

IDENTIFICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD



LUIS ORLANDO ORTIZ IBÁÑEZ

Primera Edición



UNIVERSIDAD ALCALÁ DE HENARES
ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
MAESTRÍA EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD



MADRID - ESPAÑA, 2005.

IDENTIFICACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

LUIS ORLANDO ORTIZ IBÁÑEZ

**Monografía presentada como requisito para optar al título de
MAGÍSTER EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Madrid - España, Noviembre de 2005.



Luis Orlando Ortiz Ibáñez¹
luisortizi@hotmail.com

Especialista en la planeación, organización, dirección y evaluación de servicios de salud, especialmente en la gestión de unidades de servicios, y planes de negocios.

Posee una experiencia profesional de más de 14 años en los niveles asesor y directivo con importantes empresas del sector público y privado como Entes territoriales, Instituciones prestadoras de salud, empresas del sector financiero y aseguradores de servicios de salud sector en el cual ha gestionado muchos proyectos en el campo de la protección social.

Actualmente se desempeña como asesor y consultor de importantes instituciones de la región y labora

¹ Economista, Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, Universidad Alcalá de Henares, España – Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Responsabilidad Legal Medica y de Instituciones de Salud; Diplomado en Auditoria de Servicios de Salud. En la actualidad es el Gerente de la firma AyGes Consultoría S.A. Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Especialista en Gerencia en Salud; Especialista en Responsabilidad Legal Medica y de Instituciones de Salud; Diplomado en Auditoria de Servicios de Salud.

como Gerente Administrativo de la Firma de Asesoría y Consultoría AyGes S.A. empresa que presta servicios en toda la Costa Caribe Colombiana.

PRESENTACION

La evolución del sistema de seguridad social en salud en Colombia ha sido marcada con la implementación de la Ley 100 de 1993, a partir de la cual el modelo de operación del sistema acogió la participación activa y mayoritariamente de los prestadores y aseguradores privados en un contexto floreciente de la globalización económica.

Pensar en un sistema de aseguramiento de los riesgos en salud de la población mediante la delegación de la administración de los recursos, como inicialmente fue planteado, ha introducido un enfoque de negocios en un sector básico y tan sensible como es la salud de más de 44 millones de colombianos. En este nuevo orden doméstico, y bajo la influencia determinante de una economía de mercado, garantizar un equilibrio racional entre el negocio del asegurador y sus accionistas, que maneja los recursos del sistema, y los intereses y necesidades de los afiliados al sistema, los que se enferman y mueren, es una tarea que tarde o temprano desbordará cíclicamente el control del estado, condenando a este sistema a la constante reglamentación y ajuste.

Con este enfoque del negocio del aseguramiento, he considerado como fundamental el hecho de ponerse de acuerdo en lo que debe ser el aseguramiento a partir de la conciencia colectiva de los riesgos de la operación y administración de los recursos y gestión de los servicios, perspectiva a partir de la cual se pueda construir de manera concensuada las líneas de responsabilidad compartida que intente conciliar la gestión de una oferta marcada por el interés comercial y una demanda de servicios cargada de expectativas sociales reivindicativas, refiriéndonos a más del 70% de la población en condiciones de pobreza.

La identificación del mapa de riesgos del negocio del aseguramiento del régimen subsidiado de salud es un tema muy sensible, que desde el punto de vista del asegurador puede llegar a ser una valiosa herramienta para mejorar la gestión del negocio y una oportunidad de aproximarse al objetivo asistencial del sistema, desde la perspectiva del gobierno puede ser un referente clave de valoración y evaluación real del modelo empresarial que permita dimensionar con mayor claridad la estructura de los ajustes requeridos y el esquema de controles necesarios en la operación del sistema.

Cuando iniciamos este trabajo tomamos como referente generico el marco de operación de la empresa Cajacopi, ARS habilitada con más de 300 mil afiliados a nivel nacional, en la medida de avance de la investigación comprendimos que la homogeneidad de este tipo de empresas nos permitía proponer este ejercicio como herramienta de valoración aplicable a todos los aseguradores del país, de manera que así lo hemos hecho.

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACION	5
INTRODUCCIÓN	13
CONSIDERACIONES PREVIAS	16
EL SISTEMA COLOMBIANO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	16
LAS AUTORIDADES DEL SECTOR	18
EL RÉGIMEN SUBSIDIADO	19
CAPITULO PRIMERO	21
GENERALIDADES DEL ESTUDIO	21
1.1 ANTECEDENTES	21
1.2 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	23
1.3 EVOLUCIÓN DEL SISTEMA	24
1.3.1 MARCO LEGAL	26
1.3.2 CRECIMIENTO DEL ASEGURAMIENTO	30
1.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	34
1.4 IMPACTO DE LAS REFORMAS	35
1.5 CONDICIONES TRANSITORIAS DEL MERCADO	37
1.5.1 EL MERCADO DE ALTO COSTO	37
1.5.2 EL FLUJO DE LOS RECURSOS	40
1.6 EL NUEVO PAPEL DE LOS ASEGURADORES	43
1.6.1 FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	44
1.6.1.1 REINGENIERÍA DE LOS PROCESOS	44
1.6.1.2 AJUSTE A LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	44
1.6.1.3 INFRAESTRUCTURA FÍSICA	45
1.6.1.4 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	45
1.6.2 EL NUEVO ROL DE LAS ARS	45

CAPITULO SEGUNDO	47
DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO DEL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS EN SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO COLOMBIANO.....	47
2.1 MARCO VALORATIVO DEL ASEGURAMIENTO COMO NEGOCIO	47
2.1.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA OPERACIÓN.....	47
2.1.2 ENFOQUE ÉTICO DEL NEGOCIO.....	50
2.2 RESPONSABILIDADES DEL ASEGURAMIENTO.....	51
2.2.1 RESPONSABILIDADES CONTRACTUALES.....	52
2.2.2 EL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO	56
2.2.2.1 OBJETO DEL CONTRATO.....	56
2.2.2.2 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	57
2.2.3 EL ASEGURAMIENTO DEL RIESGO	61
2.2.3.1 CONDICIONES BÁSICAS PARA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.	62
2.3 EL MAPA DE PROCESOS	63
2.3.1 PROCESOS BÁSICOS.....	64
2.3.2 PROCESOS DE APOYO	64
2.3.3 PROCESOS DE ALTA DIRECCIÓN.....	65
CAPITULO TERCERO	67
EL PERFIL DE RIESGOS EN EL NEGOCIO DEL ASEGURAMIENTO	67
3.1 MARCO CONCEPTUAL	67
3.2 LOS RIESGOS DEL NEGOCIO	68
3.3 IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES POR PROCESOS	69
3.3.1 PROCESOS BÁSICOS.....	69
3.3.1.1 MERCADERO.....	69
3.3.1.2 ASEGURAMIENTO.....	70
3.3.1.3 SERVICIOS	70
3.3.2 PROCESOS DE APOYO	71
3.3.2.1 ADMINISTRATIVOS	71
3.3.2.2 FINANCIEROS.....	72
3.3.3 PROCESOS DE ALTA DIRECCIÓN.....	73

3.3.3.1	GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN.....	73
3.3.3.2	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	73
CAPITULO CUARTO		74
MAPA DE RIESGOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS EN SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO		74
4.1	ÁREAS CRÍTICAS Y FACTORES DE RIESGOS.....	74
4.2	MERCADEO Y ASEGURAMIENTO.....	75
4.2.1	MERCADEO	75
4.2.2	CONTRATACIÓN ENTES TERRITORIALES	75
4.2.4	INTERVENTORÍA DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO	76
4.3	SERVICIOS ASISTENCIALES	76
4.3.1	CONTRATACIÓN RED DE SERVICIOS	76
4.3.2	INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL AFILIADO	77
4.3.3	PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	77
4.3.4	AUTORIZACIONES	77
4.3.5	REFERENCIA DE PACIENTES	78
4.3.6	AUDITORIA MEDICA.....	78
4.4	ADMINISTRATIVOS.....	79
4.4.1	RECURSOS FÍSICOS	79
4.4.2	RECURSOS HUMANOS	80
4.4.3	SERVICIOS GENERALES.....	81
4.5	FINANCIEROS	81
4.5.1	CUENTAS POR COBRAR	81
4.5.2	CUENTAS POR PAGAR	82
4.5.3	CONTABILIDAD.....	82
4.5.4	PRESUPUESTO	83
4.5.5	CAJA.....	83
4.5.6	PLANEACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA	84
4.6	GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN.....	84
4.6.1	PLANEACIÓN	84
4.6.2	ESTUDIOS Y PROYECTOS	85

4.6.3	TOMA DE DECISIONES	85
4.7	MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA	85
4.7.1	AUDITORIA.....	85
4.7.2	ACCIONES DE MEJORA	86
4.7.3	CONTROL DEL SERVICIO.....	86
4.7.4	CONTROL A PROCESOS.....	87
4.7.5	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	87
4.7.6	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.....	87
CAPITULO QUINTO.....		88
GESTIÓN DE RIESGOS.....		88
5.1	MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN	88
5.1.1	ESCALA DE VALORACIÓN Y PONDERACIÓN	89
5.1.1.1	CRITERIOS DE VALORACIÓN.....	89
5.1.1.2	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	90
5.2	MATRIZ DE EVALUACIÓN Y PONDERACIÓN DE LOS RIESGOS	93
5.3	PLANES DE ACCIÓN.....	104
5.4	INSTRUMENTOS DE GESTIÓN.....	105
5.4.1	APLICACIÓN DE LA MATRIZ DE EVALUACIÓN Y PONDERACIÓN DE RIESGOS	105
5.5	MATRIZ DE EVALUACIÓN Y CONTROL.....	117
5.6	RECOMENDACIONES GENERALES	121
CONCLUSIONES.....		123
BIBLIOGRAFÍA.....		127

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ASEGURADOR.	31
Tabla 2. CRECIMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.	32
Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS EN LAS ARS.....	74
Tabla 4. FACTORES DE RIESGO MERCADEO.	75
Tabla 5. FACTORES DE RIESGO CONTRATACION ENTES TERRITORIALES.	75
Tabla 6. FACTORES DE RIESGO AFILIACION.....	75
Tabla 7. FACTORES DE RIESGO INTERVENTORIA ASEGURAMIENTO.	76
Tabla 8. FACTORES DE RIESGO CONTRATOS RED DE SERVICIOS.....	76
Tabla 9. FACTORES DE RIESGO INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO.	77
Tabla 10. FACTORES DE RIESGO PLANEACION DE LOS SERVICIOS.	77
Tabla 11. FACTORES DE RIESGO AUTORIZACIONES.....	77
Tabla 12. FACTORES DE RIESGO REFERENCIA DE PACIENTES.	78
Tabla 13. FACTORES DE RIESGO AUDITORIA MEDICA.....	78
Tabla 14. FACTORES DE RIESGO RECURSOS FISICOS.	79
Tabla 15. FACTORES DE RIESGO RECURSOS HUMANOS.....	80
Tabla 16. FACTORES DE RIESGO SERVICIOS GENERALES.....	81
Tabla 17. FACTORES DE RIESGO CUENTAS POR COBRAR.	81
Tabla 18. FACTORES DE RIESGO CUENTAS POR PAGAR.	82
Tabla 19. FACTORES DE RIESGO CONTABILIDAD.....	82
Tabla 20. FACTORES DE RIESGO PRESUPUESTO.	83
Tabla 21. FACTORES DE RIESGO CAJA.....	83
Tabla 22. FACTORES DE RIESGO PLANEACION Y GESTION FINANCIERA.	84
Tabla 23. FACTORES DE RIESGO PLANEACION.	84
Tabla 24. FACTORES DE RIESGO ESTUDIOS Y PROYECTOS.	85
Tabla 25. FACTORES DE RIESGO TOMA DE DECISIONES.	85
Tabla 26. FACTORES DE RIESGO AUDITORIA.....	85
Tabla 27. ACTORES DE RIESGO ACCIONES DE MEJORA.....	86
Tabla 28. FACTORES DE RIESGO CONTROL DEL SERVICIO.....	86
Tabla 29. FACTORES DE RIESGO CONTROL A PROCESOS.....	87
Tabla 30. FACTORES DE RIESGO CONTROL DE DOCUMENTOS.....	87
Tabla 31. FACTORES DE RIESGO MEDICION DE LA SATISFACCION.....	87
Tabla 32. MAPA DE RIESGOS DEL NEGOCIO DEL ASEGURAMIENTO	94
Tabla 33. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA DE ASEGURAMIENTO.	106
Tabla 34. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA DE SERVICIOS ASISTENCIALES. ...	107
Tabla 35. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA ADMINISTRATIVA.	110
Tabla 36. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA FINANCIERA.....	112
Tabla 37. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA GESTION DE LA DIRECCION.	114
Tabla 38. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA MEDICION ANALISIS Y MEJORA...	115
Tabla 39. MATRIZ DE EVALUACIÓN Y CONTROL.	120

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Crecimiento del Aseguramiento RS: Ampliaciones de cobertura.....	33
Gráfico 2. Comportamiento de la tendencia de las ampliaciones de cobertura RS.....	34
Gráfico 3. Mapa de Responsabilidades de la Contratacion del Régimen Subsidiado.....	54
Gráfico 4. Mapa de Procesos Basico del Regimen Subsidiado.....	66
Gráfico 5. Escala de valoración y ponderación de los riesgos del negocio.....	92

INTRODUCCIÓN

Las Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud manejan un importante volumen de recursos, no significa esto que tengan una alta tasa de rentabilidad financiera, como tampoco el hecho de que sus estados financieros muestren un punto de equilibrio o ahorros operacionales, significa que tenga niveles óptimos de eficiencia en la administración de los recursos del aseguramiento en salud. Estas apreciaciones son muy importantes en el contexto de la administración del negocio, y punto de partida para entender la naturaleza del modelo de aseguramiento de los riesgos en salud.

Existen varias implicaciones del entorno en la operación del negocio. La primera tiene que ver con la posición del asegurador como contratista del Estado colombiano y por lo tanto la condición de servidores públicos frente al proceso de inspección, vigilancia y control en el desarrollo de su objeto empresarial y las responsabilidades que en materia civil, administrativa, penal, fiscal y disciplinaria que deben asumir, tanto los funcionarios de las aseguradoras (ARS) como sus órganos directivos, tornando aun más complejo el escenario natural de un negocio que debe garantizar un servicio publico vital y un derecho constitucional del ciudadano.

La otra implicación importante viene de la mano con la llamada segunda generación de las reformas al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), que han creado un escenario de gran presión y extrema vigilancia en la administración de los recursos del aseguramiento de la salud subsidiada; la regulación y disminución de los recursos destinados al financiamiento de los gastos

administrativos² desincentiva la inversión en el negocio por cuanto no muestra márgenes de rentabilidad frente a la gran responsabilidad del servicio.

Frente a esta situación a las ARS que operan el sistema solo les quedan dos opciones; o se ajustan a este requerimiento con mayor eficiencia o simplemente abandonan el negocio. Cabe destacar que de las 47 ARS que administran los recursos del sistema, cerca del 80% de ellas se dedica exclusivamente a la explotación y operación del régimen subsidiado.

Los grandes cuestionamientos que ha tenido en el último año la administración de los recursos del régimen subsidiado junto a la avalancha de sanciones, denuncias e investigaciones que afrontan la mayoría de las ARS, no son más que evidencias de la vulnerabilidad que en este momento enfrenta el sector. Frente a los procesos eleccionarios, estas situaciones críticas se tornan más complejas, de manera que cada vez más deben ser tenidas en cuenta para enfrentar un escenario mucho más delicado que será tema y condición ineludible durante un tiempo considerable en nuestro sistema sanitario para los aseguradores que decidan permanecer en el negocio.

Es claro entonces que todas las aseguradoras deberán enfrentar este mercado donde las empresas que cumpliendo las condiciones y estándares de calidad para garantizar la administración del aseguramiento en salud de sus afiliados, además de demostrar gran capacidad administrativa y eficiencia técnica de manera que la administración del negocio, de un lado, no vulnere la calidad del servicio y por el contrario se convierta esta relación en un motor que jalone la calidad de vida del ciudadano, permitiendo la sobrevivencia y autosuficiencia empresarial.

La prevención es el mejor indicador de madurez empresarial que refleja la organización administrativa, la eficiencia en el manejo de los recursos, la calidad de

² Desde su operación se ha pasado del 15% al 8% sobre el total de la UPC-S contratada

los servicios y la satisfacción de nuestros clientes. Este estudio pretende constituir una importante herramienta de gestión para asegurar bajo la legitimidad y legalidad en el desarrollo de las actividades empresariales de los aseguradores del régimen subsidiado, su supervivencia que desde una perspectiva estratégica, identifique y valore los riesgos inherentes en cada uno de los procesos de la administración del aseguramiento para que puedan ser ajustados a las normas vigentes que regulan la operación de este negocio en Colombia. Para ello, hemos levantado el mapa de riesgos empresarial que identifica los factores de riesgo por cada área y procesos del asegurador, esperando que todas las debilidades que aquí se desnudan puedan ser atendidas con gran responsabilidad, ética y oportunidad, por los costos financieros, sociales e industriales que representan para cualquier asegurador y para el sector mismo.

CONSIDERACIONES PREVIAS

EL SISTEMA COLOMBIANO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El actual sistema colombiano general de seguridad social en salud, es un modelo relativamente nuevo que con menos de 10 años de implementación se encuentra en su segundo proceso de ajuste y depuración.

Este modelo de aseguramiento se encuentra segmentado en un sistema o régimen contributivo donde se atienden los riesgos de la población con capacidad de pago dependiente o independiente a través de unos aseguradores llamados empresas promotoras de salud (EPS) las cuales son de carácter público y privado, y se financia de las cotizaciones de empleadores y trabajadores con un factor de compensación a través de un fondo de solidaridad y garantías denominado el FOSYGA.

Para la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago se tienen dos sistemas de atención; el primero es un subsidio a la demanda o régimen subsidiado por medio del cual, previo registro y clasificación del nivel de vulnerabilidad a través de un instrumento denominado SISBEN, se afilia y carnetiza a la población priorizada con mayores niveles de pobreza y se contratan paquetes de asegurados a las aseguradoras que reciben el nombre de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Estos subsidios también son financiados por el FOSYGA que recibe fondos del presupuesto nacional, del régimen subsidiado y de otros impuestos. El segundo sistema de atención para esta población se da a las personas vinculadas al sistema que o bien no hayan sido incluidos en la base de datos del SISBEN, o estando censados no alcancen los niveles de pobreza

establecidos para ser beneficiarios de subsidios. Para estos casos se tienen los subsidios a la oferta que son los recursos que se incorporan a los presupuestos de los entes territoriales para el financiamiento de la red hospitalaria pública, con estos recursos deberán atender y garantizar la prestación de servicios a cambio del reconocimiento de una cuota de recuperación muy baja para cofinanciar el sistema.

Existen además unos regímenes especiales que han venido en un proceso de desmonte, en estos regímenes se encuentran: El Congreso de la República, la Policía Nacional, el Ejército Nacional y los Docentes entre otras empresas oficiales como ECOPETROL.

En todos los casos existe un Plan de Beneficios que son los servicios a los cuales cada grupo de población tiene derecho, este se denomina el Plan Obligatorio de Salud (POS) que tiene una cobertura de servicios en los cuatro niveles de atención e incluye la entrega de medicamentos.

Los aseguradores se encargan de garantizar el acceso, la suficiencia y la oportunidad de los servicios establecidos para cada régimen en las condiciones de calidad establecidas por las autoridades del sector y para ello reciben un porcentaje del valor del aseguramiento denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estas UPC tienen una destinación específica, en el régimen contributivo; el 85% es para atender los costos del servicio, mientras que el 15% es utilizado por la EPS para pagar los gastos de la administración y lograr sus márgenes de utilidad de la operación del negocio, igual ocurre en el régimen subsidiado siendo la relación 92% y 8% respectivamente con un grado de riesgos en salud mucho más alto, con una UPC inferior en más de un 40% con relación al contributivo.

La prestación de los servicios se garantiza a través de la articulación de las redes de servicios, proceso mediante el cual los aseguradores contratan a instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicos o privados que son las clínicas, hospitales,

centros de atención y profesionales independientes debidamente habilitados y acreditados para ejercer. Muchos de los aseguradores poseen su propia infraestructura con la cual obtienen una utilidad adicional al aseguramiento por la prestación de los servicios. En el régimen subsidiado, la normatividad colombiana ha establecido la obligación de contratar como mínimo entre el 40% y el 50% de la UPC con los hospitales públicos.

LAS AUTORIDADES DEL SECTOR

El Ministerio de la Protección Social es el ente nacional encargado de la administración de la cartera de salud, con el comparten la responsabilidad el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que es el órgano legislador encargado de definir las políticas de desarrollo y ajuste del sector por medio de acuerdos y es un organismo de participación nacional donde toman asiento todos los representantes del sistema, usuarios, prestadores, profesionales y el Gobierno, entre otros.

Otra instancia relevante adscrita al Ministerio de la Protección Social, es la Superintendencia Nacional de Salud que como órgano nacional esta encargado de ejercer la inspección, vigilancia y control del sistema, a través de sus resoluciones y circulares que armonizan la operación del sistema.

A nivel territorial y de acuerdo al grado de competencias los Departamentos, Distritos y Municipios con sus Gobernadores y Alcaldes y éstos con sus Secretarios de Salud, son los responsables de garantizar la aplicación de las políticas y normas del sector, así como la de ejercer la Interventoría de los contratos de aseguramiento en los casos del régimen subsidiado. En esta instancia funcionan los llamados consejos territoriales de salud, que son las comisiones de

participación local y regional encargados del proceso de planeación y articulación consensuada de las políticas nacionales en materia de salud pública.

EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

En la actualidad, el régimen subsidiado de salud tiene asegurado a más de 15 millones de afiliados lo cual representa más del 34% del total de la población colombiana administrando recursos públicos del orden de los tres billones de pesos con los cuales se contratan las redes de servicios y garantiza la entrega de medicamentos.

Muy a pesar de la gran importancia que tienen las ARS en el sistema, en materia de cobertura de servicios, administración de recursos y contratación de redes, es poca la motivación que se genera hacia la investigación y formulación de modelos de administración de este gigantesco negocio del aseguramiento. Se encuentran estudios descriptivos que tocan aspectos financieros, e inclusive resultados epidemiológicos, pero poco se refieren a las técnicas de administración de un sector tan representativo para nuestra economía nacional y de gran impacto social.

Recientemente el Ministerio de la Protección Social terminó y publicó un importante documento producto de su programa apoyo a la reforma del régimen subsidiado, el cual es un manual de administración de los recursos y los servicios desde el enfoque contratante de los entes territoriales, aquí se contiene importante información para ejercer los procesos de inspección, vigilancia y control del régimen, muy orientado especialmente a la interventoría de los contratos. Este estudio fue acompañado con una capacitación intensiva a los alcaldes y secretarios de salud municipal encargados del proceso de Interventoría y seguimiento de los contratos de aseguramiento a las ARS.

La aproximación más cercana al proceso de la administración del riesgo desde la perspectiva del autor, estriba no solo en los parámetros de referencia que han establecido los entes territoriales, sino la armonización y coordinación de los factores de riesgos en la operación del negocio por parte del asegurador. Este no deja de ser un factor clave para lograr verdaderamente un desarrollo significativo en el sistema, como avance que lleve consigo la eficiencia en la administración de la mano de mejores niveles salubridad y calidad de vida de la población afiliada.

Es necesario entonces conocer las entrañas de este negocio, pensar como asegurador, identificar sus riesgos de administración, como ejercicio complementario para determinar las políticas y planes de acción mas costos efectivos acordes con el objetivo nacional en materia de cobertura y calidad. Desde el punto de vista de los aseguradores, conocer técnicamente sus riesgos del negocio les permitirá formular acciones de mayor cobertura y políticas adecuadas para la asignación de recursos mediante planes de acción por grupos de riesgos.

No cabe la menor duda que el mapa de riesgos se constituye en una importante herramienta de gestión de obligada utilización en este nuevo contexto de la seguridad social en salud de Colombia.

CAPITULO PRIMERO GENERALIDADES DEL ESTUDIO

1.1 ANTECEDENTES

Hoy por hoy, estamos viviendo la segunda generación de las reformas en el sistema general de seguridad social en salud, y muy específicamente con relación al Régimen Subsidiado compete tocar esta base normativa por que el enfoque que se imprime al modelo de aseguramiento en salud se ha definido a partir del Decreto 2309, el Acuerdo 244, los Decretos 515, 506 y la Resolución 581, bases que introducen los ajustes necesarios para que el modelo se dimensione eficientemente hacia la administración de los riesgos. Esto significa expresamente que el objeto social de las ARS antes orientado, mas a la administración de los recursos, se enrutena hacia la gestión de los riesgos en salud.

En este nuevo escenario, el área de servicios de una ARS, debe disponer de todos los mecanismos que minimicen los riesgos de morbilidad y mortalidad de su población, pues solo a través de este enfoque de gestión se logra romper la intermediación natural que ejercen directamente las actuales ARS, así como los altos niveles de ineficiencia y corrupción en la administración de recursos y servicios con el deterioro de la calidad de vida de los afiliados. El peso de la carga de los servicios asistenciales ha pasado a lo largo de la existencia del sistema del 85% al 92% del presupuesto, lo que significa que el 92% de los ingresos está destinado específicamente para atender los siniestros en salud. Queda claro que desde el área administrativa o financiera con una disponibilidad de recursos del 8% no se controlan costos sin lesionar el sistema de atención al usuario, con la posibilidad incluso de vulnerar los derechos del afiliado como consecuencia de afectar las condiciones de equidad, acceso, oportunidad y calidad de los servicios,

dado que son los mecanismos más fáciles de aplicar para lograr ahorros operativos desde las áreas de apoyo y es lo que han venido haciendo las ARS como intermediadores.

Procesos como el mercadeo y la contratación del aseguramiento sin el cumplimiento de requisitos de forma ponen en riesgo la estabilidad de los recursos y la posibilidad de enfrentar sanciones económicas pecuniarias con cargo al 8% de administración, además de las penales y hasta disciplinarias. Otras situaciones como la falta de información específica y detallada en la gestión de servicios llega a ser preocupante, ya que los procesos de Promoción y Prevención, SIAU y Auditoría no están articulándose para la identificación y control de riesgos que soporte la toma de decisiones en la administración de los costos del servicio (92%) con un enfoque que tenga como punto de partida la demanda sentida y asistida de la población potencialmente usuaria y la usuaria consumidora de servicios.

Finalmente en el desarrollo del proceso de prestación de servicios resulta preocupante la calidad de la información financiera de estos recursos públicos, y consecuentemente la calidad de los soportes contables que en un momento dado pueden llegar a estar sustentando operaciones ilegales y corruptas que van desde la desviación de recursos hasta la apropiación indebida y el enriquecimiento ilícito. Todas estas anteriores situaciones deben ser identificadas y corregidas inmediatamente por el asegurador para evitar consecuencias que comprometan la responsabilidad de la empresa, de su representante legal y de los funcionarios de manejo y control así como a todos y cada uno de los miembros de los órganos directivos.

1.2 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El actual sistema general de seguridad social implantado por la Ley 100 de 1993 con base en la Constitución Política Colombiana de 1991, ha tenido una rápida evolución a lo largo de sus 10 años de puesta en marcha que podemos dividirla para el análisis en dos fases, la primera desde sus inicios hasta la reforma del sistema con la expedición del Decreto 1804 de 1999 y el Decreto 882 de 1998. La segunda fase a considerar desde el punto anterior y el segundo ajuste con los Decretos 2309 del 2002, Decreto 050, y el Acuerdo 244 del 2003 y los recientes Decreto 515, Resolución 518 del 2004 y Decreto 506 del 2005.

Durante todo este tiempo, en Colombia mucho se ha hablado de la administración del régimen subsidiado de salud como modelo de administración de recursos y de riesgos, pero de sus condiciones formales de organización y administración del negocio del aseguramiento como tal muy poco es lo que existe documentado. De hecho, la información que se puede consultar en el medio a través de fuentes secundarias es muy escasa; al respecto autores como Iván Jaramillo como pocos, ha intentado describir la naturaleza financiera del negocio, otros como Eduardo Alvarado, Julio Orozco y Willis Simancas, en su momento publicaron importante información sobre la descripción y operación legal del negocio del aseguramiento con un enfoque espacial enmarcado en la primera mitad de la evolución del sistema, pero que simultáneamente se constituyeron en libros de consulta obligada como manual de las ARS y los entes territoriales.

En este mismo espacio temporal, la Universidad Nacional de Colombia realizó y publicó el estudio descriptivo más importante y profundo que se ha realizado del sistema titulado "*Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y Organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, Aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado*", estudio relacionado con la

evolución y el diagnóstico del régimen subsidiado, proponiendo importantes reformas al sistema para ajustar las desviaciones y los errores que se venían presentando y alinearlos con la esencia primaria colgada en nuestra Constitución Política, que efectivamente ha sido la base de la segunda fase de evolución. Este estudio ha sido y seguirá siendo por mucho tiempo un documento de consulta obligada para conocer las entrañas de este modelo de aseguramiento.

Resulta claro entonces dos aspectos: El sistema ha venido evolucionando durante los últimos 10 años hacia el fortalecimiento financiero y viabilidad del sistema con un enfoque hacia el usuario, pero muy poco se ha publicado, relacionado con la segunda generación de reformas que han dado la actual consistencia operativa del régimen subsidiado tendiente al control y administración eficiente de los recursos con un enfoque hacia la accesibilidad y oportunidad de los servicios y mejoramiento de la cobertura de subsidios a nivel nacional. Aquí la importancia de este análisis que pretende ubicarse, desde las entrañas de los aseguradores, como una herramienta sencilla para valorar la sensibilidad de las operaciones del negocio para contribuir a la toma oportuna de decisiones que encuadre ahora los objetivos de este nuevo enfoque del sistema con los intereses del asegurador en el contexto ético de la eficiencia y la calidad de los servicios, para garantizar la estabilidad y continuidad del negocio.

1.3. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA

Tal como se ha venido describiendo, la evolución del Régimen Subsidiado ha estado marcada en la primera fase con un ajuste netamente financiero encaminado a la organización de las administradoras de recursos y combatiendo la ineficiencia, la corrupción, los bajos niveles de cobertura y calidad en la prestación de los servicios asistenciales.

En esta primera fase se encuentran una serie de factores negativos dentro de los cuales destacamos los más importantes:

- Bajos niveles de demanda de los servicios en los dos primeros años de implantación del sistema, esto asociado a la poca información del nuevo modelo y su funcionamiento a la escasa difusión los deberes y derechos del afiliado, a los altos índices de corrupción política y administrativa tanto en los entes territoriales como en las ARS.
- Ineficiencia en los programas de promoción y prevención, y la desviación de los recursos destinados al desarrollo de estas actividades, recursos que se destinaron hacia gastos administrativos y el pago de comisiones burocráticas.
- Falta de seguimiento, control e interventoría en los contratos de aseguramiento, aunado a la permisividad y pasividad de la Superintendencia Nacional de Salud que poco podía hacer al respecto, con una población que no conocía la reciente normatividad y funcionamiento del sistema y por tanto era incapaz de denunciar los hechos de desviación y corrupción.
- Proliferación de un gran número de empresas aseguradoras que como ARS aprobadas por una norma general con bajos niveles de exigencias en sus condiciones de constitución, tenían la posibilidad de contratar el aseguramiento sin criterios técnicos, administrativos y capacidad financiera que garantizara la estabilidad y eficiente administración de los riesgos en salud y recursos del sistema.
- Los márgenes de administración del negocio con un porcentaje del 15% de los ingresos destinados legalmente para el financiamiento de los gastos administrativos, que eran un incentivo muy atractivo para que se constituyeran las empresas de garaje o ARS de papel más interesadas en las utilidades del negocio que en la gerencia del riesgo y el mejoramiento de la calidad de vida del afiliado.

- Los conflictos entre los prestadores de servicios de salud, especialmente el sector público, y los aseguradores en detrimento de la calidad del servicio ofrecido al paciente, reforzado por la falta de aplicación de un sistema de garantía de la calidad que vigilara y controlara el cumplimiento de los estándares establecidos por una normatividad muy lejana de la realidad del sector.
- La aparición de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de naturaleza privada, fomentada por inversionistas que no entendían la naturaleza y ética del sistema sino la oportunidad del negocio, y la participación activa de los profesionales de la salud vinculados al sector público en detrimento mismo de sus instituciones.

1.3.1 MARCO LEGAL

El marco jurídico del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) establece las condiciones de funcionamiento, operación y las responsabilidades de los actores del sistema. Con esta regulación se pretende garantizar los derechos fundamentales de la población colombiana, tal como lo establece la Constitución Política de 1991, refiriéndose al acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable del país registrada dentro del régimen subsidiado.

En virtud de considerarse por esta constitución que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, corresponde al mismo organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud. Al respecto la Corte Constitucional ha resaltado en múltiples ocasiones la conexidad que existe entre la salud y el derecho a la vida, lo cual convierte a la salud en un derecho fundamental tutelable.

Para estos efectos, la Ley 100 de 1993 dio origen al sistema general de seguridad social en salud colombiano, el cual tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

En su primer capítulo, se señalan aspectos fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema; “... *El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios...*” (Art. 1, Ley 100 de 1993). También, se establecen unos principios básicos a saber; Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación (Art. 2, Ley 100 de 1993). Queda así expresa las responsabilidades de los aseguradores (EPS y ARS) frente a la administración del riesgo en salud de cada uno de sus afiliados.

Con relación al manejo financiero de los recursos del sistema, el Estado aprobó el Decreto 882 del 13 de mayo de 1998 por medio del cual se fija el margen de solvencia para asegurar la liquidez de las ARS, entendiéndose esta como la capacidad de pago de las ARS para cancelar en un término no superior a 30 días, las cuentas de sus proveedores y prestadores de servicios de salud.

En este mismo sentido el Decreto 1804 de 1999 se expidió para servir de plataforma normativa a la operación del régimen subsidiado, en su artículo 4, numeral 5 establece dentro de las obligaciones de las ARS, las siguientes: “...*Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el plan obligatorio de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las unidades de pago por capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o*

a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios (IPS) y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud’.

El mismo Decreto 1804 define los requisitos que deben cumplir las ARS para operar los recursos del régimen (Art. 5) que en su numeral 4 señala; *“Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y características socio económicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.”* Mas adelante, y con relación a las reglas para obtener la autorización de funcionamiento (Art. 6) la norma expresa en su numeral 2 literal c; *“La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware y recurso humano disponible con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia...”*.

La aparición de la Ley 715 de 2001 con la derogación de Ley 60 de 1990 definitivamente descentralizó la administración de la salud, de los recursos, y definió las competencias y responsabilidades de los entes territoriales entre otros en materia sanitaria para establecer, además, la posibilidad de hacer más flexible y autónoma la operación del sistema, y convertir gradualmente los recursos de la oferta hacia el subsidio a la demanda de manera que se alcanzaran rápidamente mayores niveles de cobertura en subsidios.

El Decreto 2309 de 2002 define el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) de la atención de salud del SGSSS. Esta norma es la plataforma que

redefine los criterios de calidad que deben cumplir tanto administradores (EPS, ARS) como prestadores (IPS y Profesionales Independientes). Con ésta regulación se desprendieron las Resoluciones 1439 de 2002 y 581 de 2004 así como el Decreto 515 del mismo año que define el sistema de habilitación para las ARS.

El Decreto 050 de 2003 adopta las medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado y en su artículo 2 establece las obligaciones de los actores; *“Los actores que intervienen en la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, tienen la obligación de garantizar el flujo de los mismos, a través del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto y demás normas que regulan la materia; y responderán por su acción u omisión según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. El incumplimiento de las obligaciones dará lugar a la aplicación de las sanciones personales, entre otras, las del artículo 68 de la Ley 715 del 2001”*.

Por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) como órgano rector de las políticas del sector, la disposición más significativa en esta segunda fase de reformas lo constituyó la aprobación del Acuerdo 244 del 2003, que en su contenido modifica sustancialmente el Acuerdo 077 del 1994 expedido en su momento como la plataforma operativa del Régimen Subsidiado. Lo más significativo es el ajuste que imprime a las condiciones actuales del mercado, e introduce por primera vez los conceptos de habilitación y regionalización como el punto de partida para reformar la organización, operación y administración del sistema. Estas nuevas reglas de juego siembran el enfoque de la Gerencia del Riesgo y la eficiencia administrativa para la nueva etapa del modelo de aseguramiento.

Como consecuencia en el año 2004, se expidieron dos normas que generan un gran impacto en el modelo de administración de los subsidios, la primera es el Decreto 3260 por medio del cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el sistema derogando parcialmente el Decreto 050. En este Decreto se destaca el giro directo de los recursos sin situación de fondos que le permite al asegurador recurrir a la demanda directa para el abono de sus pagos cuando el ente territorial incumpla, interrumpa o eluda sistemáticamente la secuencia del flujo de recursos. Y el Decreto 515 por medio del cual se define el sistema de habilitación de las entidades administradoras del régimen subsidiado, acompañado de la Resolución 518 que define el manual de los estándares de calidad necesarios para demostrar la capacidad, la infraestructura administrativa, técnica y financiera para demostrar las condiciones de operación y permanencia en la administración de los riesgos y los recursos del sistema.

Hasta aquí es claro que el Estado se esta asegurando de proveer al sistema todas las herramientas y plataformas para que se garantice la correcta administración de los recursos, trasladando en los aseguradores (EPS, ARS) la responsabilidad de organizar la prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, suficiencia y equidad, entre otros principios. Pero lo más relevante para este análisis, es precisamente que se genere una autonomía en los administradores de recursos para que en cumplimiento de este marco legal asuman el riesgo de la prestación de los servicios contratados con la Red propia o de terceros.

1.3.2 CRECIMIENTO DEL ASEGURAMIENTO

Como ya lo habíamos comentado inicialmente, la entrada en vigencia del Decreto 1804 de 1999 ocasionó un ajuste impresionante en la organización empresarial de

los aseguradores que en ese momento estaban conformados en su mayoría por Empresas Solidarias de Salud (ESS). El tamaño del impacto fue tan grande que estas ESS se fueron agrupando y algunas fueron desapareciendo del mercado, de modo tal que en el 1999 existían 175 ESS, hoy este número se redujo a 9 empresas y 81 están en proceso de liquidación³.

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ASEGURADOR.

ARS	CANTIDAD	AFILIADOS	%	PROMEDIO
EPS	13	4.918.859	43%	378.374
ESS	9	4.144.299	36%	460.478
CCF	13	1.977.566	17%	152.120
EPS INDÍGENA	8	403.279	4%	50.401
TOTAL AUTORIZADAS	43	11.444.003	100%	266.140

Fuente: Noveno Informe del CNSSS año 2002.

Con el cuadro No. 1 se evidencia la distribución del aseguramiento del régimen subsidiado en el país. Inicialmente observamos que el mayor número de afiliados se concentra en las EPS con el 43% del total nacional y con un promedio de 378.374 afiliados por EPS. Contrario a las EPS indígenas que en número de empresa y afiliados tiene las cifras más bajas.

Las Cajas de Compensación se encontraban concentrando el 17% del aseguramiento del país. Pero para tener una visión más objetiva de esta distribución, vale la pena sacar el número promedio de afiliados por ARS que se calcula en la última columna del cuadro, donde ya se aprecia la verdadera situación de la concentración.

Siendo más profundos en el análisis, se calcula que el promedio nacional de afiliados por ARS en el país está situado en 266.140 usuarios en el 2002, mientras que el promedio de afiliados por ARS que operan en la Costa es de 218.153

³ Iván Jaramillo Pérez: Informe especial publicado por la revista Salud Colombia No. 68 dic 2002

personas. Igualmente la participación de la Costa en la población total del país afiliada al Régimen subsidiado se sitúa apenas en el 22.87%. Para el año 2003 el promedio de afiliados por las mismas ARS se sitúa en 273.120, con un incremento promedio de 6.980 afiliados por ARS correspondientes a la ampliación de este año.

Indudablemente que la conclusión más importante que podemos sacar del análisis es el fortalecimiento del sector solidario en la operación del régimen a través de las ESS que en estos momentos promedian un aseguramiento de 460.478 afiliados lo que significaría unos ingresos brutos aproximados de \$83.172.457.316. y un manejo mensual de \$6.931.038.109. El anterior calculo, se hace para mostrar de grosso modo el tamaño de cada una de estas empresas que son las más poderosas del sector.

Sin ahondar en el análisis, se indica que lo más importante es destacar cuales son las ARS más fuertes y débiles según su naturaleza empresarial, para aprovechar cada uno de esos factores y variables que permitan acceder lentamente a su población lo cual será una tarea de campo mucho más compleja.

Tabla 2. CRECIMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN EL RSS.

AÑOS	AFILIADOS	AMPLIACIÓN	CRECIMIENTO
1.994	579.289	-	-
1.995	4.800.916	4.221.627	728.76%
1.996	5.981.774	1.180.858	24.59%
1.997	7.026.692	1.044.918	17.46%
1.998	8.527.061	1.500.369	21.35%
1.999	9.325.832	798.771	9.36%
2.000	9.510.566	184.734	1.98%
2.001	11.069.182	1.558.616	16.38%
2.002	11.444.003	374.921	3.38%
2.003	11.744.177	300.174	2.62%

Fuentes: Ministerio de la Protección Social.
 Informes del CNSSS
 Centro de investigaciones para el desarrollo (CID) de La Universidad Nacional
 *Proyecciones y Cálculos del Autor

Como se aprecia en el cuadro No. 2 en los últimos tres años, el ritmo de crecimiento del aseguramiento por ampliación de cobertura ha pasado del 16.38% en el 2001 al 2.62% en lo que va corrido en el 2003. Es evidente, la tendencia decreciente por los efectos de la saturación y el agotamiento de las fuentes de financiación, asociado a factores de la organización y operación del sistema que han causado mucha fuga de recursos como es el caso de la multifiliación y la mala liquidación de contratos por parte de los entes territoriales.

El comportamiento de la curva de crecimiento del aseguramiento (Grafico No. 1), proyecta una estabilidad en los años 2002 y 2003 lo que podría presumir una tendencia a mantenerse de continuar los factores y variables que afectan la economía del país. No obstante las afirmaciones del Ministro de la Protección Social demuestran toda la intención en mover la tendencia de la curva a niveles más positivos que sugerirían un gran crecimiento.

Gráfico 1. Crecimiento del Aseguramiento RS: Ampliaciones de cobertura

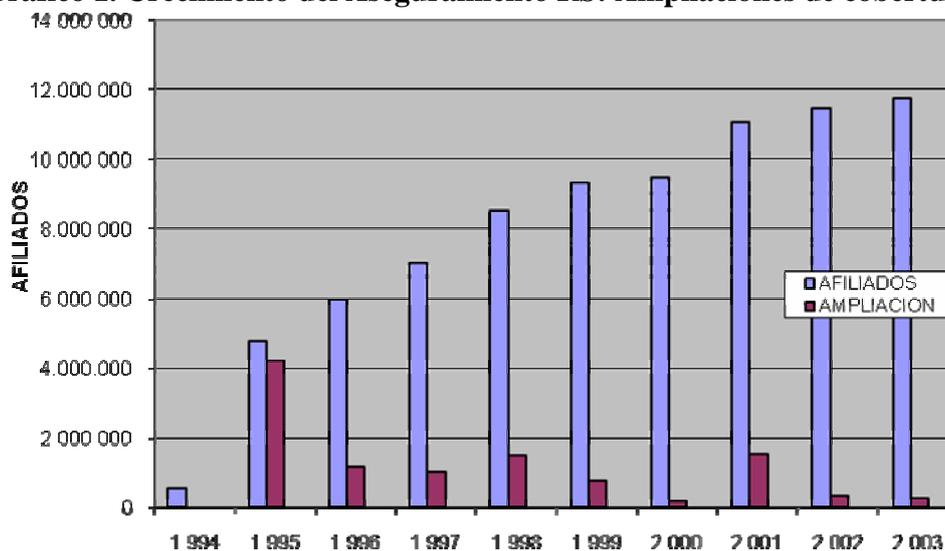
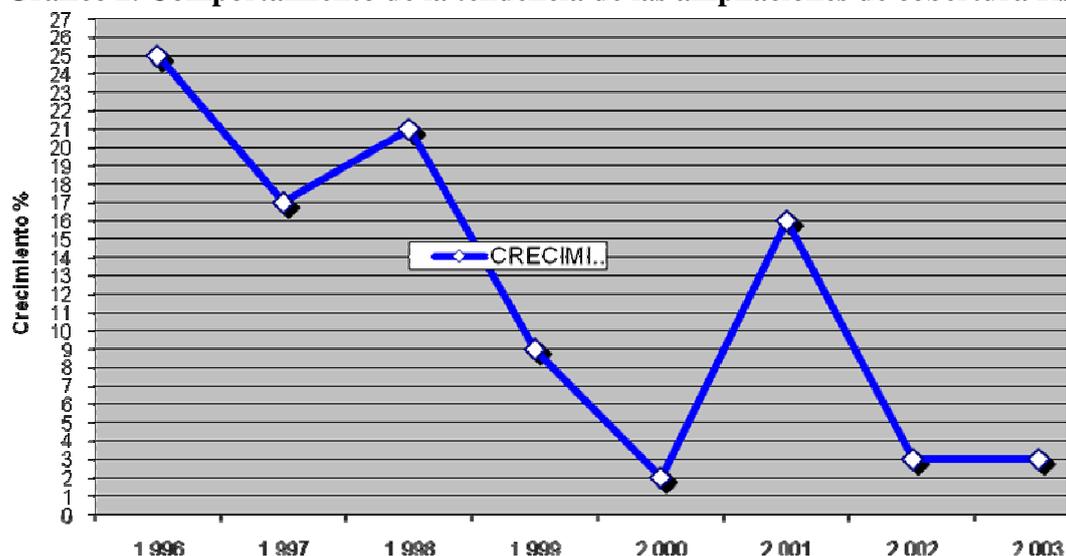


Gráfico 2. Comportamiento de la tendencia de las ampliaciones de cobertura RS



1.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población sujeta de afiliación en el régimen subsidiado está representada en los núcleos familiares más pobres y vulnerables de acuerdo a la estratificación y clasificación SISBEN, y los demás mecanismos definidos por el acuerdo 244 del 2.003.

Para el proceso de selección de la población a afiliar, prioritariamente se considerará la población ubicada en las áreas rurales, posteriormente, población indígena y por ultimo la población urbana. De la población anteriormente anotada se priorizan los grupos más vulnerables así: Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, población con limitaciones físicas, población de la tercera edad, mujeres cabeza de familia y demás población pobre y vulnerable.

Esta población se encuentra ubicada en dos flancos, que son las fuentes de afiliaciones, el primer grupo está en las ARS que ya están administrando sus subsidios y a la cual podemos acceder por medio de los traslados. El segundo

grupo está en las bases de datos SISBEN que se encuentran en las secretarías de salud de los municipios y distritos, población que se obtiene a través de los procesos de ampliación de cobertura.

En la realidad, el sector de la salud y especialmente en la operación del régimen subsidiado se ha ejercido la influencia determinante del sector político en función de la autoridad y el poder que le da el manejo de los recursos y la facultad de la contratación del aseguramiento. Este componente ha venido jugando un papel determinante en todos los procesos de contratación del país y sin lugar a dudas lo seguirá siendo por mucho tiempo más. Considerar este componente como una variable del mercado implicaría estudiar minuciosa y cuidadosamente a quienes ejercen verdaderamente en este contexto la influencia suficiente como para determinar el poder de decisión de los mandatarios locales, y a su vez de la población objetivo.

1.4 IMPACTO DE LAS REFORMAS

Sin lugar a dudas el 2005 se proyecta como el año de las reformas al SGSSS, la entrada en vigencia y aplicación del Decreto 515, la Resolución 518, la aprobación del Decreto 506, el Acuerdo de Regionalización y, entre varios proyectos de Ley se destaca con mayor iniciativa el proyecto de Ley 052 que cursa en el Congreso de la República. Tocaría entonces, entrar a medir el impacto de las reformas en el escenario futuro del sector y como afectarían estas el normal funcionamiento de las ARS.

Los expertos del sector han considerado dos generaciones de reformas al andamiaje normativo del sistema. En la primera, con la expedición de los Decretos 1804 y el Decreto 882, el enfoque se dirigió al objetivo de la regulación y el control

financiero del régimen, lo que en esta primera fase redujo sustancialmente el número de Administradoras de más de 250 a menos de 70 en todo el país. La segunda generación de reformas, se vislumbra con la aparición de los Decretos 2309 y el 515 del 2004, que fundamentalmente representan la reforma del modelo de atención con enfoque hacia el usuario, lo que introduce un replanteamiento del esquema y la estructura de la administración de recursos hacia la gerencia de los riesgos en salud del afiliado.

La definición de las regiones de aseguramiento forma parte determinante en este paquete de reformas del sistema, y decidirá la suerte de muchas ARS, del tamaño de los ajustes que deban realizar quienes pretendan seguir operando. Hasta el momento se aprobaron cinco regiones en las cuales solo podrán operar quince ARS, y cada ARS no podrá operar en más de tres regiones de manera simultánea. Esto implicaría también la concentración de la población afiliada en los municipios y departamentos definidos para cada ARS dentro de sus regiones de mayor competitividad, y el abandono de las regiones (departamentos y municipios) donde menos ventajas comparativas tenga para permanecer, con la entrega de la población afiliada en cada una de estas regiones. En la actualidad operan 47 ARS y la tendencia es reducir la operación del sistema a solo 25 empresas fuertes.

Esta segunda fase de reformas como una prolongación de esa segunda generación de cambios estructurales, obliga a las ARS que pretendan habilitarse para seguir administrando recursos del régimen subsidiado a mirar hacia sus organizaciones, proponer ajustes que garanticen la mayor eficiencia y transparencia en la administración de los recursos y la mayor disposición de recursos tecnológicos que permitan administrar y utilizar toda la información de la prestación de los servicios y aplicarlo de manera que se traduzcan en una verdadera gestión del riesgo y el mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados. La rentabilidad del negocio

como tal radicara en la gerencia del riesgo y la capacidad del asegurador para lograr resultados positivos en la calidad de vida de la población afiliada.

En este orden de ideas, básicamente las nuevas reformas empujan a las organizaciones Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado hacia la reingeniería de sus procesos en función de la eficiencia en el uso y el flujo de los recursos, la calidad de la prestación de los servicios, la satisfacción de los afiliados y proveedores de servicios, y por ultimo a la modernización de la infraestructura física y tecnológica de los aseguradores.

1.5 CONDICIONES TRANSITORIAS DEL MERCADO

En la realidad y condiciones del mercado actual para cualquier asegurador que pretenda ingresar al negocio o los que estando ya, decidan permanecer en el, es necesario analizar algunos referentes considerados transitorios en el mercado del aseguramiento determinantes en el momento en el que las ARS inician definitivamente sus operaciones como contratista del Estado.

La importancia de este análisis es recalcar, que si bien es cierto estas condiciones ahora han sido favorables para la administración de los recursos del aseguramiento, no debe perderse de vista su carácter transitorio por la evolución y ajuste natural del sistema que se explicara a continuación y donde tienen gran influencia las reformas actuales y las que se están cocinando en el Congreso de la Republica.

1.5.1 EL MERCADO DE ALTO COSTO

Por ser considerado en sí, el tema del Alto Costo (A.C) como un factor de alto riesgo para la estabilidad financiera en el futuro de las ARS, a través de este

estudio, se extiende un análisis para complementar el estudio con una proyección a 31 de Diciembre de 2005 de manera que se establezca la magnitud del problema que se podría generar en términos de gastos por la dinámica misma que está presentando este fenómeno, y que podría dispararse al tener en cuenta que los traslados pueden representar la oportunidad de redistribución natural de los pacientes de alto costo entre las diferentes aseguradoras (ARS) ya sea por selección adversa o por direccionamiento mismo.

Para explicar mas claramente este fenómeno, partimos del hecho que durante estos últimos nueve años el crecimiento del aseguramiento y la transformación de los recursos de la oferta hacia el subsidio a la demanda, los entes territoriales comenzaron a canalizar las patologías de alto costo hacia los aseguradores de manera que fueron descargando de sus presupuestos de subsidio a la oferta, los pacientes con enfermedades ruinosas o catastróficas. La dinámica de este filtro natural ha sido más grande que la aparición de nuevos casos, así podríamos decir que ya gran parte del alto costo esta distribuido, especialmente entre los aseguradores más antiguos que operan en el sistema.

La concentración de pacientes con estas características en las ARS más viejas o las más reciente que absorbieron a estas, permite ver actualmente un mercado del aseguramiento con una relación muchísimo mas baja de alto costo por volumen de afiliados nuevos que se convierte en una condición atractiva para operar el negocio, pero del otro lado en este mismo sentido, tenemos unas fuentes de financiación de nuevas afiliaciones agotadas que no permite lograr grandes niveles de cobertura en subsidios totales nuevos, suficientes como para lograr el numero mínimo de afiliados (400.000) en menos de un año para cumplir las condiciones de habilitación y puntos de equilibrio financiero de operación.

Pero lo que sí es cierto es que las ARS más nuevas que ya cumplen con esta condición tendrán mayores niveles de rentabilidad y menores riesgos de desfase en los costos asistenciales para permanecer con mayor éxito en el mercado. Con relación a este primer punto, podemos destacar que al llegar a un mercado con un aseguramiento del 70.40% (promedio nacional al 2003), estas ARS inician un proceso de afiliación en un segmento de población relativamente sana o con una propensión al consumo de servicios de salud muy definidos para los niveles de atención uno y dos, lo que representa una demanda de servicios con unos costos muy inferiores al valor de la UPC-S contratada para cubrir estas necesidades.

Todo lo anterior se traduce en una captación de población con patologías de alto costo 10 veces más bajas que la proporción notada en las ARS con mas de 6 años de operación en el sistema, y cuyos costos de atención representan entre un 15% y 35% del valor de la UPC-S lo cual sé está convirtiendo en un gran riesgo financiero para el sistema y por supuesto para estos aseguradores.

Ahora, si bien es cierto el número de pacientes de alto costo ha sido muy bajo, la relatividad de ese factor, que identifica su naturaleza transitoria, la podemos constatar en el momento en que se abran las condiciones de traslado para garantizarle al afiliado su derecho de libre escogencia de ARS. En cuya circunstancia encontraremos la redistribución del alto costo de manera natural motivado por el afiliado mismo en donde los parámetros de calidad y satisfacción de las ARS serán un atractivo de traslado junto a la redistribución inducida por las mismas ARS o los entes territoriales a través del mecanismo de la asignación forzosa establecido por el acuerdo 244 del 2003.

La tendencia hacia la reducción del numero de ARS en el mercado incentivara este fenómeno ya que es mayor la concentración o relación alto costo afiliados que la relación alto costo afiliados potenciales. Esta situación obliga a la reflexión sobre la política de atención, programas de Prevención y Promoción, reevaluación y revisión

de la contratación, evaluación del reaseguro y nivel de recobros, y sobre todo determinar si el actual valor de la UPC asignado para atender este costo se mantiene, a ser más eficientes en la gestión del riesgo y la organización y administración de los recursos entre otros aspectos.

1.5.2 EL FLUJO DE LOS RECURSOS.

En este segundo orden, el año 2004 y 2005 se han convertido en el escenario bondadoso para la estabilización del flujo de los recursos que se ha logrado con la implementación de la Ley 715, y los Decretos 050 y 3260. Esta circunstancia se refuerza para las ARS que han contratado el mayor volumen de sus afiliados entre el periodo 2000 – 2004.

Basta solo con revisar que los indicadores de liquidez y solvencia en estas ARS han sido mayores que los contratos de continuidad de los principios del sistema. Esto significa que las fuentes de financiación de los contratos de las actuales vigencias están amarradas a un flujo estable que es el Sistema General de Participaciones (SGP), Ley 715 en la mayoría de los casos y al FOSYGA (Recursos del Ministerio), pero vale la pena hacerse la siguiente pregunta: ¿por cuanto continuará esta situación?. Sería la pregunta que hay que intentar responder en virtud de que el sistema viene arrastrando un gran volumen de cuentas por cobrar (de dudoso recaudo) que finalmente alguien tiene que asumir.

Nos referimos al lastre que viene con anterioridad al sistema de participaciones de la Ley 715, en donde algunas fuentes de financiación fueron sobreestimadas y las de flujo regular se perdieron por los manejos ineficientes e ilegales de las administraciones municipales. Esto ha llevado al borde de la quiebra y a los problemas de iliquidez que presentan muchas de las ARS con mas de seis años de

operación en el sistema, las cuales tienen lentas rotaciones de cartera, bajos recaudos y cuentas por cobrar superiores a 360 días.

Esta otra condición del mercado es un gran atractivo para los aseguradores ya que existe una estabilidad financiera para soportar la operación del negocio en este momento, pero no deja de ser una condición transitoria del mercado por cuanto el Estado y sus entes territoriales deben responder a las aseguradoras por los recursos morosos que no tienen presupuesto. El Estado está buscando los mecanismos para subsanar una deuda por la vía del ajuste ya que no tienen fuentes de financiación para tal fin. Esto significa que de no encontrar fuentes alternas de financiación para no saturar y agotar las actuales, se echará mano de la depuración del sistema, recobros por servicios no prestados, reliquidaciones de los contratos, centralización de los recursos y manejo a través de fondos nacionales (Focos), desmonte del reaseguro y manejo estatal del negocio, disminución de los gastos de administración (6%) y ampliación gradual del POSS.

Muchas de estas reformas están en curso y no cabe duda que la Regionalización y la Habilitación serán el primer paso para la lluvia de reformas que no buscan otra cosa que:

- Disminuir los gastos del aseguramiento.
- Lograr una cobertura cercana al 90% nacional.
- Aumentar el plan de beneficios.
- Establecer un modelo eficiente de Asignación, administración y control de los recursos.

En este sentido la volatilidad de esta condición del mercado empujará a las ARS a ser eficientes en la administración del riesgo (92%) a través de la implementación de un sistema de calidad que garantice un manejo administrativo y una gestión financiera altamente confiable y eficaz.

Las condiciones financieras regulares del sector nos debe llevar a revisar el flujo de recursos hacia nuestros proveedores de servicios y medir el grado de cumplimiento de estas obligaciones contractuales que es un punto crítico donde se apoyan los diferentes entes territoriales para imponer sanciones y multas que afectan contablemente el 8% de nuestros ingresos administrativos reduciendo las posibilidades de obtener los ahorros operativos del ejercicio contractual.

Es muy conveniente que la dinámica del negocio lleve a tomar las acciones preventivas para garantizar la disponibilidad de los recursos de destinación específica contratados para la prestación de servicios, precisamente en consideración a cuatro factores críticos a saber:

1. Los flujos de recursos son regularmente estables.
2. Los costos de servicios tienden naturalmente al aumento.
3. Las patologías de alto costo se están redistribuyendo.
4. Se presiona por reliquidaciones en muchos contratos de aseguramiento.

Resulta inevitable que la gestión de los recursos se apoye en indicadores tales como:

1. Rotación de Cartera y capacidad de recaudo.
2. Índice de Cuentas por pagar a IPS.
3. Margen de Solvencia.
4. Capacidad de endeudamiento.
5. Tasa de Liquidez.

Un ejercicio importante que deben realizar los aseguradores para constatar la veracidad de nuestro enfoque y empezar a ajustarse a las condiciones que plantea un futuro inmediato, es comparar el comportamiento de los costos acumulados en

salud (contablemente causados) a la fecha, y deducir el valor de las facturas presentadas en esta vigencia para cruzar el valor obtenido contra los recaudos del mismo periodo, lo que nos llevara a pensar en el fortalecimiento de la gestión financiera.

Ahora toca resaltar dos condiciones muy importantes en la gestión financiera relacionada con la administración de estos saldos positivos.

1. Los saldos positivos deben ser tratados como reservas para la prestación de servicios exclusivamente, dado su carácter de destinación específica, para evitar configurar un peculado por uso o destinación diferente.
2. Estos recursos deben administrarse a través de mecanismos que garantice su integridad monetaria, capacidad adquisitiva, seguridad financiera y disponibilidad a la vista para ser aplicados a la demanda real de servicios.

El asegurador que influido por esta condición transitoria del mercado no asegure la disponibilidad y liquidez de los recursos, así como no construya las reservas mínimas, es muy posible que tenga grandes dificultades y riesgos cuando los ajustes que se avecinan influyan en el reconocimiento de pagos por eficiencia y resultados.

1.6 EL NUEVO PAPEL DE LOS ASEGURADORES

Para enfrentar un futuro complejo con el escenario de reformas al sistema, descrito anteriormente las ARS deben iniciar una etapa de ajuste que proyecte su estructura organizacional desde adentro hacia fuera y se alinie con las políticas del sector. Para lograr este trabajo debe identificar los factores críticos de éxito.

1.6.1 FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

1.6.1.1 REINGENIERÍA DE LOS PROCESOS

El rediseño del Sistema de garantía de la Calidad, que tiene como fin último implementar un conjunto de procesos articulados y congruentes con la realidad del mercado, y con el desarrollo del nuevo rol del asegurador.

Es muy importante la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para poder mejorar la calidad de la atención y tener una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios. Desde el mes de octubre del 2004, el SGSSS impartió las disposiciones para esta labor.

1.6.1.2 AJUSTE A LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El crecimiento de las ARS ha disparado el volumen de actividades diarias de las empresas, al punto que posteriormente la estructura organizacional que se presentó ante la Superintendencia Nacional de Salud para solicitar la habilitación, ha sufrido múltiples ajustes de naturaleza económica y funcional.

Al finalizar el año 2004, la normatividad obliga especialmente para asumir y descentralizar el gran volumen de afiliados con un enfoque hacia la flexibilidad que aseguren al paciente una rápida atención para las aseguradoras ya habilitadas. En estos momentos es fundamental corregir la estructura actual para proyectarla a las nuevas exigencias del sector de manera que permitan preparar la estructura de las ARS nuevas para administrar sin problemas una población de 400.000 afiliados.

1.6.1.3 INFRAESTRUCTURA FÍSICA

El alto volumen de operaciones diarias por el rápido crecimiento de las empresas generó el crecimiento de la planta de personal y con ello la necesidad de ampliar los puestos de trabajo. Esta situación lleva a considerar la posibilidad de proyectar sedes laborales cómodas y preparadas para atender una demanda incluso mayor a la actual. Este tipo de proyectos implica la realización de obras civiles para la adecuación y remodelación de las edificaciones actuales, y una inversión considerable.

1.6.1.4 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Implementar el sistema de información de la empresa debe permitir conocer y procesar en tiempo real toda la información que generen diariamente tanto las áreas de prestación de servicios como la financiera y administrativa.

Para lograr este objetivo es necesario actualizar la plataforma de telecomunicaciones, ajustando, adquiriendo e instalando el Hardware necesario para sistematizar todo los procesos, integrando la conectividad tanto en sede nacional como al nivel seccional de todo el país. Estos trabajos garantizaran la operación en línea con un canal dedicado e interconexión vía satélite con transmisión 24 horas de voz y datos. Esta herramienta permitirá a la Dirección, Subdirecciones y Gerencias, el acceso a nuestro sistema y a cualquier oficina nacional desde cualquier lugar del país en términos relativos.

1.6.2 EL NUEVO ROL DE LAS ARS

Las empresas requieren realizar un rápido ajuste a su organización que le permita fortalecer su operación nacional para atender de manera ágil y oportunamente las exigencias actuales del mercado y las próximas condiciones del sector.

1. La nueva **ARS** necesita de un ajuste definitivo en su estructura organizacional para cumplir los estándares de habilitación que le permitan poder ser autorizada para continuar administrando los recursos del sistema y operar el numero de afiliados proyectados para las próximas vigencia.
2. Se requiere aplicar una reingeniería de los actuales procesos para ajustar el sistema de garantía de la calidad a las condiciones normativas del sector.
3. Es urgente fortalecer la infraestructura física de las sedes nacionales y seccionales, teniendo en cuenta que el volumen de operaciones y el número de funcionarios tiende a sobrepasar la capacidad del área utilizada lo cual dificultara la eficiencia del trabajo afectando la calidad del servicio.
4. El sistema de información de la **ARS** debe ser actualizado e interconectado en línea ya que la conectividad y el compartimiento de la información es fundamental para garantizar la consolidación empresarial con criterios de eficiencia y racionalidad en la administración de los recursos, agilidad y oportunidad en la prestación de los servicios y altos niveles de satisfacción de nuestros usuarios.

CAPITULO SEGUNDO

DESCRIPCIÓN DEL NEGOCIO DEL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS EN SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO COLOMBIANO

2.1 MARCO VALORATIVO DEL ASEGURAMIENTO COMO NEGOCIO

Este ítem se desarrollará en la presentación de dos puntos que pretenden expandir la capacidad del análisis y la importancia de la gestión en este sector. En el primero se describe la dinámica del deber ser del negocio dentro del marco de su operación industrial lo que va a servir para sentar las bases del “Hacia donde realizar los ajustes” dentro de un enfoque de riesgos, en vista de las debilidades identificadas y encontradas a lo largo de las auditorías de gestión que se adelanten en lo sucesivo.

En el segundo punto se planean las consideraciones de carácter normativo que tienen por objeto identificar y definir las responsabilidades de la operación del negocio de manera que se puedan evitar o corregir situaciones de riesgo legal que afecten las actividades de la explotación del negocio o las derivadas hacia los mismos funcionarios de la empresa.

2.1.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA OPERACIÓN

Toda actividad empresarial necesita ser considerada como una empresa autosuficiente y rentable, que produzca beneficios sociales y excedentes económicos en el marco de una rentabilidad que está definida dentro de sus gastos de administración (8%) como los ahorros operativos que se obtengan de la eficiencia administrativa.

Anteriormente se ha analizado el peso de la gestión del aseguramiento como soporte del desarrollo del objeto social en el aseguramiento del Riesgo en salud de los afiliados y que se traduce en la administración eficiente y eficaz de los servicios medico asistenciales, que representan el 92% de los ingresos, pero fundamentalmente a la formulación de las acciones que propendan por el mejoramiento del proceso salud-enfermedad, especialmente apoyados en los determinantes de esta relación⁴.

Se partirá de diferenciar el concepto de los riesgos en salud que están mas asociados a la razón de ser del sistema y objeto del contrato de aseguramiento, al cuidado y la atención del paciente y el afiliado. Los riesgos de la administración, los cuales serán objeto de análisis profundo, tienen que ver mas con la garantía de operación empresarial que a la naturaleza de todo negocio que es ganar algo y obtener un beneficio.

Comparar estos dos tópicos es el punto de partida para valorar en su plena magnitud los riesgos del negocio, identificar los factores de riesgo y tomar las acciones preventivas que eviten siniestros industriales que no solo afectarían la estabilidad de la ARS sino la del Sistema mismo. Por eso en la medida del análisis previo a la presentación del mapa de riesgo, surgen las siguientes tres preguntas:

1. **¿Cuál es la rentabilidad real del negocio?:** En consideración al numero de contratos y la fracción de los ingresos operacionales que estos representan dentro del estado de Perdidas y Ganancias.
2. **¿Cuál es la relación ideal para lograr un equilibrio entre la Rentabilidad del negocio y la eficiencia del manejo de los recursos? :** Lo cual muestra la estabilidad de la operación a través de la proporción de la rentabilidad (del

⁴ Informe Lalonde

8%) que puede estar siendo comprometida (Riesgo) por la administración del servicio (92%).

3. **¿Cuál es el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales frente al proceso de aseguramiento, y cuanto cuesta la diferencia?** : Que permita cuantificar las pérdidas potenciales de la operación del negocio para determinar el tamaño de las provisiones y las medidas para atender los compromisos administrativos.

Todas las actividades industriales tienen un margen de pérdida tolerable y controlable que es considerado como el riesgo asumible o aceptable, llamado de diversas maneras (Desecho, mermas, pérdidas negras, pérdidas técnicas, etc.) con el cual la operación del negocio no afecta la rentabilidad legal del mismo y su estabilidad a lo largo del tiempo.

Para que se pueda realizar este ejercicio de control de la gestión financiera, el primer paso consiste en identificar todas las pérdidas de la empresa, el segundo paso es clasificar las pérdidas; las propias de la Gestión administrativa, de la gestión financiera y las propias de la gestión del aseguramiento y prestación de los servicios. Finalmente se deben valorar los riesgos identificados y clasificados de forma que se cuantifique y mida su impacto dentro de todos y cada uno de los procesos de la organización. Téngase en cuenta que un riesgo de baja cuantificación económica no puede ser considerado como un siniestro aislado ya que en su contexto puede afectar otros procesos de mayor envergadura dentro del accionar de la empresa y convertirse en un riesgo altamente peligroso cuando se asocia o interfiere con otros riesgos en otros procesos e incluso procedimientos simples.

Alrededor de este marco podemos afirmar que no se pueden hacer cuentas ligeras sobre los presupuestos de ingresos y gastos, sin considerar los riesgos que

generan la ejecución de los contratos para nuestro negocio de aseguramiento, que pueden terminar afectando los ingresos al disminuirlos por circunstancias evidentemente previsible y aumentar los gastos y costos por no enfocar la administración del riesgo en salud como un negocio cuya plataforma de éxito es la información y el control de la gestión de los riesgos administrativos y financieros.

2.1.2 ENFOQUE ÉTICO DEL NEGOCIO

Por el enfoque y perspectiva desde la cual asumimos este estudio, resulta ineludible hacer claridad acerca del reconocimiento e importancia que resulta ser la administradora del servicio de salud para la población de cualquier país.

Una cosa es la responsabilidad del aseguramiento que está mas orientada hacia la gerencia de los servicios y los riesgos de salud del afiliado, para lo cual existe material teórico, epidemiológico y demográfico, investigaciones científicas sobre los conceptos de calidad⁵ que apoyan cualquier gestión clínica. Al respecto de la administración de un modelo como el aseguramiento de los riesgos, con las características domesticas y particulares dado por las condiciones, sociales, económicas, culturales y políticas del pueblo colombiano, entre otras muchas, debe empezarse a normalizar principios que documenten y guíen al empresario del aseguramiento de la salud desarrollar su negocio sin afectar la estabilidad del sistema y mucho menos la calidad del servicio.

Por todo lo anterior se dedicará un espacio importante al análisis de las responsabilidades del aseguramiento de los riesgos en salud y la relación contractual que lo origina para evacuar primeramente la esencia del sistema.

⁵ Sobre lo cual Avenis Donabedian sentó los pilares de la teoría moderna.

2.2 RESPONSABILIDADES DEL ASEGURAMIENTO

Para iniciar la valoración de este componente debemos partir de la naturaleza del servicio asegurado y la del servicio contratado, ya que en la operación del régimen subsidiado y en la operación misma del negocio se tiende a confundir estos dos conceptos y por ende las implicaciones legales que se pueden ocasionar en la contratación. Con relación al primer interrogante, corresponde a una gestión del Estado garantizar la mayor cobertura de los servicios de salud como un servicio público a cargo de este, que por su carácter vital relacionado con la integridad misma de la persona asegurada en el Estado Social de Derecho Colombiano, se convierte por conexidad en un derecho fundamental.

Con relación al servicio contratado con las ARS, se suscriben los conocidos contratos de aseguramiento, por medio de los cuales, el Estado responsable de garantizar el servicio, asegura el riesgo en salud a través de protagonistas públicos y privados, es decir con esta operación contractual se traslada el riesgo de los afiliados al asegurador, por tanto el servicio que se está contratando tiene connotaciones integrales en la protección de la salud y la vida de los afiliados.

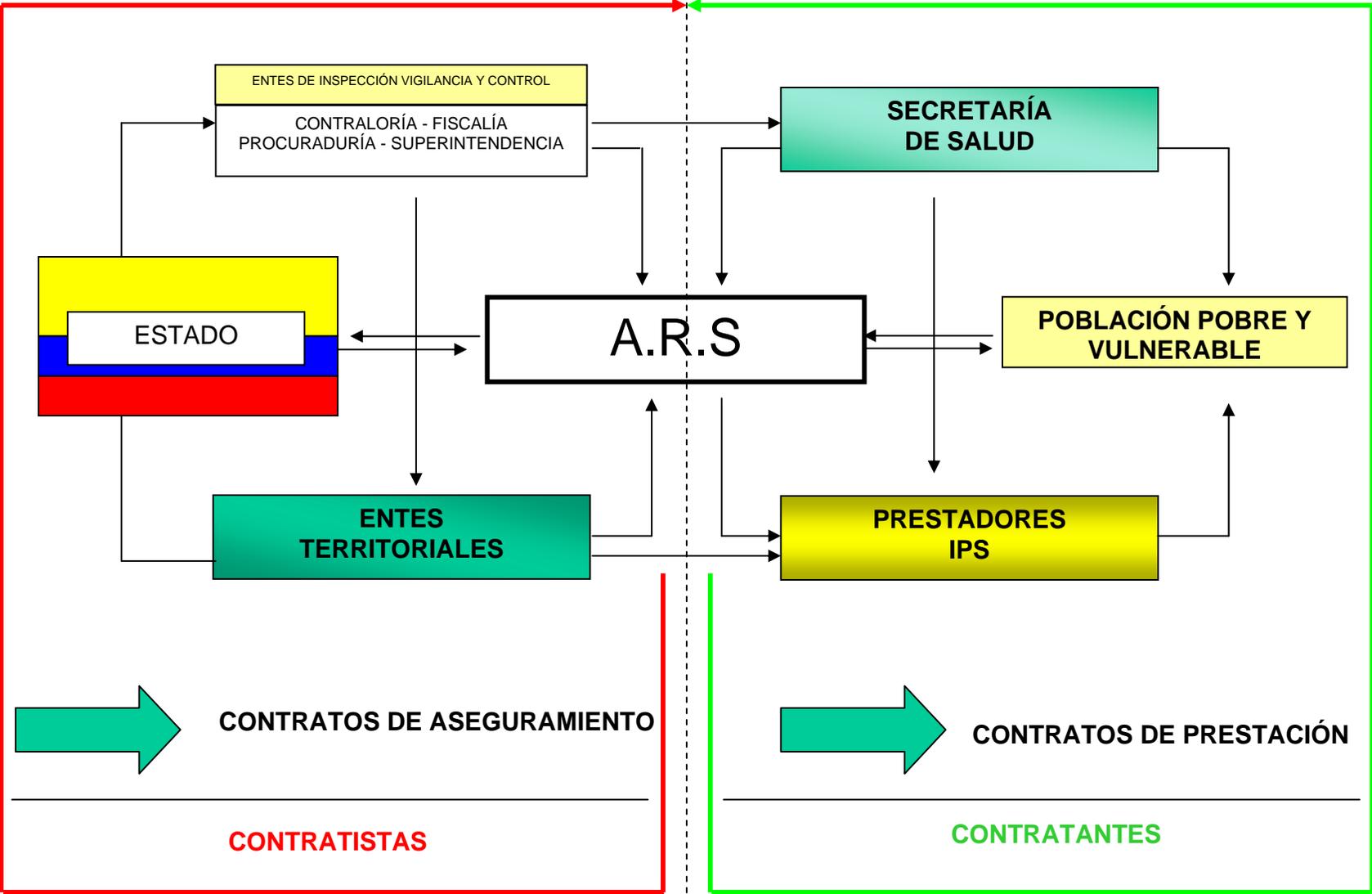
Esta aclaración deja claro que el papel de las ARS no es la mera intermediación en la contratación de los servicios asistenciales de salud, su responsabilidad se extiende en la administración del riesgo mismo del proceso salud-enfermedad. El papel de las ARS está en la acción concreta que se encamine a la formulación y ejecución de políticas controladas para tal fin.

2.2.1 RESPONSABILIDADES CONTRACTUALES

El mapa de Responsabilidades Contractuales

Como contratistas del Estado, en el régimen subsidiado de salud, las ARS asumen responsabilidades inherentes al manejo y control de los recursos públicos y en consecuencia se desprende la observancia de las normas aplicables al sector, además de las que se generan en la ejecución de los contratos de naturaleza privada. El mapa de responsabilidades contractuales en la operación del régimen subsidiado es un tanto complejo por las relaciones entre lo público y lo privado que interactúan en un mismo sector y tomando como eje central a los aseguradores (ARS). Con la ayuda de la grafica siguiente podremos apreciar mejor esta relación.

Gráfico 3. Mapa de Responsabilidades de la Contratación del Régimen Subsidiado.



Tomando como eje central a las aseguradoras (ARS), en el gráfico observamos una línea punteada que divide en dos las relaciones contractuales de estas instituciones en el manejo del régimen subsidiado de salud.

En la parte izquierda de la gráfica se aprecian las relaciones contractuales de la ARS con el Estado a través de los contratos de aseguramiento que se suscriben con los entes territoriales lo que los constituye en contratistas del Estado, administradores de recursos públicos, en consecuencia sujetos de inspección, vigilancia y control de todos los órganos que aplican para el sector y los funcionarios públicos. Las responsabilidades que se desprenden de estos funcionarios (ARS) son de carácter Administrativo, fiscal, penal y disciplinario. Para lo cual asumen sus funciones la Contraloría General, Departamentales, Distritales y Municipales, La Fiscalía y su Cuerpo Técnico de Investigación (CTI), La Procuraduría, la Defensoría del Pueblo y especialmente la Superintendencia Nacional de Salud.

Del lado derecho del sistema, la relación se torna hacia la gestión de la salud de los afiliados a través de contratos de prestación de servicios médico asistenciales de naturaleza privada. La condición pasa de ser contratistas del Estado a contratantes del sector privado. Los contratos de prestación de servicios se rigen por el derecho privado como una medida de agilidad que dinamice la prestación del servicio, ya que el riesgo está siendo asumido por la ARS y no por el prestador. Se aclara que el asegurador solo puede trasladar una fracción del riesgo a los prestadores de servicios y por esta razón debe tener dispositivos que permitan mantener bajo control las desviaciones de estos, tales como las pólizas de seguros, de cumplimiento y de responsabilidad civil extracontractual.

Como operadores y contratantes privados de servicios de salud, se generan responsabilidades legales en materia civil contractual y extracontractual, sin

perjuicio que los entes de vigilancia asuman posiciones de verificación en las condiciones de contratación y niveles de ejecución de los servicios y recursos.

2.2.2 EL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO

Luego de evaluar la relación contractual y las responsabilidades desprendidas de los contratos de aseguramiento, se hace estrictamente necesario dedicar un capítulo al estudio de este tipo de contratos que es el eje desde el cual se inicia nuestra cadena de responsabilidades y desde el cual parte el proceso de aseguramiento.

La administración de los riesgos en salud en el Régimen Subsidiado, presenta varias características a tener en cuenta; además que la salud es un servicio público, los contratos de aseguramiento son contratos de derecho privado y de tracto sucesivo. Estas características adicionales obligan a las ARS, a aplicar en su conjunto todos los principios de eficiencia para garantizar la prestación ininterrumpida del servicio en las condiciones de acceso, oportunidad y calidad establecidas por el sistema obligatorio de garantía de la calidad, y especialmente las normas que rigen el cumplimiento de los estándares de Habilitación.

2.2.2.1 OBJETO DEL CONTRATO

Se transcribe textualmente el objeto del contrato establecido por el Ministerio de la Protección Social en el modelo de minuta vigente, aprobada para la vigencia 2005: *“El presente contrato tiene por objeto la administración de los recursos del régimen subsidiado en salud y el aseguramiento de los beneficios del sistema general de seguridad social en salud al régimen subsidiado, identificados mediante listado*

anexo y que libremente hayan seleccionado a esta ARS, con el fin de garantizar a los mismos, la prestación de los servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud subsidiado vigente⁶ al momento de la prestación de servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios, los acuerdos del consejo nacional de seguridad social en salud, las decisiones que adopte el ministerio de la protección social y la superintendencia nacional de salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen”.

2.2.2.2 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Al igual que en el punto anterior se ha traído textualmente las obligaciones del contratista desde la minuta oficial (Resolución 838 de 2004) para ilustrar el análisis. Se puede observar en los textos subrayados (subrayados nuestros), apartes muy puntuales que manifiestan la responsabilidad de la administración del riesgo en salud.

“OBLIGACIONES DE LA ARS. EL CONTRATISTA se obliga para con EL CONTRATANTE a cumplir con el objeto del presente contrato, a partir de su perfeccionamiento, para lo cual deberá adelantar las acciones y actividades necesarias para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud, en los niveles de complejidad requeridos, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas, lo anterior en cumplimiento de lo establecido en la Ley 100 de 1993, Decretos sobre la operación del régimen subsidiado, Acuerdos del CNSSS, Circulares y Resoluciones expedidas por el Ministerio de la Protección

⁶ El subrayado es del autor.

Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables al contrato, y en especial a cumplir las siguientes obligaciones:

- 1) Disponer y mantener un sistema de información que permita obtener datos separados con relación al número de personas afiliadas, con su correspondiente documento de identidad, de conformidad con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 y demás normas que las adicionen, modifiquen, aclaren o complementen;
- 2) Carnetizar los nuevos afiliados, o a los que tienen carné con vigencia anual, dentro de los 30 días calendario siguientes a la suscripción del presente contrato, en cumplimiento de lo descrito por el inciso 4º del artículo 4º del Acuerdo 225 del CNSSS., o la norma que lo aclare o modifique aplicable al presente contrato
- 3) Entregar dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente contrato de aseguramiento, a la red prestadora de servicios, los listados o bases de datos correspondientes, identificando en ellos, los afiliados en continuidad, los afiliados que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados;
- 4) Entregar a **EL CONTRATANTE**, dentro de los tres (3) días siguientes al perfeccionamiento de este contrato, los documentos exigidos en el artículo segundo numeral 9) del presente contrato;
- 5) Entregar mensualmente a EL CONTRATANTE, el archivo de Novedades de los afiliados contratados dentro de los diez (10) días calendario del mes, y el informe de ejecución de las Actividades de promoción y prevención que le correspondan, de conformidad con la reglamentación aplicable para estos efectos;
- 6) Actualizar los listados o bases de datos de afiliados, según su reporte de novedades, y entregarlos a la red prestadora contratada y a EL

CONTRATANTE dentro de los cinco (5) primeros días del mes correspondiente.

- 7) Garantizar a los afiliados el sistema de referencia y contrarreferencia para los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y contribuir con la referencia y contrarreferencia, para la prestación de los servicios no contemplados por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado;
- 8) Celebrar convenios con la entidad territorial competente, con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a lo no cubierto por el POSS, y que procuren la eficiente y oportuna prestación de estos servicios, de conformidad con lo establecido por el artículo 42 del Acuerdo 244 del CNSSS.
- 9) Garantizar a los afiliados, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, independientemente del nivel de complejidad, sin implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los servicios básicos, tales como centrales de autorización, o prácticas que generen mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman su red de prestadores de servicios de salud, esto, es al prestador primario habilitado, según lo definido por el artículo 6º del Decreto 515 de 2004.
- 10) Garantizar el flujo oportuno de los recursos del régimen subsidiado contratados con los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores, para lo cual deberá dar cumplimiento a las reglas establecidas en el capítulo V del Decreto 050 de 2003 y en especial a las que hacen relación con los términos para la oportunidad en el pago a los prestadores de Servicios de Salud según la modalidad de los contratos celebrados. De

conformidad con los plazos pactados en los contratos de prestación de servicios de salud cancelar oportunamente las obligaciones que haya contraído con los Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores, atendiendo en todo caso la reglamentación vigente sobre pagos a los prestadores de servicios de salud por parte de las ARS;

- 11)** Establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los aspectos de, información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos, procesos de afiliación, base de datos de afiliados, carnetización de afiliados, contratación y negociación de red de prestadores de servicios, radicación de facturas, pago a prestadores de servicios de salud y proveedores, auditoría integral del proceso de atención, atención de quejas y sugerencias, red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia, según lo dispuesto por el artículo 41 del Acuerdo 244 del CNSSS.
- 12)** Informar su intención de retiro a la Superintendencia Nacional y a EL CONTRATANTE por lo menos cuatro (4) meses antes, con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad, teniendo en cuenta que durante este lapso, deberá garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados, de acuerdo con lo contemplado por el artículo 18 del decreto 515 de 2004.
- 13)** Suscribir los contratos de Aseguramiento para garantizar la continuidad de los afiliados que la seleccionaron, siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en la norma, cuando no manifieste, su intención de retirarse.
- 14)** Recibir la inscripción y afiliación de nuevos beneficiarios, en el evento de ampliación de cobertura.
- 15)** Acreditar el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación

Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante el lapso del presente contrato de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 1º de la Ley 828 de 2003.

16) *Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato.”*

2.2.3 EL ASEGURAMIENTO DEL RIESGO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano exige el cumplimiento de un conjunto de requisitos determinantes para la administración de recursos destinados al aseguramiento del riesgo en salud. Estas condiciones tienen que ver con estándares administrativos, técnico científicos y financieros por medio de los cuales las ARS deberán garantizar la suficiencia, oportunidad, el acceso, y la calidad en la prestación de los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POSS)⁷.

Las ARS deberán organizar sus estructuras administrativas y financieras de manera que los procesos del aseguramiento y la administración del riesgo se encuentren claramente definidos y responsabilizados, además deberán disponer de la normalización y estandarización de los procesos relacionados con la administración de los riesgos⁸. Esto quiere decir que en el proceso de habilitación de un asegurador del régimen subsidiado se debe implementar un sistema de garantía de la calidad que defina un mapa de procesos a partir del cual se identifique la estructura organizacional de la empresa, y se diseñen los

⁷ El POSS es el Plan de Beneficios del Sistema, los servicios a los cuales tiene derecho el afiliado.

⁸ Disposiciones contenidas en el Decreto 515 del 2004.

mecanismos y dispositivos de administración y control de todas las actividades del negocio.

2.2.3.1 CONDICIONES BÁSICAS PARA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

Existen unos principios básicos que deben ser tenidos en cuenta ya sea para ajustar la operación de un asegurador a las condiciones de permanencia en la administración del riesgo en salud o bien si se trata de una empresa nueva que pretende iniciar operaciones en condiciones de entrada. A continuación se señalan las fases mínimas que permiten definir las estructuras de un asegurador.

Partimos de unas condiciones de operación del negocio del aseguramiento como base de la infraestructura empresarial a saber:

1. El Objeto del negocio es el aseguramiento del Riesgo en salud y no la administración de los recursos.
2. La administración del Riesgo debe repercutir en el mejoramiento de las condiciones de salud de los asegurados (Afiliados).
3. Como aseguradora el riesgo asumido contractualmente es intransferible a los prestadores y la ARS responde por sus consecuencias.
4. Los aseguradores son responsables de los costos y gastos que se desprendan de la desviación del riesgo y los excesos en la demanda de servicios.
5. Los recursos de operación del negocio son de naturaleza pública y destinación específica para la asistencia médica, su desviación por cualquier motivo se constituye en un delito contra la administración pública.

Luego de tener claridad sobre el enfoque del sistema de aseguramiento y la dinámica de operación del mismo en lo que respecta a las responsabilidades generales de las ARS se plantean unas fases de organización para los aseguradores:

1. Definición de la Plataforma estratégica, donde se acuerde la filosofía de la empresa, la proyección de la organización y los objetivos corporativos que se pretenden.
2. Identificación del Mapa de Macro procesos del negocio.
3. Diseño de la Estructura Organizacional donde se reflejen las responsabilidades de los macro procesos y los procesos.
4. Levantamiento y normalización de Procesos y procedimientos claves.
5. Diseño de la Planta de personal y del manual de perfiles y competencias
6. Aprobación el Manual de Calidad.
7. Elaboración del Plan de Desarrollo.
8. Diseño de los Planes operativos y de mejoramiento.
9. Manuales de Operación de Servicios (SIAU, Auditoria, Contratación, Aseguramiento, Autorizaciones).
10. Aprobación del Modelo de atención con evidencia del perfil de riesgos y el diseño de políticas de atención para mejorar el perfil epidemiológico de la población.

2.3 EL MAPA DE PROCESOS

En la Operación del Régimen subsidiado se han identificado tres grupos de macro procesos dentro de los cuales se mueven todos los procesos y actividades del negocio.

➤ MACRO PROCESOS BÁSICOS

- MACRO PROCESOS DE APOYO
- MACRO PROCESOS DE ALTA DIRECCIÓN

En la grafica siguiente se encuentra representada lógica y secuencialmente la cadena de interrelación entre estos macro procesos y sus principales procesos relacionados con cada área critica de la operación del negocio.

2.3.1 PROCESOS BÁSICOS

Los Macro procesos básicos corresponden a la razón de ser de la empresa, son el eje central de la prestación del servicio, involucra los procesos del área de mercadeo que tiene por objeto la promoción de la afiliación y la divulgación de los servicios. En su orden siguen los procesos del aseguramiento que buscan garantizar el cumplimiento de nuestras obligaciones contractuales a través de la legalización de los contratos de aseguramiento y la disposición de la infraestructura de ejecución; finalmente en este grupo de macro procesos se encuentran los procesos propios del servicio medico asistencial que tienen que ver directamente con la atención al usuario, autorizaciones de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia, auditoria medica, en este grupo también tenemos los procesos del área de Promoción y prevención.

2.3.2 PROCESOS DE APOYO

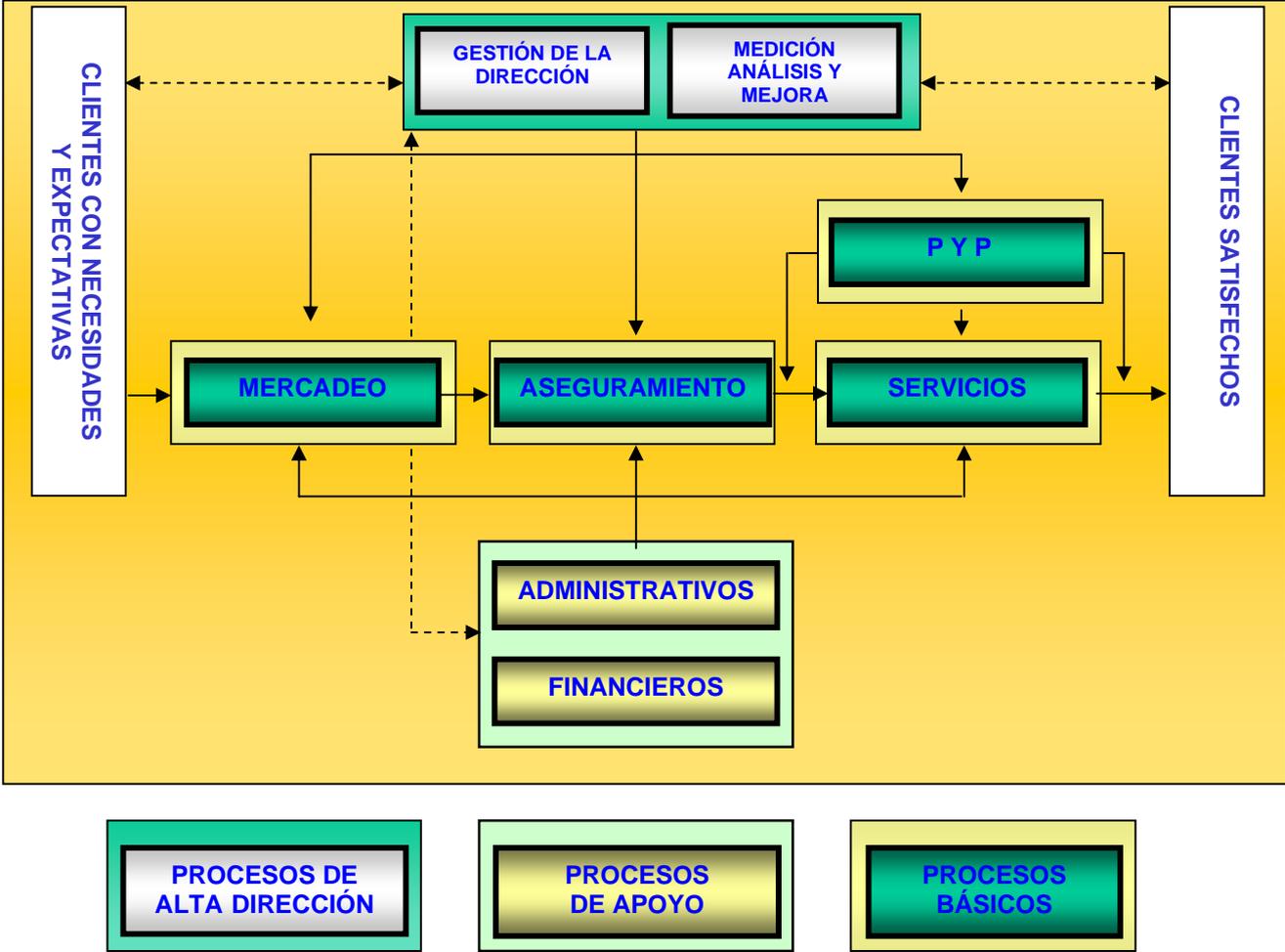
En los macro procesos de apoyo se agrupan los procesos de las áreas administrativa y financiera cuyo enfoque es el de suministrar recursos físicos, humanos y financieros a los procesos básicos como insumos de su gestión.

2.3.3 PROCESOS DE ALTA DIRECCIÓN

Por ultimo los macro procesos de alta dirección se definen como los procesos de gestión de la dirección que contiene el proceso de planeación y los procesos de medición, análisis y mejora que se encaminan al seguimiento, la evaluación y el ajuste de los planes y programas. Los macro procesos de la alta dirección, están encaminados por un lado a suministrar apoyo técnico a todo los macro procesos y procesos de la organización y generar sistemas de control en la asignación y aplicación de todos los recursos disponibles de la empresa.

Para efectos de iniciar el análisis de riesgos es necesario que se identifiquen el juego de relaciones entre estos macro procesos y más aun conocer los grupos de procesos que los componen. De aquí parte el análisis de riesgos en la medida en la que se revisen cada uno de los procesos en mención.

Gráfico 4. Mapa de Procesos Basico del Regimen Subsidiado.



CAPITULO TERCERO

EL PERFIL DE RIESGOS EN EL NEGOCIO DEL ASEGURAMIENTO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo a las apreciaciones del Dr. Fabio Tobón Londoño, Director Ejecutivo del ICONTEC⁹ los empresarios colombianos no parecen comprender muy bien en que consiste el manejo del riesgo en sus empresas, especialmente sí estas son pequeñas y medianas. Con relación a las grandes empresas y multinacionales del país en términos generales manejan el tema, aunque cada una tiene diversas maneras de tratarlo.

Precisamente por esta razón el ICONTEC publicó la norma técnica NTC 5254, que contiene una guía de recomendaciones para el adecuado manejo del riesgo el cual hace parte de la correcta administración y gestión de la empresa, ligado a los objetivos de esta. Es una buena practica de los negocios.

En la norma se define el riesgo como la probabilidad de que algo ocurra y tenga impacto en los objetivos de la organización¹⁰, el riesgo se mide en términos de consecuencia y posibilidad, y ya una vez identificados los riesgos que puede tener el negocio es necesario entonces, clasificarlos de manera que sea posible evaluar su posibilidad y el impacto posible para definir cuales deben tratarse y de que manera. Señala el Dr. Tobón *“La idea detrás del manejo del riesgo es minimizarlo o prevenirlo hasta donde sea posible o protegerse para que en caso que ocurra tenga el menor impacto posible sobre la empresa.”*¹¹

⁹ Desde hace mas de 42 años el Icontec es el organismo privado que tiene el encargo del Gobierno Nacional de Elaborar las normas técnicas que requiere el país para su crecimiento y desarrollo.

¹⁰ Norma Técnica Colombiana NTC 5254 Gestión del Riesgo, del 31 de mayo del 2004.

¹¹ Tomado de El diario La Republica publicación del 18 de octubre del 2005, pagina 8.

La gestión del riesgo se reconoce como parte integral de la buena práctica de gestión, debe integrarse con la filosofía de la organización, con los planes empresariales, en vez de verse como un programa separado, sin embargo este puede empezar a ser aplicado a departamentos, procesos o proyectos individuales.

3.2 LOS RIESGOS DEL NEGOCIO

La participación del talento humano vinculado a los procesos de la organización son la clave para la detección y el control de los riesgos del negocio. No podemos desconocer por ningún motivo que son las personas que administran y lideran los procesos de la organización los que crean los riesgos. La creatividad y capacitación de los funcionarios no servirá de mucho sin una verdadera política de motivación y entrenamiento permanente, en ello las empresas tienen mucho que aprender. Al respecto Peter Druker comentó *“Las empresas no valen tanto por lo que saben, sino por lo que pueden aprender”*.

Siguiendo con la metodología propuesta por el ICONTEC inicialmente se va a identificar los factores de riesgos que tienen posibilidad de ocurrencia en el desarrollo de cada uno de los procesos ya definidos en el mapa de macro procesos de la administración del riesgo en salud que es una caracterización básica pero genérica aplicable a cualquier asegurador de régimen subsidiado que se ajuste a las normas y cumpla los estándares de habilitación exigidos por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Posteriormente a la identificación de los riesgos de cada proceso, aplicaremos una escala de valoración que permita clasificarlos en riesgos bajos, medios y altos, de

manera que podamos evaluar el impacto que cada uno de ellos de manera individual y en conjunto pueden llegar a afectar negativamente a la organización.

3.3 IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES POR PROCESOS

Con el fin de entrar en detalles que soporten nuestro estudio es necesario identificar los factores críticos de éxito en el proceso de aseguramiento y gestión del riesgo en salud de manera que nos permitan tener un marco de referencia para evaluar nuestra gestión y tener conciencia de la magnitud de los riesgos que estamos asumiendo. El ejercicio que realizaremos en este aparte consistirá en identificar, las áreas y los procesos más importantes que se desarrollan en cada una de estas áreas para identificar finalmente los factores críticos que afectan cada una de ellas.

3.3.1 PROCESOS BÁSICOS.

3.3.1.1 MERCADEO

En esta área se desarrollan los procesos tendientes al logro de la afiliación:

- Estudio de Mercado.
- Mercadeo y Promoción de Servicios de la ARS.
- Inscripción de la ARS ante los Entes Territoriales.
- Participación en los Cabildos de afiliación.
- Afiliación.
- Promoción de deberes y derechos del afiliado.
- Firma de los Contratos de aseguramiento.

3.3.1.2 ASEGURAMIENTO

En esta área los procesos están encaminados garantizar la legalización y la ejecución de los contratos de aseguramiento en los términos establecidos por la Ley.

- Suscripción de Pólizas de Cumplimiento.
- Suscripción de Pólizas de Alto Costo.
- Depuración de Base de Datos.
- Entrega de Base de Datos a Prestadores y Secretarías de Salud.
- Carnetización.
- Informes de carnetización.
- Informes de Promoción y Prevención
- Informes de Interventoría de Contratos
- Pre - liquidación de Contratos de aseguramiento

3.3.1.3 SERVICIOS

El objetivo de esta área es garantizar la prestación de los servicios medico asistenciales contemplados en al POSS. En este macro proceso se agrupan los siguientes procesos:

- Estudios de la oferta de servicios.
- Planeación del Servicio.
- Verificación de las condiciones de habilitación de los prestadores.
- Contratación de la Red de servicios.
- Elaboración de matrices de P y P.
- Conformación de ligas de Usuarios.

- Conformación del Comité Técnico Científico.
- Solicitud de Información.
- Manejo de quejas y reclamos.
- Derechos de petición.
- Verificación de derechos.
- Autorización de servicios.
- Autorización no POSS.
- Recaudo de Copagos.
- Referencia de pacientes.
- Elaboración y Presentación de Informes trimestrales de P y P.
- Interventoría de los contratos de Prestación de Servicios.
- Auditoria de servicios medico asistenciales.
- Auditoria de cuentas medicas.
- Pre-liquidación de contratos de prestación de servicios.

3.3.2 PROCESOS DE APOYO

3.3.2.1 ADMINISTRATIVOS

Estos procesos de apoyo se dividen en tres grupos a saber; Recursos físicos, Recursos Humanos y Servicios Generales, el objetivo de este grupo de procesos va encaminado a proveer los insumos físicos, humanos y tecnológicos en oportunidad, suficiencia y racionalidad necesarios para que los demás procesos de la organización alcancen los objetivos planteados, para ello es necesario desarrollar:

- Compras Generales.
- Asignación de Activos.

- Baja de Activos.
- Traslados de Activos.
- Selección de personal.
- Contratación de recursos humanos.
- Régimen Disciplinario.
- Contratación de servicios administrativos.
- Mantenimientos y reparaciones.
- Administración de Correspondencia y archivo.
- Transportes y logística.

3.3.2.2 FINANCIEROS

Los procesos que se agrupan en el área financiera tienen como objetivo garantizar la administración de los recursos asegurando su recaudo, custodia y asignación en términos de racionalidad, legalidad eficiencia y oportunidad.

- Facturación a entes territoriales.
- Cobro de cartera.
- Recaudo de cartera.
- Recepción de Cuentas por pagar.
- Registro y Contabilización de los movimientos financieros.
- Elaboración de los Estados Financieros.
- Pago a proveedores de bienes y servicios.
- Elaboración y reporte de Informes a los entes de inspección vigilancia y control.
- Caja menor.
- Liquidación de contratos aseguramiento y de prestación de servicios.

3.3.3 PROCESOS DE ALTA DIRECCIÓN

3.3.3.1 GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN

El objetivo primordial es proyectar las acciones de la organización para enfrentar de manera eficiente las exigencias del sector y del mercado liderando el proceso de crecimiento sostenido de la institución.

- Planeación
- Control de Presupuesto
- Proyectos
- Revisión por la Dirección

3.3.3.2 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

El enfoque de este grupo de procesos es hacia el seguimiento y control adecuado de los procesos y los resultados de la organización con el fin de asegurar la satisfacción de nuestros clientes y realizar el mejoramiento continuo del sistema de calidad.

- Auditoria
- Acciones de Mejora
- Control del Servicio
- Control de Documentos y Registros
- Medición de la Satisfacción del Cliente

CAPITULO CUARTO

MAPA DE RIESGOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS EN SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

4.1 ÁREAS CRÍTICAS Y FACTORES DE RIESGOS

En este capítulo se levantará el mapa de riesgos del asegurador para lo cual se utilizará una matriz simple que en cada uno de los procesos identificados en el capítulo anterior ocasionan una mayor posibilidad de ocurrencia y afectación de los objetivos del negocio. Se asociarán con las posibles consecuencias que fueron los criterios de referencia para esta primera fase de identificación.

Se ha logrado identificar un total de 308 factores de riesgos asociados a las seis áreas que contienen los principales 28 procesos necesarios para desarrollar adecuadamente la actividad de la administración del aseguramiento y la explotación del negocio.

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS EN LAS ARS

ÁREAS	PROCESOS	FACTORES DE RIESGOS
6	28	308

A continuación describimos cada uno de los riesgos encontrados en cada uno de los procesos desarrollados en la ARS.

4.2 MERCADEO Y ASEGURAMIENTO

4.2.1 MERCADEO

Tabla 4. FACTORES DE RIESGO MERCADEO.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Entrada en municipios de alto riesgo	Perdidas Institucionales y Sociales
2	Mercadeo de Servicios con promoción no autorizada	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
3	Competencia Desleal por mal uso de la publicidad	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
4	Inscripción irregular o ilegal ante los Entes Territoriales	Perdida del Contrato
5	Falta de organización y logística para participación en cabildos	Perdidas Institucionales y Sociales
6	Diligencia de formularios en forma fraudulenta o extemporánea	Sanciones y Perdida del Contrato
7	Selección adversa y discriminación que violan la libre escogencia	Sanciones, multas y Perdida del Contrato
8	Firma de Contratos de aseguramiento sin soportes del ente territorial	Sanciones y Perdida del Contrato

4.2.2 CONTRATACIÓN ENTES TERRITORIALES

Tabla 5. FACTORES DE RIESGO CONTRATACION ENTES TERRITORIALES.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Contratación en Municipios no Autorizados o habilitados	Sanciones y Perdida del Contrato
2	Inconsistencia o falta de los Soportes de la ARS para el contrato	Sanciones y Perdida del Contrato
3	Violación al régimen de inhabilidades e incompatibilidades	Sanciones y Perdida del Contrato
4	Reporte en los boletines de deudores morosos del estado	Sanciones y Perdida del Contrato
5	Registro y radicación de los contratos ante los entes de IVC	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato

4.2.3 AFILIACIÓN

Tabla 6. FACTORES DE RIESGO AFILIACION.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Inconsistencias en las bases de datos	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
2	Duplicidades y Multiafiliaados en Base de datos	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
3	Fraude por suplantación y manipulación de las novedades	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
4	Selección adversa y discriminación que violan la libre escogencia	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
5	Carnetización inoportuna.	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
6	Incumplimiento de políticas internas de la organización.	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
7	Envío inoportuno de reporte de novedades	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato

4.2.4 INTERVENTORÍA DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO

Tabla 7. FACTORES DE RIESGO INTERVENTORIA ASEGURAMIENTO.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Expedientes de contratos incompletos	Sanciones y Multas
2	Reporte inoportuno de novedades	Sanciones y Multas
3	Constitución de Pólizas de Cumplimiento y alto soto	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
4	Entrega inoportuna de pólizas de cumplimiento y alto costo	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
5	Entrega inoportuna de actas de carnetización	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
6	Respuesta inoportuna a requerimientos de la interventoría municipal	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
7	No realizar preliquidaciones periódicas y reportar sus resultados	Perdidas Institucionales y Sociales

4.3 SERVICIOS ASISTENCIALES

4.3.1 CONTRATACIÓN RED DE SERVICIOS

Tabla 8. FACTORES DE RIESGO CONTRATOS RED DE SERVICIOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Mal Calculo de la oferta de servicios disponible previa contratación	Perdidas Institucionales y Sociales
2	IPS sin requisitos de Habilitación ni soportes legales	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
3	Contratos con IPS con capacidad de oferta insuficiente	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
4	Contratación inferior o superior al periodo de vigencia contractual	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
5	Incumplimiento en la contratación de la Red Publica	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
6	aplicación de Minutas desactualizadas e incoherentes	Perdidas Institucionales y Sociales
7	Falta de Pólizas de Garantías y responsabilidad civil extracontractual	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
8	Contratación de IPS lejos del acceso del paciente	Perdidas Institucionales y Sociales
9	Violación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
10	Falta de capacitación y actualización de los procedimientos al contratista	Perdidas Institucionales y Sociales
11	Falta de difusión del sistema de garantía de la calidad	Perdidas financiera, Institucionales y Sociales
12	Mala articulación de la Red de Servicios	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
13	Reporte inoportuno de los contratos y la Red de servicios a los entes	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
14	Altos porcentajes de capitación en nivel 1	Perdidas Institucionales y Sociales
15	Alto porcentaje de capitación de medicamentos.	Perdidas Institucionales y Sociales
16	Doble Contratación de Servicios o Población	Sanciones y Multas
17	IPS no cuenta con algunos servicios contratados en el primer nivel	Sanciones y Multas
18	Red contratada por eventos a tarifas SOAT sin descuentos	Perdidas Institucionales y Sociales
19	Pocos paquetes contratados	Perdidas Institucionales y Sociales
20	Capitaciones por población global y no por grupos de riesgo	Perdidas Institucionales y Sociales

21	Sobre costos en insumos hospitalarios	Perdidas Institucionales y Sociales
22	Tarifas de medicamentos intra hospitalarios no pactadas	Perdidas Institucionales y Sociales
23	Tarifas de ambulancia no pactadas	Perdidas Institucionales y Sociales
24	Contrato de hospitalización de nivel 1 con IPS de nivel 1	Perdidas Institucionales y Sociales
25	Falta de seguimiento y auditoria de servicios	Perdidas Institucionales y Sociales
26	Falta de Informes de Interventoría	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
27	Preliquidaciones erradas o sin profundidad	Perdidas Institucionales y Sociales

4.3.2 INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL AFILIADO

Tabla 9. FACTORES DE RIESGO INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Falta de información o falla en los dispositivos de atención	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
2	Aumento de Quejas y reclamos injustificados	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
3	Falta de promoción organización y operación de las Ligas de usuarios	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
4	Acciones Judiciales por demora en los procedimientos de atención	Perdidas Institucionales y Sociales
5	Falta de instrumentos publicitarios para la promoción de información	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales

4.3.3 PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS

Tabla 10. FACTORES DE RIESGO PLANEACION DE LOS SERVICIOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Identificación del Perfil de Riesgo (Ficha Familiar)	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
2	Actualización del Perfil Epidemiológico	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
3	Levantamiento de la nota técnica	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
4	Definición de las políticas del servicio y el modelo de atención	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales

4.3.4 AUTORIZACIONES

Tabla 11. FACTORES DE RIESGO AUTORIZACIONES.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Autorizaciones de servicios represadas	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
2	Autorizaciones erróneas o demoradas	Perdidas Institucionales y Sociales
3	Autorizaciones de servicios no POSS sin revisión del CTC	Perdidas Institucionales y Sociales

4	Inoperancia del CTC	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
5	Autorizaciones no pertinentes	Perdas Institucionales y Sociales
6	Autorización de servicios ya capitados sin justificación	Perdas Institucionales y Sociales
7	Aumento de las enfermedades de alto costo	Perdas Institucionales y Sociales
8	Se autorizan servicios de nivel 2 y 3 a desplazados	Perdas Institucionales y Sociales
9	Sobre costos por tutelas	Perdas Institucionales y Sociales
10	No cobro de copagos	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
11	No se controlan las autorizaciones de alto costo según guías	Perdas Institucionales y Sociales
12	No se organizan oportunamente los recobros por CTC	Perdas Institucionales y Sociales
13	Autorizar por evento capitados sin sello de glosa al prestador	Perdas Institucionales y Sociales

4.3.5 REFERENCIA DE PACIENTES

Tabla 12. FACTORES DE RIESGO REFERENCIA DE PACIENTES.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Incumplimiento del proceso sistema de referencia y contrarreferencia	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
2	Remisiones a IPS privadas de patologías no POSS	Perdas Institucionales y Sociales
3	Autorización de transportes a pacientes no hospitalizados	Perdas Institucionales y Sociales
4	Remisiones a IPS con tarifas más altas	Perdas Institucionales y Sociales
5	Poca capacidad resolutive de nivel 1 (exceso de remisiones)	Perdas Institucionales y Sociales
6	Referencia a otros Departamentos sin red contratada.	Perdas Institucionales y Sociales

4.3.6 AUDITORIA MEDICA

Tabla 13. FACTORES DE RIESGO AUDITORIA MÉDICA.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Bajo nivel de visado de facturas	Perdas Institucionales y Sociales
2	Bajo nivel de auditoria de casos clínicos	Perdas Institucionales y Sociales
3	No utilización de formatos para revisión de facturas	Perdas Institucionales y Sociales
4	Mala Auditoria de pertinencia	Perdas Institucionales y Sociales
5	Autorización de servicios con desviación en la atención	Perdas Institucionales y Sociales
6	No realización de glosas	Perdas Institucionales y Sociales
7	Reporte extemporáneo de glosas	Perdas Institucionales y Sociales
8	Auditoria de cuentas excediendo el tiempo legal	Perdas Institucionales y Sociales
9	Falta de conciliación de glosas	Perdas Institucionales y Sociales
10	No aplicación de los Descuentos conciliados	Perdas Institucionales y Sociales

11	Radicación extemporánea y Perdida de las facturas de servicios	Perdidas Institucionales y Sociales
12	Mala clasificación y reporte en servicios y patologías de alto costo	Perdidas Institucionales y Sociales
13	Ausencia de informes de los auditores	Perdidas Institucionales y Sociales
14	Falta de estadísticas históricas por hallazgos e IPS	Perdidas Institucionales y Sociales
15	No se revisa y concilia el recaudo de copagos delegado a las IPS	Perdidas Institucionales y Sociales
16	No seguimiento a acciones de P y P para glosas	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales

4.4 ADMINISTRATIVOS

4.4.1 RECURSOS FÍSICOS

Tabla 14. FACTORES DE RIESGO RECURSOS FISICOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Incumplimiento del procedimiento de compras	Perdidas Financieras e Institucionales
2	Se compra a precios desventajosos	Perdidas Financieras e Institucionales
3	Mala calidad en los servicios y productos comprados	Perdidas Financieras e Institucionales
4	Falta de supervisión en el recibo de las compras	Perdidas Financieras e Institucionales
5	Se hacen pedidos informales	Perdidas Financieras e Institucionales
6	Proveedores que no cumplen requisitos legales	Perdidas Financieras e Institucionales
7	Deficiencias en la evaluación y la contratación de proveedores	Perdidas Financieras e Institucionales
8	Desactualización del Inventario de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
9	No se clasifican los elementos adquiridos (devolutivos - consumo)	Perdidas Financieras e Institucionales
10	Falta de registro estadístico de los consumos por oficina	Perdidas Financieras e Institucionales
11	Mal manejo de inventarios de los elementos de consumo	Perdidas Financieras e Institucionales
12	Asignación inoportuna o deficiente de insumos de oficina	Perdidas Financieras e Institucionales
13	Falta de Dotación Básica en oficina (aviso, buzón, cartelera)	Perdidas Financieras e Institucionales
14	Incumplimiento de los proveedores en la entrega de pedidos	Perdidas Financieras e Institucionales
15	Entrega y recibo informal de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
16	Ausencia y/o Falta de control al plan de mantenimiento y reposición	Perdidas Financieras e Institucionales
17	Baja de activos sin soportes legales	Perdidas Financieras e Institucionales
18	Asignación y Distribución ineficiente de recursos tecnológicos	Perdidas Financieras e Institucionales
19	Desactualización de la plataforma de telecomunicaciones	Perdidas Financieras e Institucionales
20	Incumplimiento en las políticas de seguridad informática	Perdidas Financieras e Institucionales
21	No existen copias de seguridad de la información	Perdidas Financieras e Institucionales
22	No se cuenta con sistemas y dispositivos de protección de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
23	No se cuenta con sistemas Aseguramiento de los activos	Perdidas Financieras e Institucionales
24	Deterioro de la imagen institucional y corporativa de la organización	Perdidas Financieras e Institucionales
25	Bajos niveles de herramientas publicitarias y promoción de servicios	Perdidas Financieras e Institucionales
26	Deficiencias en el sistema de documentación y archivo físico	Perdidas Financieras e Institucionales
27	Problemas en la custodia y almacenaje de elementos devolutivos	Perdidas Financieras e Institucionales
28	Inconvenientes en el transporte y operación de dotaciones	Perdidas Financieras e Institucionales

29	Gestiones de recuperación y reclamaciones de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
30	Deterioro de la infraestructura física	Perdidas Financieras e Institucionales

4.4.2 RECURSOS HUMANOS

Tabla 15. FACTORES DE RIESGO RECURSOS HUMANOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Incumplimiento en los procesos de selección de personal	Perdidas Financieras e Institucionales
2	Vinculación de personal sin Contrato de trabajo	Perdidas Financieras e Institucionales
3	Se legalizan contratos sin soportes de seguridad social	Perdidas Financieras e Institucionales
4	Se legalizan contratos de prestación de servicios sin pólizas	Perdidas Financieras e Institucionales
5	No se realiza inducción ni se soporta acta de capacitación	Perdidas Financieras e Institucionales
6	No se hace entrega oficial de activos y elementos de trabajo	Perdidas Financieras e Institucionales
7	No se lleva archivo de personal	Perdidas Financieras e Institucionales
8	No se realiza seguimiento al vencimiento de contratos	Perdidas Financieras e Institucionales
9	No hay informes de Interventoría de los contratos de consultoría	Perdidas Financieras e Institucionales
10	Se nombran y contratan personas para cargos no aprobados	Perdidas Financieras e Institucionales
11	Existe remuneración diferente para igual cargo y funciones	Perdidas Financieras e Institucionales
12	Existen diferentes denominaciones para cargos iguales	Perdidas Financieras e Institucionales
13	Se configuran vínculos laborales por comunicaciones escritas	Perdidas Financieras e Institucionales
14	No se entrega manual de funciones	Perdidas Financieras e Institucionales
15	No se presenta el sistema de calidad	Perdidas Financieras e Institucionales
16	No se aplica correctamente el régimen disciplinario	Perdidas Financieras e Institucionales
17	Se vulneran los derechos de los trabajadores	Perdidas Financieras e Institucionales
18	No existen acciones ni políticas de salud ocupacional	Perdidas Financieras e Institucionales
19	No está organizado el comité paritario	Perdidas Financieras e Institucionales
20	Se despide personal sin cumplir el debido proceso	Perdidas Financieras e Institucionales
21	No se reconocen o liquidan adecuadamente las prestaciones sociales	Perdidas Financieras e Institucionales
22	No se pagan las prestaciones sociales en los términos de ley	Perdidas Financieras e Institucionales
23	Existe un alto nivel de conflictos laborales internos	Perdidas Financieras e Institucionales
24	No se lleva control de horarios de entrada y salida	Perdidas Financieras e Institucionales
25	No se evalúa el desempeño y la productividad laboral	Perdidas Financieras e Institucionales
26	No hay plan ni política de capacitación y formación	Perdidas Financieras e Institucionales
27	No se aplica ninguna política de incentivos y promoción	Perdidas Financieras e Institucionales
28	Alta rotación de personal	Perdidas Financieras e Institucionales
29	Hay un alto nivel de procesos laborales por vía jurídica	Perdidas Financieras e Institucionales
30	La estructura orgánica no se ajusta a las condiciones de operación	Perdidas Financieras e Institucionales
31	No hay políticas de administración del recurso humano	Perdidas Financieras e Institucionales
32	Registro y control del personal suministrado versus facturación	Perdidas Financieras e Institucionales

4.4.3 SERVICIOS GENERALES

Tabla 16. FACTORES DE RIESGO SERVICIOS GENERALES.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No hay plan de mantenimiento de infraestructura	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
2	Existen deficiencias en la calidad de las reparaciones	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
3	Excesos en los consumos de servicios públicos	Perdidas Financieras, Institucionales
4	Mal uso del sistema de telecomunicaciones	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
5	No hay un buen dispositivo de vigilancia y seguridad	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
6	Se presenta mala atención de aseo y cafetería	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
7	Se presentan fugas o fraudes en los servicios	Perdidas Financieras, Institucionales
8	Perdida de piezas y repuestos en las reparaciones de equipos	Perdidas Financieras, Institucionales
9	No hay asistencia oportuna en la corrección de fallas	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
10	Desaprovechamiento del Recurso Humano y contratación externa	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales

4.5 FINANCIEROS

4.5.1 CUENTAS POR COBRAR

Tabla 17. FACTORES DE RIESGO CUENTAS POR COBRAR.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Liquidación errónea de las fuentes de financiación	Perdidas Financieras e Institucionales
2	Facturación extemporánea en la generación y radicación ante el ET	Perdidas Financieras e Institucionales
3	Doble facturación al ente territorial	Perdidas Financieras e Institucionales
4	No se aplican procesos de gestión de cobro de cartera	Perdidas Financieras e Institucionales
5	Baja rotación de cartera	Perdidas Financieras e Institucionales
6	Volúmenes de cartera vencida superiores a 120 días	Perdidas Financieras e Institucionales
7	No hay gestión de cobro jurídico para cuentas superiores a 180 días	Perdidas Financieras e Institucionales
8	No se utiliza la gestión del giro directo	Perdidas Financieras e Institucionales
9	Mal registro, calificación y clasificación de las cuentas por cobrar	Perdidas Financieras e Institucionales
10	Mala administración en el archivo de las cuentas por cobrar radicadas	Perdidas Financieras e Institucionales
11	Incumplimiento en los reportes de cartera a los entes de control	Perdidas Financieras e Institucionales
12	No gestión de cobro y recaudo de copagos	Perdidas Financieras e Institucionales
13	No se cruzan glosas de IPS	Perdidas Financieras e Institucionales

4.5.2 CUENTAS POR PAGAR

Tabla 18. FACTORES DE RIESGO CUENTAS POR PAGAR.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Alto nivel de cuentas por pagar con vencimiento superior a 90 días	Perdidas Financieras e Institucionales
2	Perdida física de facturas	Perdidas Financieras e Institucionales
3	Mal registro y errores en la identificación de los niveles de atención	Perdidas Financieras e Institucionales
4	Radicación y pago de facturas sin cumplimiento de requisitos tributarios	Perdidas Financieras e Institucionales
5	Incumplimiento en el pago a proveedores de acuerdo al flujo de ingresos	Perdidas Financieras e Institucionales
6	Crecimiento en los niveles de provisión sin crecimiento de los ingresos	Perdidas Financieras e Institucionales
7	Incumplimiento en los reportes de cartera a los entes de control	Perdidas Financieras e Institucionales
8	Doble pago de las mismas facturas de cobro por los mismos servicios	Perdidas Financieras e Institucionales
9	Pago de facturas de servicios sin visado de auditoria Medica	Perdidas Financieras e Institucionales
10	Mala liquidación en los Cruces de Cuentas con los ET	Perdidas Financieras e Institucionales
11	Mala liquidación de contratos de Aseguramiento	Perdidas Financieras e Institucionales
12	Mala Liquidación de los Contratos con prestadores de servicios	Perdidas Financieras e Institucionales

4.5.3 CONTABILIDAD

Tabla 19. FACTORES DE RIESGO CONTABILIDAD.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Errores en los registros contables	Perdidas Financieras e Institucionales
2	Altos niveles en las provisiones sin crecimiento en los ingresos	Perdidas Financieras e Institucionales
3	Mala digitación y errores en valores y beneficiarios	Perdidas Financieras e Institucionales
4	Subregistros en la captura y digitación de la información	Perdidas Financieras e Institucionales
5	Extemporaneidad en la causacion contable	Perdidas Financieras
6	Generación tardía en los informes financieros	Perdidas Financieras e Institucionales
7	Falsedad y Manipulación de los datos de los estados financieros	Perdidas Financieras e Institucionales
8	Deficiencias en la gestión de archivo	Perdidas Financieras
9	Inseguridad en la administración de los soportes contables	Perdidas Financieras
10	Debilidad en el sistema de información	Perdidas Financieras
11	No se realizan copias de seguridad o son inoportunas	Perdidas Financieras
12	Se cometen errores en las técnicas de ajustes y depreciación de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
13	Mal manejo en la cuenta de Provisiones	Perdidas Financieras e Institucionales
14	Mala clasificación y aplicación de los costos y gastos	Perdidas Financieras e Institucionales

4.5.4 PRESUPUESTO

Tabla 20. FACTORES DE RIESGO PRESUPUESTO.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Errores en la preparación del presupuesto	Perdidas Financieras
2	No se utilizan técnicas de proyección y prospectación	Perdidas Financieras
3	Sobredimensionamiento o subvaloración de Ingresos o gastos	Perdidas Financieras
4	Subregistro en las ejecuciones presupuestales	Perdidas Financieras
5	Falta de participación y consenso en la aprobación del presupuesto	Perdidas Financieras
6	No se difunde el documento y su aplicación	Perdidas Financieras
7	No se llevan al día las ejecuciones presupuestales	Perdidas Financieras
8	No se levanta indicadores de gestión financiera	Perdidas Financieras
9	Falta de seguimiento en la ejecución presupuestal	Perdidas Financieras e Institucionales
10	Modificaciones sin autorización legal	Perdidas Financieras e Institucionales

4.5.5 CAJA

Tabla 21. FACTORES DE RIESGO CAJA.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Falta de identificación de los recursos consignados	Perdidas Financieras e Institucionales
2	Falta de identificación, registro y control de los pagos parciales de ET	Perdidas Financieras e Institucionales
3	Pago de cuentas a terceros no autorizados	Perdidas Financieras e Institucionales
4	Pago de cuentas sin soportes legales	Perdidas Financieras e Institucionales
5	Errores en la liquidación de la retención en la fuente	Perdidas Financieras e Institucionales
6	Errores en los reportes de la retención en la fuente	Perdidas Financieras e Institucionales
7	Extemporaneidad en el pago de la Retención en la fuente	Perdidas Financieras e Institucionales
8	Pago a IPS sin conciliación de Glosas	Perdidas Financieras
9	Pagos a IPS sin descuentos de copagos recaudado	Perdidas Financieras
10	Pérdida de efectivo o cheques	Perdidas Financieras
11	Faltantes en las Cajas menores	Perdidas Financieras
12	Altos niveles de inseguridad y bajo control	Perdidas Financieras

4.5.6 PLANEACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA

Tabla 22. FACTORES DE RIESGO PLANEACION Y GESTION FINANCIERA.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	Pago de intereses por incumplimiento en los pagos a proveedores	Perdidas Financieras
2	Cobro jurídico por incumplimiento en obligaciones contractuales	Perdidas Financieras
3	Reconocimiento de Honorarios por incumplimiento de obligaciones	Perdidas Financieras
4	Reconocimiento de multas por sanciones relacionadas con pago a IPS	Perdidas Financieras
5	Altos niveles de perdidas operativas	Perdidas Financieras
6	Bajos Niveles de eficiencia y rentabilidad financiera	Perdidas Financieras
7	No se evalúan los resultados financieros mensualmente	Perdidas Financieras
8	No se lleva evidencia de la evaluación y medidas tomadas	Perdidas Financieras
9	No se determinan y normalizan Políticas de Gestión	Perdidas Financieras
10	Bajo aprovechamiento del flujo de recursos	Perdidas Financieras
11	No se lleva el plan de inversiones	Perdidas Financieras

4.6 GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN

4.6.1 PLANEACIÓN

Tabla 23. FACTORES DE RIESGO PLANEACION.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No hay plan Estratégico, o está mal diseñado	Perdidas Integrales
2	No existen objetivos Corporativos	Perdidas Integrales
3	Falta de Normalización y difusión de las Políticas Institucionales	Perdidas Integrales
4	No se define la estructura Organizacional	Perdidas Integrales
5	Falta de normalización de los procedimientos de la organización	Perdidas Integrales
6	No esta diseñado y/o adoptado el sistema de garantía de l calidad	Perdidas Integrales
7	No se formula el Plan de Desarrollo	Perdidas Integrales
8	No existen planes operativos	Perdidas Integrales

4.6.2 ESTUDIOS Y PROYECTOS

Tabla 24. FACTORES DE RIESGO ESTUDIOS Y PROYECTOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No se aplican criterios técnicos para el diseño y evaluación de proyectos	Perdidas Integrales
2	No se realizan estudios de campo para levantamiento de información	Perdidas Integrales
3	Falta de alineación de los estudios con los objetivos de la Institución	Perdidas Integrales
4	No se desarrollan proyectos ni estudios formales en la organización	Perdidas Integrales
5	No se difunden y discuten las conclusiones de los estudios realizados	Perdidas Integrales

4.6.3 TOMA DE DECISIONES

Tabla 25. FACTORES DE RIESGO TOMA DE DECISIONES.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No se utilizan los soportes técnicos para fundamentar las decisiones	Perdidas Financieras
2	Identificación y evaluación de los riesgos	Perdidas Integrales
3	Se toman decisiones con base en criterios subjetivos	Perdidas Integrales
4	Las decisiones no son concertadas	Perdidas Integrales
5	Las decisiones no concuerdan con la escala de intereses institucionales	Perdidas Institucionales y Financieras
6	Las decisiones son inoportunas o meramente de carácter correctivas	Perdidas Institucionales y Sociales
7	No se prioriza ni se evalúan las alternativa y el costo de las decisiones	Perdidas Financieras
8	Difusión y normalización del decisiones tomadas	Perdidas Integrales
9	No se retroalimentan, evalúan o ajustan las decisiones	Perdidas Integrales

4.7 MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA

4.7.1 AUDITORIA

Tabla 26. FACTORES DE RIESGO AUDITORIA.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No se priorizan el Plan de auditoria	Perdidas Integrales
2	Sesgos en los resultados de las Auditorias	Perdidas Integrales
3	Elección de técnica inadecuada para auditoria	Perdidas Integrales

4	No existen estándares de referencia como criterios para auditar	Perdidas Integrales
5	No se realizan auditorias	Perdidas Integrales
6	No hay sistema integral de auditoria	Perdidas Integrales
7	Falta de apoyo y recursos al proceso de auditoria	Perdidas Integrales
8	No se soportan o sustentan los hallazgos de la auditoria	Perdidas Integrales
9	No se evalúan y se presentan los hallazgos encontrados	Perdidas Integrales

4.7.2 ACCIONES DE MEJORA

Tabla 27. ACTORES DE RIESGO ACCIONES DE MEJORA.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No se realizan análisis de causa para fundamentar las acciones de mejora	Perdidas Integrales
2	Los planes no son concertados	Perdidas Integrales
3	Los planes no apuntan a la eliminación de las causas de no conformidades	Perdidas Integrales
4	Acciones de tipo paliativo	Perdidas Integrales
5	No se establece un plan de mejoramiento Integral	Perdidas Integrales
6	No se determinan los objetos del mejoramiento	Perdidas Integrales
7	No se evalúan y ajustan los planes desarrollados	Perdidas Integrales
8	No se normalizan y difunden los modelos de mejora	Perdidas Integrales

4.7.3 CONTROL DEL SERVICIO

Tabla 28. FACTORES DE RIESGO CONTROL DEL SERVICIO.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No se identifican y registran las fallas en el servicio al afiliado	Perdidas Integrales
2	No se aplican correctivos para evitar recurrencias	Perdidas Integrales
3	Escasa participación de los usuarios en la evaluación del servicio	Perdidas Integrales
4	Barreras de acceso a la evaluación y el control del servicio	Perdidas Integrales
5	No se remiten los resultados a los responsables de los procesos afectados	Perdidas Integrales
6	No hay resultados de los comités y ligas de usuarios constituidos	Perdidas Integrales
7	No se realiza verificación al servicio corregido	Perdidas Integrales

4.7.4 CONTROL A PROCESOS

Tabla 29. FACTORES DE RIESGO CONTROL A PROCESOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No existen Indicadores Diseñados para la medición	Perdidas Integrales
2	Los indicadores no miden el alcance de los Objetivos de la empresa	Perdidas Integrales
3	Los estándares son inadecuados	Perdidas Integrales
4	Los indicadores no cumplen con los estándares formulados	Perdidas Integrales
5	No se cumplen los procedimientos normalizados	Perdidas Integrales
6	No se aplican o exigen controles metrologicos a los instrumentos	Perdidas Integrales
7	No se entregan informes periódicos a la alta Dirección	Perdidas Integrales

4.7.5 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tabla 30. FACTORES DE RIESGO CONTROL DE DOCUMENTOS.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No existen mecanismos de control sobre los documentos	Perdidas Integrales
2	Se utilizan formatos no autorizados o desactualizados	Perdidas Integrales
3	No hay disponibilidad física de los formatos en puntos de atención	Perdidas Integrales
4	Los registros no son legibles	Perdidas Integrales
5	No esta definido el tiempo de retención y las disposiciones documentales	Perdidas Integrales
6	Clasificación, ordenamiento documental para consulta	Perdidas Integrales
7	Condiciones inadecuadas para la administración y conservación de documentos	Perdidas Integrales

4.7.6 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Tabla 31. FACTORES DE RIESGO MEDICION DE LA SATISFACCION.

No	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
1	No se han identificado los clientes de la organización	Perdidas Integrales
2	No se mide la satisfacción o el método no es el adecuado	Perdidas Integrales
3	La periodicidad de la medición no es adecuada	Perdidas Integrales
4	No existen dispositivos que faciliten la participación activa del cliente	Perdidas Integrales
5	La información no se aplica para mejoras	Perdidas Integrales
6	No se da tratamiento oportuno a las peticiones, quejas o reclamos	Perdidas Integrales

CAPITULO QUINTO GESTIÓN DE RIESGOS

5.1 MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN

En el capítulo anterior se logró identificar los factores de riesgos por cada área y su grupo de procesos. Ahora el trabajo consiste en evaluar correctamente el impacto de los riesgos para poder valorar el peso de cada uno de ellos en la administración del negocio y la obtención de los resultados y objetivos previstos, lo cual no es una tarea fácil.

Para el caso de los riesgos de la administración del negocio del aseguramiento se encuentra con una gran dificultad que consiste en las características del modelo colombiano que es una compilación de experiencias exitosas en Latinoamérica. Factores como la poca formación que hay en materia de la administración y la gestión de servicios de salud antes de la Ley 100 del 1993, no permitió un interés en materia de investigación y documentación del negocio del aseguramiento. Hoy en día, las autoridades del sector en la materia son las personas que nacieron vinculadas con las empresas y con la experiencia que ha significado para nuestro país esta profunda reforma a la seguridad social en salud.

No existe un estudio en Colombia que nos permita abordar el tema de la clasificación de los riesgos del negocio del aseguramiento, al parecer a los administradores o no les interesa el tema o no han tenido el tiempo suficiente para dedicarse al diseño de este importante soporte de gestión.

Este trabajo inédito pretende iniciar el camino hacia la investigación y la construcción de la teoría de la administración del negocio de los riesgos en salud

en el régimen subsidiado, para ello proponemos diseñar la escala de valoración y ponderación de los factores de riesgos que clasifique y priorice los riesgos de acuerdo al impacto que tengan en la administración exitosa del negocio.

5.1.1 ESCALA DE VALORACIÓN Y PONDERACIÓN

Se iniciará este aparte con el análisis de la relación entre los factores de riesgos y sus posibles consecuencias encontradas e identificadas en las matrices simples del capítulo inmediatamente anterior.

Se ha descompuesto los efectos registrados en la columna de posibles consecuencias, para lograr una clasificación que conecte directamente los riesgos de la administración con la estabilidad del negocio que es el fin último del asegurador. Fijaremos unos criterios mínimos para medir la capacidad que tienen estos efectos en el logro de los objetivos de la ARS como actividad empresarial.

5.1.1.1 CRITERIOS DE VALORACIÓN

Se tratará de establecer unos criterios que permitan valorar los riesgos clasificados por grupos para cuantificar su verdadero impacto a través de la aplicación de una escala de ponderación matemática sencilla. En primera instancia se presentarán los criterios de valoración y posteriormente la clasificación agrupada por tipos de riesgos a los cuales se les aplicaran los criterios para ponderar el impacto final de cada uno.

1. **Riesgos Altos:** Partiremos del supuesto que relaciona a los riesgos altos con los daños o siniestros que tienen la posibilidad de acabar con el negocio a

corto plazo y sobre los cuales se deben generar acciones inmediatas para evitar la desaparición de la empresa.

2. **Riesgos Medios:** Relacionaremos a los riesgos medios con la ocurrencia de sucesos o fallas que de manera recurrente afectan la utilidad de la empresa tocando los recursos de la administración y desbordando los costos de la demanda de servicios asistenciales, y que en el corto plazo reduce la liquidez y el margen de solvencia financiera.
3. **Riesgos Bajos:** Para los riesgos considerados como bajos tendremos en cuenta la capacidad que estos sucesos tengan para reducir la rentabilidad del negocio y el aumentar injustificadamente los gastos menores.

5.1.1.2 TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

Al realizar un filtro a las posibles consecuencias, se intento agrupar en el menor numero posible de ellas, las que sintetizara el abordaje integral de los factores ya identificados sin afectar en su conjunto la sensibilidad del estudio.

Recogiendo los conceptos que armonicen igualmente la relación entre el riesgo contratado y el riesgo del negocio que se comentó en capítulos atrás, se definen tres tipos de riesgos que pueden agrupar los factores identificados, con lo cual podríamos iniciar el armado de la matriz que relacione los tipos de riesgos con los criterios de valoración de acuerdo a la calificación que cada asegurador quiera darle a los suyos propios.

Es muy importante recalcar que este instrumento se aplicará de acuerdo al criterio del evaluador o administrador encargado de control y gestión de la organización, este podrá discrepar bajo múltiples circunstancias que floten en el entorno en que se esté moviendo la organización a evaluar. No obstante, es un instrumento

genérico que va a permitir ponderar con un menor margen de error la valoración de los riesgos actuales de las ARS. La clasificación de los riesgos por tipos la hemos definido así:

- **Riesgos Institucionales:** Los que están relacionados con las relaciones entre nuestros contratantes y nuestros contratistas, afectan la imagen corporativa y deteriora la credibilidad y confianza institucional.
- **Riesgos Financieros:** Estos son los que golpean la estabilidad económica del negocio, afectando la rentabilidad y la solvencia para atender contingencias que podrían acabar con la operación de la empresa.
- **Riesgos Sociales:** Afectan directamente nuestra relación con el afiliado real y potencial, deterioran los niveles de satisfacción y generan intención de traslado.

La interacción de estas variables están contenidas en la siguiente matriz titulada: Escala de Valoración y ponderación de los riesgos de negocio.

Gráfico 5. Escala de valoración y ponderación de los riesgos del negocio

		TIPO DE RIESGOS				ESCALA DE VALORACIÓN
		INSTITUCIONALES	FINANCIEROS	SOCIALES		
PONDERACIÓN	RIESGO ALTO	Deterioro moral de la Institución, pérdida de la credibilidad comercial que anula y dificulta el proceso de contratación con los entes territoriales.	Afecta la Viabilidad de la operación Comercial y la Cancelación del Negocio por insolvencia económica.	Perjuicios al usuario por deficiencias del servicio con alto Nivel de Insatisfacción del Afiliado, reafirma la intención de traslado.	CALIFICACIÓN ENTRE 3 <= 5	
	RIESGO MEDIO	Desestabiliza la Imagen de la Institución, Genera desconfianza en la contratación.	Se generan pérdidas que afectan los recursos destinados a la prestación del servicio.	Índices de reclamación y quejas recurrentes de los usuarios por problemas del servicio que motivan la intención de traslado.	CALIFICACIÓN ENTRE 2 <= 3	
	RIESGO BAJO	Deterioro de la imagen corporativa a nivel local y mal manejo de los conflictos normales de las relaciones con los contratantes.	Se reducen la Utilidades o los ahorros operativos de la administración de los recursos.	Problemas de comunicación y orientación al usuario que motivan quejas.	CALIFICACIÓN ENTRE 1 <= 2	

Esta escala es la base de calificación y ponderación de los tipos de riesgos, de manera que en una escala matemática entre 0 y 5 asumimos como la ausencia del riesgo el mínimo valor cero y un nivel de alto riesgo el tope de la escala, cinco.

Así las cosas, para calificar como riesgos bajos la puntuación de la escala se debe situar en un valor mayor a 1 que es un riesgo relativo y menor que 2 que sería un riesgo evidente. El riesgo medio es el resultante de una calificación entre 2 y 3 para aquellas situaciones que requieren de una acción a nivel de la gestión.

Finalmente los riesgos altos calificados con puntuación mayor que 3 y menor o igual a 5 relacionan la gestión de la organización y su capacidad de supervivencia.

La aplicación de la escala consiste en ponderar los resultados de forma que al considerar un factor de riesgo cualquiera se evalúe su impacto frente a cada tipo de riesgo asignándole una calificación dentro de la escala 0 – 5, posteriormente se promediarán los resultados sumando las calificaciones y dividiéndola por tres, el resultado se enmarcará dentro de la consideración de riesgos altos, medios o bajos según sea el valor obtenido.

5.2 MATRIZ DE EVALUACIÓN Y PONDERACIÓN DE LOS RIESGOS

A continuación hemos realizado un ejercicio básico con base a las variables encontradas en una ARS con las siguientes características:

- Se trata de un asegurador con una experiencia menor de tres años en el mercado.
- Su número de afiliados bordea las 400.000 personas.
- Tiene una gran dispersión de su población a lo largo de 75 municipios del país.
- Se encuentra en proceso de ajuste de su sistema de calidad.
- En la segunda parte de su crecimiento ha recibido más de 100.000 afiliados por asignación forzosa.

En circunstancias muy similares se encuentra una gran parte de las empresas que operan el Régimen subsidiado en Colombia, especialmente las Cajas de Compensación Familiar que detuvieron su crecimiento por temor a la expansión territorial.

Tabla 32. MAPA DE RIESGOS DEL NEGOCIO DEL ASEGURAMIENTO

ÁREA	PROCESOS	TOTAL	ÁREA	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
ASEGURAMIENTO Y MERCADEO	MERCADEO	1	1	1	Entrada en municipios de alto riesgo	Perdidas Institucionales y Sociales
		2	2	2	Mercadeo de Servicios con promoción no autorizada	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		3	3	3	Competencia Desleal por mal uso de la publicidad	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		4	4	4	Inscripción irregular o ilegal ante los Entes Territoriales	Perdida del Contrato
		5	5	5	Falta de organización y logística para participación en cabildos	Perdidas Institucionales y Sociales
		6	6	6	Diligencia de formularios en forma fraudulenta o extemporánea	Sanciones y Perdida del Contrato
		7	7	7	Selección adversa y discriminación que violan la libre escogencia	Sanciones, multas y Perdida del Contrato
		8	8	8	Firma de Contratos de aseguramiento sin soportes del ente territorial	Sanciones y Perdida del Contrato
	CONTRATACIÓN ENTES TERRITORIALES	9	9	1	Contratación en Municipios no Autorizados o habilitados	Sanciones y Perdida del Contrato
		10	10	2	Inconsistencia o falta de los Soportes de la ARS para el contrato	Sanciones y Perdida del Contrato
		11	11	3	Violación al régimen de inhabilidades e incompatibilidades	Sanciones y Perdida del Contrato
		12	12	4	Reporte en los boletines de deudores morosos del estado	Sanciones y Perdida del Contrato
		13	13	5	Registro y radicación de los contratos ante los entes de IVC	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
	AFILIACIÓN	14	12	1	Inconsistencias en las bases de datos	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		15	13	2	Duplicidades y Multifiliados en Base de datos	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		16	14	3	Fraude por suplantación y manipulación de las novedades	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		17	15	4	Selección adversa y discriminación que violan la libre escogencia	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		18	16	5	Carnetización inoportuna.	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		19	17	6	Incumplimiento de políticas internas de la organización.	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		20	18	7	Envío inoportuno de reporte de novedades	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
	INTERVENTORÍA DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO	21	19	1	Expedientes de contratos incompletos	Sanciones y Multas
		22	20	2	Reporte inoportuno de novedades	Sanciones y Multas
		23	21	3	Constitución de Pólizas de Cumplimiento y alto soto	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		24	22	4	Entrega inoportuna de pólizas de cumplimiento y alto costo	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		25	23	5	Entrega inoportuna de actas de carnetización	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		26	24	6	Respuesta inoportuna a requerimientos de la interventoría municipal	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato

		27	25	7	No realizar preliquidaciones periódicas y reportar sus resultados	Perdidas Institucionales y Sociales
ÁREA	PROCESOS	TOTAL	ÁREA	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	POSIBLES CONSECUENCIAS
SERVICIOS ASISTENCIALES	CONTRATACIÓN RED DE SERVICIOS	28	1	1	Mal Calculo de la oferta de servicios disponible previa contratación	Perdidas Institucionales y Sociales
		29	2	2	IPS sin requisitos de Habilitación ni soportes legales	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		30	3	3	Contratos con IPS con capacidad de oferta insuficiente	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		31	4	4	Contratación inferior o superior al periodo de vigencia contractual	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		32	5	5	Incumplimiento en la contratación de la Red Publica	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		33	6	6	aplicación de Minutas desactualizadas e incoherentes	Perdidas Institucionales y Sociales
		34	7	7	Falta de Pólizas de Garantías y responsabilidad civil extracontractual	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		35	8	8	Contratación de IPS lejos del acceso del paciente	Perdidas Institucionales y Sociales
		36	9	9	Contratación de IPS violando el régimen de inhabilidades e incompatibilidades	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		37	10	10	Falta de capacitación y actualización de los procedimientos al contratista	Perdidas Institucionales y Sociales
		38	11	11	Falta de difusión del sistema de garantía de la calidad	Perdidas financiera, Institucionales y Sociales
		39	12	12	Mala articulación de la Red de Servicios	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		40	13	13	Reporte inoportuno de los contratos y la Red de servicios a los entes	Sanciones, Multas, Descuentos y Perdida del Contrato
		41	14	14	Altos porcentajes de capitación en nivel 1	Perdidas Institucionales y Sociales
		42	15	15	Alto porcentaje de capitación de medicamentos.	Perdidas Institucionales y Sociales
		43	16	16	Doble Contratación de Servicios o Población	Sanciones y Multas
		44	17	17	IPS no cuenta con algunos servicios contratados en el primer nivel	Sanciones y Multas
		45	18	18	Red contratada por eventos a tarifas SOAT sin descuentos	Perdidas Institucionales y Sociales
		46	19	19	Pocos paquetes contratados	Perdidas Institucionales y Sociales
		47	20	20	Capitaciones por población global y no por grupos de riesgo	Perdidas Institucionales y Sociales
		48	21	21	Sobre costos en insumos hospitalarios	Perdidas Institucionales y Sociales
		49	22	22	Tarifas de medicamentos intra hospitalarios no pactadas	Perdidas Institucionales y Sociales
		50	23	23	Tarifas de ambulancia no pactadas	Perdidas Institucionales y Sociales
		51	24	24	Contrato de hospitalización de nivel 1 con IPS de nivel 1	Perdidas Institucionales y Sociales
		52	25	25	Falta de seguimiento y auditoría de servicios	Perdidas Institucionales y Sociales
		53	26	26	Falta de Informes de Interventoría	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
		54	27	27	Preliquidaciones erradas o sin profundidad	Perdidas Institucionales y Sociales

	INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL AFILIADO	55	25	1	Falta de información o falla en los dispositivos de atención	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		56	26	2	Aumento de Quejas y reclamos injustificados	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		57	27	3	Falta de promoción organización y operación de las Ligas de usuarios	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		58	28	4	Acciones Judiciales por demora en los procedimientos de atención	Perdas Institucionales y Sociales
		59	29	5	Falta de instrumentos publicitarios para la promoción de información	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
	PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS	60	30	1	Identificación del Perfil de Riesgo (Ficha Familiar)	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		61	31	2	Actualización del Perfil Epidemiológico	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		62	32	3	Levantamiento de la nota técnica	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		63	33	4	Definición de las políticas del servicio y el modelo de atención	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
	AUTORIZACIONES	64	34	1	Autorizaciones de servicios represadas	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		65	35	2	Autorizaciones erróneas o demoradas	Perdas Institucionales y Sociales
		66	36	3	Autorizaciones de servicios no POSS sin revisión del CTC	Perdas Institucionales y Sociales
		67	37	4	Inoperancia del CTC	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		68	38	5	Autorizaciones no pertinentes	Perdas Institucionales y Sociales
		69	39	6	Autorización de servicios ya capitados sin justificación	Perdas Institucionales y Sociales
		70	40	7	Aumento de las enfermedades de alto costo	Perdas Institucionales y Sociales
		71	41	8	Se autorizan servicios de nivel 2 y 3 a desplazados	Perdas Institucionales y Sociales
		72	42	9	Sobre costos por tutelas	Perdas Institucionales y Sociales
		73	43	10	No cobro de copagos	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		74	44	11	No se controlan las autorizaciones de alto costo según guías	Perdas Institucionales y Sociales
		75	45	12	No se organizan oportunamente los recobros por CTC	Perdas Institucionales y Sociales
	76	46	13	Autorizar por evento capitados sin sello de glosa al prestador	Perdas Institucionales y Sociales	
	REFERENCIA DE PACIENTES	77	47	1	Incumplimiento del proceso sistema de referencia y contrarreferencia	Sanciones y Multas - Perdas Institucionales y Sociales
		78	48	2	Remisiones a IPS privadas de patologías no POSS	Perdas Institucionales y Sociales
		79	49	3	Autorización de transportes a pacientes no hospitalizados	Perdas Institucionales y Sociales
		80	50	4	Remisiones a IPS con tarifas más altas	Perdas Institucionales y Sociales
		81	51	5	Poca capacidad resolutive de nivel 1 (exceso de remisiones)	Perdas Institucionales y Sociales
82		52	6	Referencia a otros Departamentos sin red contratada.	Perdas Institucionales y Sociales	
AUDITORIA MEDICA	83	53	1	Bajo nivel de visado de facturas	Perdas Institucionales y Sociales	
	84	54	2	Bajo nivel de auditoria de casos clínicos	Perdas Institucionales y Sociales	
	85	55	3	No utilización de formatos para revisión de facturas	Perdas Institucionales y Sociales	

		86	56	4	Mala Auditoria de pertinencia	Perdidas Institucionales y Sociales
		87	57	5	Autorización de servicios con desviación en la atención	Perdidas Institucionales y Sociales
		88	58	6	No realización de glosas	Perdidas Institucionales y Sociales
		89	59	7	Reporte extemporáneo de glosas	Perdidas Institucionales y Sociales
		90	60	8	Auditoria de cuentas excediendo el tiempo legal	Perdidas Institucionales y Sociales
		91	61	9	Falta de conciliación de glosas	Perdidas Institucionales y Sociales
		92	62	10	No aplicación de los Descuentos conciliados	Perdidas Institucionales y Sociales
		93	63	11	Radicación extemporánea y Perdida de las facturas de servicios	Perdidas Institucionales y Sociales
		94	64	12	Mala clasificación y reporte en servicios y patologías de alto costo	Perdidas Institucionales y Sociales
		95	65	13	Ausencia de informes de los auditores	Perdidas Institucionales y Sociales
		96	66	14	Falta de estadísticas históricas por hallazgos e IPS	Perdidas Institucionales y Sociales
		97	67	15	No se revisa y concilia el recaudo de copagos delegado a las IPS	Perdidas Institucionales y Sociales
		98	68	16	No seguimiento a acciones de P y P para glosas	Sanciones y Multas - Perdidas Institucionales y Sociales
ADMINISTRATIVOS	RECURSOS FÍSICOS	99	1	1	Incumplimiento del procedimiento de compras	Perdidas Financieras e Institucionales
		100	2	2	Se compra a precios desventajosos	Perdidas Financieras e Institucionales
		101	3	3	Mala calidad en los servicios y productos comprados	Perdidas Financieras e Institucionales
		102	4	4	Falta de supervisión en el recibo de las compras	Perdidas Financieras e Institucionales
		103	5	5	Se hacen pedidos informales	Perdidas Financieras e Institucionales
		104	6	6	Proveedores que no cumplen requisitos legales	Perdidas Financieras e Institucionales
		105	7	7	Deficiencias en la evaluación y la contratación de proveedores	Perdidas Financieras e Institucionales
		106	8	8	Desactualización del Inventario de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
		107	9	9	No se clasifican los elementos adquiridos (devolutivos - consumo)	Perdidas Financieras e Institucionales
		108	10	10	Falta de registro estadístico de los consumos por oficina	Perdidas Financieras e Institucionales
		109	11	11	Mal manejo de inventarios de los elementos de consumo	Perdidas Financieras e Institucionales
		110	12	12	Asignación inoportuna o deficiente de insumos de oficina	Perdidas Financieras e Institucionales
		111	13	13	Falta de Dotación Básica en oficina (aviso, buzón, cartelera)	Perdidas Financieras e Institucionales
		112	14	14	Incumplimiento de los proveedores en la entrega de pedidos	Perdidas Financieras e Institucionales
		113	15	15	Entrega y recibo informal de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
		114	16	16	Ausencia y/o Falta de control al plan de mantenimiento y reposición	Perdidas Financieras e Institucionales
		115	17	17	Baja de activos sin soportes legales	Perdidas Financieras e Institucionales
		116	18	18	Asignación y Distribución ineficiente de recursos tecnológicos	Perdidas Financieras e Institucionales
		117	19	19	Desactualización de la plataforma de telecomunicaciones	Perdidas Financieras e Institucionales
		118	20	20	Incumplimiento en las políticas de seguridad informática	Perdidas Financieras e Institucionales

		119	21	21	No existen copias de seguridad de la información	Perdidas Financieras e Institucionales
		120	22	22	No se cuenta con sistemas y dispositivos de protección de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
		121	23	23	No se cuenta con sistemas Aseguramiento de los activos	Perdidas Financieras e Institucionales
		122	24	24	Deterioro de la imagen institucional y corporativa de la organización	Perdidas Financieras e Institucionales
		123	25	25	Bajos niveles de herramientas publicitarias y promoción de servicios	Perdidas Financieras e Institucionales
		124	26	26	Deficiencias en el sistema de documentación y archivo físico	Perdidas Financieras e Institucionales
		125	27	27	Problemas en la custodia y almacenaje de elementos devolutivos	Perdidas Financieras e Institucionales
		126	28	28	Inconvenientes en el transporte y operación de dotaciones	Perdidas Financieras e Institucionales
		127	29	29	Gestiones de recuperación y reclamaciones de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
		128	30	30	Deterioro de la infraestructura física	Perdidas Financieras e Institucionales
	RECURSOS HUMANOS	129	31	1	Incumplimiento en los procesos de selección de personal	Perdidas Financieras e Institucionales
		130	32	2	Vinculación de personal sin Contrato de trabajo	Perdidas Financieras e Institucionales
		131	33	3	Se legalizan contratos sin soportes de seguridad social	Perdidas Financieras e Institucionales
		132	34	4	Se legalizan contratos de prestación de servicios sin pólizas	Perdidas Financieras e Institucionales
		133	35	5	No se realiza inducción ni se soporta acta de capacitación	Perdidas Financieras e Institucionales
		134	36	6	No se hace entrega oficial de activos y elementos de trabajo	Perdidas Financieras e Institucionales
		135	37	7	No se lleva archivo de personal	Perdidas Financieras e Institucionales
		136	38	8	No se realiza seguimiento al vencimiento de contratos	Perdidas Financieras e Institucionales
		137	39	9	No hay informes de Interventoría de los contratos de consultoría	Perdidas Financieras e Institucionales
		138	40	10	Se nombran y contratan personas para cargos no aprobados	Perdidas Financieras e Institucionales
		139	41	11	Existe remuneración diferente para igual cargo y funciones	Perdidas Financieras e Institucionales
		140	42	12	Existen diferentes denominaciones para cargos iguales	Perdidas Financieras e Institucionales
		141	43	13	Se configuran vínculos laborales por comunicaciones escritas	Perdidas Financieras e Institucionales
		142	44	14	No se entrega manual de funciones	Perdidas Financieras e Institucionales
		143	45	15	No se presenta el sistema de calidad	Perdidas Financieras e Institucionales
		144	46	16	No se aplica correctamente el régimen disciplinario	Perdidas Financieras e Institucionales
		145	47	17	Se vulneran los derechos de los trabajadores	Perdidas Financieras e Institucionales
		146	48	18	No existen acciones ni políticas de salud ocupacional	Perdidas Financieras e Institucionales
		147	49	19	No esta organizado el comité paritario	Perdidas Financieras e Institucionales
		148	50	20	Se despide personal sin cumplir el debido proceso	Perdidas Financieras e Institucionales
		149	51	21	No se reconocen o liquidan adecuadamente las prestaciones sociales	Perdidas Financieras e Institucionales
		150	52	22	No se pagan las prestaciones sociales en los términos de ley	Perdidas Financieras e Institucionales
		151	53	23	Existe un alto nivel de conflictos laborales internos	Perdidas Financieras e Institucionales

		152	54	24	No se lleva control de horarios de entrada y salida	Perdidas Financieras e Institucionales
		153	55	25	No se evalúa el desempeño y la productividad laboral	Perdidas Financieras e Institucionales
		154	56	26	No hay plan ni política de capacitación y formación	Perdidas Financieras e Institucionales
		155	57	27	No se aplica ninguna política de incentivos y promoción	Perdidas Financieras e Institucionales
		156	58	28	Alta rotación de personal	Perdidas Financieras e Institucionales
		157	59	29	Hay un alto nivel de procesos laborales por vía jurídica	Perdidas Financieras e Institucionales
		158	60	30	La estructura orgánica no se ajusta a las condiciones de operación	Perdidas Financieras e Institucionales
		159	61	31	No hay políticas de administración del recurso humano	Perdidas Financieras e Institucionales
		160	62	32	Registro y control del personal suministrado versus facturación	Perdidas Financieras e Institucionales
	SERVICIOS GENERALES	161	63	1	No hay plan de mantenimiento de infraestructura	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
		162	64	2	Existen deficiencias en la calidad de las reparaciones	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
		163	65	3	Excesos en los consumos de servicios públicos	Perdidas Financieras, Institucionales
		164	66	4	Mal uso del sistema de telecomunicaciones	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
		165	67	5	No hay un buen dispositivo de vigilancia y seguridad	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
		166	68	6	Se presenta mala atención de aseo y cafetería	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
		167	69	7	Se presentan fugas o fraudes en los servicios	Perdidas Financieras e Institucionales
		168	70	8	Perdida de piezas y repuestos en las reparaciones de equipos	Perdidas Financieras e Institucionales
		169	71	9	No hay asistencia oportuna en la corrección de fallas	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
		170	72	10	Desaprovechamiento del Recurso Humano y contratación externa	Perdidas Financieras, Institucionales y sociales
FINANCIEROS	CUENTAS POR COBRAR	171	1	1	Liquidación errónea de las fuentes de financiación	Perdidas Financieras e Institucionales
		172	2	2	Facturación extemporánea en la generación y radicación ante el ET	Perdidas Financieras e Institucionales
		173	3	3	Doble facturación al ente territorial	Perdidas Financieras e Institucionales
		174	4	4	No se aplican procesos de gestión de cobro de cartera	Perdidas Financieras e Institucionales
		175	5	5	Baja rotación de cartera	Perdidas Financieras e Institucionales
		176	6	6	Volúmenes de cartera vencida superiores a 120 días	Perdidas Financieras e Institucionales
		177	7	7	No hay gestión de cobro jurídico para cuentas superiores a 180 días	Perdidas Financieras e Institucionales
		178	8	8	No se utiliza la gestión del giro directo	Perdidas Financieras e Institucionales
		179	9	9	Mal registro, calificación y clasificación de las cuentas por cobrar	Perdidas Financieras e Institucionales
		180	10	10	Mala administración en el archivo de las cuentas por cobrar radicadas	Perdidas Financieras e Institucionales
		181	11	11	Incumplimiento en los reportes de cartera a los entes de control	Perdidas Financieras e Institucionales
		182	12	12	No se gestiona el cobro y recaudo de copagos	Perdidas Financieras e Institucionales
		183	13	13	No se cruzan glosas de IPS	Perdidas Financieras e Institucionales

	CUENTAS POR PAGAR	184	14	1	Alto nivel de cuentas por pagar con vencimiento superior a 90 días	Perdidas Financieras e Institucionales
		185	15	2	Perdida física de facturas	Perdidas Financieras e Institucionales
		186	16	3	Mal registro y errores en la identificación de los niveles de atención	Perdidas Financieras e Institucionales
		187	17	4	Radicación y pago de facturas sin cumplimiento de requisitos tributarios	Perdidas Financieras e Institucionales
		188	18	5	Incumplimiento en el pago a proveedores de acuerdo al flujo de ingresos	Perdidas Financieras e Institucionales
		189	19	6	Crecimiento en los niveles de provisión sin crecimiento de los ingresos	Perdidas Financieras e Institucionales
		190	20	7	Incumplimiento en los reportes de cartera a los entes de control	Perdidas Financieras e Institucionales
		191	21	8	Doble pago de las mismas facturas de cobro por los mismos servicios	Perdidas Financieras e Institucionales
		192	22	9	Pago de facturas de servicios sin visado de auditoria Medica	Perdidas Financieras e Institucionales
		193	23	10	Mala liquidación en los Cruces de Cuentas con los ET	Perdidas Financieras e Institucionales
		194	24	11	Mala liquidación de contratos de Aseguramiento	Perdidas Financieras e Institucionales
		195	25	12	Mala Liquidación de los Contratos con prestadores de servicios	Perdidas Financieras e Institucionales
	CONTABILIDAD	196	26	1	Errores en los registros contables	Perdidas Financieras e Institucionales
		197	27	2	Altos niveles en las provisiones sin crecimiento en los ingresos	Perdidas Financieras e Institucionales
		198	28	3	Mala digitación y errores en valores y beneficiarios	Perdidas Financieras e Institucionales
		199	29	4	Subregistros en la captura y digitación de la información	Perdidas Financieras e Institucionales
		200	30	5	Extemporaneidad en la causacion contable	Perdidas Financieras
		201	31	6	Generación tardía en los informes financieros	Perdidas Financieras e Institucionales
		202	32	7	Falsedad y Manipulación de los datos de los estados financieros	Perdidas Financieras e Institucionales
		203	33	8	Deficiencias en la gestión de archivo	Perdidas Financieras
		204	34	9	Inseguridad en la administración de los soportes contables	Perdidas Financieras
		205	35	10	Debilidad en el sistema de información	Perdidas Financieras
		206	36	11	No se realizan copias de seguridad o son inoportunas	Perdidas Financieras
		207	37	12	Se cometen errores en las técnicas de ajustes y depreciación de activos	Perdidas Financieras e Institucionales
	PRESUPUESTOS	208	38	13	Mal manejo en la cuenta de Provisiones	Perdidas Financieras e Institucionales
		209	39	14	Mala clasificación y aplicación de los costos y gastos	Perdidas Financieras e Institucionales
		210	40	1	Errores en la preparación del presupuesto	Perdidas Financieras
		211	41	2	No se utilizan técnicas de proyección y prospectacion	Perdidas Financieras
		212	42	3	Sobredimensionamiento o subvaloracion de Ingresos o gastos	Perdidas Financieras
		213	43	4	Subregistro en las ejecuciones presupuestales	Perdidas Financieras
		214	44	5	Falta de participación y consenso en la aprobación del presupuesto	Perdidas Financieras
		215	45	6	No se difunde el documento y su aplicación	Perdidas Financieras

		216	46	7	No se llevan al día las ejecuciones presupuestales	Perdidas Financieras
		217	47	8	No se levanta indicadores de gestión financiera	Perdidas Financieras
		218	48	9	Falta de seguimiento en la ejecución presupuestal	Perdidas Financieras e Institucionales
		219	49	10	Modificaciones sin autorización legal	Perdidas Financieras e Institucionales
	CAJA	220	50	1	Falta de identificación de los recursos consignados	Perdidas Financieras e Institucionales
		221	51	2	Falta de identificación, registro y control de los pagos parciales de ET	Perdidas Financieras e Institucionales
		222	52	3	Pago de cuentas a terceros no autorizados	Perdidas Financieras e Institucionales
		223	53	4	Pago de cuentas sin soportes legales	Perdidas Financieras e Institucionales
		224	54	5	Errores en la liquidación de la retención en la fuente	Perdidas Financieras e Institucionales
		225	55	6	Errores en los reportes de la retención en la fuente	Perdidas Financieras e Institucionales
		226	56	7	Extemporaneidad en el pago de la Retención en la fuente	Perdidas Financieras e Institucionales
		227	57	8	Pago a IPS sin conciliación de Glosas	Perdidas Financieras
		228	58	9	Pagos a IPS sin descuentos de copagos recaudado	Perdidas Financieras
		229	63	10	Pérdida de efectivo o cheques	Perdidas Financieras
		230	64	11	Faltantes en las Cajas menores	Perdidas Financieras
		231	65	12	Altos niveles de inseguridad y bajo control	Perdidas Financieras
	PLANEACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA	232	66	1	Pago de intereses por incumplimiento en los pagos a proveedores	Perdidas Financieras
		233	67	2	Cobro jurídico por incumplimiento en obligaciones contractuales	Perdidas Financieras
		234	68	3	Reconocimiento de Honorarios por incumplimiento de obligaciones	Perdidas Financieras
		235	69	4	Reconocimiento de multas por sanciones relacionadas con pago a IPS	Perdidas Financieras
		236	70	5	Altos niveles de pérdidas operativas	Perdidas Financieras
		237	71	6	Bajos Niveles de eficiencia y rentabilidad financiera	Perdidas Financieras
		238	72	7	No se evalúan los resultados financieros mensualmente	Perdidas Financieras
		239	73	8	No se lleva evidencia de la evaluación y medidas tomadas	Perdidas Financieras
240		74	9	No se determinan y normalizan Políticas de Gestión	Perdidas Financieras	
241		75	10	Bajo aprovechamiento del flujo de recursos	Perdidas Financieras	
242		76	11	No se lleva el plan de inversiones	Perdidas Financieras	
GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN	PLANEACIÓN	243	1	1	No hay plan Estratégico, o está mal diseñado	Perdidas Integrales
		244	2	2	No existen objetivos Corporativos	Perdidas Integrales
		245	3	3	Falta de Normalización y difusión de las Políticas Institucionales	Perdidas Integrales
		246	4	4	No se define la estructura Organizacional	Perdidas Integrales
		247	5	5	Falta de normalización de los procedimientos de la organización	Perdidas Integrales

		248	6	6	No esta diseñado y/o adoptado el sistema de garantía de l calidad	Perdidas Integrales	
		249	7	7	No se formula el Plan de Desarrollo	Perdidas Integrales	
		250	8	8	No existen planes operativos	Perdidas Integrales	
	PROYECTOS Y ESTUDIOS	251	9	1	No se aplican criterios técnicos para el diseño y evaluación de proyectos	Perdidas Integrales	
		252	10	2	No se realizan estudios de campo para levantamiento de información	Perdidas Integrales	
		253	11	3	Falta de alineación de los estudios con los objetivos de la Institución	Perdidas Integrales	
		254	12	4	No se desarrollan proyectos ni estudios formales en la organización	Perdidas Integrales	
		255	13	5	No se difunden y discuten las conclusiones de los estudios realizados	Perdidas Integrales	
	TOMA DE DECISIONES	256	14	1	No se utilizan los soportes técnicos para fundamentar las decisiones	Perdidas Financieras	
		257	15	2	Identificación y evaluación de los riesgos	Perdidas Integrales	
		258	16	3	Se toman decisiones con base en criterios subjetivos	Perdidas Integrales	
		259	17	4	Las decisiones no son concertadas	Perdidas Integrales	
		260	18	5	Las decisiones no concuerdan con la escala de intereses institucionales	Perdidas Institucionales y Financieras	
		261	19	6	Las decisiones son inoportunas o meramente de carácter correctivos	Perdidas Institucionales y Sociales	
		262	20	7	No se prioriza ni se evalúan la alternativa y el costo de las decisiones	Perdidas Financieras	
		263	21	8	Difusión y normalización de las decisiones tomadas	Perdidas Integrales	
	264	22	9	No se retroalimentan, evalúan o ajustan las decisiones	Perdidas Integrales		
	MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA	AUDITORIA	265	1	1	No se priorizan el Plan de auditoria	Perdidas Integrales
			266	2	2	Sesgos en los resultados de las Auditorias	Perdidas Integrales
			267	3	3	Elección de técnica inadecuada para auditoria	Perdidas Integrales
			268	4	4	No existen estándares de referencia como criterios para auditar	Perdidas Integrales
			269	5	5	No se realizan auditorias	Perdidas Integrales
270			6	6	No hay sistema integral de auditoria	Perdidas Integrales	
271			7	7	Falta de apoyo y recursos al proceso de auditoria	Perdidas Integrales	
272			8	8	No se soportan o sustentan los hallazgos de la auditoria	Perdidas Integrales	
273			9	9	No se evalúan y se presentan los hallazgos encontrados	Perdidas Integrales	
ACCIONES DE MEJORA		274	10	1	No se realizan análisis de causa para fundamentar las acciones de mejora	Perdidas Integrales	
		275	11	2	Los planes no son concertados	Perdidas Integrales	
		276	12	3	Los planes no apuntan a la eliminación de las causas de no conformidades	Perdidas Integrales	
		277	13	4	Acciones de tipo paliativo	Perdidas Integrales	
		278	14	5	No se establece un plan de mejoramiento Integral	Perdidas Integrales	
		279	15	6	No se determinas los objetos del mejoramiento	Perdidas Integrales	

		280	16	7	No se evalúan y ajustan los planes desarrollados	Perdidas Integrales				
		281	17	8	No se normalizan y difunden los modelos de mejora	Perdidas Integrales				
		CONTROL DEL SERVICIO					282	18	1	No se identifican y registran las fallas en el servicio al afiliado
	283						19	2	No se aplican correctivos para evitar recurrencias	Perdidas Integrales
	284						20	3	Escasa participación de los usuarios en la evaluación del servicio	Perdidas Integrales
	285						21	4	Barreras de acceso a la evaluación y el control del servicio	Perdidas Integrales
	286						22	5	No se remiten los resultados a los responsables de los procesos afectados	Perdidas Integrales
	287						23	6	No hay resultados de los comités y ligas de usuarios constituidos	Perdidas Integrales
	288						24	7	No se realiza verificación al servicio corregido	Perdidas Integrales
	CONTROL A PROCESOS						289	25	1	No existen Indicadores Diseñados para la medición
						290	26	2	Los indicadores no miden el alcance de los Objetivos de la empresa	Perdidas Integrales
						291	27	3	Los estándares son inadecuados	Perdidas Integrales
						292	28	4	Los indicadores no cumplen con los estándares formulados	Perdidas Integrales
						293	29	5	No se cumplen los procedimientos normalizados	Perdidas Integrales
						294	30	6	No se aplican o exigen controles metrologicos a los instrumentos	Perdidas Integrales
						295	31	7	No se entregan informes periódicos a la alta Dirección	Perdidas Integrales
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS					296	32	1	No existen mecanismos de control sobre los documentos	Perdidas Integrales
						297	33	2	Se utilizan formatos no autorizados o desactualizados	Perdidas Integrales
						298	34	3	No hay disponibilidad física de los formatos en puntos de atención	Perdidas Integrales
						299	35	4	Los registros no son legibles	Perdidas Integrales
						300	36	5	No esta definido el tiempo de retención y las disposiciones documentales	Perdidas Integrales
						301	37	6	Clasificación, ordenamiento documental para consulta	Perdidas Integrales
						302	38	7	Condiciones inadecuadas para la administración y conservación de documentos	Perdidas Integrales
	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE					303	39	1	No se han identificado los clientes de la organización	Perdidas Integrales
						304	40	2	No se mide la satisfacción o el método no es el adecuado	Perdidas Integrales
						305	41	3	La periodicidad de la medición no es adecuada	Perdidas Integrales
						306	42	4	No existen dispositivos que faciliten la participación activa del cliente	Perdidas Integrales
						307	43	5	La información no se aplica para mejoras	Perdidas Integrales
						308	44	6	No se da tratamiento oportuno a las peticiones, quejas o reclamos	Perdidas Integrales

Ya con el mapa de riesgos levantado por cada proceso de cada área de acción, la tarea consistió en aplicar la escala de valoración y ponderación de los riesgos para cada uno de ellos donde obtuvimos el siguiente resultado que presentamos en toda su extensión.

5.3 PLANES DE ACCIÓN

La gran utilidad del mapa de riesgos del negocio consiste en la posibilidad de poder construir una herramienta para planear la gestión y el mejoramiento de las condiciones inicialmente encontradas, a través de los planes de mejoramiento.

En nuestro planteamiento metodológico la forma más sencilla de lograr formular un plan de mejoramiento implica poder medir el impacto asociado de los grupos y tipos de riesgos identificados por cada proceso y por cada área del mapa de macro proceso de la organización en estudio. Esta tarea nos la facilita el instrumento que diseñamos bajo el nombre de Matriz de evaluación y ponderación de los riesgos; esta no es mas que la relación de los factores de riesgos por tipos, su ponderación general y enlace de clasificación por procesos y áreas a las cuales pertenecen.

La construcción de la matriz es simple, consiste en el cruce de los factores de riesgos identificados por cada proceso, cuantificando el numero total de riesgos altos, medios y bajos obtenidos por cada área. Posteriormente mediremos la proporción de cada uno de los riesgos ponderados sobre el total por área y el numero total de factores de riesgos identificados.

Para el análisis es muy importante seguir el siguiente orden:

1. Identificar en donde se encuentra el mayor porcentaje de riesgos altos por cada área y cual es el proceso que mayor numero de estos riesgos agrupa.

2. Verificar la proporción de riesgos altos sobre la sumatoria total de los riesgos de todas las áreas y simular el grado de disminución de estos frente a las acciones que anulen las influencias de los primeros.
3. Por ultimo se realiza la misma operación con los riesgos medios y se definen las políticas y acciones de acuerdo a la relación de causa que estén alterando el comportamiento de estas actividades.

5.4 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN.

5.4.1 APLICACIÓN DE LA MATRIZ DE EVALUACIÓN Y PONDERACIÓN DE RIESGOS

A continuación presentamos el resultado de aplicar la escala de valoración y ponderación de riesgos al mapa de riesgos levantado y presentado anteriormente, como ya habíamos anotado el ejercicio que realizamos a manera de presentar un ejemplo de prueba del modelo.

En la siguiente matriz de evaluación y ponderación observamos la tipificación de los riesgos (Institucionales, Financieros y Riesgos Sociales) los cuales fueron evaluados asignándoles una calificación por cada factor de riesgos de acuerdo a la percepción y medición del impacto que cada uno de ellos representa en la organización tomada como modelo y cuyas características fueron descritas.

Con la ayuda de una hoja de calculo en excell aplicamos las formulas que ponderan las calificaciones y clasifica el riesgo en alto medio o alto de acuerdo a los criterios asignados en la escala de referencia. Hemos utilizado vínculos para que el calculo relacione automáticamente las variaciones en las posibles calificaciones obtenidas. De igual forma, se utilizan colores para semaforizar los niveles de riesgos.

Tabla 33. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA DE ASEGURAMIENTO.

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
MERCADERO	1	Entrada en municipios de alto riesgo	3	4	4	3,7	ALTO
	2	Mercadeo de Servicios con promoción no autorizada	3	5	2	3,3	ALTO
	3	Competencia Desleal por mal uso de la publicidad	4	4	4	4,0	ALTO
	4	Inscripción irregular o ilegal ante los Entes Territoriales	5	5	3	4,3	ALTO
	5	Falta de organización y logística para participación en cabildos	2	3	4	3,0	ALTO
	6	Diligencia de formularios en forma fraudulenta o extemporánea	4	4	2	3,3	ALTO
	7	Selección adversa y discriminación que violan la libre escogencia	2	4	2	2,7	MEDIO
	8	Firma de Contratos de aseguramiento sin soportes del ente territorial	5	5	1	3,7	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CONTRATACIÓN ENTES TERRITORIALES	1	Contratación en Municipios no Autorizados o habilitados	5	5	0	3,3	ALTO
	2	Inconsistencia o falta de los Soportes de la ARS para el contrato	5	2	0	2,3	MEDIO
	3	Violación al régimen de inhabilidades e incompatibilidades	4	2	1	2,3	MEDIO
	4	Reporte en los boletines de deudores morosos del estado	3	2	3	2,7	MEDIO
	5	Registro y radicación de los contratos ante los entes de IVC	5	3	0	2,7	MEDIO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
AFILIACIÓN	1	Inconsistencias en las bases de datos	3	5	2	3,3	ALTO
	2	Duplicidades y Multifiliados en Base de datos	2	2	1	1,7	BAJO
	3	Fraude por suplantación y manipulación de las novedades	4	2	1	2,3	MEDIO
	4	Selección adversa y discriminación que violan la libre escogencia	2	1	1	1,3	BAJO
	5	Carnetización inoportuna.	2	3	1	2,0	MEDIO
	6	Incumplimiento de políticas internas de la organización.	3	2	3	2,7	MEDIO
	7	Envío inoportuno de reporte de novedades	2	3	0	1,7	BAJO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN

INTERVENTORÍA DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO	1	Expedientes de contratos incompletos	3	1	1	1,7	BAJO
	2	Reporte inoportuno de novedades	3	2	1	2,0	MEDIO
	3	Constitución de Pólizas de Cumplimiento y alto soto	5	5	3	4,3	ALTO
	4	Entrega inoportuna de pólizas de cumplimiento y alto costo	3	2	1	2,0	MEDIO
	5	Entrega inoportuna de actas de carnetización	3	3	0	2,0	MEDIO
	6	Respuesta inoportuna a requerimientos de la interventoría municipal	3	3	0	2,0	MEDIO
	7	No realizar preliquidaciones periódicas y reportar sus resultados	3	4	1	2,7	MEDIO

Tabla 34. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA DE SERVICIOS ASISTENCIALES.

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CONTRATACIÓN RED DE SERVICIOS	1	Mal Calculo de la oferta de servicios disponible previa contratación	3	2	4	3,0	ALTO
	2	IPS sin requisitos de Habilitación ni soportes legales	3	2	4	3,0	ALTO
	3	Contratos con IPS con capacidad de oferta insuficiente	2	2	2	2,0	MEDIO
	4	Contratación inferior o superior al periodo de vigencia contractual	2	1	1	1,3	BAJO
	5	Incumplimiento en la contratación de la Red Publica	4	2	1	2,3	MEDIO
	6	aplicación de Minutas desactualizadas e incoherentes	2	4	0	2,0	MEDIO
	7	Falta de Pólizas de Garantías y responsabilidad civil extracontractual	3	3	2	2,7	MEDIO
	8	Contratación de IPS lejos del acceso del paciente	3	1	4	2,7	MEDIO
	9	Contratación de IPS violando el régimen de inhabilidades e incompatibilidades	4	3	0	2,3	MEDIO
	10	Falta de capacitación y actualización de los procedimientos al contratista	3	3	4	3,3	ALTO
	11	Falta de difusión del sistema de garantía de la calidad	2	3	4	3,0	ALTO
	12	Mala articulación de la Red de Servicios	3	3	5	3,7	ALTO
	13	Reporte inoportuno de los contratos y la Red de servicios a los entes	4	3	1	2,7	MEDIO
	14	Altos porcentajes de capitación en nivel 1	3	3	2	2,7	MEDIO
	15	Alto porcentaje de capitación de medicamentos.	3	3	0	2,0	MEDIO
	16	Doble Contratación de Servicios o Población	2	4	0	2,0	MEDIO
	17	IPS no cuenta con algunos servicios contratados en el primer nivel	4	2	4	3,3	ALTO
	18	Red contratada por eventos a tarifas SOAT sin descuentos	1	4	0	1,7	BAJO
	19	Pocos paquetes contratados	2	3	4	3,0	ALTO
	20	Capitaciones por población global y no por grupos de riesgo	2	4	0	2,0	MEDIO
	21	Sobre costos en insumos hospitalarios	2	3	2	2,3	MEDIO
	22	Tarifas de medicamentos intra hospitalarios no pactadas	2	3	2	2,3	MEDIO
	23	Tarifas de ambulancia no pactadas	2	2	3	2,3	MEDIO
	24	Contrato de hospitalización de nivel 1 con IPS de nivel 1	2	3	3	2,7	MEDIO
	25	Falta de seguimiento y auditoria de servicios	2	4	4	3,3	ALTO
	26	Falta de Informes de Interventoría	2	4	4	3,3	ALTO
	27	Preliquidaciones erradas o sin profundidad	4	4	1	3,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL AFILIADO	1	Falta de información o falla en los dispositivos de atención	4	2	4	3,3	ALTO
	2	Aumento de Quejas y reclamos injustificados	4	3	4	3,7	ALTO
	3	Falta de promoción organización y operación de las Ligas de usuarios	2	2	4	2,7	MEDIO
	4	Acciones Judiciales por demora en los procedimientos de atención	4	3	4	3,7	ALTO
	5	Falta de instrumentos publicitarios para la promoción de información	3	2	4	3,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS	1	Identificación del Perfil de Riesgo (Ficha Familiar)	3	3	3	3,0	ALTO
	2	Actualización del Perfil Epidemiológico	3	3	3	3,0	ALTO
	3	Levantamiento de la nota técnica	3	4	2	3,0	ALTO
	4	Definición de las políticas del servicio y el modelo de atención	3	3	4	3,3	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
AUTORIZACIONES	1	Autorizaciones de servicios repesadas	3	2	5	3,3	ALTO
	2	Autorizaciones erróneas o demoradas	3	2	4	3,0	ALTO
	3	Autorizaciones de servicios no POSS sin revisión del CTC	2	4	2	2,7	MEDIO
	4	Inoperancia del CTC	3	4	4	3,7	ALTO
	5	Autorizaciones no pertinentes	2	4	2	2,7	MEDIO
	6	Autorización de servicios ya capitados sin justificación	3	4	2	3,0	ALTO
	7	Aumento de las enfermedades de alto costo	3	5	4	4,0	ALTO
	8	Se autorizan servicios de nivel 2 y 3 a desplazados	3	4	3	3,3	ALTO
	9	Sobre costos por tutelas	3	4	4	3,7	ALTO
	10	cobro de copagos	3	3	3	3,0	ALTO
	11	No se controlan las autorizaciones de alto costo según guías	3	4	4	3,7	ALTO
	12	No se autorizan oportunamente los recobros por CTC	3	4	4	3,7	ALTO
	13	Autorizar por evento capitados sin sello de glosa al prestador	2	4	3	3,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
REFERENCIA DE PACIENTES	1	Incumplimiento del proceso sistema de referencia y contrarreferencia	4	3	4	3,7	ALTO
	2	Remisiones a IPS privadas de patologías no POSS	2	4	2	2,7	MEDIO
	3	Autorización de transportes a pacientes no hospitalizados	2	4	2	2,7	MEDIO
	4	Remisiones a IPS con tarifas más altas	3	4	2	3,0	ALTO
	5	Poca capacidad resolutive de nivel 1 (exceso de remisiones)	4	3	4	3,7	ALTO
	6	Referencia a otros Departamentos sin red contratada.	4	4	4	4,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
AUDITORIA MEDICA	1	Bajo nivel de visado de facturas	3	4	2	3,0	ALTO
	2	Bajo nivel de auditoria de casos clínicos	3	4	4	3,7	ALTO
	3	No utilización de formatos para revisión de facturas	2	4	4	3,3	ALTO
	4	Mala Auditoria de pertinencia	3	4	4	3,7	ALTO
	5	Autorización de servicios con desviación en la atención	3	4	4	3,7	ALTO
	6	No realización de glosas	3	4	3	3,3	ALTO
	7	Reporte extemporáneo de glosas	2	4	2	2,7	MEDIO
	8	Auditoria de cuentas excediendo el tiempo legal	3	4	2	3,0	ALTO
	9	Falta de conciliación de glosas	3	4	2	3,0	ALTO
	10	No aplicación de los Descuentos conciliados	4	4	2	3,3	ALTO
	11	Radicación extemporánea y Pérdida de las facturas de servicios	4	4	3	3,7	ALTO
	12	Mala clasificación y reporte en servicios y patologías de alto costo	4	4	4	4,0	ALTO
	13	Ausencia de informes de los auditores	2	4	4	3,3	ALTO
	14	Falta de estadísticas históricas por hallazgos e IPS	3	4	4	3,7	ALTO
	15	No se revisa y concilia el recaudo de copagos delegado a las IPS	2	4	3	3,0	ALTO
	16	No seguimiento a acciones de P y P para glosas	3	4	4	3,7	ALTO

Tabla 35. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA ADMINISTRATIVA.

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
RECURSOS FÍSICOS	1	Incumplimiento del procedimiento de compras	3	3	1	2,3	MEDIO
	2	Se compra a precios desventajosos	2	4	1	2,3	MEDIO
	3	Mala calidad en los servicios y productos comprados	2	4	2	2,7	MEDIO
	4	Falta de supervisión en el recibo de las compras	2	4	2	2,7	MEDIO
	5	Se hacen pedidos informales	1	2	1	1,3	BAJO
	6	Proveedores que no cumplen requisitos legales	1	3	1	1,7	BAJO
	7	Deficiencias en la evaluación y la contratación de proveedores	2	3	1	2,0	MEDIO
	8	Desactualización del Inventario de activos	2	4	1	2,3	MEDIO
	9	No se clasifican los elementos adquiridos (devolutivos - consumo)	1	3	1	1,7	BAJO
	10	Falta de registro estadístico de los consumos por oficina	2	4	1	2,3	MEDIO
	11	Mal manejo de inventarios de los elementos de consumo	2	3	0	1,7	BAJO
	12	Asignación inoportuna o deficiente de insumos de oficina	3	3	3	3,0	ALTO
	13	Falta de Dotación Básica en oficina (aviso, buzón, cartelera)	4	3	4	3,7	ALTO
	14	Incumplimiento de los proveedores en la entrega de pedidos	2	2	1	1,7	BAJO
	15	Entrega y recibo informal de activos	2	4	2	2,7	MEDIO
	16	Ausencia y/o Falta de control al plan de mantenimiento y reposición	3	4	2	3,0	ALTO
	17	Baja de activos sin soportes legales	2	3	0	1,7	BAJO
	18	Asignación y Distribución ineficiente de recursos tecnológicos	3	3	4	3,3	ALTO
	19	Desactualización de la plataforma de telecomunicaciones	2	3	3	2,7	MEDIO
	20	Incumplimiento en las políticas de seguridad informática	3	4	4	3,7	ALTO
	21	No existen copias de seguridad de la información	3	4	4	3,7	ALTO
	22	No se cuenta con sistemas y dispositivos de protección de activos	2	4	2	2,7	MEDIO
	23	No se cuenta con sistemas Aseguramiento de los activos	2	4	2	2,7	MEDIO
	24	Deterioro de la imagen institucional y corporativa de la organización	5	3	4	4,0	ALTO
	25	Bajos niveles de herramientas publicitarias y promoción de servicios	4	2	4	3,3	ALTO
	26	Deficiencias en el sistema de documentación y archivo físico	3	4	4	3,7	ALTO
	27	Problemas en la custodia y almacenaje de elementos devolutivos	2	3	2	2,3	MEDIO
	28	Inconvenientes en el transporte y operación de dotaciones	3	2	2	2,3	MEDIO
	29	Gestiones de recuperación y reclamaciones de activos	2	3	2	2,3	MEDIO
	30	Deterioro de la infraestructura física	3	3	4	3,3	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
RECURSOS HUMANOS	1	Incumplimiento en los procesos de selección de personal	2	3	2	2,3	MEDIO
	2	Vinculación de personal sin Contrato de trabajo	2	4	2	2,7	MEDIO
	3	Se legalizan contratos sin soportes de seguridad social	3	4	3	3,3	ALTO

4	Se legalizan contratos de prestación de servicios sin pólizas	4	4	2	3,3	ALTO
5	No se realiza inducción ni se soporta acta de capacitación	3	4	4	3,7	ALTO
6	No se hace entrega oficial de activos y elementos de trabajo	2	3	2	2,3	MEDIO
7	No se lleva archivo de personal	3	2	1	2,0	MEDIO
8	No se realiza seguimiento al vencimiento de contratos	2	4	1	2,3	MEDIO
9	No hay informes de interventoría de los contratos de consultoría	1	4	1	2,0	MEDIO
10	Se nombran y contratan personas para cargos no aprobados	2	3	2	2,3	MEDIO
11	Existe remuneración diferente para igual cargo y funciones	2	4	1	2,3	MEDIO
12	Existen diferentes denominaciones para cargos iguales	2	3	1	2,0	MEDIO
13	Se configuran vínculos laborales por comunicaciones escritas	2	4	1	2,3	MEDIO
14	No se entrega manual de funciones	3	2	2	2,3	MEDIO
15	No se presenta el sistema de calidad	3	2	3	2,7	MEDIO
16	No se aplica correctamente el régimen disciplinario	3	3	3	3,0	ALTO
17	Se vulneran los derechos de los trabajadores	4	4	4	4,0	ALTO
18	No existen acciones ni políticas de salud ocupacional	2	2	1	1,7	BAJO
19	No esta organizado el comité paritario	3	1	1	1,7	BAJO
20	Se despide personal sin cumplir el debido proceso	2	2	2	2,0	MEDIO
21	No se reconocen o liquidan adecuadamente las prestaciones sociales	2	3	1	2,0	MEDIO
22	No se pagan las prestaciones sociales en los términos de ley	2	3	1	2,0	MEDIO
23	Existe un alto nivel de conflictos laborales internos	3	3	3	3,0	ALTO
24	No se lleva control de horarios de entrada y salida	2	3	4	3,0	ALTO
25	No se evalúa el desempeño y la productividad laboral	2	3	3	2,7	MEDIO
26	No hay plan ni política de capacitación y formación	2	2	4	2,7	MEDIO
27	No se aplica ninguna política de incentivos y promoción	2	2	4	2,7	MEDIO
28	Alta rotación de personal	2	3	4	3,0	ALTO
29	Hay un alto nivel de procesos laborales por vía Jurídica	3	3	1	2,3	MEDIO
30	La estructura orgánica no se ajusta a las condiciones de operación	3	3	4	3,3	ALTO
31	No hay políticas de administración del recurso humano	3	3	2	2,7	MEDIO
32	Registro y control del personal suministrado versus facturación	2	4	1	2,3	MEDIO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
SERVICIOS GENERALES	1	No hay plan de mantenimiento de infraestructura	3	3	2	2,7	MEDIO
	2	Existen deficiencias en la calidad de las reparaciones	3	3	2	2,7	MEDIO
	3	Excesos en los consumos de servicios públicos	2	3	2	2,3	MEDIO
	4	Mal uso del sistema de telecomunicaciones	3	3	4	3,3	ALTO
	5	No hay un buen dispositivo de vigilancia y seguridad	2	4	3	3,0	ALTO
	6	Se presenta mala atención de aseo y cafetería	3	2	3	2,7	MEDIO
	7	Se presentan fugas o fraudes en los servicios	2	4	2	2,7	MEDIO
	8	Perdida de piezas y repuestos en la reparaciones de equipos	1	2	1	1,3	BAJO
	9	No hay asistencia oportuna en la corrección de fallas	2	2	3	2,3	MEDIO
	10	Desaprovechamiento del Recurso Humano y contratación externa	2	3	4	3,0	ALTO

Tabla 36. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA FINANCIERA.

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CUENTAS POR COBRAR	1	Liquidación errónea de las fuentes de financiación	3	4	2	3,0	ALTO
	2	Facturación extemporánea en la generación y radicación ante el ET	4	4	4	4,0	ALTO
	3	Doble facturación al ente territorial	4	4	2	3,3	ALTO
	4	No se aplican procesos de gestión de cobro de cartera	4	4	3	3,7	ALTO
	5	Baja rotación de cartera	4	4	2	3,3	ALTO
	6	Volúmenes de cartera vencida superiores a 120 días	4	4	4	4,0	ALTO
	7	No hay gestión de cobro jurídico para cuentas superiores a 180 días	4	4	4	4,0	ALTO
	8	No se utiliza la gestión del giro directo	3	4	3	3,3	ALTO
	9	Mal registro, calificación y clasificación de las cuentas por cobrar	4	4	2	3,3	ALTO
	10	Mala administración en el archivo de las cuentas por cobrar radicadas	3	3	2	2,7	MEDIO
	11	Incumplimiento en los reportes de cartera a los entes de control	4	4	3	3,7	ALTO
	12	No se gestiona el cobro y recaudo de copagos	3	4	3	3,3	ALTO
	13	No se cruzan glosas de IPS	2	4	2	2,7	MEDIO

ROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CUENTAS POR PAGAR	1	Alto nivel de cuentas por pagar con vencimiento superior a 90 días	4	4	4	4,0	ALTO
	2	Perdida física de facturas	4	4	2	3,3	ALTO
	3	Mal registro y errores en la identificación de los niveles de atención	3	4	2	3,0	ALTO
	4	Radicación y pago de facturas sin cumplimiento de requisitos tributarios	3	4	2	3,0	ALTO
	5	Incumplimiento en el pago a proveedores de acuerdo al flujo de ingresos	4	4	4	4,0	ALTO
	6	Crecimiento en los niveles de provisión sin crecimiento de los ingresos	4	4	3	3,7	ALTO
	7	Incumplimiento en los reportes de cartera a los entes de control	4	4	2	3,3	ALTO
	8	Doble pago de las mismas facturas de cobro por los mismos servicios	3	4	2	3,0	ALTO
	9	Pago de facturas de servicios sin visado de auditoría Médica	2	4	2	2,7	MEDIO
	10	Mala liquidación en los Cruces de Cuentas con los ET	3	4	2	3,0	ALTO
	11	Mala liquidación de contratos de Aseguramiento	3	4	2	3,0	ALTO
	12	Mala Liquidación de los Contratos con prestadores de servicios	3	4	3	3,3	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CONTABILIDAD	1	Errores en los registros contables	4	4	2	3,3	ALTO
	2	Altos niveles en las provisiones sin crecimiento en los ingresos	4	4	2	3,3	ALTO

3	Mala digitación y errores en valores y beneficiarios	3	4	2	3,0	ALTO
4	Subregistros en la captura y digitación de la información	4	4	2	3,3	ALTO
5	Extemporaneidad en la causación contable	4	4	3	3,7	ALTO
6	Generación tardía en los informes financieros	4	4	3	3,7	ALTO
7	Falsedad y Manipulación de los datos de los estados financieros	5	4	3	4,0	ALTO
8	Deficiencias en la gestión de archivo	3	3	2	2,7	MEDIO
9	Inseguridad en la administración de los soportes contables	3	3	1	2,3	MEDIO
10	Debilidad en el sistema de información	3	4	4	3,7	ALTO
11	No se realizan copias de seguridad o son inoportunas	3	3	2	2,7	MEDIO
12	Se cometen errores en las técnicas de ajustes y depreciación de activos	3	3	1	2,3	MEDIO
13	Mal manejo en la cuenta de Provisiones	2	3	1	2,0	MEDIO
14	Mala clasificación y aplicación de lo costos y gastos	4	4	3	3,7	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
PRESUPUESTOS	1	Errores en la preparación del presupuesto	2	4	2	2,7	MEDIO
	2	No se utilizan técnicas de proyección y prospectación	3	4	2	3,0	ALTO
	3	Sobredimensionamiento o subvaloración de Ingresos o gastos	3	4	2	3,0	ALTO
	4	Subregistro en las ejecuciones presupuestales	4	4	2	3,3	ALTO
	5	Falta de participación y consenso en la aprobación del presupuesto	2	4	2	2,7	MEDIO
	6	No se difunde el documento y su aplicación	2	4	2	2,7	MEDIO
	7	No se llevan al día las ejecuciones presupuestales	3	4	2	3,0	ALTO
	8	No se levanta indicadores de gestión financiera	4	4	2	3,3	ALTO
	9	Falta de seguimiento en la ejecución presupuestal	4	4	2	3,3	ALTO
	10	Modificaciones sin autorización legal	3	4	2	3,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CAJA	1	Falta de identificación de los recursos consignados	4	4	2	3,3	ALTO
	2	Falta de identificación, registro y control de los pagos parciales de ET	4	4	2	3,3	ALTO
	3	Pago de cuentas a terceros no autorizados	4	4	2	3,3	ALTO
	4	Pago de cuentas sin soportes legales	4	4	2	3,3	ALTO
	5	Errores en la liquidación de la retención en la fuente	4	4	3	3,7	ALTO
	6	Errores en los reportes de la retención en la fuente	4	4	2	3,3	ALTO
	7	Extemporaneidad en el pago de la Retención en la fuente	4	4	3	3,7	ALTO
	8	Pago a IPS sin conciliación de Glosas	3	4	2	3,0	ALTO
	9	Pagos a IPS sin descuentos de copagos recaudado	2	4	2	2,7	MEDIO
	10	Perdida de efectivo o cheques	2	4	2	2,7	MEDIO
	11	Faltantes en las Cajas menores	2	4	1	2,3	MEDIO
	12	Altos niveles de inseguridad y bajo control	3	4	2	3,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
PLANEACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA	1	Pago de intereses por incumplimiento en los pagos a proveedores	3	4	1	2,7	MEDIO
	2	Cobro jurídico por incumplimiento en obligaciones contractuales	3	4	3	3,3	ALTO
	3	Reconocimiento de Honorarios por incumplimiento de obligaciones	3	4	3	3,3	ALTO
	4	Reconocimiento de multas por sanciones relacionadas con pago a IPS	4	4	4	4,0	ALTO
	5	Altos niveles de pérdidas operativas	4	4	3	3,7	ALTO
	6	Bajos Niveles de eficiencia y rentabilidad financiera	4	4	3	3,7	ALTO
	7	No se evalúan los resultados financieros mensualmente	3	4	2	3,0	ALTO
	8	No se lleva evidencia de la evaluación y medidas tomadas	3	4	2	3,0	ALTO
	9	No se determinan y normalizan Políticas de Gestión	4	4	2	3,3	ALTO
	10	Bajo aprovechamiento del flujo de recursos	4	4	3	3,7	ALTO
	11	No se lleva el plan de inversiones	4	4	4	4,0	ALTO

Tabla 37. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA GESTION DE LA DIRECCION.

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
PLANEACIÓN	1	No hay plan Estratégico, o está mal diseñado	4	4	4	4,0	ALTO
	2	No existen objetivos Corporativos	3	3	4	3,3	ALTO
	3	Falta de Normalización y difusión de las Políticas Institucionales	3	3	2	2,7	MEDIO
	4	No se define la estructura Organizacional	3	3	3	3,0	ALTO
	5	Falta de normalización de los procedimientos de la organización	3	3	3	3,0	ALTO
	6	No esta diseñado y/o adoptado el sistema de garantía de l calidad	3	3	4	3,3	ALTO
	7	No se formula el Plan de Desarrollo	3	3	4	3,3	ALTO
	8	No existen planes operativos	2	3	3	2,7	MEDIO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
PROYECTOS Y ESTUDIOS	1	No se aplican criterios técnicos para el diseño y evaluación de proyectos	4	4	4	4,0	ALTO
	2	No se realizan estudios de campo para levantamiento de información	3	3	4	3,3	ALTO
	3	Falta de alineación de los estudios con los objetivos de la Institución	3	4	3	3,3	ALTO
	4	No se desarrollan proyectos ni estudios formales en la organización	3	3	4	3,3	ALTO
	5	No se difunden y discuten las conclusiones de los estudios realizados	3	4	4	3,7	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
TOMA DE DECISIONES	1	No se utilizan los soportes técnicos para fundamentar las decisiones	4	4	4	4,0	ALTO
	2	Identificación y evaluación de los riesgos	4	4	4	4,0	ALTO
	3	Se toman decisiones con base en criterios subjetivos	3	4	4	3,7	ALTO
	4	Las decisiones no son concertadas	3	2	3	2,7	MEDIO
	5	Las decisiones no concuerdan con la escala de intereses institucionales	4	4	4	4,0	ALTO
	6	Las decisiones son inoportunas o meramente de carácter correctivas	3	4	4	3,7	ALTO
	7	No se prioriza ni se evalúan las alternativa y el costo de las decisiones	3	3	3	3,0	ALTO
	8	Difusión y normalización del decisiones tomadas	3	2	2	2,3	MEDIO
	9	No se retroalimentan, evalúan o ajustan las decisiones	3	4	4	3,7	ALTO

Tabla 38. EVALUACION DE RIESGOS ÁREA MEDICION ANALISIS Y MEJORA

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
AUDITORIA	1	No se priorizan el Plan de auditoría	2	3	4	3,0	ALTO
	2	Sesgos en los resultados de las Auditorias	3	3	4	3,3	ALTO
	3	Elección de técnica inadecuada para auditoría	2	3	3	2,7	MEDIO
	4	No existen estándares de referencia como criterios para auditar	2	4	4	3,3	ALTO
	5	No se realizan auditorías	3	3	4	3,3	ALTO
	6	No hay sistema integral de auditoría	3	4	4	3,7	ALTO
	7	Falta de apoyo y recursos al proceso de auditoría	3	3	3	3,0	ALTO
	8	No se soportan o sustentan los hallazgos de la auditoría	3	3	3	3,0	ALTO
	9	No se evalúan y se presentan los hallazgos encontrados	3	4	3	3,3	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
ACCIONES DE MEJORA	1	No se realizan análisis de causa para fundamentar las acciones de mejora	3	3	4	3,3	ALTO
	2	Los planes no son concertados	3	2	2	2,3	MEDIO
	3	Los planes no apuntan a la eliminación de las causas de no conformidades	2	3	2	2,3	MEDIO
	4	Acciones de tipo paliativo	2	3	4	3,0	ALTO
	5	No se establece un plan de mejoramiento Integral	3	4	4	3,7	ALTO
	6	No se determinan los objetos del mejoramiento	2	3	3	2,7	MEDIO
	7	No se evalúan y ajustan los planes desarrollados	3	3	3	3,0	ALTO
	8	No se normalizan y difunden los modelos de mejora	3	3	3	3,0	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CONTROL DEL SERVICIO	1	No se identifican y registran las fallas en el servicio al afiliado	3	2	4	3,0	ALTO
	2	No se aplican correctivos para evitar recurrencias	4	3	4	3,7	ALTO
	3	Escasa participación de los usuarios en la evaluación del servicio	3	3	4	3,3	ALTO
	4	Barreras de acceso a la evaluación y el control del servicio	3	4	4	3,7	ALTO
	5	No se remiten los resultados a los responsables de los procesos afectados	3	3	4	3,3	ALTO
	6	No hay resultados de los comités y ligas de usuarios constituidos	3	4	4	3,7	ALTO
	7	No se realiza verificación al servicio corregido	3	3	4	3,3	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CONTROL A PROCESOS	1	No existen Indicadores Diseñados para la medición	4	4	4	4,0	ALTO
	2	Los indicadores no miden el alcance de los Objetivos de la empresa	4	4	4	4,0	ALTO
	3	Los estándares son inadecuados	3	3	4	3,3	ALTO
	4	Los indicadores no cumplen con los estándares formulados	3	4	3	3,3	ALTO
	5	No se cumplen los procedimientos normalizados	3	3	3	3,0	ALTO
	6	No se aplican o exigen controles metrologicos a los instrumentos	3	3	4	3,3	ALTO
	7	No se entregan informes periódicos a la alta Dirección	3	4	4	3,7	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	1	No existe mecanismos de control sobre los documentos	3	4	3	3,3	ALTO
	2	Se utilizan formatos no autorizados o desactualizados	3	3	4	3,3	ALTO
	3	No hay disponibilidad física de los formatos en puntos de atención	3	4	4	3,7	ALTO
	4	Los registros no son legibles	3	4	4	3,7	ALTO
	5	No esta definido el tiempo de retención y las disposiciones documentales	3	4	4	3,7	ALTO
	6	Clasificación, ordenamiento documental para consulta	3	3	4	3,3	ALTO
	7	Condiciones inadecuadas para la administración y conservación de documentos	3	4	4	3,7	ALTO

PROCESOS	PROCESO	FACTORES DE RIESGO	TIPOS DE RIESGOS			VALORACIÓN DEL RIESGO	
			INSTITUCIONAL	FINANCIERO	SOCIAL	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN
MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	1	No se han identificado los clientes de la organización	4	4	4	4,0	ALTO
	2	No se mide la satisfacción o el método no es el adecuado	4	4	4	4,0	ALTO
	3	La periodicidad de la medición no es adecuada	3	4	4	3,7	ALTO
	4	No existen dispositivos que faciliten la participación activa del cliente	3	3	4	3,3	ALTO
	5	La información no se aplica para mejoras	3	4	4	3,7	ALTO
	6	No se da tratamiento oportuno a las peticiones, quejas o reclamos	4	4	4	4,0	ALTO

5.5 MATRIZ DE EVALUACIÓN Y CONTROL

La verdadera importancia del mapa de riesgos de la ARS está en la utilidad que ésta herramienta pueda representar en la gestión de desarrollo de la empresa. No basta con saber donde están los factores de riesgos de una organización, o saber cuales son los costos de su influencia en los estados financieros de la empresa. La gestión que permita contrarrestar su impacto negativo y la mejor disposición de políticas de combate y asignación de recursos, es el paso a seguir.

De otra parte, la gestión eficiente de los riesgos, no es la administración de los factores de riesgos, téngase en cuenta que las necesidades como los problemas son infinitos, mientras que los recursos son limitados y las alternativas de solución bastante costosas. Por tanto, la mejor relación sería el punto donde con la mejor proporción de los recursos disponibles se controlen el mayor numero de riesgos que desestabilizan potencialmente al negocio.

Ya identificados 308 factores de riesgos sería muy fácil hacer una lista magistral de soluciones por cada uno de estos pero con una gran inversión de recursos por la visión tan reducida de este abordaje, por eso la matriz de evaluación es el primer paso para ponderar de manera global, el impacto que cada uno de estos riesgos tiene en el contexto de la administración de la aseguradora, evitando políticas de regadera que si bien pueden dar buenos resultados, son onerosas y difíciles de controlar por su característica dispersa.

Pero si partimos de la evaluación aplicada, tenemos la ponderación de los riesgos que integralmente son más lesivos para los intereses de la administración de la ARS, de tal manera que si llevamos toda esta información a un instrumento de evaluación y control para la planeación de la gestión podemos focalizar políticas definidas para el control de grupos de riesgos que van a permitir obtener iguales o superiores resultados con muchísimo menos recursos, independientemente que las acciones de seguimiento y control estarán concentradas en un solo proceso.

Para tal fin se ha construido una sencilla herramienta de control llamada MATRIZ DE EVALUACIÓN Y CONTROL, el diseño en una hoja de calculo excell califica a través de formulas matemáticas lógicas los criterios de evaluación, vinculando los resultados al cuadro de resumen que permite apreciar los condensados obtenidos.

Este archivo permite a cualquier asegurador, a partir del mapa de riesgos levantado, calificar y medir el impacto de su estado de vulnerabilidad en la administración del negocio y simular diferentes escenarios por medio de un juego de gestión. Con el instrumento podemos proyectar la composición y estructura del mapa de riesgos si aplicamos una política de acción para convertir un numero determinado de riesgo a un nivel inferior o incluso si desaparecen.

La matriz de evaluación y control consta de la descripción de las áreas y los procesos del negocio, relacionando a través de vínculos del libro Perfil de Riesgos, del mismo archivo, el numero de riesgos obtenidos en cada proceso, con la ventaja de que si una aseguradora actualiza, identifica o incluye un nuevo factor de riesgo, este se cargará automáticamente.

Los resultados son registrados de acuerdo las ponderación de riesgos calificados (Alto, Medio o Bajo) los cuales entran a ser comparados en proporción de área o grupo de procesos, con relación al nivel de impacto ponderado, y finalmente sobre el total de los factores identificados.

La capacidad de análisis y la creatividad en el juego de movimientos simulados serán determinantes para considerar cual política o medida con la asociación de los recursos que cueste la alternativa, representa la mejor solución costo efectiva, evitando las regaderas y asignación cuantiosa de recursos.

Se considera una política costo efectiva la que con el menor volumen de recursos y esfuerzos logre controlar o influir integralmente sobre la relación total de los riesgos de la empresa.

Para aclarar e ilustrar el párrafo anterior, tomamos como base el ejemplo de la ARS a la cual le hemos evaluado y ponderado el mapa de riesgos. Para continuar con este ejemplo, al observar los resultados de la matriz de evaluación y control tenemos que la composición de sus riesgos se encuentra distribuida de la siguiente manera:

- Se encontraron 15 riesgos bajos, lo que apenas representa el 4.9% del total de riesgos de la empresa.
- Se obtuvieron 94 riesgos considerados medios que significan un 30.5% de todos los riesgos.
- De los 308 factores de riesgos evaluados, 199 (64.6%) fueron calificados como riesgos altos de acuerdo a los criterios de evaluación y especialmente a la sensibilidad de las variables internas y las condiciones del mercado en la que se encuentra la ARS estudiada.

Con esta relación podemos observar una aseguradora altamente vulnerable y sensible a las variables de la operación de aseguramiento dado que en la actualidad mas del 64% de sus riesgos son altos y el mas del 30% son medios o lo que es lo mismo, mas del 90% de sus riesgos afectan la estabilidad del negocio a lo que se debe hacer frente con políticas de choque que puedan lograr maniobrar con mayor seguridad su presente.

Al aplicar la matriz, a través de las estrategias y políticas encaminadas a combatir cualquiera de los grupos de riesgos, se tendrá efectos que desplace uno o varios riesgos de un nivel a otro y esto afectará la relación de vulnerabilidad descrita en los anteriores comentarios. La capacidad de lograr que una política o acción traslade riesgos altos a riesgos medios y medios a bajos en ésta perspectiva global estará significando una importante opción a desarrollar.

Tabla 39. MATRIZ DE EVALUACIÓN Y CONTROL.

No	ÁREA	PROCESOS	NUMERO DE FACTORES DE RIESGO	PONDERACIÓN DEL RIESGOS				PARTICIPACIÓN
				BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL	
1	ASEGURAMIENTO Y MERCADEO	MERCADEO	8	1	1	6	8	2,6%
		CONTRATACIÓN ENTES TERRITORIALES	5	0	4	1	5	1,6%
		AFILIACIÓN	7	3	3	1	7	2,3%
		INTERVENTORÍA DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO	7	0	1	6	7	2,3%
		TOTAL RIESGOS DEL ÁREA	27	4	9	14	27	8,8%
		NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL RIESGO	100,0%	14,8%	33,3%	51,9%	8,8%	
2	SERVICIOS ASISTENCIALES	CONTRATACIÓN RED DE SERVICIOS	27	2	15	10	27	8,8%
		INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL AFILIADO	5	0	1	4	5	1,6%
		PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS	4	0	0	4	4	1,3%
		AUTORIZACIONES	13	0	2	11	13	4,2%
		REFERENCIA DE PACIENTES	6	0	2	4	6	1,9%
		AUDITORIA MEDICA	16	0	1	15	16	5,2%
		TOTAL RIESGOS DEL ÁREA	71	2	21	48	71	23,1%
NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL RIESGO	100,0%	2,8%	29,6%	67,6%	23,1%			
3	ADMINISTRATIVOS	RECURSOS FÍSICOS	30	6	14	10	30	9,7%
		RECURSOS HUMANOS	32	2	21	9	32	10,4%
		SERVICIOS GENERALES	10	1	6	3	10	3,2%
		TOTAL RIESGOS DEL ÁREA	72	9	41	22	72	23,4%
		NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL RIESGO	100,0%	12,5%	56,9%	30,6%	23,4%	
4	FINANCIEROS	CUENTAS POR COBRAR	13	0	2	11	13	4,2%
		CUENTAS POR PAGAR	12	0	1	11	12	3,9%
		CONTABILIDAD	14	0	5	9	14	4,5%
		PRESUPUESTOS	10	0	3	7	10	3,2%
		CAJA	12	0	3	9	12	3,9%
		PLANEACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA	11	0	1	10	11	3,6%
		TOTAL RIESGOS DEL ÁREA	72	0	15	57	72	23,4%
NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL RIESGO	100,0%	0,0%	20,8%	79,2%	23,4%			
5	GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN	PLANEACIÓN	8	0	2	6	8	2,6%
		PROYECTOS Y ESTUDIOS	5	0	0	5	5	1,6%
		TOMA DE DECISIONES	9	0	2	7	9	2,9%
		TOTAL RIESGOS DEL ÁREA	22	0	4	18	22	7,1%
		NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL RIESGO	100,0%	0,0%	5,6%	25,0%	7,1%	
6	MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA	AUDITORIA	9	0	1	8	9	2,9%
		ACCIONES DE MEJORA	8	0	3	5	8	2,6%
		CONTROL DEL SERVICIO	7	0	0	7	7	2,3%
		CONTROL A PROCESOS	7	0	0	7	7	2,3%
		CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	7	0	0	7	7	2,3%
		MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	6	0	0	6	6	1,9%
		TOTAL RIESGOS DEL ÁREA	44	0	4	40	44	14,3%
		NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL RIESGO	100,0%	0,0%	5,6%	55,6%	14,3%	
TOTAL RIESGOS DE NEGOCIO			308	15	94	199	308	100,0%
			100,0%	4,9%	30,5%	64,6%	100,0%	

5.6 RECOMENDACIONES GENERALES

Una observación que vale la pena volver a recalcar es que cada asegurador tendrá diferentes situaciones de riesgos para una misma área o proceso, debido a las connotaciones de cada una de las variables que generen el vínculo de causa del riesgo. Ello condicionará la valoración del riesgo y por ende la calificación que asignará a cada factor. Pero además de esto, los criterios de calificación y rigurosidad con los que se ponderen los riesgos de acuerdo a la percepción de gravedad, se constituye en una gran dificultad para acercar este instrumento a la realidad del mercado y garantizar su eficacia, por ello para el efecto de que el instrumento surta una mayor aproximación a cada realidad, se esbozan las siguientes recomendaciones:

1. Constituir círculos de calidad, con equipos de trabajo multidisciplinarios altamente motivados y capacitados encargados de evaluar los riesgos y aplicar la escala de valoración y ponderación de los riesgos del negocio al mapa de riesgos obtenido. Lo anterior evita los sesgos y el criterio subjetivo que el líder del proceso pueda imprimirle al ejercicio de acuerdo a sus intereses. De otro lado, permite una valoración de multi enfoque que puede llegar a una percepción global e integral de riesgos que aparentemente puedan ser consideradas en la actualidad como pequeñas fallas, desconociendo el daño o impacto que pueden provocar en otro proceso relevante de la organización.
2. Redefinir las escalas de calificación de acuerdo al estudio de las variables internas y externas que en un momento dado afecten a cada organización, especialmente ajustándose a las tendencias del sector sobre su base normativa. Inclusive se podría jugar con escalas de calificación individual para cada tipo de riesgo de manera que de acuerdo a la condición y posicionamiento en el mercado, cada ARS logre puntuar de manera mas objetiva el peso de los grupos de riesgos (Institucionales, Financieros y Sociales).
3. Al momento de calificar es absolutamente necesario abstraerse del posicionamiento que las demás ARS tienen en el sector, evitando el ejercicio de

comparar riesgos antes de calificar los propios y evitar la ponderación de riesgos comunes que subjetivicen el criterio del evaluador. Es determinante que cada asegurador se enfoque en su propia posición como referente a partir del cual se inicia el proceso de auto evaluación y calificación.

4. Cuantificar el costo de los riesgos, sería un importante aporte que nutre aun más el análisis de proporciones, ya que cruza la posibilidad de ocurrencia misma del siniestro con la afectación financiera de la empresa en un momento determinado. Especialmente en aquellas aseguradoras que posean problemas de liquidez. Es importante tocar este punto que podría ser considerado como la debilidad más grande que tenga este modelo, no obstante, cada empresa puede valorar los costos financieros de los riesgos que inicialmente hemos identificados y eso ya es el punto de partida del plan de mejoramiento. Para lograr este objetivo solo se agrega una columna adicional denominada "costo del riesgo" el análisis y versatilidad con la que se maneje sus relaciones es la labor que la alta dirección y sus equipos de planeación tienen por delante.
5. La participación activa de la alta Dirección es imprescindible para garantizar tanto los factores de estructura y apoyo al desarrollo del proceso de evaluación, como la credibilidad y motivación que representa su involucramiento y liderazgo.

CONCLUSIONES

1. Las aseguradoras que operan el régimen subsidiado en Colombia administran los subsidios de salud de mas de 15 millones afiliados representando recursos del sector publico superiores a los 3 billones de pesos, con los cuales se debe garantizar los servicios necesarios para cubrir los riesgos en salud de la población. Este volumen de operación y características del servicio son el punto de partida mas importante para verter la atención hacia el tema de la investigación y mejora del modelo de administración de los recursos.
2. Las características de la población afiliada al régimen subsidiado están definidas por el grado de vulnerabilidad y pobreza, notándose una población de alto riesgo epidemiológico con bajo niveles socio culturales y escasa formación académica, lo cual es una gran dificultad para la implementación de políticas de proporción y prevención orientadas al auto cuidado. Este fenómeno se está convirtiendo en factores determinantes en la incidencia y prevalencia de muchas patologías prevenibles, aumentando la tendencia de la curva de gastos en la atención de la demanda de servicios.
3. La rápida evolución del sistema que se describe en el marco legal, con la gran cantidad de normatividad aprobada para la operación del régimen subsidiado, es una prueba de la inestabilidad que el modelo a suscitado desde el punto de vista financiero, ello es una razón de peso para ir abordando con mucha mas precisión y rigurosidad técnica la administración del aseguramiento.
4. La inestabilidad normativa crea gran incertidumbre al punto que ya no hay muchos inversionistas interesados en el negocio y los que están operando el mercado del aseguramiento administran con cierta timidez el desarrollo de

sus empresas por temor que en cualquier momento un trampa de la ley acabe con las ARS. Esta situación se viene viviendo desde hace poco mas de 5 años con la exigencias de márgenes de solvencia, sistemas de calidad, plataformas tecnológicas robustas, y últimamente las condiciones de habilitación.

5. La incertidumbre no incentiva la investigación científica sobre el fenómeno de la administración de los riesgos en salud del modelo de aseguramiento colombiano en las proporciones que se esperaría, en consecuencia, al parecer los aseguradores se han dedicado mas a explotar el negocio hasta donde se pueda, evitando los compromisos financieros a largo plazo para el fortalecimiento y desarrollo de organizaciones sólidas. De las ARS que quedan operando, son contadas las que tienen planes de desarrollo a largo plazo y se encuentran desarrollando proyectos de inversión, en su mayoría están a la expectativa de los ajustes para adaptarse con el menor riesgo y menor inversión al futuro incierto.
6. La incapacidad observada, por gran parte de los aseguradores, para administrar el riesgo en salud, los ha llevado al control irresponsable de los costos médicos en detrimento tanto de la salud de la población como de los mismos profesionales que atienden con su ética las políticas de las ARS. En esta facción del mercado se levantan cada vez mas sofisticadas estrategias inmorales entre IPS y ARS para desarrollar campañas de contención del gasto y la intermediación.
7. Se están atacando erróneamente las desviaciones de los costos de los servicios por la vía de la administración y no por la del aseguramiento, se invierte mas en administradores de costos que en epidemiólogos planeadores y administradores de los riesgos. Las ARS están obteniendo ahorros operativos a corto plazo a expensas de la transferencia del riesgo y la administración diferida del tratamiento oportuno y eficaz.

8. Existen dos condiciones transitorias del mercado que nos permite sopesar dos tipos de ARS, las que iniciaron con el sistema, las cuales tienen como fortaleza un volumen importante de afiliados, un posicionamiento y reconocimiento institucional, así como una estructura e infraestructura de servicios elaborada, pero de otra, como debilidades, unos déficit históricos, bajos niveles de liquidez y alto volumen de cuentas por pagar superiores a 90 días. Las nuevas ARS con menos de 6 años de antigüedad, encuentran mejores condiciones en el flujo de recursos, pero encuentran una legislación mucho mas exigente y compleja que genera inestabilidad y desconfianza.
9. El tema del alto costo y la administración de las pólizas de seguros de enfermedades catastróficas identifican dos situaciones. La primera tiene que ver con una política mezquina al paliativo, a una asunción de los riesgos de las desviaciones y a la insensibilidad en el manejo de los procesos de atención. Cada vez mas se incrementan los costos de estas patologías, y la concentración de los pacientes catastróficos en las ARS no es equitativo. Se estimula entonces la desviación de los recursos, las reclamaciones por vías jurídicas, selección adversa y riesgo moral.
10. Se hace cada vez mas necesario identificar los verdaderos riesgos del negocio de la administración del riesgo en salud, conocer sus causas y efectos para definir las medidas mas adecuadas para minimizar y controlar los factores capaces de desestabilizar la operación y el equilibrio del negocio.
11. A partir del mapa de procesos de la administración del aseguramiento de los riesgos en salud, se han logrado descomponer y analizar en cada proceso y procedimiento clave de la operación del negocio, identificando 308 factores de riesgos agrupados en 28 procesos de las 6 áreas organizacionales del asegurador.

12. No se construyen herramientas claves en la administración del negocio a mediano y largo plazo, son pocos los autores al respecto, los riesgos se encuadran mas hacia el componente financiero y epidemiológico que hacia las implicaciones sociales y los riesgos de carácter institucionales.
13. La herramienta de evaluación y ponderación de los riesgos identificados en cada asegurador no se constituye en un instrumento rígido e inmodificable en su utilización, sino por el contrario, permite, a partir del mapa de riesgos, aplicar una metodología técnica bastante sencilla para levantar un perfil valorado e integral de la vulnerabilidad que cada ARS tiene al operar el negocio.
14. A través de la matriz de evaluación y control es posible determinar la mejor combinación de costo efectividad para la formulación de los planes de acción que permitan hacer frente a los riesgos del asegurador, proyectando en un escenario simulado el impacto de las medidas para garantizar una gestión mas precisa con lo costos mas adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política Colombiana de 1991
2. Ley 100 de 1993
3. Decreto 882 de 1998
4. Decreto 1804 de 1999
5. Ley 715 de 2001
6. Decreto 2309 de 2002
7. Resolución 1439 de 2002
8. Ley 734 de 2002
9. Ley 812 de 2003
10. Acuerdo 244 de 2003
11. Decreto 050 de 2003
12. Decreto 515 de 2004
13. Resolución 518 de 2004
14. Resolución 838 de 2004

15. Informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 2002, 2003, 2004
16. Programa Nacional de Salud 2002 - 2003
17. Pagina Web: Salud Colombia.
18. Revista Salud Colombia
19. Pagina Web Ministerio de la Protección Social
20. Norma técnica Colombiana NTC: 5254, Gestión del Riesgo 2004, Icontec.
21. Diario la Republica Octubre de 2005
22. Universidad Nacional: Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID; "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y Organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, Aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado"
23. Iván Jaramillo Pérez: "Hacia donde va la Salud en Colombia" El Régimen Subsidiado de Salud 1999
24. Iván Jaramillo Pérez: Informe especial publicado por la Revista salud Colombia No 68 de Diciembre de 2002