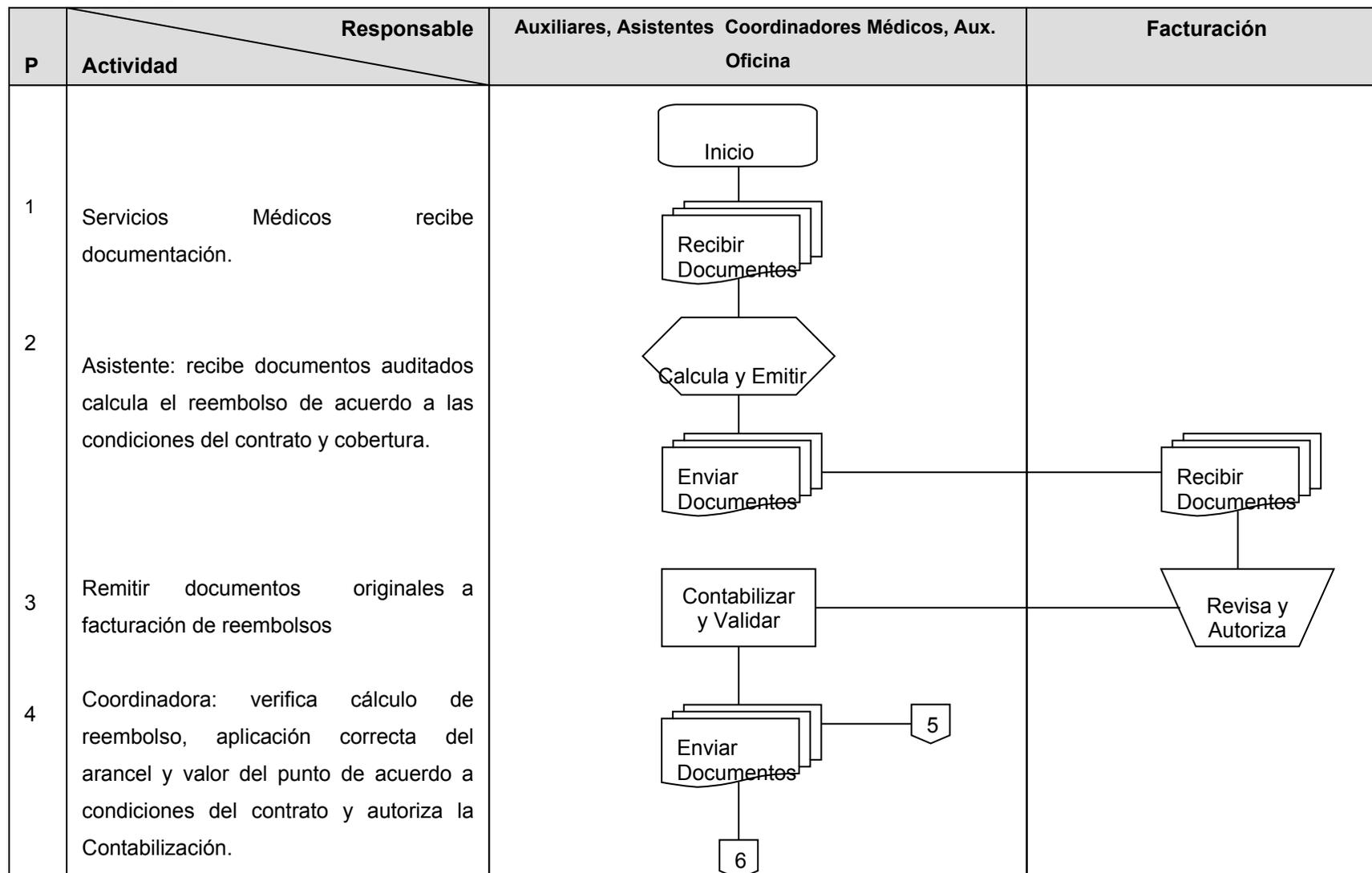
Aprobado Por:

Recibi Conforme:

RAUL ANDRES TAMAYO CH.

5.4. Reembolsos Diferidos

5.4.1. Flujoograma de Reembolsos Diferidos



Reembolsos Diferidos Flujograma de Reembolsos Diferidos

P	Responsable	Facturación	Contabilidad	Tesorería
6	Actividad			
7	Archivar copia planilla médica con documentos de respaldo originales			
8	En contabilidad se verifica la contabilización automática de planillas y centro de costos.			
8	Contabilidad entrega los documentos a Tesorería para la emisión de cheque			

5.4.2. Descripción de Actividades de Reembolsos Diferidos

- 1) **Objetivo.** Autorizar el reembolso de valores por atención y trámites médicos cuyo requerimiento es mayor a los doscientos dólares.
- 2) **Alcance.** Este procedimiento abarca, desde la recepción de documentos, hasta el pago en cheque o débito automático al usuario.
- 3) **Plazo.** El trámite se realiza en un lapso máximo de 5 días laborables.
 - a) Los reembolsos de contratos VIP tramitados a través del broker deben ser ejecutados inmediatamente.
- 4) **Descripción de Actividades.** Los reembolsos diferidos de Quito y provincias se entregan al Gerente Médico o Coordinadora de reembolsos, con la guía de envío de reembolsos diferidos, para la aprobación del cálculo y monto bonificado.

En Guayaquil se remitirá al Coordinador, Supervisor o Jefe Médico. En provincias, el responsable es el Jefe de oficina, quien debe enviar el informe al Supervisor de Servicios Médicos para su verificación

- a) Los reembolsos diferidos de valor cero, se tramitan como un reembolso normal, comunicando al Departamento de Contratos Corporativos mediante e-mail y se archiva una copia del reembolso como registro.
- b) Se entrega al usuario el desprendible del formulario de reclamación de asistencia médica como soporte para su cobro; este desprendible debe estar firmado por la persona responsable de la recepción del reembolso y debe constar la fecha de entrega y recepción con la firma y sello de la persona que recibe.

- c) En el caso de reembolsos de broker, la Coordinadora de Contratos VIP recibe el formulario de reclamación de asistencia médica con los respectivos documentos de soporte y previa revisión, entrega al Auxiliar de Reembolsos para su ejecución.
- d) Existen contratos con condiciones especiales que requieren que todos sus reclamos sean tramitados como diferidos, independientemente del valor al que asciendan.
- e) El Auxiliar de Reembolsos debe emitir el informe de reembolsos realizados del día anterior del "SAM", para cruzar la información con el reporte de reembolsos por oficina del SIAM y realizar la eliminación de los reembolsos no contabilizados.
- f) El responsable de verificar lo señalado en el numeral anterior, debe presentar el informe de las novedades encontradas y la eliminación de transacciones a la Coordinadora de Reembolsos para su verificación.
- g) Los reembolsos diferidos de valor cero, se tramitan como un reembolso normal, comunicando al Departamento de Contratos Corporativos mediante e-mail y se archiva una copia del reembolso como registro.
- h) El Auxiliar de Reembolsos, debe emitir el listado de reembolsos ejecutados y contabilizados y cruzar con el listado de reembolsos pagados.
- i) Los reembolsos de Quito y provincias ejecutados se contabilizan en el SIAM por el Auxiliar de Reembolsos y envía al Departamento de Contabilidad para el registro contable, quienes a su vez remiten a Tesorería para elaboración del cheque.
- j) El Auxiliar de Tesorería es el responsable de la entrega de los cheques a los beneficiarios y ejecutivos de los contratos VIP.

- k) El Auxiliar de Tesorería debe entregar al Auxiliar de Reembolsos un listado diario de cheques pagados, para que cruce la información y determine los reembolsos pendientes de pago.

5) Registros:

- Listado de cuentas a contabilizar de reembolsos diferidos.
- Planillas médicas “SIAM” de reembolsos diferidos.
- Programa de reembolso de servicios “SAM”.
- Reporte de reembolsos por oficina “SIAM”.
- Reporte de reembolsos “SAM”.

5.4.3. Control Interno

En el proceso de Reembolsos Diferidos se verificó las siguientes desviaciones:

- 1) No se cumple con el tiempo de pagos estipulados en el contrato.

Fecha Recepción	Fecha Envío Matriz	Ingreso Sistema	Ingreso Facturación	Ingreso Contabilidad	Ingreso Tesorería	Entrega usuario	No. Días
17/01/08	18/01/08	29/01/08	06/02/08	07/02/08	07/02/08	08/02/08	23
16/01/08	17/01/08	28/01/08	31/01/08	06/02/08	06/02/08	06/02/08	22
16/01/08	16/01/08	17/01/08	24/01/08	25/01/08	25/01/08	30/01/08	15

- 2) No se contabilizan los reembolsos con valor cero.

5.4.4. Recomendaciones

- 1) Se recomienda al inicio del contrato convenir con los usuarios un plazo mayor a 5 días laborables.

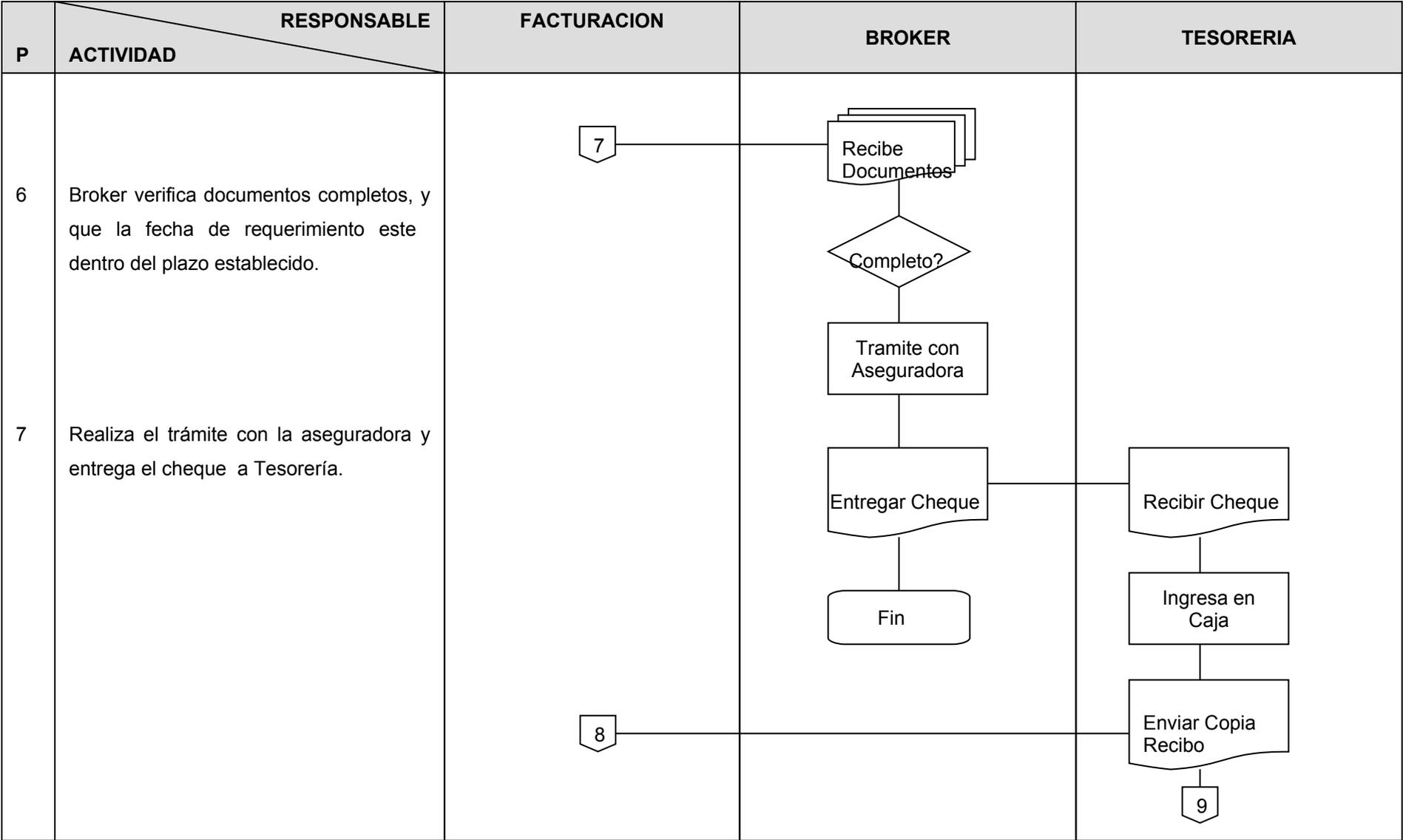
- a) El personal que presta servicios en los puntos de atención de las entidades afiliadas a la empresa, debe llevar un registro de la fecha recepción del formulario de Reclamos de Asistencia Médica, fecha que envía los documentos a la matriz y la fecha en la cual recibe los cheques de los beneficiarios.
- 2) El personal de facturación debe contabilizar todas las planillas médicas; en este caso, la aplicación del deducible al reclamo dio como resultado un valor cero a pagarse, eso no significa que no debe registrarse en la contabilidad el gasto médico y el cobro del deducible de cada contrato.
- a) La falta del registro de las planillas con valor cero afecta directamente al registro de la siniestralidad del contrato.
 - b) Por la falta del registro del deducible no se puede determinar con exactitud los cobrados por este concepto.

5.5. Reembolsos por Accidente de Tránsito, Laboral, Asalto y Motín.

5.5.1. Flujograma

P	Actividad	Responsable Auxiliares, Asistentes Y Coordinadores Médicos, Auxiliar de Oficina	Facturación
1	Auxiliar recibe y revisa documentos, y datos del usuario.		
2	Calcula el reembolso de acuerdo a las condiciones del contrato y cobertura.		
3	Documentos completos pasa a Contralor de facturación.		
4	Contralor analiza y válida información del accidente y solicita exámenes y documentos complementarios.		

Reembolsos por Accidente de Tránsito, Laboral, Asalto y Motín. Flujograma



Reembolsos por Accidente de Tránsito, Laboral, Asalto y Motín. Flujograma

P	Actividad	Responsable	Facturación
		Tesorería	
9	<p>Auxiliar facturación cruza información y por la prima emite planilla médica para registrar el gasto en la empresa.</p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>8</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"> Recibir Recibo Copia </div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"> Determinar diferencia y Elabora Planilla </div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80px;"> Fin </div> </div> </div>
		<div style="text-align: center;"> <p>9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80px;"> Fin </div> </div>	

5.5.2. Descripción de Actividades

- 1) **Objetivo.** Recuperar el valor de los gastos médicos generados por la cobertura contratada por el usuario.
- 2) **Alcance.** Abarca el proceso de reembolso de valores, que el usuario solicita y que Ecuasanitas tramita a través del broker con la aseguradora.
- 3) **Documentos.** Adicional a los documentos requeridos para todo tipo de reembolso, se debe solicitar:
 - Parte policial o denuncia.
 - Copia de hoja 08.
 - Resultado de alcoholemia
- 4) **Descripción del proceso.** El personal de servicios médicos debe sacar copias de todos los documentos de respaldo, copia de la solicitud de afiliación en la que conste la cobertura de accidentes de tránsito, laboral, asalto y motín y entregar al Contralor de Facturación Médica, para que inicie la recuperación de valores a través del broker de la empresa.
- 5) El Contralor de Facturación Médica analiza, evalúa los documentos que respaldan los gastos médicos y envía al broker, para que realice los trámites pertinentes para recuperar estos valores de la compañía aseguradora.
- 6) El Contralor de Facturación Médica es responsable de cuadrar los valores enviados y recibidos por el broker y la diferencia por concepto de deducibles, así como también la planilla médica para registrar el gasto médico.

5.5.3. Control Interno

En el proceso de Reembolsos de Accidente de Tránsito, Laboral, Asalto y Motín, se verificó las siguientes desviaciones:

- 1) La recuperación de los siniestros de la cobertura de accidentes de tránsito, laboral, asalto y motín no se registra por centros médicos, ocasionando que los deducibles solo se carguen en Quito.
- 2) No existen archivos en Facturación Médica, de la documentación que respalda los reclamos a la compañía aseguradora, a través del broker de la empresa.

5.5.4. Recomendaciones

- 1) El ingreso por recuperación de los siniestros de la cobertura de accidentes de tránsito, laboral, asalto y motín se debe registrar en la contabilidad por centros de costos, para lo cual es necesario que se adjunte copia de los documentos que respaldan el reclamo, en los diarios de caja.
- 2) El archivo físico de la copia de los documentos que respaldan el reclamo de los siniestros de la cobertura de tránsito, laboral, asalto y motín, se deben entregar a Contabilidad para que validen el registro correcto en el centro de costos.

5.6. Reembolso de Medicamentos

5.6.1. Descripción de Actividades

Los reembolsos de medicamentos pueden ser reembolsos inmediatos o diferidos; por lo tanto, se debe seguir los mismos procedimientos descritos en los mencionados procesos.

- 1) La persona responsable de realizar la autorización del requerimiento de reembolsos por medicamentos, debe verificar que cumpla con el período de carencia.
- 2) Revisar la receta original expedida y firmada por el médico tratante a nombre del usuario y que las respectivas indicaciones tengan relación con el diagnóstico.
- 3) Los trámites de reembolsos devueltos a los usuarios por inconformidades encontradas en el diagnóstico y medicinas, deben estar acompañados de una comunicación escrita donde se explique el motivo de la misma.
- 4) Si el reembolso es negado se comunicará al usuario en forma verbal o escrita, adjuntando el formato de devolución de documentos y se archivará una copia como registro.

Formato

- Programa de Reembolso de Medicamentos en Atención Ambulatoria.

5.6.2. Control Interno

En el proceso de Reembolsos de Medicamentos se verificó las siguientes desviaciones:

- 1) La Auxiliar de Reembolsos que liquida los reembolsos en los puntos de atención de las entidades afiliadas, paga estos requerimientos sin previo análisis del Auditor Médico.
- 2) No se verifica el estado del contrato en el sistema.

5.6.3. Recomendaciones

- 1) Con la finalidad de controlar el costo médico de los contratos de las entidades afiliadas, es necesario delegar un Auditor Médico que valide los reclamos, antes de efectuar los pagos.
- 2) Se recomienda verificar el estado del contrato en el sistema, para evitar pagos indebidos en los reembolsos de medicamentos a usuarios que han excluido la cobertura de medicamentos.
- 3) Se recomienda validar periódicamente la siniestralidad de los contratos para controlar el incremento indebido del costo médico de la empresa.

Formato "Programa de Reembolso de Medicamentos en Atención Ambulatoria"



REEMBOLSO DE ATENCION MEDICA N° 75489

PROGRAMA DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS EN ATENCION AMBULATORIA

Fecha de Emisión: Agosto, 02 del 2007
 Sucursal: Quito

Reembolso No: 000000000220153
 Oficina: Rábida 273 y Pinta

CONTRATO: No 240199		
Contratante: SUPTEL	CI: 1768041810001	
Fecha Ultimo Pago: 2007-10-01	Estado: A	Tipo Cont: C
Producto: Plan Azul/Plan Elegir	Plan: 364	Valor Punto: 3.1
Sucursal: 01	Saldo: 2.085,04	

AFILIADO: Familia No 8 Usuario No 5		
Titular: SUPTEL	CI: 1768041810001	
Afiliado: SANTOS ALBUJA JUAN SEBASTIAN	CI: 1312407511	
Fecha Afiliación: 1998-10-01	Estado: A	Edad: 10

MEDICA		
Institución:		
Profesional: Dr(a). OSCAR ANTONIO GILBERT RAMIREZ	Fecha Consulta: 2007-07-26	
Especialidad: UROLOGIA	Número de Dias: 0	
Fecha Hospitalización:		

DIAGNOSTICOS			
Código	Diagnostico	Tiempo Evol.	Acum.
6034	Hidrocele	0 días	NO

Diagnostico	Medicamento	Valor Factura	Número Factura	Valor Real Serv/Med	Estado
6034	HIDROCELECTOMIA	1020	1	810,12	APR
Valor Bonificado Para Calculo		810,12	Valor No Bonificado Para Calculo		0,00
				Total Gasto	810,12
				Arancel	810,12
				Deducible	28,59
				Monto no Bonificado	0,00
(Total a Reembolsar)				Monto Bonificado	619,51

Realizado por: _____ Revisado Por: _____ Aprobado Por: _____ Recibido Conforme: _____

Sandra Acosta

5.7. Proceso de Reembolsos Adicionales

5.7.1. Proceso para Coordinación de Beneficios complementarios.

1) Descripción de actividades

- a) El usuario presenta su requerimiento al personal de servicios médicos, el cual solicitará los documentos requeridos por la empresa, para proceder a informarle si es posible o no cumplir con su petición.
- b) Si se trata de una coordinación de beneficios complementaria, se realizará el reembolso de acuerdo a lo solicitado, verificando el valor al que tiene derecho en las condiciones establecidas en el contrato.
- c) En ningún caso se reembolsará un valor mayor a la sumatoria de los montos máximos por incapacidad, ni a la de los gastos reembolsables presentados.
- d) El tiempo establecido para solicitar el reclamo de coordinación de beneficios, será de sesenta días, a partir de la fecha del evento o de acuerdo a las condiciones del contrato.
- e) En el caso de coordinación de beneficios inicial, se debe entregar al usuario, junto al valor del reembolso, las copias de las facturas, historia clínica, resultado de exámenes, recetas y el detalle de los valores cubiertos y no cubiertos por Ecuasanitas.
- f) El tiempo máximo de entrega para la coordinación de beneficios, será de cinco días laborables o los establecidos en el contrato.

5.7.2. Control Interno

Los reembolsos de Coordinación de Beneficios Complementarios son analizados por el Auditor Interno antes de realizar el proceso de liquidación y pago.

5.8. Proceso para Aplicación de Condiciones Especiales

5.8.1. Descripción de actividades

- 1) Las condiciones especiales de cada contrato, deben ser ingresadas en el “SAM” por el personal de reembolsos, de acuerdo con las bases del contrato y coberturas, las mismas que serán revisadas en cada renovación.

- 2) Las condiciones especiales de los contratos VIP tienen prioridad sobre las condiciones generales de los contratos vigentes aprobados en los diferentes planes.

5.8.2. Control Interno

Los reembolsos de Condiciones Especiales son analizados por el Comité de Excepciones antes de realizar el proceso de liquidación y pago.

El personal de reembolsos no valida las condiciones especiales de los contratos.

5.8.3. Recomendaciones

Se recomienda solicitar el impreso de las condiciones especiales de los contratos para validar con los requerimientos del usuario.

5.9. Proceso para períodos de incapacidad

5.9.1. Descripción de actividades

El usuario presenta su requerimiento al personal de servicios médicos, el cual, para proceder a informarle si es posible o no cumplir con su petición, solicitará los siguientes documentos:

- Tarjeta de afiliación.
- Formulario de reclamación de asistencia médica con firma del titular del contrato, diagnóstico específico con firma y sello del Médico Tratante.
- Documentación que respalde lo solicitado por el usuario.

Los tipos de períodos de incapacidad que se deben considerar para su aplicación son:

- 1) **Según la vigencia del contrato.** Desde el primer día de la firma del contrato hasta su renovación.
- 2) **Por incapacidad.** Se considera desde la fecha de inicio de cada enfermedad, manteniéndose durante un tiempo de 365 días. La cobertura no termina con la renovación del contrato, sino cuando el asegurado haya completado 365 días por la incapacidad; esta condición se cumple siempre que el contrato esté vigente manteniendo las mismas condiciones.

5.9.2. Control Interno

En la firma de los nuevos contratos se debe especificar en las condiciones especiales el período de incapacidad.

5.10. Proceso para aplicación de deducibles en reembolsos

5.10.1. Descripción de actividades

Para la aplicación de los deducibles en los contratos del Plan Elegir se debe

tomar en cuenta lo siguiente:

- Se debe aplicar solamente un tipo de deducible por contrato.
- En caso de reembolsos, se procede al cálculo y cobro del deducible, de acuerdo a las condiciones establecidas en el contrato respectivo.
- Cuando la atención se ha realizado con médicos adscritos al cuadro de Ecuasanitas, se procede a cobrar el deducible en cada servicio solicitado.

5.10.2. Tipos de deducible

- a) Ambulatorio. Cuando la atención recibida no es de tipo hospitalario en: consultorios, laboratorios, emergencias, centros médicos, hospital del día.
- b) Hospitalarios. Cuando la asistencia médica es de mayor complejidad y requiere de internación en clínicas u hospitales.
- c) Por evento, enfermedad o incapacidad. Aplicable por cada diagnóstico.
- d) Individual. Debe cobrarse a cada usuario de un contrato.
- e) Familiar. Se cobrará por cada familia de un contrato o al titular.
- f) Por viaje. Se aplica si durante un viaje del usuario al extranjero, requiere de atención médica.

Los deducibles por viaje, serán considerados en moneda nacional, a la cotización vigente y de acuerdo a las condiciones del contrato.

- 1) Cobro deducible.** El cálculo para cobrar el deducible se ajustará a la descrita en las condiciones de cada contrato.
 - El 100% en el primer servicio recibido.
 - Proporcional en cada servicio.

- 2) **Obligaciones.** Es obligación del personal responsable de la liquidación de reembolsos inmediatos y diferidos, verificar que este rubro se registre en la contabilización de los reembolsos o planillas médicas.

Es obligación del personal responsable de la liquidación de reembolsos inmediatos y diferidos, verificar que en el sistema se acumule el cobro de deducible en cada contrato.

5.10.3.Control Interno

- 1) Se evidenció que el sistema permite realizar los cálculos automáticos del cobro del deducible, cuando el cobro es por evento o enfermedad; pero cuando las condiciones del contrato estipulan que el deducible es por: familia, usuario, hospitalización o servicio ambulatorio, lo tienen que realizar manualmente, lo que ocasiona errores en el cálculo, que no se registre en el SAM, SIAM y por ende en la contabilidad de la empresa.
- 2) En la firma del contrato se negocia el cobro del deducible proporcional por cada servicio.

5.10.4.Recomendaciones

- 1) Implementar en el sistema de reembolsos, el cálculo del deducible por: familia, usuario, hospitalización o servicio ambulatorio.
- 2) Se recomienda no negociar el cobro de deducible proporcional este debe aplicarse en su totalidad en cada servicio médico que demanda el usuario.

5.11.Proceso de reembolsos a través de Pronto Sanitas

Alcance facilitar la entrega del requerimiento de reembolso durante las 24 horas diarias los 365 días del año.

5.11.1.Descripción de actividades

- 1) El usuario deposita su requerimiento de reembolsos en el buzón de Pronto Sanitas. Servicio con horario extendido, las 24 horas diarias, 365 días al año.
- 2) Cada solicitud de reembolsos debe depositarse en un sobre de Pronto Sanitas, el mismo que se solicita al personal de servicios médicos.
- 3) En el sobre de Pronto Sanitas depositado el usuario debe llenar todos los datos de identificación e incluir todos los documentos requeridos por la empresa para el trámite solicitado, el usuario retendrá el desprendible como constancia del depósito.
- 4) El personal de servicios médicos, a primera hora de la mañana laborable, debe receptor los sobres encontrados en el buzón verificando que la documentación cumpla con lo requerido por la empresa, para proceder a informarle si es posible o no cumplir con su petición.
- 5) Cuando no cumple con los requisitos completos para el trámite solicitado, se notificará telefónicamente al usuario y se devolverá la documentación depositada, adjuntando las indicaciones y la razón de la devolución.
- 6) Si la solicitud procede, se notifica telefónicamente al usuario para que se acerque a realizar el cobro respectivo, si es reembolso inmediato el mismo día, si es reembolso diferido de acuerdo a las condiciones del contrato.
- 7) Se archiva la parte del sobre de Pronto Sanitas que contiene los datos de identificación del depósito, como registro.

Registros

- Datos de identificación del depósito.

Formularios

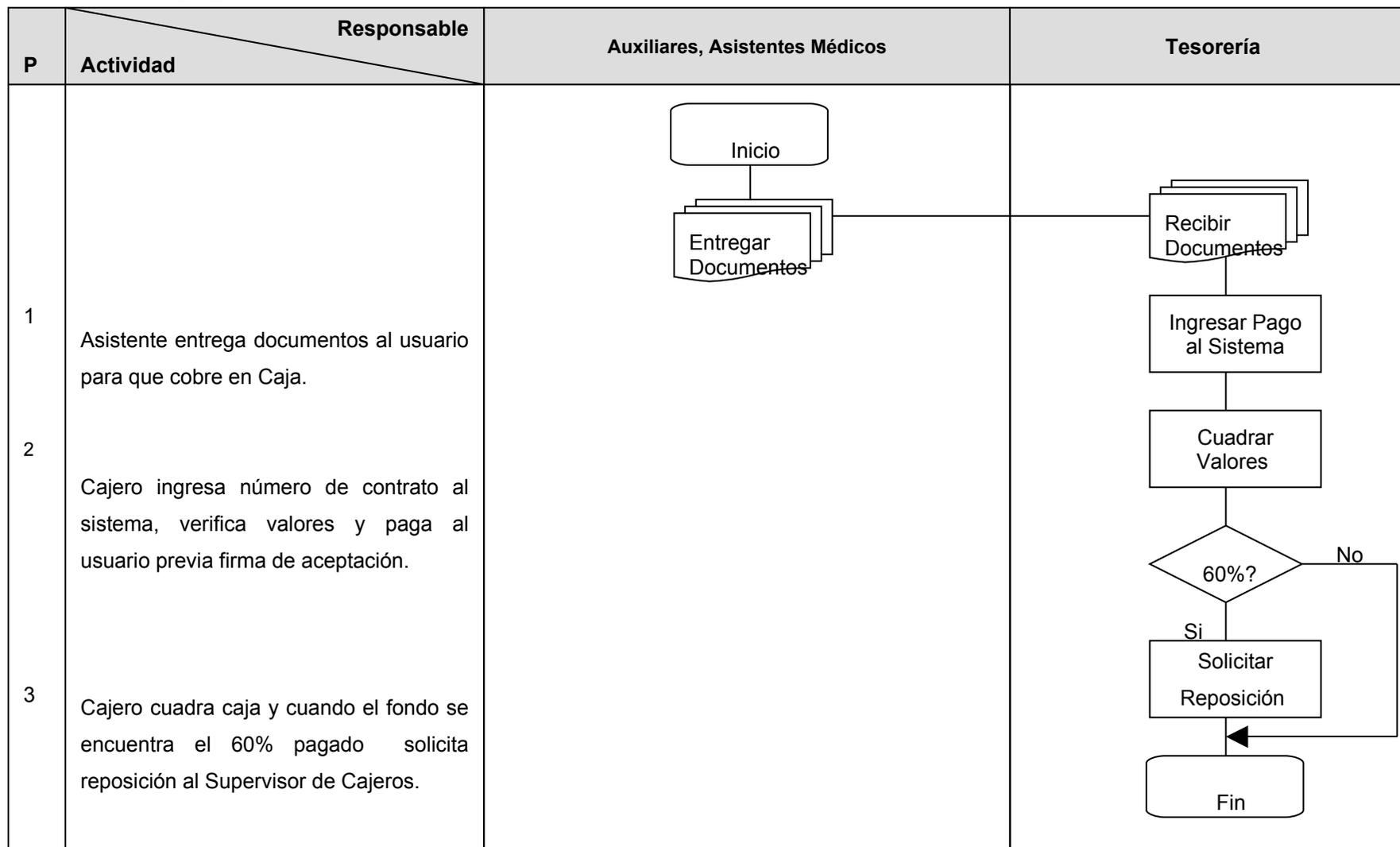
- Sobre Pronto Sanitas su trámite a tiempo [\(forma 2\)](#)

5.11.2.Control Interno

Esta modalidad facilita al usuario la entrega oportuna del formulario de Reclamación de Asistencia Médica y se evidenció que el personal cumple con lo dispuesto en el procedimiento.

5.12. Proceso para Fondo Fijo de Reembolsos Inmediatos.

5.12.1. Flujograma



5.12.2.Descripción de actividades

- 1) La Gerencia General a través de directivas autoriza la creación de fondos fijos de reembolsos inmediatos. Es responsabilidad de la Gerencia Financiera, a través de Tesorería, el control y la reposición.
- 2) Para el pago de reembolsos se designa un fondo fijo, para las oficinas de la matriz de Quito, Guayaquil y provincias, puntos de atención del Centro Médico Carolina y en las entidades afiliadas.
- 3) El personal responsable del fondo fijo son los Asistentes de Reembolsos en los puntos de atención de las entidades afiliadas y los Cajeros en la oficina matriz de Quito y Guayaquil y Centro Médico.
- 4) Los Cajeros o Asistentes de Reembolsos deben elaborar la reposición del fondo fijo cuando éste se encuentre en el 60% de utilización.
- 5) Los Cajeros o Asistentes entregan la reposición del fondo fijo, con el respaldo de la documentación original completa para su revisión, a supervisión médica.
- 6) Para la reposición del fondo fijo, se adjunta la documentación que respalda tanto el pago de reembolso inmediato a usuarios, como el de cobertura de medicamentos; se emite la orden de emisión de cheque; la misma que deberá contar con la autorización del funcionario asignado, remitiendo esta información a supervisión médica.
- 7) La orden de emisión de cheque es aprobada por la Gerencia Médica, en Quito y en Guayaquil, por el Jefe Médico.
- 8) Supervisión médica previa revisión, entrega la orden de emisión de cheque con la documentación completa al Supervisor de Cajeros para que realice el cuadro de valores, quien solicita la aprobación del pago a la Gerente Financiera o Jefe de Tesorería y envía al Departamento de

Contabilidad para que se realice el registro contable y se proceda con el pago.

- 9) El Auxiliar Contable entrega la orden de emisión de cheque con la documentación completa y los sellos que evidencia la codificación del pago y el registro contable al asistente de Tesorería, para la elaboración del cheque a nombre de Ecuasanitas.
- 10) El auxiliar de Tesorería, ingresa el número del registro contable en el sistema y emite el diario de egreso que respalda la emisión de cheque.
- 11) Los diarios de egresos con la documentación original de respaldo con el registro de firmas de elaboración, revisión y aprobación entrega al departamento de Contabilidad para su custodia.
- 12) La empresa tiene convenios con las instituciones bancarias para que el personal de TEVCOL entregue los valores de reposición directamente al personal responsable del manejo del fondo fijo.

Registros:

- Informe de los reembolsos inmediatos mal elaborados e injustificados.
- Listado de cuentas contabilizadas en el "SIAM"

5.12.3. Control Interno

- 1) Los Auxiliares de Reembolsos de los puntos de atención de las entidades afiliadas, solicitan la reposición del fondo fijo cuando éste se encuentra en un 90% del pago; lo que ocasiona que no tenga fondos para pagar los requerimientos del usuario.
- 2) Los Cajeros no cuadran los reembolsos inmediatos pagados con los reembolsos emitidos por el personal de servicios médicos.

5.12.4.Recomendaciones

- 1) Se recomienda cumplir con lo dispuesto en el procedimiento que se debe solicitar la reposición del fondo fijo cuando los pagos se encuentren en un 60%.

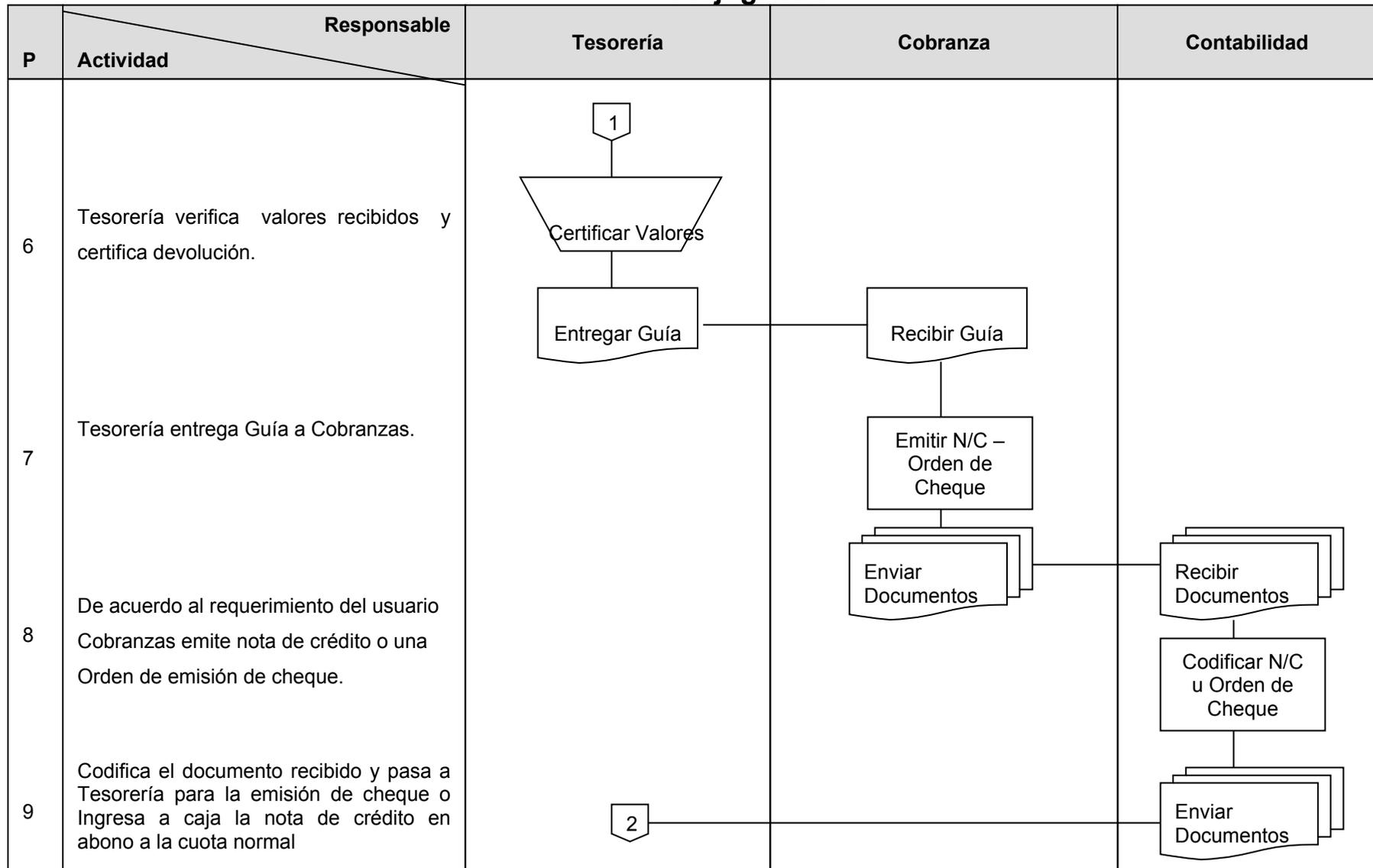
- 2) Se recomienda que diariamente el personal de Servicios Médicos y cajeros cuadren las transacciones y determinen los reembolsos entregados a los usuarios y no pagados.

5.13. Proceso de Devolución de Valores

5.13.1. Flujograma

P	Actividad	Responsable	Servicio Al Cliente, Servicios Médicos	Cobranza	Tesorería
1	El usuario presenta su reclamo a través de una comunicación escrita a Servicio al Cliente o Servicios Médicos.				
2	Servicio al Cliente o Servicios Médicos inicia El trámite de devolución llenando el campo No. 1 del formulario: Guía de seguimiento de Devolución de valores a usuarios.				
3	Servicio al Cliente o Servicios Médicos entrega Guía a Cobranzas				
4	Cobranzas realiza los cálculos relacionados a la devolución de bonos, deducibles, anexos				

Proceso de Devolución de Valores Flujograma



Proceso de Devolución de Valores Flujograma

P	Actividad	Responsable	Tesorería	Cobranza
10	En caso de emitir el cheque paga al beneficiario		<pre> graph TD Start([2]) --> A[Recibir Documentos] A --> B[Emitir Cheque] B --> C[Pagar Usuario] C --> D([Fin]) </pre>	

5.13.2.Descripción de actividades

1) El usuario presenta su requerimiento en servicios médicos o en servicio al cliente, para solicitar la devolución por “ODAS”, “PAM” anexos de maternidad, bonos de preexistencia y deducibles; por lo que se debe solicitar los siguientes documentos:

- Tarjeta de afiliación.
- Carta de usuario solicitando la devolución correspondiente, en la que conste número de contrato, nombre del usuario, cédula de identidad, número telefónico.
- Facturas originales, solicitud de servicios, autorización de servicios médicos, orden de asistencia médica, programa de atención médica, programa de reembolsos de medicamentos, contrato de anexo de maternidad, contrato de preexistencia quirúrgico, según sea el caso.

2) Verificar los siguientes datos en el “SIAM”

- Número de contrato.
- Estado del contrato
- Condiciones especiales del usuario
- Ingresar trámite en el sistema de requerimiento
- Coberturas
- Preexistencias

3) Se debe registrar en la guía de seguimiento de devolución de valores a usuarios **(forma 3)**, todos los datos que consten en los siguientes numerales:

- a) El Coordinador de Servicios médicos es responsable de llenar los campos de los numerales uno, dos y cuatro de: recepción, trámite y monto a devolver respectivamente.

- b) El Asistente de Tesorería es el responsable de la certificación de fondos.
 - c) La Gerente Médico, Jefe Médico o quién haga sus veces aprueba o niega el valor a devolver. Llenar el numeral cinco, resolución.
 - d) El Auxiliar de Servicios médicos debe emitir la orden de pago en efectivo, cuando la devolución aprobada sea de un centavo a veinte y seis dólares y la orden de emisión de cheque, cuando la devolución aprobada sea mayor a veinte y seis dólares.
 - e) La Asistente de Cobranzas emitirá la nota de crédito cuando el usuario solicite que la devolución se abone a su cuota mensual.
 - f) Las ordenes de pago deben ser aprobadas por la Gerente y Jefe Médico o quien haga sus veces.
 - g) La nota de crédito debe ser codificada y aprobada por la Gerente Financiera.
- 4) En la devolución de anexos de maternidad se debe verificar el gasto médico para descontar del valor pagado por el usuario.
- 5) No se debe descontar en este tipo de devoluciones el 10% del gasto administrativo.
- 6) Servicios médicos debe entregar a la Gerencia Financiera la guía de seguimiento con todos los documentos originales de respaldo, las ordenes de pago en efectivo o cheque para la continuación del trámite. En el numeral seis contabilización se registra la firma de recepción.
- 7) En el departamento de Contabilidad se contabilizan las órdenes de emisión de pago y se entrega toda la documentación original a Tesorería para que realicen los pagos respectivos.
- 8) La documentación original es el respaldo del diario de egreso o reposición

- del fondo fijo por lo tanto se archiva en el departamento de Contabilidad
- 9) En el caso de la devolución se realice a través de la nota de crédito, Cobranzas debe entregar a la supervisora de cajeros para el ingreso en caja.

5.13.3.Control Interno

- 1) El personal de las diferentes áreas cumple con los trámites descritos en el proceso.
- 2) Tesorería no comunica al usuario cuando el cheque esta listo.

5.13.4.Recomendaciones

- 1) Se recomienda comunicar al usuario que el cheque de su reclamo esta listo en Tesorería.

5.14.Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos

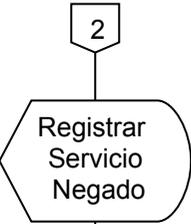
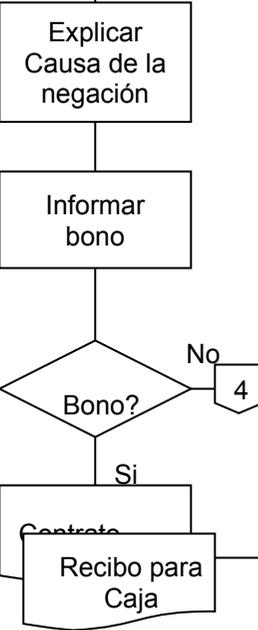
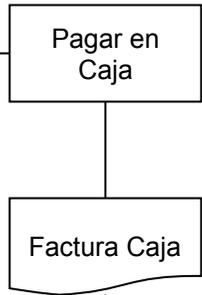
5.14.1.Flujograma de Servicios Médicos

P	Actividad	Responsable	Auxiliares, Asistentes Y Coordinadores Médicos	Afiliado	Medico AMI
1	El Auxiliar recibe el requerimiento del usuario a través de la solicitud de servicio.		 <pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Recibir[Recibir Requerimiento] Recibir --> Telefonica{Telefónica?} Telefonica -- Si --> 1[1] Telefonica -- No --> Verificar{{Verificar Datos}} Verificar --> Autoriza{Se autoriza?} Autoriza -- No --> 2[2] Autoriza -- Si --> 3[3] </pre>		
2	Si la solicitud es telefónica, el Auxiliar solicita los datos del usuario para verificar en el sistema.				
3	Verifica tipo de contrato preexistencia, carencias, servicios negados, cobertura, condiciones especiales				

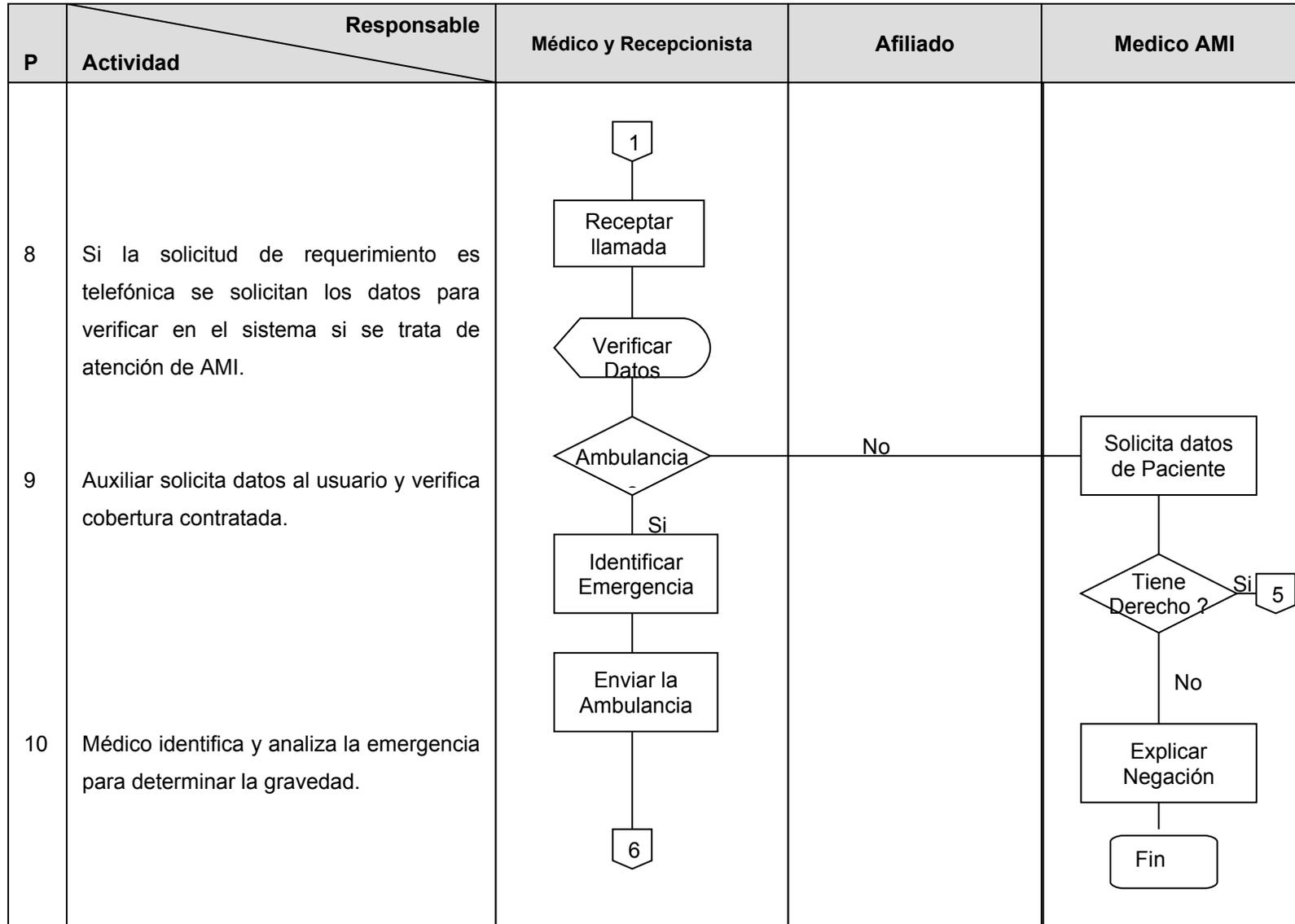
**Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos
Flujograma de Servicios Médicos**

P	Actividad	Responsable	Auxiliares, Asistentes Y Coordinadores Médicos	Afiliado	Médico AMI
4	Si el afiliado tiene derecho se realiza la autorización.		<pre> graph TD 3[3] --> A[Emitir Autorización Volante, ODA, PAM] A --> B[Orientar al Paciente] B --> C[Fin] B --> 4a[4] 4a --> A C --> 4b[4] 4b --> B </pre>		
5	Auxiliar, asistente o coordinadores informan al afiliado el proceso a seguir para la realización del servicio autorizado.				

Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos
Flujograma de Servicios Médicos

P	Actividad	Responsable	Auxiliares, Asistentes Y Coordinadores Médicos	Afiliado	Médico AMI
6	Auxiliar, asistente o coordinadores registra en el sistema el servicio negado.		 <pre> graph TD 2[2] --> A{{Registrar Servicio Negado}} </pre>		
7	Auxiliar, asistente o coordinadores informa al usuario las causas de la negación y se informa de alternativa para que pueda acceder al servicio a través de un bono de preexistencia.		 <pre> graph TD B[Explicar Causa de la negación] --> C[Informar bono] C --> D{Bono?} D -- No --> 4[4] D -- Si --> E[Contrato] E --> F[Recibo para Caja] </pre>	 <pre> graph TD G[Pagar en Caja] --> H[Factura Caja] </pre>	

Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos
Flujograma de Servicios Médicos



**Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos
Fluiograma de Servicios Médicos**

P	ACTIVIDAD	RESPONSABLE			
		Auxiliares	AFILIADO	MEDICO AMI	CHOFER AMI
13	Auxiliar autoriza la realización del servicio.	<pre> graph TD 5[5] --- A(Otorga Autorización) A --- B(Fin) </pre>			
14	Medico, realiza todos los procedimientos necesarios para estabilizar al paciente			<pre> graph TD A[Presta Atención de Emergencia] --- B{Transferir?} B -- Si --> C[Determina Establecimiento de Salud] C --- D(Fin) B -- No --> E[Aplica otros Procedimientos] E --- F(Fin) </pre>	
15	Medico evalúa si debe realizar el traslado a un centro de Salud, si no se realiza el traslado el médico aplica otros procedimientos.			<pre> graph TD G[Presta Atención] --- H[Presta Atención de Emergencia] H --- B{Transferir?} B -- Si --> C[Determina Establecimiento de Salud] C --- D(Fin) B -- No --> E[Aplica otros Procedimientos] E --- F(Fin) </pre>	

5.14.2.Descripción de Actividades

- 1) **Objetivo.** Autorizar los servicios médicos de acuerdo a las condiciones establecidas en los contratos para cumplir.
- 2) **Alcance.** Este procedimiento abarca todo lo descrito en el proceso de administración de servicios médicos desde la recepción del requerimiento del servicio, vía escrita o telefónica por parte del afiliado o prestador del servicio hasta la entrega de autorización de lo solicitado y orientación al afiliado.

3) Descripción del proceso

El usuario presenta su requerimiento en el área de servicios médicos, en la cual deben solicitar los siguientes documentos, para proceder a informarle si es posible o no cumplir con su petición:

- Tarjeta de afiliación.
- Solicitud de servicios.
- Cédula o número de cédula.
- Factura del último pago en caso de que no se registre en el sistema la cuota mensual al día.

Con estos documentos el personal responsable del proceso debe verificar en el sistema los siguientes parámetros:

- Estado del contrato.
- Tipo de plan contratado.
- Tiempo de afiliación.
- Preexistencias y servicios negados.
- Que el nombre del paciente corresponda al registrado en el sistema.

- Que el usuario mantenga contratada la cobertura adicional pertinente.
- Verificar que la solicitud de servicios contenga la información requerida.

Cuando el servicio requerido cumple con todos los requisitos anteriormente señalados, se debe ingresar los datos necesarios para la autorización en la opción expedición de volantes médicas del SIAM, en la que se ingresan los siguientes datos:

- Ingresar el número de contrato, familia y usuario
- Ingresar el lugar donde se realizará el procedimiento o servicio; en caso de hospitalización, se deberá indicar el número de días de internamiento.
- Ingresar tipo de procedimiento, diagnóstico o terapéutico.
- Ingresar la identificación del prestador que: ordena el servicio, practica el examen o procedimiento.
- Registrar el número de autorización en la solicitud de servicio.

La persona que autoriza el servicio debe registrar en la solicitud de servicio el número de autorización, firmar y sellar la volante.

-

El personal responsable de este proceso debe entregar al usuario la autorización e informar: el número de cheques de asistencia médica que debe cancelar, el lugar donde le realizaran el procedimiento, dirección y número telefónico del prestador que prestará el servicio.

En caso de ser paciente de “Plan Azul o Elegir”, adicionalmente a la volante de autorización se entrega la “ODA”,

Cuando se trate de consultas, imagen, laboratorio fisiológico o terapia, se debe verificar si los datos corresponden al contrato y al usuario que solicita la “ODA”. Debe registrar los siguientes datos:

- Ingresar la identificación del prestador que solicita el servicio.

- Ingresar diagnóstico con código o descripción.

EL personal responsable del proceso debe verificar en los contratos colectivos, grupales y empresariales que dentro de sus condiciones especiales exista deducible de acuerdo al servicio o su vez tenga un saldo por cobrar del deducible.

El usuario debe cancelar los valores previa entrega de la “ODA”.

De existir algún error en la “ODA” emitida se anulará inmediatamente antes de procesar una nueva.

En caso de hospitalización se realizará el “PAM”, para lo cual se seguirán los siguientes pasos:

- Ingresar el número de contrato, familia y usuario.
- Verificar si los datos corresponden al contrato y usuario que solicita el “PAM”,
- Ingresar el nombre de la institución donde se va a hospitalizar.
- Ingresar la identificación del médico que va a realizar el procedimiento y seleccionarlo del listado de profesionales adscritos al cuadro de Ecuasanitas o de libre elección.
- Si el médico es de libre elección se debe ingresar el código 502, lo que permitirá calcular los aranceles al 80%
- Ingresar la fecha de consulta, fecha de hospitalización, número de días de hospitalización.

Ingresar cada uno de los servicios realizados en el tratamiento quirúrgico o clínico según el caso, previa presentación de la factura de la clínica donde se encuentra hospitalizado el usuario.

Se debe entregar al usuario el formulario de cancelación de copagos y deducible para que cancele en caja.

Entregar al usuario el original del “PAM” para que lo presente en caja de la clínica donde está hospitalizado, la segunda copia para su respaldo y la tercera copia para el archivo de la oficina que generó el “PAM”.

Diariamente se debe imprimir el informe de Autorizaciones de Servicios Médicos y “ODAS” para ser enviado a la matriz para la revisión y auditoría respectiva.

Cuando el usuario requiere atención en emergencia de la clínica Internacional y no tiene su carné de afiliación, se debe entregar un certificado firmado por el personal de Servicios Médicos que haya verificado el estado y las condiciones del contrato.

Los montos de autorización para los servicios médicos de acuerdo al cargo del personal del departamento de servicios médicos son:

Cuadro de montos autorizados para el personal de Servicios Médicos

Cargos del personal	Montos autorizados
Auxiliares	Hasta 100 dólares
Asistentes	Hasta 200 dólares
Coordinadores	Hasta 1.500 dólares
Supervisor y jefe agencia clínica Internacional	De 1.501 a 3.000 dólares
Gerente y jefe médico Quito y Guayaquil	De 3.001 en adelante

Registros

- Informe de autorizaciones de servicios médicos
- Informe de “ODAS”

Formularios

- Solicitud de servicios médicos.
- Volante de autorización.
- Orden de atención “ODA”.
- Programa de atención médica “PAM”
- Cheque de asistencia médica.
- Certificación de datos para atenciones médicas.

5.14.3.Control Interno

- 1) Se evidencio que no existe un archivo físico de las autorizaciones de servicio médico.
- 2) Se evidencio que en algunos casos no se autorizaron servicios médicos a pesar que en las condiciones especiales del contrato estaban especificadas.
- 3) Se autorizan servicios que el usuario no tiene derecho.

5.14.4.Recomendaciones:

- 1) Mantener un archivo informático de las autorizaciones solicitadas por los usuarios.
- 2) Las condiciones especiales constan en los sistemas de la empresa; sin embargo es necesario entregar por escrito a las áreas de servicios médicos, para que validen la información y evitar errores en los beneficios que tiene derecho los afiliados
- 3) Se recomienda el cambio del módulo de servicios médicos, para cumplir con los requerimientos de los usuarios de acuerdo a los servicios especiales contratados.

5.15. Proceso para servicios médicos negados

5.15.1.Descripción de actividades

- 1) Un servicio médico es negado en los siguientes casos:
 - Cuando el paciente no cumple con el tiempo de carencia para acceder al servicio que solicita.
 - Registró preexistencia antes de la afiliación.
 - Requiere servicios médicos, pero no tiene contratado las coberturas adicionales.
 - Los afiliados al de Plan Total recibieron el servicio médico por profesionales de libre elección.

- 2) El Auxiliar debe registrar la negación del servicio en el SIAM ingresando los siguientes datos:
 - Ingresar número de contrato, familia y usuario.
 - Preexistencia el usuario antes de afiliarse.
 - Procedimientos médicos que no cubre el contrato.
 - Tiempo de carencia.
 - Orden del prestador de libre elección.
 - Máximo de acumulados, el usuario ya utilizó el monto contratado.

- 3) Se informa al usuario las causas o el motivo del servicio médico negado, basándose en el Contrato de Asistencia Médica de Medicina Prepagada.
 - a) Cuando el usuario solicita se debe llenar el formulario resolución de servicios negados, en el que se informa por escrito la causa de la negación.

- 4) La Auxiliar debe comunicar al usuario que puede acceder al servicio mediante el pago del valor del examen o procedimiento, a precios de Ecuasanitas y de acuerdo al convenio establecido con el prestador médico que efectúa dicho servicio.
 - a) El valor del bono se debe solicitar al Contralor Médico en Quito y al Jefe Médico en Guayaquil; si el usuario acepta se debe elaborar el formulario de cancelación de bonos y copagos.
 - b) El valor del bono debe ser cancelado en un solo pago en efectivo o cheque personal a la fecha o tarjeta de crédito corriente.
 - c) En el caso de cirugías programadas el pago lo puede realizar con la tarjeta de crédito diferido.
- 5) El personal de servicios médicos debe emitir la volante de autorización y el contrato de preexistencias quirúrgicas si se trata de intervención quirúrgica.
- 6) El talonario del formulario de cancelación de bonos y copagos se debe llenar con todos los datos y adjuntar al informe diario de servicios médicos para ser enviado al Auditor Médico.
- 7) El personal de servicios médico debe imprimir el informe de servicios negados, para ser enviado al Auditor Médico para la revisión y auditoría respectiva.

Documentos relacionados

- Contrato de Asistencia Médica de Medicina Prepagada
- Condiciones particulares de contratos especiales.

Registros

- Informe de servicios negados.

Formularios

- Solicitud de servicios médicos.
- Formulario de cancelación de bonos.
- Contrato de preexistencias quirúrgicas.
- Formulario resolución de servicios negados.

5.15.2.Control Interno

- 1) Se evidencio que existe una auditoría previa por parte del Contralor de Facturación para autorizar el cobro de bonos, para que el usuario pueda acceder al servicio requerido

5.16.Proceso para crédito hospitalario

5.16.1.Descripción de actividades

La autorización para crédito hospitalario, se debe realizar previo a la hospitalización del usuario.

En caso de que la hospitalización se realice por una emergencia, en horas no laborables, un familiar debe legalizar la solicitud de crédito hospitalario a primera hora del día siguiente laborable.

Los tipos de crédito hospitalario que se consideran para su aplicación son:

- 1) **Con garantía.** Para recibir atención en emergencia u hospitalización necesita dejar en el centro hospitalario donde será atendido un cheque o voucher como

garantía, hasta que Ecuasanitas emita la autorización correspondiente definiendo los montos de cobertura.

- 2) **Sin garantía.** Permite la atención de emergencia y hospitalización sin el requerimiento de solicitar voucher, cheque ni autorización de la empresa como garantía. Posteriormente Ecuasanitas coordinará con la clínica u hospital contratante sobre los montos de cobertura de acuerdo a las condiciones del contrato.
- 3) **Carta de autorización.** La Coordinadora de Servicios Médicos, emite la carta de autorización de crédito hospitalario, la entrega al usuario para que presente en la clínica u hospital que le brindará el servicio de hospitalización o se la envía por fax o e-mail, y una copia de la misma archiva como registro.

Registros

- Carta de autorización de crédito hospitalario.

5.16.2.Control Interno

El personal de Servicios Médicos lleva un control de los contratos que están autorizados a ser hospitalizados sin necesidad de garantía, estos listados son entregados los primeros días del mes a las clínicas y hospitales adscritos a Ecuasanitas S.A.

Con relación a los afiliados a los contratos que no tienen garantía hospitalaria el prestador tiene la obligación de cobrar el servicio que no cubre Ecuasanitas.

5.17. Proceso para transferencia de pacientes

5.17.1.Descripción de Actividades

- 1) **Objetivo.** Establecer los pasos a seguir para transferir pacientes desde los centros médicos y policlínicos de Ecuasanitas y clínicas adscritas hasta centros de mayor complejidad en forma adecuada y oportuna a nivel nacional.
- 2) **Alcance.** Aplica a todos los usuarios de los centros médicos y policlínicos de Ecuasanitas incluidos pacientes particulares, y solamente a los afiliados a “Plan total y Elegir” en las clínicas adscritas, desde su ingreso a la emergencia y/o hospitalización hasta que su recepción en el centro de destino.
- 3) **Personal responsable** El médico tratante o emergenciólogo están facultados a decidir la transferencia del paciente.

El Gerente, Jefe Médico, Jefe de Provincia y Jefe del punto de atención de la clínica Internacional autorizan la transferencia de pacientes.

Los coordinadores, asistentes, auxiliares de servicios médicos y auxiliares de oficina, ejecutan el proceso de transferencia de pacientes.

4) Descripción del proceso

- a) El usuario de un contrato de Ecuasanitas, que acude a emergencia a los centros médicos y policlínicos de la empresa y las clínicas adscritas para esta atención se debe verificar la tarjeta de afiliación y la cédula de identidad.
- b) La primera atención médica de emergencia es obligatoria por Ley de la República “Ley de amparo al paciente”, hasta estabilizar al paciente, sin condicionamiento alguno.

- c) Los usuarios ingresan a emergencia de acuerdo a la prioridad del cuadro clínico, para ser atendidos.
- d) Son evaluados por un médico del servicio y si el caso amerita por el médico especialista que se hará responsable del caso, de acuerdo al nivel de complejidad.
- e) El médico tratante define si requiere hospitalización de acuerdo al diagnóstico y/o procedimiento a realizar.
- f) Se solicita la autorización de la hospitalización y/o procedimiento correspondiente de Ecuasanitas.

5.17.2. Transferencias definitivas

- a) Se confirma si hay capacidad disponible para la hospitalización en las Clínicas que receptan las emergencias, caso contrario se notifica al médico tratante, para que informe a que otras clínicas tienen acceso para tratar pacientes.
- b) Se contacta telefónicamente con una Clínica adscrita para la transferencia, se notifica a ésta de la condición del paciente, el diagnóstico, procedimiento y médico tratante.
- c) Si las Clínicas adscritas no tienen disponibilidad y/o los requerimientos necesarios para el paciente a transferir, se pide telefónicamente autorización para realizar la transferencia a otra Institución. Se confirma la capacidad disponible en la Clínica, que recibirá al paciente, se asegura el ingreso del paciente y el tiempo que toma el transporte, para su recepción, y se le designará como Clínica destino.
- d) Se comunica al paciente, la Clínica a donde va a ser transferido.

- e) Se comunica al personal médico de emergencias y al médico tratante, sobre el destino de la transferencia, para que preparen al paciente.

- f) Se elabora una Carta de transferencia de Ecuasanitas para la Institución destino, en la que se detalle:
 - Fecha y hora de la transferencia médica
 - Nombre del paciente, usuario de Ecuasanitas
 - Número del contrato
 - Número de autorización
 - Nombre del médico tratante
 - Diagnósticos
 - Procedimientos solicitados
 - Exclusiones que no cubre Ecuasanitas.
 - Número de días autorizados
 - Forma de pago, el detalle y el número de cheques de asistencia médica a cobrarse.
 - Nombre y firma responsable

El paciente debe llevar consigo copia de la hoja 008 y/o epicrisis, la hoja de transferencia médica, hoja de indicaciones del médico tratante y la Carta de transferencia de Ecuasanitas, que asume la responsabilidad de la cuenta.

5.17.3. Transferencias Temporales

- a) Se elabora una carta de solicitud de procedimiento de Ecuasanitas para la Institución destino, en la que se detalle:
 - Fecha y hora de la transferencia médica
 - Nombre del paciente, usuario de Ecuasanitas

- Número del contrato y autorización.
 - Nombre del Médico Tratante
 - Diagnósticos y procedimientos solicitados y autorizados
 - Exclusiones de los servicios, medicamentos e insumos que no cubre Ecuasanitas
 - Forma de pago.
 - Nombre y firma responsable
- b) El paciente debe llevar consigo la hoja de indicaciones del médico tratante y la Carta de solicitud de procedimiento de Ecuasanitas, que asume la responsabilidad de la cuenta.
- c) Se mantendrá el espacio respectivo (habitación de hospitalización o cubículo de emergencia) listo para recibir el retorno del paciente.
- d) En el caso de Pacientes particulares usuarios de los Centros Médicos y policlínicos de Ecuasanitas, la transferencia se dirigirá hacia la Institución de destino que él disponga, o a una Institución Estatal (pacientes indigentes). La responsabilidad de Ecuasanitas termina con la salida del paciente del Servicio de Emergencia, luego de su estabilización.
- e) Se debe realizar un Informe diario de transferencias efectuadas

Registros

- Carta de transferencia.
- Informe de transferencias

Formatos

- Solicitud de servicios médicos.
- Autorización de servicios médicos.

5.18. Proceso para la emisión de “ODAS” en el Plan Elegir

5.18.1. Descripción de actividades

- 1) El usuario de un contrato de Plan Elegir solicitará el servicio médico con la presentación de los documentos requeridos por Ecuasanitas S.A. y se le informará si es posible o no autorizar y emitir la “ODA” respectiva.
- 2) Verificar que el médico o la institución prestadora del servicio, sea adscrito al cuadro de Ecuasanitas S.A.
- 3) Identificar el motivo del servicio atención por enfermedad y diagnósticos patológicos; no puede ser por causas preventivas.
- 4) Solicitar los pedidos de exámenes, terapias, hospitalización o procedimientos acordes con la patología y especialidad del médico tratante.
- 5) El auxiliar de oficina, asistente, auxiliar o coordinadora de reembolsos y/o servicios médico, deben ingresar los datos en el sistema “SAM”, para realizar la “ODA” con los siguientes datos:
 - Número de contrato, familia y usuario.
 - Médico tratante o institución prestadora del servicio.
 - Fecha de elaboración de la “ODA”
 - Ingresar diagnósticos y verificar si la patología consta en el mismo diagnóstico o es una nueva enfermedad.
 - En el caso de preexistencia debe ingresar en el sistema, para llevar un control de la misma.
 - Se ingresa el número de servicios autorizados.

- Se ingresa el costo administrativo o “valor “ODA””, establecido por cada servicio; excepto laboratorio clínico donde se aceptan cinco prestaciones por “ODA”.
 - El original se entrega al usuario para su cancelación en caja
 - Con el recibo de caja se le entrega la “ODA” impresa
 - El duplicado para archivo.
- 6) Los valores por copago y deducible son calculados y registrados automáticamente por el sistema “SAM”.
- 7) Cuando una “ODA” está mal elaborada y sus valores fueron ya ingresados en caja, debe ser eliminada en el sistema “SAM” y SIAM, y se debe elaborar una nueva sin considerar los nuevos valores emitidos. Y se debe tratar como producto no conforme.
- 8) La orden de atención tiene un tiempo de validez de ocho días laborales, si por caducidad de la misma se solicita la elaboración de una nueva, el usuario debe pagar el gasto administrativo o valor “ODA” y no los valores copago y/o deducible.
- 9) En respaldo del canje emitido y de los valores cobrados se debe solicitar la factura u “ODA” original que acrediten el pago realizado.
- 10) Las órdenes de asistencia médica son documentos valorados personales e intransferibles. El mal uso de las “ODAS” será causa de suspensión del servicio y/o anulación del contrato.
- 11) Las órdenes de asistencia médica son emitidas exclusivamente en las oficinas de Ecuasanitas y no se las entregará a usuarios que no estén al día en pagos.

- 12) Todos los servicios utilizados por los usuarios de Plan Elegir serán pagados a través del valor “ODA” que será igual al número de cheques de asistencia médica establecidos por el mismo servicio en los usuarios de Plan Ecuasanitas

Registros

- Talonario desprendible de la orden de asistencia médica
- Programa de reembolsos de servicios “SAM”
- Programa de reembolsos de servicios SIAM

5.18.2.Tarifario

Del valor de la orden de asistencia médica por tipo de servicio en el Plan Elegir similar al número de cheques de asistencia médica cobrados a los afiliados al “Plan Ecuasanitas”

Cuadro del número de cheques y valor de las “ODAS” a cobrarse por tipo de servicio

Servicios médicos prestados	Número de cheques de Asistencia Médica “Plan Ecuasanitas”	Valor de la “ODA” “Plan Elegir”
Consulta externa		US\$
Consulta externa de especialidades	1 cheque	2,50
Consulta psiquiátrica	2 cheque	5,00
Consulta de emergencia		
Honorarios médicos	2 cheques	5,00
Medicamentos e insumos por emergencia	1 cheque	2,50
Estudios complementarios de diagnóstico		
Análisis de laboratorio : 5 exámenes	1 cheque por grupo	2,50
Estudio radiológico simple por placa	1 cheque por estudio	2,50
Electrocardiograma	1 cheque	2,50
Electroencefalograma	1 cheque	2,50
Mapeo cerebral	2 cheques	5,00
Ecografía por región	1 cheque	2,50
Audiometría	1 cheque	2,50
TAC contrastada por región	4 cheques	10,00
Resonancia magnética contrastada por región	8 cheques	20.00
Endoscopias	3 cheques	7.50
Mamografía	2 cheques	5,00
Procedimientos ambulatorios		
Fisioterapia y rehabilitación por sesión	1 cheque	2,50
Diálisis por sesión	5 cheques	12.50

5.18.3.Control Interno

- 1) En los contratos con condiciones especiales el sistema no permite el cálculo del copago y deducible automáticamente en el sistema, el personal tiene que realizar en forma manual.
- 2) El personal al tener que manejar dos sistemas a la vez no elimina las “ODAS”

que están mal elaborada y sus valores fueron ya ingresados en caja.

5.18.4.Recomendaciones

- 1) Se debe considerar en el cambio del módulo de servicios médicos todos los parámetros que permitan el control interno de los procesos.
- 2) Debe ser eliminada en el sistema “SAM” y SIAM, las ODAS mal elaboradas., para evitar duplicidad en los registros de siniestralidad.

5.19.Proceso de “ODAS” preimpresas en el Plan Elegir para contratos VIP

5.19.1.Descripción de actividades

- 1) **Alcance.** El uso de “ODAS” preimpresas, se emiten exclusivamente a los usuarios de contratos corporativos VIP del “Plan Elegir”, para consultas de atención ambulatoria en los centros médicos de Ecuasanitas y/o especialistas adscritos al cuadro de Ecuasanitas.
 - a) Las “ODAS” preimpresas numeradas y por triplicado se enviarán en libretines a la persona autorizada de la entidad contratante del servicio que se encargará de su utilización.
 - b) La coordinadora de reembolsos debe instruir sobre la utilización de las “ODAS” preimpresas a la persona autorizada de la entidad contratante.
 - c) Se debe llevar un cardes de control de “ODAS” preimpresas, libretines entregados en número secuencial.

- d) El usuario solicita la “ODA” preimpresa, en su empresa a la persona autorizada para esto, quien llenará los datos correspondientes y respaldará con su nombre, firma y sello.
- e) El original se entregará al usuario, para que acceda a la consulta ambulatoria con un médico especialista adscrito al cuadro de Ecuasanitas, debiendo el médico llenar los datos del desprendible y el usuario retornarlo a la empresa contratante.
- f) Los datos que deben constar en este documento son:
- Fecha de atención y nombre del paciente afiliado.
 - Nombre, dirección y RUC del médico tratante.
 - Diagnóstico específico y tiempo de evolución de la enfermedad y síntomas
 - Indicar cuando se trate de una enfermedad congénita.
 - Nombre, firma y sello del Médico Tratante
- g) El duplicado debe retornar al departamento de reembolsos de Ecuasanitas, junto con el desprendible del original lleno por el facultativo.
- h) El triplicado se queda en la empresa contratante para su control.
- i) Las “ODAS” preimpresas tienen una validez de ocho días laborables, a partir de su emisión.
- j) La coordinadora de reembolsos, llevará un control riguroso de las “ODAS” preimpresas enviadas a cada empresa contratante, mediante el registro en el formulario correspondiente, y de su retorno.
- k) Quincenalmente se receptorán los desprendibles y duplicados de las “ODAS” preimpresas utilizadas por las empresas contratantes.

- l) Las “ODAS” que se recepen y que cumplan con todos los requisitos antes indicados, serán tramitadas para el cobro del valor administrativo respectivo, mediante planillas para descuento a través del rol de pagos de la entidad afiliada.
- m) Las “ODAS” que no cumplan con todos los requisitos, no serán reconocidas y se enviará a cobrar el valor total de la consulta del médico especialista.
- n) En caso de anularse una “ODA” preimpresa, debe retornar el original y el duplicado al departamento de reembolsos, con el sello de anulado.
- o) Esta “ODA” preimpresa podrá ser utilizada en todas las oficinas de Ecuasanitas, en caso de contingencia, siguiendo el Proceso de contingencia por falta de energía eléctrica, sistema o datos no procesados.

Registros

- Talonario desprendible de la “ODA” Preimpresa.
- Cardes “ODAS” preimpresas
- Carta de requerimiento de “ODAS” preimpresas.

Formularios

- Orden de asistencia médica preimpresa

5.19.2.Control Interno

Se evidencio un control de los libretines entregados y recibidos

5.20.Proceso de Contingencia por falta de energía eléctrica, sistemas o datos no procesados.

5.20.1.Descripción de Actividades

- 1) **Objetivo.** Agilitar la atención al usuario en caso de no contar con energía eléctrica, sistema o datos no procesados.
- 2) **Alcance.** Aplica al proceso de Administración de Servicios Médicos para dar solución al requerimiento del usuario.
- 3) **Descripción del proceso**

La falta de servicio eléctrico, sistema o los datos no se encuentran procesados o registrados en cualquiera de

- a) Comunicarse con otro punto de atención que tenga estos servicios en ese momento.
- b) Se debe solicitar la verificación de los datos del usuario, para proceder realizar la autorización respectiva.
- c) Se informará vía telefónica el número de autorización emitida para entregar al usuario.
- d) En caso de que el usuario pertenezca a Plan Azul o Elegir se emitirá la ODA manualmente en un formulario que se utilizará únicamente para estos casos, en original y copia. El momento que se tenga el servicio ingresar al sistema.

Formato

- Formato de ODA para casos de contingencia.

5.20.2.Control Interno

- 1) Se evidencio que existen ODAS emitidas en el Centro Médico La Carolina el 11 de enero del 2008, que fueron ingresadas a fin de mes.

5.20.3.Recomendaciones

- 1) El personal responsable de la supervisión de las transacciones debe verificar diariamente los reportes del sistema con los documentos físicos.



Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- 1) Ecuasanitas S.A. es una empresa legalmente constituida en el País en el año 1978. Actualmente viene funcionando con la Matriz en Quito, Sucursales en Guayaquil, Cuenca, Riobamba, Ambato, Ibarra, Esmeraldas, Manta, Portoviejo y Santo Domingo.
- 2) El capital accionario de la Compañía es de US\$ 6.350.000, el mismo que

se encuentra integrado por el 81,77% es capital español, el 5,81 % es capital de la Clínica Internacional y el 12,42 % es capital ecuatoriano

- 3) La Misión y Visión de la empresa se encuentran bien definidas, y concuerdan con los objetivos que son claros, realizables en el corto y mediano plazo; sus políticas y estrategias están debidamente delineados y se han venido desarrollando con acciones coordinadas que han permitido cumplir con las metas. Los principios y valores han sido difundidos y comunicados a todo el personal, por tal razón existe compromiso del recurso humano con Ecuasanitas S.A.
- 4) Es evidente que la planificación estratégica se realiza con la participación de todos los estamentos de la Compañía. Una de las debilidades detectadas en la elaboración del FODA fue que, el crecimiento de usuarios hace imprescindible y urgente el cambio de la plataforma informática.
- 5) La empresa cuenta con directivas y procedimientos claros que permiten al personal conocer claramente sus funciones y su papel dentro de la Compañía, sin embargo existen procedimientos relacionados con productos nuevos que no están bien definidos.
- 6) El entorno macroeconómico y político del país ha sido hasta el momento favorable para el desarrollo de su actividad sin embargo de acuerdo a la situación política que se avizora podría representar una amenaza de acuerdo al proyecto de Constitución Política del estado, que sobre salud se está planteando.
- 7) La Compañía no dispone de un estudio de mercado lo cual dificulta el crecimiento de usuarios.

- 8) Ecuasanitas S.A. desarrolla su actividad dentro de un mercado cada vez más exigente, debido a que conoce el producto. Sus prestadores de servicios médicos cada vez hacen más conciencia de la tendencia hacia la desaparición de la consulta privada que les exige mejorar sus servicios. Los precios son competitivos en el mercado en relación a otras empresas de medicina prepagada, a pesar de que no cuenta con un estudio profundo de la competencia.
- 9) Se realizó un análisis de los procesos de la organización para validar la eficacia del control interno en los sistemas de Reembolsos y Autorizaciones Médicas. Los procesos se relacionaron con cada uno de los cinco componentes del Control Interno que contempla el informe COSO.
- 10) Se aplicó cuestionarios al personal del área de Servicios Médicos, obteniéndose información sobre debilidades en los procesos de Reembolsos, la misma que sirvió de base para el desarrollo de la presente tesis.
- 11) Como resultado del análisis de cada uno de los procesos sobre reembolsos y autorizaciones médicas que realizó la Compañía, se determinó la ausencia de capacitación al personal nuevo que labora en estas áreas.
- 12) La falta de un sistema informático actualizado no permite que los procesos sean oportunos y confiables, lo que influye en la demora del reembolso y afecta el costo médico de los servicios brindados por la empresa.

- 13) Con base a los resultados obtenidos en los cuestionarios efectuados a los empleados se pudo conocer que existían muchas debilidades y problemas en el proceso de reembolsos y autorizaciones médicas

6.2 Recomendaciones

- 1) De acuerdo a lo dispuesto por los Estatutos de la Compañía en vigencia en el Artículo primero La Compañía termina su vigencia en este año, recomendamos que los accionistas resuelvan modificar los Estatutos ampliando el plazo social de la organización.
- 2) La reestructura organizacional de Ecuasanitas S.A. debe dirigirse fundamentalmente al área que maneja el servicio médico en sus propios centros de salud que constituyen la razón de ser de la empresa. Para lo cual es necesario descentralizar la administración de los centros médicos, concediéndoles autonomía administrativa, bajo la dirección de un gerente que planifique, controle y tome decisiones en beneficio de la empresa, propicie resultados económicos relevantes y se comprometa con la responsabilidad social empresarial.
- 3) Ecuasanitas S.A. debe cumplir con los objetivos estratégicos formulados. Los objetivos estratégicos constituyen en la expresión de lo que la organización quiere alcanzar en un mediano y largo plazo, con el cumplimiento de la misión y la concreción de la visión. Los objetivos deben ser parte de todos los niveles de la organización y la Compañía deberá revisar para verificar si éstos son claros e inspiradores, además de ser conseguidos con productividad, calidad, eficiencia y economía. Ecuasanitas S.A. deberá alcanzarlos en modo directo a través de los objetivos de gestión y metas

- 4) Se recomienda el cambio de la plataforma informática a una versión más actualizada y especializada en medicina prepagada, servicios de salud y que tenga vinculación con los módulos administrativos financieros.
- 5) De manera previa el lanzamiento de un nuevo producto, la Compañía debe establecer los procedimientos necesarios y realizar las pruebas pertinentes para de esta forma mantener un adecuado control sobre los procesos que desarrollará.
- 6) En conocimiento de las disposiciones legales y reglamentarias en materia de salud, que puedan propiciar un efecto negativo en la Compañía, se debe preparar un plan de contingencia que permita realizar cambios necesarios para afrontar riesgos que puedan afectar la solvencia de Ecuasanitas S.A.
- 7) Es necesario realizar un estudio sobre la actividad principal de Ecuasanitas, para lo cual se requiere contratar una firma privada que determine su posición y sus posibilidades de expansión en base a las fortalezas que tiene la Compañía, como es su experiencia, infraestructura y recurso humano.
- 8) Se recomienda incorporar a los sistemas de control interno existentes, la parte de esta investigación rediseñada, con el propósito de fortalecer y mejorar el servicio al cliente logrando eficiencia, eficacia y economía de la Compañía.
- 9) La Compañía preparará un plan de capacitación en las áreas de servicios médicos, administrativa, financiera y operativa, con lo cual mejorará el desarrollo eficiente de sus actividades.

- 10) Es necesario que la Compañía desarrolle un sistema informático para el área de Servicios Médicos, el cual permitirá control e información oportuna para la toma de decisiones.

- 11) Se recomienda que se fortalezca el control interno y se defina las funciones de cada uno de los empleados que prestan sus servicios en estas áreas. Ecuasanitas requiere la reestructuración urgente del área médica.

CONTENIDO

ASPECTOS GENERALES.....	2
1 Antecedentes.....	2
2 Origen de la empresa.....	3

3 Base Legal de la Empresa.....	4
1.1. Marco Legal.....	4
4 Objetivo de la Empresa.....	7
5 Organigramas.....	7
1.6.1 Organigrama Estructural.....	10
1.6.1.1 Organigrama Estructural de la Gerencia Médica.....	11
1.6.1.2 Organigrama Posicional del área de Administración de Servicios Médicos y Reembolsos.....	12
1.6.2 Descripción de funciones personal área médica.....	13
1.6.2.1 Descripción de funciones del Gerente Médico.....	13
1.6.2.2 Descripción de funciones del Auditor Médico.....	13
1.6.2.3 Descripción de funciones de la Coordinadora de Reembolsos.....	14
1.6.2.4 Descripción de funciones de Asistente de Reembolsos.....	15
1.6.2.5 Descripción de funciones de Auxiliar de Reembolsos.....	16
1.6.2.6 Descripción de funciones de la Coordinadora de Servicios Médicos.....	17
1.6.2.7 Descripción de funciones de Asistente de Servicios Médicos.....	18
2.1. Matriz de análisis del entorno.....	20
2.2. Matriz de análisis organizacional.....	21
2.3. Misión.....	22
2.4. Visión.....	22
Concepto: La Visión es la capacidad de ver más allá, en tiempo y espacio y por encima de los demás; significa visualizar, ver con los ojos de la imaginación, en términos del resultado final que se pretende alcanzar.....	22
La Visión Es el sueño alcanzable a largo plazo, el futuro aspirado; debe incorporar tanto la Visión del usuario externo, como la del Interno. Debe ser alcanzable y real.....	22
2.5. Valores Corporativos.....	23
2.6. Objetivos.....	24
2.6.1. Objetivos Generales.....	24
2.6.2. Objetivos Funcionales Los objetivos funcionales nacen de los objetivos estratégicos que cada área se compromete a cumplir:.....	24
2.6.2.1. Mantenimiento de afiliados:.....	24
2.6.3. Objetivos administrativos.....	25
2.6.4. Objetivos de calidad.....	25
2.7. Políticas.....	25
2.7.1. Política de calidad de la empresa.....	26
2.8. Matriz de la Planificación Estratégica.....	26
2.9. Plan Estratégico del cambio de la plataforma informática.....	28
CAPITULO 3.....	30
3.1. Análisis Interno.....	30
3.1.1. Principales productos que comercializa.....	30
3.1.2. Plan Ambulatorio.....	31
3.1.3. Plan Hospitalario:	32
3.1.4. Plan Azul:	32
3.1.5. Plan Elegir:.....	32

3.1.6. Flujoograma macro de los principales procedimientos de Ecuasanitas S.A.....	35
3.1.7. Descripción general de los procesos de las diferentes áreas.....	40
3.1.7.1. Ventas	40
3.1.7.2. Afiliación clientes.....	40
3.1.7.3. Administración de Contrato	41
3.1.7.4. Post Venta	42
3.1.7.5. Facturación y recaudación	42
3.1.7.6. Administración de Servicios Médicos	43
3.1.7.7. Reembolsos	44
3.2. Análisis Externo.....	45
3.2.1. Influencias Macroeconómicas.....	45
3.2.1.1. Factor Político.....	45
3.2.1.2. Factor Económico.....	46
3.2.1.3. Factor Social.....	47
3.2.1.4. Factor Tecnológico.....	49
3.2.1.5. Factor Legal.....	49
3.2.2. Influencias Micro ambientales.....	51
3.2.2.1. Análisis de las cinco fuerzas de Porter	52
3.2.2.2. Clientes.....	54
3.2.2.3. Proveedores.....	54
3.2.2.4. Competencia.....	55
3.2.2.5. Precios.....	61
PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSO.....	62
PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSO 4.....	63
4.1. Antecedentes.....	63
4.2. Propuesta de un Sistema de Control Interno.....	64
4.3. Diagnóstico.....	64
4.4. Definiciones de Control Interno.....	64
4.4.1. Control Interno según informe COSO.....	64
4.4.2. Componentes del control interno según informe COSO	65
4.4.2.1. Ambiente de control.....	66
4.4.2.2. Valoración de riesgos	70
4.4.2.3. Actividades de control	73
4.4.2.4. Información y comunicación	73
4.4.2.5. Monitoreo.....	74
4.5. Clasificación del Control Interno.....	76
4.5.1. Administrativo.	76

4.5.2. Financiero.....	76
4.6. Principios Rectores del Control Interno.....	77
Los componentes que rigen el proceso del control interno son:.....	77
4.6.1. Segregación de funciones.....	77
4.6.2. Autocontrol.....	78
4.6.3. De arriba hacia abajo.....	78
4.6.4. El tono desde lo alto.....	79
Es fundamentalmente de carácter ético que se convierte en algo forzoso de cumplimiento vía estrategias, planes o en últimas, por mecanismos de carácter legal.....	79
4.6.5. Costo menor que beneficio.....	80
4.6.6. Eficacia.....	80
4.6.7. Confiabilidad.....	80
4.6.8. Documentación.....	81
4.7. Métodos utilizados para evaluar el sistema del Control Interno de Autorización de Servicios Médicos y Reembolsos.....	82
4.7.1. Evaluación del Control Interno por el Método Narrativo.....	82
4.7.1.1. Evaluación de los procesos de Ecuasanitas S.A.....	82
4.7.1.2. Propuesta para un Rediseño de los procesos de Reembolsos y Autorizaciones Médicas.....	85
4.7.2. Diagramas de flujo del control interno.....	87
4.7.2.1. Símbolos que se utilizan en un flujo grama.....	89
4.7.3. Procedimientos.....	91
4.7.3.1. Proceso.....	91
El proceso es la secuencia de pasos sistemáticos y ordenados para la realización de una tarea.....	91
4.7.3.2. Procedimiento de Producto no conforme de Servicios Médicos.....	93
4.7.4. Cuestionarios.....	95
4.7.4.1. Cuestionario de Evaluación del Control Interno en los procesos de Reembolsos.....	96
4.7.4.2. Cuestionario de Evaluación del Control Interno en los procesos de Autorizaciones Médicas.....	100
4.7.4.3. Comentario.....	101
4.7.5. Medición del riesgo de control.....	101
4.7.5.1. Riesgo Inherente.....	102
4.7.5.2. Riesgo de Control.....	102
4.7.5.3. Riesgo de Detección.....	104
4.7.5.4. Riesgo de Auditoría.....	104
4.8. Resultados del cuestionario realizado al personal de Reembolsos y Autorización de Servicios Médicos sobre los procesos del Control Interno.....	105
4.9. Ventajas de la implementación del sistema de control interno en autorización de servicio médico y reembolsos.....	109
4.10. Desventajas de la implementación del sistema de control interno.....	110
4.11. Evaluación continúa en Autorizaciones de Servicios Médicos y Reembolsos.....	110
4.12. Resultados del Rediseño del Sistema de Control Interno.....	111
4.13. Estadística del comportamiento del costo médico desde el año 2000 al 2007:.....	112

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUIASANITAS S.A.....	115
APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS EN ECUIASANITAS S.A.....	117
CAPITULO 5.....	117
5.1. Introducción.....	117
5.2. Reembolsos.....	117
5.2.1. Procesos Generales.....	117
5.2.2. Flujograma de Reembolsos.....	121
5.2.3. Descripción de Actividades Generales de Reembolsos.....	126
5.3. Reembolsos Inmediatos.....	129
5.3.1. Flujograma de Reembolsos Inmediatos.....	129
5.3.2. Descripción de Actividades de Reembolsos Inmediatos.....	131
5.3.3. Control Interno.....	135
5.3.4. Recomendaciones.....	136
5.4. Reembolsos Diferidos.....	138
5.4.1. Flujograma de Reembolsos Diferidos.....	138
5.4.2. Descripción de Actividades de Reembolsos Diferidos.....	140
5.4.3. Control Interno.....	142
5.4.4. Recomendaciones.....	142
5.5. Reembolsos por Accidente de Tránsito, Laboral, Asalto y Motín.....	144
5.5.1. Flujograma.....	144
5.5.2. Descripción de Actividades.....	147
5.5.3. Control Interno.....	148
5.5.4. Recomendaciones.....	148
5.6. Reembolso de Medicamentos.....	148
5.6.1. Descripción de Actividades.....	148
5.6.2. Control Interno.....	149
5.6.3. Recomendaciones.....	150
5.7. Proceso de Reembolsos Adicionales.....	152
5.7.1. Proceso para Coordinación de Beneficios complementarios.....	152
1) Descripción de actividades	152
5.7.2. Control Interno.....	153
5.8. Proceso para Aplicación de Condiciones Especiales.....	153
5.8.1. Descripción de actividades	153
5.8.2. Control Interno.....	153
5.8.3. Recomendaciones.....	153
5.9. Proceso para períodos de incapacidad.....	154

5.9.1. Descripción de actividades	154
5.9.2. Control Interno.....	154
5.10. Proceso para aplicación de deducibles en reembolsos.....	154
5.10.1. Descripción de actividades	154
5.10.2. Tipos de deducible	155
5.10.3. Control Interno.....	156
5.10.4. Recomendaciones.....	156
5.11. Proceso de reembolsos a través de Pronto Sanitas.....	156
5.11.1. Descripción de actividades	157
5.11.2. Control Interno.....	158
5.12. Proceso para Fondo Fijo de Reembolsos Inmediatos.....	159
5.12.1. Flujograma.....	159
5.12.2. Descripción de actividades	160
5.12.3. Control Interno.....	161
5.12.4. Recomendaciones.....	162
5.13. Proceso de Devolución de Valores.....	163
5.13.1. Flujograma.....	163
5.13.2. Descripción de actividades	166
5.13.3. Control Interno.....	168
5.13.4. Recomendaciones.....	168
5.14. Procedimiento para Administración de Servicios Médicos. Autorización de Servicios Médicos.....	169
5.14.1. Flujograma de Servicios Médicos.....	169
5.14.2. Descripción de Actividades.....	174
5.14.3. Control Interno.....	178
5.14.4. Recomendaciones:.....	178
5.15. Proceso para servicios médicos negados.....	178
5.15.1. Descripción de actividades	179
5.15.2. Control Interno.....	181
5.16. Proceso para crédito hospitalario.....	181
5.16.1. Descripción de actividades	181
5.16.2. Control Interno.....	182
5.17. Proceso para transferencia de pacientes.....	183
5.17.1. Descripción de Actividades.....	183
5.17.2. Transferencias definitivas.....	184
5.17.3. Transferencias Temporales.....	185
5.18. Proceso para la emisión de "ODAS" en el Plan Elegir.....	187
5.18.1. Descripción de actividades	187
5.18.2. Tarifario	189
5.18.3. Control Interno.....	190
5.18.4. Recomendaciones.....	191
5.19. Proceso de "ODAS" preimpresas en el Plan Elegir para contratos VIP.....	191
5.19.1. Descripción de actividades.....	191

5.19.2. Control Interno.....	193
5.20. Proceso de Contingencia por falta de energía eléctrica, sistemas o datos no procesados.....	193
5.20.1. Descripción de Actividades.....	194
5.20.2. Control Interno.....	195
5.20.3. Recomendaciones.....	195
6.1 Conclusiones.....	196
6.2 Recomendaciones.....	199