

**“PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE LA EPS -RS EMSSANAR A TRAVÉS DEL MODELO
GERENCIAL DEL MEJORAMIENTO CONTINUO”**

**ADRIANA SOFÍA BETANCOURTH BENAVIDES
SANDRO JAROL MALES ROSERO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA XII PROMOCIÓN
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**“PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE LA EPS -RS EMSSANAR A TRAVÉS DEL MODELO
GERENCIAL DEL MEJORAMIENTO CONTINUO”**

**ADRIANA SOFÍA BETANCOURTH BENAVIDES
SANDRO JAROL MALES ROSERO**

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Alta Gerencia**

**Asesor:
CARLOS ARTURO RAMÍREZ GÓMEZ
Especialista**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA XII PROMOCIÓN
SAN JUAN DE PASTO
2008**

“Las ideas y conclusiones apuntadas en el trabajo de grado, son responsabilidad exclusiva de su autor”

Artículo 1º del acuerdo No. 32 de octubre 11 de 1966, emanado por el Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño

Nota de aceptación:

Presidente

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Noviembre de 2008

Doy gracias a Dios por la vida que me ha dado y permitir alcanzar un logro mas, fruto del esfuerzo

A Lucy Marlene por su amor, comprensión y apoyo en los momentos que más necesitaba, haciendo satisfactorio el transcurso de esta etapa

A mi niña María Camila, quien con su sonrisa, dulzura e inocencia llena de alegría y felicidad nuestro hogar

A mis padres Pedro y Miriam que con su bondad y sabiduría comparten y sienten propias las alegrías que me allegan

A mis hermanos Janneth, Armando Genny y Pedro Camilo, que estuvieron pendientes de las metas y propósitos de este sueño hecho realidad.

HAROLD MALES ROSEÑO

A la vida y al deseo de renovar y ser
cada día mejor persona. Al espíritu
implacable e incansable en la
búsqueda de la justicia.

ADARIANA BETANCOURT

AGRADECIMIENTOS

Los Autores expresan sus sinceros agradecimientos:

A la Universidad de Nariño, por la oportunidad de permitirnos participar de este proceso educativo y brindarnos las herramientas necesarias para el logro de nuestros objetivos.

Al Dr. Carlos Arturo Ramírez, asesor del trabajo de grado por su constante motivación y su orientación acertada.

A los docentes de la Especialización en Alta Gerencia que con sus aportes, orientaciones y experiencias contribuyeron en nuestra formación.

Así mismo a las directivas de la empresa EMSSANAR, al área de planeación, a las personas vinculadas en el área de contratación, afiliación y registro por su apoyo a la propuesta inicial, aporte, empeño y empuje al desarrollo de la propuesta.

Finalmente, lo más importante: agradecer profundamente a nuestras familias por su eterno apoyo, comprensión y amor, y a Dios de quien todo depende y por quien todo es posible.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	
1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN	20
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN	20
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	20
1.2.1 Planteamiento del problema	20
1.2.2 Formulación del problema	20
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. MARCO DE REFERENCIA	24
4.1 MARCO TEÓRICO	24
4.2 MARCO CONTEXTUAL	39
4.2.1 Macro contexto	39
4.2.2 Micro contexto	42
4.3 MARCO LEGAL	45
5. METODOLOGIA	49
5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
5.1.1 Paradigma de investigación cuantitativa	49
5.1.2 Enfoque	49
5.1.3 Tipo de Investigación	49
5.1.4 Población	49
5.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección	49
6. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
6.1 ASPECTOS GENERALES DE LA ENTIDAD	51
6.1.1 Visión	51
6.1.2 Misión	51
6.1.3 Valores	51
6.1.4 Políticas empresariales	53
6.1.5 Objeto social	57

6.1.6 Estructura organizacional	57
6.1.7 Situación administrativa actual de Emssanar E.S.S	60
6.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	61
6.2.1 Situación inicial del proceso de afiliación y registro	61
6.2.2 Informe de auditoria integral realizado a la Entidad Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud "EMSSANAR E.S.S."	72
7. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO AL PROCESO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO	90
7.1 FICHA DE FORMALIZACION DE PROCESOS	90
7.2 FICHA DE PRESENTACION	90
7.3 FICHA DE DOCUMENTACIÓN	93
7.4 DIAGRAMA DE FLUJO	94
7.5 PUNTOS DE CONTROL	95
7.6 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	96
7.7 INTERACCIÓN CON OTROS PROCESOS	97
7.8 POLITICAS	98
7.9 MARCO LEGAL	99
7.10 LEGALIZACION DE CONTRATOS	102
7.11 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	105
7.12 ADMINISTRACIÓN DE BASE DE DATOS	107
7.13 PROCEDIMIENTO REGISTRO Y CARNETIZACIÓN	111
7.14 PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y CARNETIZACION	115
8. EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES PROCESO DE AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS REGISTRO Y AFILIACIÓN	118
8.1 GENERALIDADES	118
8.2 RESULTADOS PROCESO AUTOEVALUACIÓN	118
8.2.1 Afiliación y activación de derechos	119
8.2.2 Registro y afiliación	124
8.3 PLAN DE MEJORAMIENTO	125
9. CONCLUSIONES	129
10. RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXOS	133

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Departamento de Nariño	39
Figura 2. Municipio de Pasto	42
Figura 3. Organigrama general	57
Figura 4. Unidad estratégica de servicio	58
Figura 5. Plan estratégico	60
Figura 6. Afiliación y registro versión VIII de noviembre de 2005	71
Figura 7. Sistema único de habilitación avance en normatividad	72
Figura 8. Macroproceso: Aseguramiento. Proceso contratación, afiliación y registro	94
Figura 9. Procedimiento: Registro y carnetización – por evento público	115
Figura 10. Procedimiento: Registro y carnetización – por traslados	116
Figura 11. Procedimiento: Registro y carnetización – por asignación de cupos o resoluciones	117

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Proceso afiliación y registro	62
Cuadro 2. Liquidación de contratos con entes territoriales	77
Cuadro 3. Contratos no vigentes pendientes por liquidar	77
Cuadro 4. Regional del Valle Cauca que no tienen soportes de liquidación de contratos	79
Cuadro 5. Carnetización	86
Cuadro 6. Fechas de carnet inferiores	86
Cuadro 7. Registro de afiliados con fechas inconsistentes	87
Cuadro 8. Proceso de multiafiliación	89
Cuadro 9. Ficha de formalización de procesos	90
Cuadro 10. Ficha de presentación	90
Cuadro 11. Ficha de documentación	93
Cuadro 12. Puntos de control	95
Cuadro 13. Listado maestro de documentos	96
Cuadro 14. Interacción con otros procesos	97
Cuadro 15. Políticas	98
Cuadro 16. Legalización de contratos	102
Cuadro 17. Liquidación de contratos	105
Cuadro 18. Administración de base de datos	107
Cuadro 19. Procedimiento registro y carnetización	111
Cuadro 20. Afiliación y activación de derechos	119
Cuadro 21. Registro y afiliación	124
Cuadro 22. Plan de mejoramiento	125

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Diagrama de flujo: Procedimiento Liquidación de Contratos	134
Anexo B. Administración De Base De Datos	135
Anexo C. Diagrama de flujo: Liquidación de Contratos	136
Anexo D. Diagrama de flujo: Análisis de viabilidad	137
Anexo E. Diagrama de flujo: Registro y carnetización evento publico	138
Anexo F. Diagrama de flujo: Registro y carnetización por traslado	139
Anexo G. Diagrama de flujo: Registro y carnetización por resolución	140

GLOSARIO

AFILIADO: persona beneficiaria del régimen subsidiado por estar clasificada en el nivel 1 ó 2 del SISBEN. Afiliados al régimen subsidiado.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

CERTIFICACIÓN: la certificación se constituye como el medio a través del cual se demuestra de manera objetiva e imparcial los alcances, el cumplimiento y los avances de las actividades realizadas en la empresa y sirve para demostrar que un producto o servicio cumple consistentemente con los requisitos previamente pactados con el cliente y contemplados en las normas técnicas nacionales, internacionales o de empresa, obteniendo productos y servicios confiables.

CONTROL DE CALIDAD: realización de inspecciones y ensayos para comprobar si una determinada materia prima, un semielaborado o un producto terminado, cumple con las especificaciones establecidas previamente.

EFFECTIVIDAD: resultado de la combinación de la eficiencia y eficacia, en otras palabras hacer las cosas como se deben hacer, a unos costos razonables.

EFICACIA: extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

EFICIENCIA: relación entre los resultados alcanzados y los recursos utilizados.

ESTÁNDAR: nivel de desempeño deseable y alcanzable contra el cual se puede comparar el desempeño actual.

ESTANDARIZACIÓN: actividad sistemática de una organización para establecer y utilizar estándares.

FLUJOGRAMA: es un método para describir gráficamente un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares. Permite conocer y comprender los procesos a través de los diferentes pasos, documentos y unidades administrativas comprometidas.

GESTIÓN DE CALIDAD: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización, en lo relativo a la calidad.

GESTIÓN: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

MANUAL DE PROCESOS: colección sistemática de procesos que indican al personal de la empresa las actividades a ser cumplidas y la forma como deben ser realizadas.

MANUAL: documento guía que describe asuntos actividades de acuerdo con un ordenamiento lógico, y está sujeto a permanente evaluación y actualización. Es una de las fuentes de criterios a evaluar en una auditoria.

MEJORA CONTINUA: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos. Este término se emplea en el manual para indicar que se debe mejorar el sistema de gestión de la calidad donde encuentre oportunidad, exista justificación y se cuente con recursos necesarios para dicha mejora.

MEJORA DE LA CALIDAD: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS: se constituye en el medio que la empresa emplea para dar a conocer los servicios que presta, contiene principalmente: antecedentes o reseña histórica, plataforma estratégica, objetivos, relación de servicios y actividades desarrolladas.

POS-S: plan obligatorio de salud subsidiado: es el paquete de servicios de salud, al que tienen derecho los afiliados al régimen subsidiado.

PROCEDIMIENTO: forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

PRODUCTO: resultado de un proceso (servicios software, hardware, materiales procesados)

RÉGIMEN SUBSIDIADO: brinda servicios de salud a las personas menos favorecidas y de bajos recursos económicos, las cuales tienen acceso a un subsidio que les permite recibir servicios de salud a bajo costo.

REGISTRO: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de actividades desempeñadas.

TALENTO HUMANO: integra todo el personal con el cual cuenta toda organización para desarrollar sus actividades y en los cual podría llegar a incluirse la gente a quien va dirigido finalmente el esfuerzo de las funciones empresariales para cumplir propósitos.

RESUMEN

La “Propuesta de Optimización Del Proceso De Afiliación Y Registro de la EPS-S EMSSANAR A Través Del Modelo Gerencial Del Mejoramiento Continuo”, está encaminada a la búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo. Debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles, es un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad cuestan dinero; tiene como punto de partida el análisis del proceso de afiliación y registro versión VII de noviembre de 2005, vigente a la fecha de la presente investigación y determinar qué aspectos son susceptibles de mejorar o implementar, para ser socializados e incorporados por la administración de la empresa. La línea de investigación es de tipo cuantitativa con enfoque empírico analítico y evaluativo propositiva.

En la etapa de diagnostico se realizo el análisis del proceso vigente y de los resultados de la auditoría integral, además de los resultados obtenidos en la aplicación de la matriz de diagnostico del ICONTEC.

Posterior a esto con el apoyo de la administración y del área de planeación se realiza la propuesta de mejoramiento continuo al proceso; se reforma como macroproceso y se incluye la contratación, esta reforma del proceso propicia mayor interacción con otros procesos internos, además y esto lo enfocamos como valor agregado del presente trabajo de investigación el plan de mejoramiento de estándares de calidad, como resultado de un proceso de autoevaluación con miras a la excelencia en la prestación del servicio y la satisfacción de las expectativas de los clientes.

ABSTRACT

The “Proposal for Optimization of the Affiliation and Registration Process of EPS. EMSSANAR Through the Management Model of Continuous Improvement” is directed towards the search of the excellence which consists on accepting a new challenge each day. This process has to be progressive and continuous. Must incorporate all the activities carried out by the Company at all levels, it is an effective media to develop positive changes which will allow money saving for both company and Costumers, since the quality failure cost money. It has as a starting point the analysis of the affiliation and registration process version VII of November 2005, current to the date of the present research and determines the aspects susceptible of improvement or implementation to be socialized and included by the administration of the Company. The research action line is of a quantity type with an empiric analytic and evaluative positive approach.

During the diagnosis stage the analysis of the current process and the results of the integral audit was carried out, as well as the results obtained from the application of the diagnosis matrix of ICONTEC.

Subsequently, with the support of the administration and planning areas, a proposal on the continuous strengthening of the process is carried out; it is reformed as a macro-process and it is included in the hiring. This reform of the process proportions a higher interaction with other intern processes and this is focused as a worth value of the present research task of the improvement of quality standards as a result of an auto-evaluation process directed to the excellence in featuring the service and the satisfaction of the expectation of the costumers.

INTRODUCCIÓN

El Presente trabajo de investigación pretende elaborar una La “Propuesta de Optimización del Proceso de Afiliación y Registro DE LA EPS-S EMSSANAR A Través Del Modelo Gerencial Del Mejoramiento Continuo”. La EPS –RS EMSSANAR, no ha sido ajena al panorama nacional. La situación actual del Proceso de Afiliación y Registro, objeto de investigación, está catalogada como un macro proceso debido al impacto que tiene hacia el usuario, por tal razón, es de vital importancia que este proceso cumpla con los estándares de calidad a fin de que contribuyan con el cumplimiento del propósito social.

El objetivo del proceso es garantizar la afiliación, el registro y la carnetización efectiva a EMSSANAR EPS –RS, de los beneficiarios del régimen subsidiado. Por lo anteriormente es pertinente definir la situación actual de EMSSANAR EPS –RS en el proceso de afiliación y registro y determinar qué aspectos son susceptibles de mejora o implementación, siguiendo los siguientes pasos:

- Analizar el proceso de Afiliación y Registro de la EPS -**RS** EMSSANAR.
- Priorizar deficiencias del proceso de Afiliación y Registro de la EPS EMSSANAR.
- Por último, elaborar la propuesta de mejoramiento continuo al proceso de Afiliación y Registro de la EPS -RS EMSSANAR

Para la presente investigación retomamos la conceptualización del modelo gerencial del mejoramiento continuo, Importancia, Ventajas y desventajas, responder al interrogante de ¿Porqué mejorar?, cuales son las necesidades de mejoramiento y las Política de Calidad que le demarcan.

Como complemento se menciona aspectos del Sistema de Habilitación para las ARS: Decreto N° 0515, Procedimiento para la Habilitación y clasificación del cumplimiento de condiciones de Habilitación, Autoevaluación y Mejoramiento, Análisis de los estándares.

La línea de investigación es de tipo cuantitativa con enfoque empírico analítico y evaluativo propositiva.

En la etapa de diagnostico se realizo el análisis del proceso vigente y de los resultados de la auditoría integral, además de los resultados obtenidos en la aplicación de la matriz de diagnostico del ICONTEC.

Posterior a esto con el apoyo de la administración y del área de planeación se realiza la propuesta de mejoramiento continuo al proceso; se reforma como

macroproceso y se incluye la contratación, esta reforma del proceso propicia mayor interacción con otros procesos internos, depuración de aspectos vigentes e inclusión de omisiones de proceso. La propuesta incluye: Ficha de formalización de procesos, ficha de presentación de proceso, ficha de documentación, diagrama de flujo del macro proceso de aseguramiento y de cada uno de los procesos, puntos de control, listado maestro de documentos, interacción con otros procesos, políticas que regulan el proceso, además y esto lo enfocamos como valor agregado del presente trabajo de investigación el plan de mejoramiento de estándares de calidad, como resultado de un proceso de autoevaluación con miras a la excelencia en la prestación del servicio y la satisfacción de las expectativas de los clientes.

Es importante señalar que la presente investigación no es un documento terminado y definitivo, los avances del mejoramiento continuo significan constantes ajustes, es por eso que se recomienda que la empresa EMSSANAR tome como base esta información que le permitirá aportar en la optimización del sistema de calidad, con la participación de la dirección y todo su equipo de trabajo, y así obtendrá mejores resultados a nivel institucional

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“Propuesta de optimización del proceso de afiliación y registro de la EPS - RS EMSSANAR a través del modelo gerencial del mejoramiento continuo”

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 Planteamiento del problema. Una de las reglas del servicio público de salud, rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la Obligatoriedad, por ella se entiende que la afiliación al sistema es obligatoria para todos los habitantes en Colombia, en consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

El proceso de afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el que más cambios ha tenido durante la operación del Régimen Subsidiado de Salud, desde 1995.

Por parte de la alta dirección de EPS –RS EMMSANAR, se determino que existe la necesidad de contar con un sistema que permita el mejoramiento continuo y convertir en acciones la estrategia empresarial con mecanismos administrativos adecuados que garanticen la transformación para la optimización de los procesos.

La EPS –RS EMMSANAR, no ha sido ajena al panorama nacional. La situación actual del Proceso de Afiliación y Registro, objeto de investigación, está catalogada como un macro proceso debido al impacto que tiene hacia el usuario, por tal razón, es de vital importancia que este proceso cumpla con los estándares de calidad a fin de que contribuyan con el cumplimiento del propósito social.

El objetivo del proceso es garantizar la afiliación, el registro y la carnetización efectiva a EMSSANAR EPS –RS, de los beneficiarios del régimen subsidiado.

Por lo anteriormente es pertinente definir la situación actual de EMSSANAR EPS –RS en el proceso de afiliación y registro y determinar qué aspectos son susceptibles de mejora o implementación.

1.2.2 Formulación del problema. ¿Qué aspectos se deben transformar o mejorar en el proceso de afiliación y registro de la EPS -RS EMSSANAR, a través del modelo gerencial del mejoramiento continuo?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de optimización del proceso de afiliación y registro de la EPS -RS EMSSANAR, a través del modelo gerencial del mejoramiento continuo

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el proceso de Afiliación y Registro de la EPS -RS EMSSANAR.
- Priorizar deficiencias del proceso de Afiliación y Registro de la EPS EMSSANAR.
- Elaborar la propuesta de mejoramiento continuo al proceso de Afiliación y Registro de la EPS -RS EMSSANAR,

3. JUSTIFICACIÓN

La EPS -RS EMSSANAR, en cumplimiento de los requisitos de habilitación y en aras a la acreditación, establece el Sistema de Gestión Estratégica en la organización que cuenta con una herramienta integrada, balanceada y estratégica para medir el progreso actual y suministrar la dirección futura de la empresa, también permite convertir la visión en acción por medio de un conjunto coherente de objetivos específicos, medidas o iniciativas, metas e indicadores estratégicos que son alineados a todos los niveles de la organización y que todos pueden controlar, favoreciendo el desempeño de la administración de la organización, además permite la correcta implementación de la estrategia empresarial y su respectivo monitoreo. El Sistema también contribuye a Mejorar la retroalimentación y el aprendizaje del personal de la organización logrando renovar el entendimiento de los objetivos primordiales de la organización y redefiniendo responsabilidades y liderazgo de todos los colaboradores.

Esto implica la toma acertada de decisiones mediante un sistema que permita medir, controlar y brindar información veraz acerca del comportamiento de la organización en términos operativos y financieros que ayuden efectivamente a la organización a lograr el cumplimiento de su Visión a través de técnicas de administración, planeación, ejecución y control de cada uno de los procesos que se realizan en la institución.

La presente investigación titulada, **“Propuesta de optimización del proceso de afiliación y registro de la EPS -RS EMSSANAR a través del modelo gerencial del mejoramiento continuo”**, busca contribuir al mejoramiento del proceso de Afiliación y Registro de EMSSANAR, para ser socializada e incorporada por la administración y favorecer la optimización en el desempeño de sus procesos, orientación hacia los objetivos empresariales, generar confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada, evidenciar las capacidades de la organización frente a clientes fijos y potenciales, permitir la apertura de nuevas oportunidades de mercado y oportunidad de competir sobre la misma base con instituciones más grandes; además aportar a la acreditación de la institución ante el ICONTEC.

Es importante mencionar que por tratarse de un trabajo de carácter integral, se evaluarán diferentes áreas que de alguna manera, están interrelacionadas con el proceso de afiliación y registro; es de anotar que la norma aplica a la organización en forma global; gestión de recursos, gestión de la calidad y compromiso de la alta dirección son capítulos de la norma que obligan a una transformación general de la organización.

En cuanto a la acreditación en salud se tiene en cuenta que es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada tres años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada tres años.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

Modelo gerencial del mejoramiento continuo

Conceptos: James Harrington (1993), para él mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Fadi Kabboul (1994), define el Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.

Abell, D. (1994), da como concepto de Mejoramiento Continuo una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado (tomado del Curso de Mejoramiento Continuo dictado por Fadi Kbbaul).

L.P. Sullivan (1CC 994), define el Mejoramiento Continuo, como un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización a lo que se entrega a clientes.

Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.

El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo.

Importancia del mejoramiento continuo

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

Ventajas y desventajas del mejoramiento continuo

Ventajas

- Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
- Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles
- Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
- Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.
- Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.
- Permite eliminar procesos repetitivos.

Desventajas

- Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
- Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.
- En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.
- Hay que hacer inversiones importantes.

¿Por qué mejorar?. Según Harrington (1987), "En el mercado de los compradores de hoy el cliente es el rey", es decir, que los clientes son las personas más importantes en el negocio y por lo tanto los empleados deben trabajar en función de satisfacer las necesidades y deseos de éstos. Son parte fundamental del negocio, es decir, es la razón por la cual éste existe, por lo tanto merecen el mejor trato y toda la atención necesaria.

La razón por la cual los clientes prefieren productos del extranjero, es la actitud de los dirigentes empresariales ante los reclamos por errores que se comentan: ellos

aceptan sus errores como algo muy normal y se disculpan ante el cliente, para ellos el cliente siempre tiene la razón.

El proceso de mejoramiento. La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo. Debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles.

El proceso de mejoramiento es un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad cuestan dinero.

Asimismo este proceso implica la inversión en nuevas maquinaria y equipos de alta tecnología más eficientes, el mejoramiento de la calidad del servicio a los clientes, el aumento en los niveles de desempeño del recurso humano a través de la capacitación continua, y la inversión en investigación y desarrollo que permita a la empresa estar al día con las nuevas tecnologías.

Actividades Básicas de Mejoramiento

De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en Estados Unidos, Según Harrington (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña:

- Obtener el compromiso de la alta dirección.
- Establecer un consejo directivo de mejoramiento.
- Conseguir la participación total de la administración.
- Asegurar la participación en equipos de los empleados.
- Conseguir la participación individual.
- Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos).
- Desarrollar actividades con la participación de los proveedores.
- Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas.

- Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo.
- Establecer un sistema de reconocimientos.
- * **Compromiso de la alta dirección.** El proceso de mejoramiento debe comenzarse desde los principales directivos y progresa en la medida al grado de compromiso que éstos adquieran, es decir, en el interés que pongan por superarse y por ser cada día mejor.
- * **Consejo directivo del mejoramiento.** Está constituido por un grupo de ejecutivos de primer nivel, quienes estudiarán el proceso de mejoramiento productivo y buscarán adaptarlo a las necesidades de la compañía.
- * **Participación total de la administración.** El equipo de administración es un conjunto de responsables de la implantación del proceso de mejoramiento. Eso implica la participación activa de todos los ejecutivos y supervisores de la organización. Cada ejecutivo debe participar en un curso de capacitación que le permita conocer nuevos estándares de la compañía y las técnicas de mejoramiento respectivas.
- * **Participación de los empleados.** Una vez que el equipo de administradores esté capacitado en el proceso, se darán las condiciones para involucrar a los empleados. Esto lo lleva a cabo el gerente o supervisor de primera línea de cada departamento, quien es responsable de adiestrar a sus subordinados, empleando las técnicas que él aprendió.
- * **Participación individual.** Es importante desarrollar sistemas que brinden a todos los individuos los medios para que contribuyan, sean medidos y se les reconozcan sus aportaciones personales en beneficio del mejoramiento.
- * **Equipos de Mejoramiento de los Sistemas (equipos de control de los procesos).** Toda actividad que se repite es un proceso que puede controlarse. Para ello se elaboran diagramas de flujo de los procesos, después se le incluyen mediciones, controles y bucles de retroalimentación. Para la aplicación de este proceso se debe contar con un solo individuo responsable del funcionamiento completo de dicho proceso.
- * **Actividades con participación de los proveedores.** Todo proceso exitoso de mejoramiento debe tomar en cuenta a las contribuciones de los proveedores.
- * **Aseguramiento de la calidad.** Los recursos para el aseguramiento de la calidad, que se dedican a la solución de problemas relacionados con los

productos, deben reorientarse hacia el control de los sistemas que ayudan a mejorar las operaciones y así evitar que se presenten problemas

*** Planes de calidad a corto plazo y estrategias de calidad a largo plazo.** Cada compañía debe desarrollar una estrategia de calidad a largo plazo. Después debe asegurarse de que todo el grupo administrativo comprenda la estrategia de manera que sus integrantes puedan elaborar planes a corto plazo detallados, que aseguren que las actividades de los grupos coincidan y respalden la estrategia a largo plazo.

*** Sistema de reconocimientos.** El proceso de mejoramiento pretende cambiar la forma de pensar de las personas acerca de los errores. Para ello existen dos maneras de reforzar la aplicación de los cambios deseados: castigar a todos los que no logren hacer bien su trabajo todo el tiempo, o premiar a todos los individuos y grupos cuando alcancen una meta con realicen una importante aportación al proceso de mejoramiento.

Necesidades de mejoramiento. Los presidentes de las empresas son los principales responsables de un avanzado éxito en la organización o por el contrario del fracaso de la misma, es por ello que los socios dirigen toda responsabilidad y confianza al presidente, teniendo en cuenta su capacidad y un buen desempeño como administrador, capaz de resolver cualquier tipo de inconveniente que se pueda presentar y lograr satisfactoriamente el éxito de la compañía. Hoy en día, para muchas empresas la palabra calidad representa un factor muy importante para el logro de los objetivos trazados. Es necesario llevar a cabo un análisis global y detallado de la organización, para tomar la decisión de implantar un estudio de necesidades, si así la empresa lo requiere.

Resulta importante mencionar, que para el éxito del proceso de mejoramiento, va a depender directamente del alto grado de respaldo aportado por el equipo que conforma la dirección de la empresa, por ello el presidente está en el deber de solicitar las opiniones de cada uno de sus miembros del equipo de administración y de los jefes de departamento que conforman la organización.

Los ejecutivos deben comprender que el presidente tiene pensado llevar a cabo la implantación de un proceso que beneficie a toda la empresa y además, pueda proporcionar a los empleados con mejores elementos para el buen desempeño de sus trabajos. Se debe estar claro, que cualesquiera sea el caso, la calidad es responsabilidad de la directiva.

Antes de la decisión final de implantar un proceso de mejoramiento, es necesario calcular un estimado de los ahorros potenciales. Se inician realizando un examen detallado de las cifras correspondientes a costos de mala calidad, además, de los ahorros en costos; el proceso de mejoramiento implica un incremento en la productividad, reducción de ausentismo y mejoramiento de la moral. Es importante

destacar que una producción de mejor calidad va a reflejar la captura de una mayor proporción del mercado.

Para el logro de estos ahorros, durante los primeros años, la empresa tendrá que invertir un mínimo porcentaje del costo del producto, para desarrollar el proceso de mejoramiento; luego de esta inversión, el costo de mantenimiento del programa resultará insignificante.

Por otro lado, para percibir el funcionamiento eficaz del proceso de mejoramiento no sólo es necesario contar con el respaldo de la presidencia, sino con la participación activa de ella. El presidente debe medir personalmente el grado de avance y premiar a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyan notablemente y realizar observaciones a quienes no contribuyan con el éxito del proceso.

Una manera muy eficaz de determinar si el equipo en general de administradores considera la necesidad de mejorar, consiste en llevar a cabo un sondeo de opiniones entre ellos. La elaboración del sondeo va a ayudar a detectar cómo el grupo gerencial considera a la empresa y cuánto piensan que debe mejorar. Se pueden realizar interrogantes:

¿Qué tan buena es la cooperación de las personas?

¿Qué tan buena es la cooperación de los departamentos?

¿Qué tanto preocupa a la dirección la calidad de trabajo?, entre otras.

Sin embargo, pueden incluirse temas como: la comunicación, la organización y la productividad; tomando en consideración que el valor del sondeo va a depender exclusivamente de la honestidad de las respuestas por parte de los miembros.

Política de calidad. La base del éxito del proceso de mejoramiento es el establecimiento adecuado de una buena política de calidad, que pueda definir con precisión lo esperado de los empleados; así como también de los productos o servicios que sean brindados a los clientes. Dicha política requiere de la debida autorización del presidente.

La política de calidad debe ser redactada con la finalidad de que pueda ser aplicada a las actividades de cualquier empleado, igualmente podrá aplicarse a la calidad de los productos o servicios que ofrece la compañía. También es necesario establecer claramente los estándares de calidad, y así poder cubrir todos los aspectos relacionados al sistema de calidad.

Para dar efecto a la implantación de esta política, es necesario que los empleados tengan los conocimientos requeridos para conocer las exigencias de los clientes, y

de esta manera poder lograr ofrecerles excelentes productos o servicios que puedan satisfacer o exceder las expectativas

Como punto de partida del mejoramiento continuo es implementar el ciclo de DEMING, **PDCA** ó **PHVA**

- Planificar (PLAN)
- Ejecutar (DO)
- Controlar (CHECK)
- Actuar (ACT).

Como toda teoría sistémica, recuerde que es una generalización conceptual y que la empresa goza de la posibilidad de retocarla de forma que se ajuste a ella.

El proceso de implantación se divide en cuatro fases así:

Planificar: en esta fase se decide qué se va a hacer en función de los datos disponibles para la empresa, su situación, sus intereses,... Se determinan los objetivos para un plazo dado, procurando que estos objetivos sean realizables y medibles.

- Metodologías adecuadas: documentación
- Trabajo en equipo
- De cara a la prevención
- Para hacerlo bien a la primera

Actividades a realizar:

- Documentar lo que se hace, como, por quién y cuando
- Determinación de objetivos cuantificables y medibles
- Estudios de factibilidad y viabilidad
- Análisis y resolución de posibles fallos
- Plan de control del proceso

Ejecutar: en esta fase se realiza lo que se ha planificado en la fase anterior.

- Asignación de medios adecuados
- Formación y entrenamiento del personal
- Autocontroles

Controlar: en esta fase se comprueba que los resultados obtenidos han sido los esperados.

- Actividad sistemática
- Metodologías adecuadas
- Trabajo en equipo

Actividades:

- Inspección de proceso y de producto
- Índices de Calidad
- Costos de No Calidad
- Estudios estadísticos

Actuar: en esta fase se analizan las causas de las desviaciones de la fase anterior y se actúa en consecuencia. Hay que tener en cuenta que las desviaciones pueden ser tanto positivas como negativas.

- Recolección de información
- Planificar acciones correctivas
- Realimentar el ciclo

Resultados:

- Mejora de la situación de cara a clientes y mercado
- Mejora por tanto de la competitividad
- Mejor ambiente de trabajo
- Aumento creciente de la eficiencia
- Mayor rentabilidad

Además la implementación del proceso de mejoramiento continuo se articula con el principal objetivo de la normas técnicas colombianas, establecidas por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), organismo multinacional de carácter privado, sin ánimo de lucro, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia, que es el mejoramiento de la calidad y también facilitar las relaciones cliente-proveedor, en el ámbito empresarial nacional o internacional.

Se debe recordar que el punto de partida es el cumplimiento de las condiciones de Habilitación de la EPS- AR EMSSNAR, a continuación retomamos la normatividad que la respalda.

Sistema de habilitación para las ARS. Decreto numero 0515 de 2004. El decreto 515 de 2004 tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

De operación: necesarias para determinar la idoneidad de las ARS para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

De permanencia: necesarias para que el funcionamiento de las ARS en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del primero de abril de 2005 y 400.000 antes del primero de abril de 2006. Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo 400.000afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación; para este evento deberán dar cumplimiento a los requisitos financieros y de seguros que establezca la Superintendencia Nacional de Salud, que garanticen el cumplimiento del número mínimo de afiliados a los dos años de operación

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operarlas Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

Condiciones para la habilitación. Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Es el conjunto de

requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

Condiciones de capacidad financiera. Son los requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son aquellas establecidas por el Ministerio de la Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas

Condiciones de operación. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados

El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multifiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

Capacidad financiera. Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo que de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

Toda ARS que aparezca relacionada en el boletín de deudores morosos, no podrá celebrar contratos de Aseguramiento con los entes territoriales competentes, ni de prestación de servicios de salud con la red pública, hasta tanto no demuestren la cancelación de la totalidad de las obligaciones contraídas con estos, según lo dispuesto por el parágrafo 3° del artículo 4° de la Ley 716 de 2001.

Capacidad tecnológica y científica. Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Condiciones de permanencia. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico -administrativas de operación.

La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado, establecidos en el presente decreto.

La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

Condiciones de capacidad financiera. Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar las condiciones que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas que esa entidad defina a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia del presente decreto.

Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio técnico saneado que para el efecto se señale por las autoridades competentes.

Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes y a lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados.

Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

- La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.
- El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.
- La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.
- La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.
- La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

Procedimiento para la habilitación y verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las ARS.

Una vez habilitadas, presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis(6) meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de

permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

Habilitación de las entidades autorizadas. Las Entidades que a la entrada en vigencia del presente decreto, se encuentren administrando el régimen subsidiado, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir del 1º de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo no mayor de seis (6) meses, profiera el acto administrativo de habilitación.

Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la adopción de las condiciones de habilitación, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

Artículo 13. Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente decreto.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

El logro de la habilitación y el proceso de mejoramiento continuo permite visualizar la excelencia y aspirar a la acreditación de la organización.

Autoevaluación y mejoramiento. Después de resolver los aspectos relacionados con las decisiones organizacionales a través de las cuales se adecuan para alcanzar los propósitos de la acreditación, se inicia el proceso de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares

Es importante que la organización tenga claro el mejoramiento durante la acreditación es uno solo, pero que para efectos operacionales existen dos momentos durante los cuales se realiza auto-evaluación:

Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, en el cual la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de autoevaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un periodo límite de finalización diferente a las metas que se fije la organización a sí misma.

Durante la aplicación ante el ente acreditador en el ciclo de ruta crítica, en el cual la autoevaluación, además de lo anterior, tiene el propósito de documentar el estado de cumplimiento del estándar y evidenciar suficientemente ante el ente acreditador su cumplimiento, en esta fase, este ciclo de autoevaluación, documentación y mejoramiento tiene un tiempo límite, dependiente de los periodos establecidos por la entidad acreditadora.

Análisis de los estándares. Después de resolver las preguntas acerca de los equipos, se comienza el proceso mismo de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares contemplados en los manuales.

Quizás el mayor problema de los equipos de autoevaluación es enfrentarse solos, a menudo con gente que trabaja en su organización pero que no hace parte de su quehacer diario, con la hoja donde esté escrito el estándar. Es aquí donde deben contar con una guía que les ayude a comenzar.

Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, es pertinente sugerir el siguiente enfoque.

Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de la autoevaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer inicialmente antes de empezar la calificación el grupo de estándares en su totalidad, ya que como todos los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita grandemente el proceso de calificación del estándar individual

A continuación, leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, si lo hay) y consenso del equipo acerca de la Interpretación.

Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con este. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar, este es el “polo a tierra” del equipo, y es el que guía la redacción de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en la frase estándar. Hay que tener en cuenta en la calificación de los estándares, que estos son los que se deben calificar.

Una vez discutidas todas las fortalezas de la organización hay que determinar que soportes pueden encontrarse en la organización. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel

determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.

El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo.

La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento.

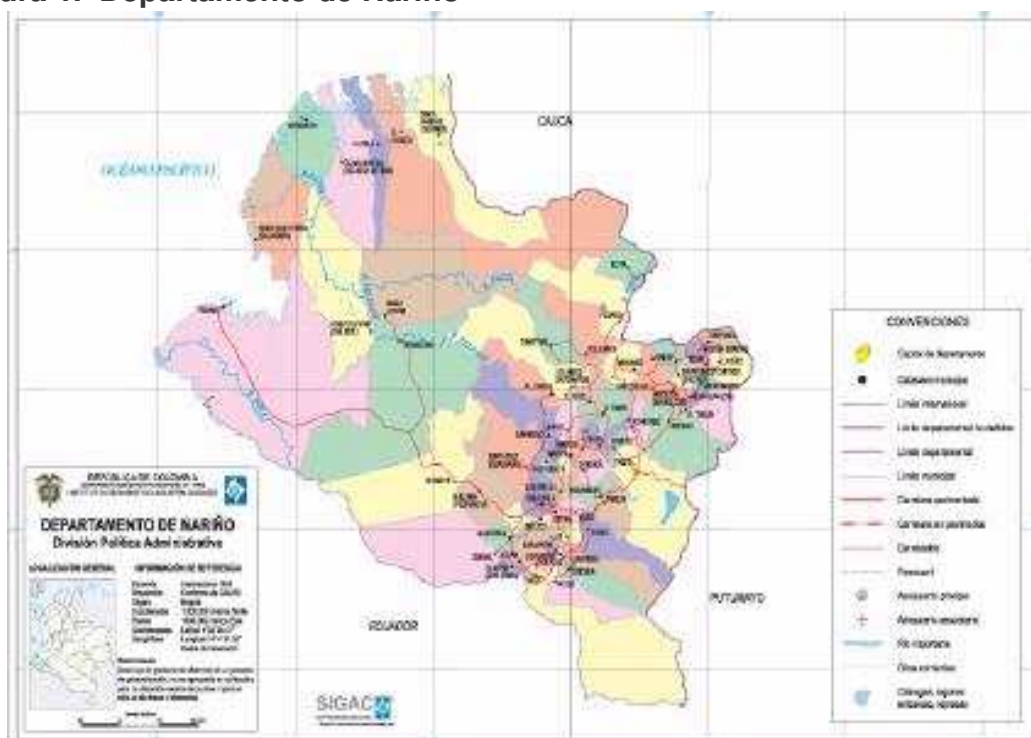
Por último, se calificará el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación presentada anteriormente.

4.2 MARCO CONTEXTUAL

El estudio de la investigación se realizará en el Departamento de Nariño, mas exactamente en el Municipio de Pasto, donde funciona la sede principal de la Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR E.S.S., el cual se encuentra ubicada en la calle 11 A con carrera 33 esquina barrio la Aurora.

4.2.1 Macro contexto

Figura 1. Departamento de Nariño



Nariño, departamento de Colombia situado en el extremo sur occidental de Colombia, entre los 0° 21' y 2° 40' de latitud N, y los 76° 50' y 79° 02' de longitud O. Limita al norte con el departamento de Cauca, al este con Putumayo, al sur con Ecuador, y al oeste con el océano Pacífico. Su nombre le fue concedido en memoria de Antonio Nariño, precursor de la independencia colombiana al traducir y divulgar la declaración de los derechos del hombre en este país.

En Nariño encontramos tres regiones perfectamente definidas, con una amplia variedad climática: la primera corresponde a la llanura del Pacífico, de clima cálido y alta lluviosidad; la segunda es la región andina, compuesta por la cordillera de los Andes, y la tercera, la región de la vertiente oriental amazónica, cubierta principalmente por selvas húmedas y lluviosas.

Este departamento, que tiene una extensión de 33.268 km², es el más volcánico de Colombia, pues en su territorio se ubican el Azufral, Chiles, Cumbal, Doña Juana y Galeras.

Uno de los principales accidentes es el nudo de Los Pastos, del cual se desprenden dos grandes ramales, el occidental y el centro oriental, este último más extenso que el anterior. La depresión llamada la hoz de Minamá, el valle Atriz y los altiplanos de Ipiales y Túquerres son característicos del departamento, además de los cerros de Sucumbíos, Cumbitara y Campana. Entre los accidentes costeros encontramos las bahías de Tumaco y San Ignacio, las puntas El Viudo y Boquerón, la isla de Cascajal y el cabo Manglares.

En Nariño nacen los ríos más importantes del país: Cauca, Magdalena, Patía y Caquetá; también discurren por este departamento los ríos Mira e Iscuandé. La laguna más importante es la de La Cocha o Guamués.

Su economía está basada en la agricultura, la ganadería y, en menor medida, la artesanía, el turismo, la minería y la pesca. Los productos agrícolas más destacados son el trigo, la cebada y la papa (patatas). Entre los metales que se explotan destaca el oro, la plata y el cobre.

Nariño posee lugares de gran belleza: Ipiales es llamada la 'ciudad de las nubes verdes' cerca de ella se levanta el imponente y majestuoso santuario de Nuestra Señora de Las Lajas. El puente Rumichaca es un puente natural fronterizo levantado sobre el río Guáitara; Tumaco posee bellas playas y fue uno de los principales puertos en el océano Pacífico.

Los pobladores precolombinos fueron los quillacingas, pastos e iscuandés, quienes tenían una gran habilidad para los trabajos manuales. Se sabe que estos pueblos fueron invadidos por los incas de Perú y establecieron fuertes en la región que se conocía como el municipio de La Cruz.

Fue Pascual de Andagoya quien, en 1522, recorrió la costa pacífica; su información le sirvió a Francisco Pizarro para su expedición, que culminó con la conquista de Perú. En 1535, Pizarro comenzó una expedición hacia el territorio de los quillacingas, que años después se constituiría en la capital departamental. En 1541, poco después de regresar procedente de España, Sebastián de Belalcázar dividió las tierras en catorce tenencias, entrando a formar parte de la audiencia de Quito. En 1819, después de la independencia, esta región formó parte de la provincia de Popayán, y entre los años 1821 y 1886 integró el departamento de Cauca y las provincias de Barbacoas y Pasto, hasta que, finalmente, en 1904, mediante la Ley 1 se creó el departamento de Nariño, cuya capital es San Juan de Pasto.

Nariño cuenta con 1.632.093 habitantes (2000). Está formado por 62 municipios, 188 corregimientos y 312 inspecciones de policía. San Juan de Pasto es su capital, y entre los principales municipios encontramos Albán, Barbacoas, Colón, Imúes, Ipiales, Linares, Pupiales, Ricaurte, Samaniego, Tumaco, Túquerres y La Cruz.

* **Municipio de Pasto.** Es la ciudad capital del departamento de Nariño en el sur de Colombia, situada en el denominado Valle de Atríz, en medio de la Cordillera de los Andes en el macizo montañoso denominado nudo de los Pastos al pie del volcán Galeras. Posee una superficie de 1.181 km², temperatura promedio de 14 °C y 383.846 habitantes según cifras del DANE.

Trasladada a su actual emplazamiento por el explorador y conquistador español Lorenzo de Aldana en 1539 inicialmente fue llamada con el nombre de Villaviciosa de la Concepción cuando Sebastián de Belalcázar en 1537 la fundo en el sitio que hoy es ocupado por la población de Yacuanquer. Ya situada en el Valle de Atríz y por efecto de cédulas reales expedidas por Felipe II, en 1559 le es concedido el escudo de armas y el nombre de ciudad como San Juan de Pasto que sigue siendo el oficial y que se origina en el nombre de la comunidad indígena Los Pastos que habitaba la región a la llegada de los conquistadores españoles. Centro administrativo, cultural y religioso de la región desde la época de la colonia. Durante las guerras de la independencia adoptó la causa realista bajo el liderazgo de Agustín Agualongo de origen indígena por lo cual, una vez obtenida la independencia de España y sumado a su situación geográfica, se mantuvo aislada configurándose una actitud conservadora, tradicionalista y de ensimismamiento cultural con respecto al resto del país. En el siglo XIX, durante las guerras civiles la ciudad fue durante seis meses capital provisional de la República por decisión de un caudillo conservador, el General Leonardo Canal, quien pretende enfrentar desde esta ciudad convertida en cuartel y símbolo de la resistencia contra los liberales radicales, al caudillo liberal Tomás Cipriano de Mosquera. En 1904 con la creación del departamento de Nariño, la ciudad es nombrada su capital.

Figura 2. Municipio de Pasto



* **Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud “EMSSANAR E.S.S.”.** EMSSANAR E.S.S., tiene sus orígenes mucho antes del año 1993, cuando el gobierno planteó un modelo en donde a través de la participación comunitaria y la intervención de entidades del Estado, se organizaron núcleos familiares entre 5000 y 10000 personas para velar por el bienestar en salud de todos sus integrantes. Bajo este esquema se desarrollaron diferentes experiencias en Colombia, donde comunidades organizadas accedían a la salud básica, mediante un paquete de servicios que se financiaba con aportes del Ministerio de Salud, los Departamentos, los Municipios y la población vinculada a dichos procesos. Estas organizaciones se caracterizaban fundamentalmente por su concentración en los sitios de origen y la atención de poblaciones pequeñas con un enfoque de salud familiar.

Posteriormente en el año 1993, se expide la Ley 100 que crea el Sistema General de Seguridad Social y puntualmente el Régimen Subsidiado en Salud. Se define además que dicho subsidio destinado a garantizar un Plan Obligatorio de Salud POS-S para la población mas pobre y vulnerable, el cual será administrado por organizaciones de naturaleza, pública, privada, mixta o comunitarias, quienes se denominan Administradoras del Régimen Subsidiado. A partir de ahí las organizaciones comunitarias conocidas como Empresas Solidarias de Salud, empiezan a jugar un papel importante en el sistema de salud del país ya que la Ley 100 les permite constituirse como ARS-S.

En Nariño empieza a desarrollarse el programa de Empresas Solidaria de Salud en este mismo año, siendo Pasto el municipio pionero de la región en la implantación de este proyecto, gracias al convenio inter administrativo No. 524 del mismo año celebrado entre el Ministerio de Salud, el Departamento de Nariño y el Municipio de San Juan de Pasto, cuyo propósito fue apoyar el proceso de planeación, organización y desarrollo de la Asociación Mutual; Empresa Solidaria de Salud de Nariño EMSSANAR E.S.S., la cual fue conformada como una asociación Mutual que empezó a ser reconocida legalmente en diciembre de 1994 con personería jurídica No. 3880 y Resolución de la Superintendencia Nacional de Salud No. 0150, con un número inicial de quince mil (15.000) afiliados agrupados en 3.000 familias de estratos socioeconómicos uno (1) y dos (2).

El primero de diciembre de 1995 se realiza el acto de inauguración, contando con la asistencia de los representantes del Ministerio de Salud, Instituto Departamental de Salud de Nariño, Alcaldía Municipal de Pasto, quienes fueron la primera Junta Directiva, primeros socios y afiliados de Emssanar. El primer presidente de la junta directiva fue el señor ALVARO FIDEL DELGADO Y el Gerente Fundador el señor CARLOS FAJARDO PABON.

Para la misma fecha ya se contaba con una sede donde se inicia las primeras labores y le permiten a Emssanar continuar creciendo y desempeñándose como ARS en el departamento de Nariño, cumpliendo cabalmente con las políticas y normas que rigen la economía solidaria.

En el año de 1997, la Asamblea General elige como presidente de la Junta Directiva al señor Segundo Vargas, de igual manera en el año de 1998 el presidente electo es el señor Roque Ordóñez y para el año de 1999 la Junta Directiva designa a la señora Ana Jurado Obando, como su presidente. En este período EMSSANAR llego a tener un numero total de 43.000 afiliados con un patrimonio inicial de trescientos millones de pesos (\$300.000.000.00).

Es así como mediante la organización y la participación comunitaria se ha logrado cimentar una empresa de carácter Solidario, sin Animo de Lucro y de Derecho Privado, consolidándose como una organización de prestigio e imagen a nivel Municipal y Nacional, por su cobertura y número de afiliados.

En el transcurso del proceso de las empresas solidarias surge el Decreto 1804 de 1.999, por el cual las empresas solidarias decidieron, en cabeza de sus dirigentes comunitarios, asumir el reto de transformar la amenaza del Decreto 1804 de 1999, mediante la estrategia de conformar una sólida Administradora del Régimen Subsidiado en salud, que por su origen, principios y filosofía haga parte del sector de la economía solidaria y responda de manera efectiva a las condiciones exigidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a las del mercado.

Teniendo en cuenta el decreto 1804 de 1.999, las Empresas Solidaria de Salud de Nariño, Valle y Putumayo, conformadas anteriormente como Asociación Mutual Empresa Solidaria de Cuaspud Carlosama, Mutual de la Cruz, Asociación Nuevo Amanecer (Amuna), Cooperativa Solidarias de Salud San Francisco de Asís (Coopsosafa), Coopsacoop, Coopesac y Emssanar, adoptaron como estrategia conformar una sólida administradora del régimen subsidiado en salud, que por su origen, principios y filosofía haga parte del sector de la economía solidaria y responda de manera efectiva a las condiciones exigidas por el sistema general de seguridad social en salud. Para tal efecto y teniendo en cuenta el cumplimiento de algunos requisitos exigidos, se escogió de manera conjunta y concertada a EMSSANAR E.S.S como la organización incorporante.

El modelo de unidad de las Empresas solidarias de Salud de Nariño, Putumayo, Cauca y Valle fue presentado a diferentes escenarios a nivel Regional y Nacional logrando el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud, Dansocial y la Supersalud, como una opción valida para el fortalecimiento empresarial y la administración seria y responsable de los recursos del régimen subsidiado en salud. La empresa esta legalmente reconocida por Supersalud mediante resolución No. 0150 de febrero de 1996 y certificada como ARS en cumplimiento del decreto 1804, mediante la resolución No. 0639 de marzo del 2001.

Como una forma de rescatar los procesos de desarrollo comunitario, las Empresas Solidarias de Nariño, Putumayo, Valle y Cauca fortalecieron la unidad a través de la figura de INCORPORACIÓN como una propuesta empresarial moderna, que fortalece la participación social y rescata el modelo de salud familiar basado en la cultura de la prevención.

La solidez administrativa, financiera y técnica de EMSSANAR ESS., garantiza el cabal cumplimiento de sus responsabilidades en el aseguramiento del riesgo en salud y la prestación de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S).

A la Administradora de Régimen Subsidiado EMSSANAR, le corresponde desarrollar un conjunto de acciones como son asegurar el riesgo en salud de

los individuos y sus familias, implementando un sistema de atención integral, que considere sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales relacionados con el mantenimiento de la salud o la producción de la enfermedad.

Para garantizar que se mejoren las condiciones de salud de los individuos y de las familias en su conjunto, fue necesario que se presten los servicios de aseguramiento bajo un enfoque de salud familiar, articulando las actitudes positivas que recuperen la convivencia pacífica, el respeto por la diferencia, el trato personal, continuo e integral de los individuos en el contexto y entorno familiar, hecho que permitirá aplicar las destrezas y técnicas actualizadas y de alta calidad de la medicina y demás áreas de la salud.

Actualmente, EMSSANAR ESS, es una organización comunitaria y empresarial vinculada al sector de la economía solidaria, fruto de un proceso de incorporación de 11 empresas solidarias de salud, que opera como Administradora del Régimen Subsidiado en 87 municipios del Sur occidente Colombiano contando en el momento con más de novecientos mil afiliados.

En síntesis, La Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño, EMSSANAR ESS, es una organización de Economía solidaria sin ánimo de lucro y de derecho privado, cuyo objeto Social es brindar ayuda recíproca a sus asociados, y beneficiarios al subsidio de la demanda en Salud del Estado frente a riesgos eventuales, satisfaciendo sus necesidades mediante la prestación de los servicios de seguridad social y la Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.

4.3 MARCO LEGAL

Todo el trabajo se basa en el cumplimiento de las normas constitucionales y legales y en especial las que rigen el proceso de afiliación registro de la Empresa EMSSANAR. Se considera relevante para la implementación y consolidación del sistema General de seguridad social, trabajar en el fortalecimiento de los servicios de salud, con criterios de calidad, los que la norma define y fija como orientadores para las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, las empresas promotoras de servicios EPS y las Aseguradoras del régimen subsidiado ARS por lo que La Ley 100 de 1993 que define los parámetros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha establecido los siguientes artículos en referencia:

Artículo 153, ordinal 7º ordena la “atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.”¹ Prevé, en relación con el tema de calidad, que el sistema establecerá

¹ Ley 100 de 1993 Artículo 153 Ordinal 7.

los mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional.

Artículo 186 contempla que el gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Artículo 227 consagra como facultad del gobierno expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud, incluyendo la auditoria médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios. Dicha información será de conocimiento público. Con estos artículos la ley 100 de Seguridad Social dio inicio al proceso de prestación de servicios con criterios de calidad que se encuentran en implementación a través de diversos decretos y reglamentos que se expiden por las autoridades competentes. En búsqueda de eficiencia en el proceso de descentralización administrativo y financiero el gobierno define nuevas competencias y nuevos recursos a los entes territoriales en los aspectos de salud, educación y saneamiento básico, por lo que se expide la Ley 715 del 2001, donde se declara la competencia para reglamentar la garantía de la calidad.

Acuerdo No. 244 de 2003 Artículo 1º. Objeto. El presente acuerdo define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina los criterios para identificar, seleccionar y priorizar a los potenciales beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación de beneficiarios, la operación regional de las Administradoras de Régimen Subsidiado y el proceso de contratación del aseguramiento

Para definir el sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud y en el aseguramiento se expidió el Decreto 2309 del 2002 por el Ministerio de Salud – hoy Ministerio de la Protección Social- y lo operativiza a través de las resoluciones 1439 del 2002, 1434 del 2002, 486 de 2003 y la Circular Externa No. 15. La calidad en la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios Accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario. En la búsqueda de concretar los criterios de calidad aplicables a la realidad del país en la prestación de los servicios de aseguramiento y salud se expidieron el Decreto 2309 de 2002 y el Decreto 1011 de 2006, donde en el primero se realizan definiciones de los atributos de calidad y en el segundo se define la prestación del servicio con los siguientes criterios Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad y la satisfacción de los usuarios.

En el Decreto numero 1280 de 2002 se define el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control donde se resalta entre otros objetivos:

- Fortalecer la capacidad técnica, financiera, administrativa y operativa de los organismos y agentes que ejercen dichas funciones, estandarizando procesos críticos e indicadores para evaluar tanto la gestión de las entidades vigiladas y de las propias integrantes del sistema que mediante el presente decreto se organiza, así como el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y demás regulaciones que rigen para el sector salud.

Promover el mejoramiento de la calidad y garantizar la oportunidad y el trato digno en la prestación de los servicios de salud y salud pública.

Circular Externa 00030 del 19 de mayo del 2006 la cual habla sobre las Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (auto evaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario). Dicha circular normatiza que el usuario debe evaluar la satisfacción con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos, determinando la existencia de una Tasa de Satisfacción Global la cual es igual al Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS y una periodicidad de recepción semestral de la información. Esta evaluación de satisfacción se determina hacerla con respecto a: la Red Prestadora de Servicios de Salud (permitiendo verificar la suficiencia de la red, el desempeño del sistema de referencia y contrareferencia y garantizará que todos los prestadores de su red estén habilitados), además que la atención brindada se dé con las características del Sistema obligatorio de Garantía de calidad.

Teniendo como referente la normatividad vigente y la definición del plan estratégico de EMSSANAR E.S.S. se ha planteado la política de calidad la cual está encaminada a garantizar la satisfacción de los afiliados buscando la fidelidad y lealtad de los usuarios a través de los atributos definidos en la norma como pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad, los que serán tenidos en cuenta en la implementación de un modelo de salud con un enfoque de promoción y prevención encaminado a obtener un modelo de aseguramiento con enfoque de riesgo y el compromiso de interactuar los actores que hacen parte del SGSSS.

La normatividad que rige el sistema de salud, los procesos, las estrategias, políticas empresariales y la norma de calidad ISO, son un referente importante

para el desarrollo de la presente investigación ya que permite visualizar la orientación de esta empresa y determinar de una forma más acertada la situación actual en la que se encuentra el proceso de Afiliación y Registro con respecto a la norma ISO 9001-2000.

5. METODOLOGÍA

5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1.1 Paradigma de investigación cuantitativa. La presente investigación trabaja elementos de tipo objetivo, precisos, medibles y cuantificables puesto que permite dar una valoración a cada requisito exigido. Se toman hechos concretos, observables desde los cuales se pueden hacer conclusiones y/o inferencias.

5.1.2 Enfoque. Empírico Analítico: se parte de una experiencia real en donde se analiza el cumplimiento del proceso de afiliación y registro de la EPS- RS EMSSANAR sede Pasto.

5.1.3 Tipo de Investigación. Evaluativo propositiva. Evaluativo en la medida en que analiza y prioriza deficiencias en el proceso de afiliación y registro de la EPS - RS EMSSANAR sede Pasto, para el diseño de una propuesta de mejoramiento continuo que le permita ser más eficaz, eficiente y efectiva.

5.1.4 Población. La información se toma básicamente de cuatro áreas: área de gestión de la calidad, área de Afiliación y Registro, área Financiera y del área corporativa que tiene interrelación directa con el proceso.

5.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección. Se utiliza como instrumento base la matriz de diagnóstico de ICONTEC para la acreditación de las Empresas Administradoras de Planes de beneficio EAPB, en la que se describe los parámetros de calidad.

Además de los siguientes procedimientos

- Informe de Auditoría Integral Realizado a la Entidad Asociación Mutual
- Empresa Solidaria de Salud "Emssanar E.S.S."
- Revisión documental
- Observación directa
- Entrevista dirigida a profundidad

Aplicación del instrumento. Como la norma tiene en cuenta varios criterios de evaluación, en la Matriz de Diagnostico, se plasma este enfoque y para el levantamiento de la información además de las personas que tienen que ver

directamente con el proceso de Afiliación y registro, dependiendo del criterio a evaluar, se aplicara el instrumento a personal de áreas corporativas como son: área de gestión de la calidad.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1 ASPECTOS GENERALES DE LA ENTIDAD

6.1.1 Visión. En el 2019 seremos un grupo empresarial de la economía solidaria, reconocido por su aporte en la generación de capital social y desarrollo sostenible del país.

6.1.2 Misión. Somos una organización empresarial de la economía solidaria, con proyección nacional e internacional; que desde el sur occidente colombiano presta servicios en las áreas de: salud, educación técnica, comercialización de alimentos, asistencia técnica socio-empresarial y micro crédito. A través tecnologías flexibles, el eficiente manejo de los recursos y un talento humano competente y motivado, comprometido con el liderazgo, la solidaridad, la responsabilidad social y en la contribución al mejoramiento de las condiciones de vida de su comunidad para el desarrollo del país.

6.1.3 Valores.

Liderazgo. Es una conducta expresada en nuestro diario vivir, caracterizada por la capacidad de logro, de innovar, de aprender, de trabajar en equipo, de proponer soluciones, donde la coherencia de nuestras decisiones y acciones, inciden de manera positiva en nuestra Organización y en la sociedad.

La sociedad: comprometidos con la generación de cambios positivos en la sociedad, a través del desarrollo económico, desarrollo social y el fomento de espacios de participación ciudadana y comunitaria.

Los colaboradores: motivar la preparación, el trabajo en equipo, la capacidad de logro, de innovar y el aprendizaje continuo en beneficio de los trabajadores y su núcleo familiar.

Solidaridad. Es un acto de conciencia interior individual y colectivo, que determina nuestro quehacer y permite dimensionar la realidad social y económica del entorno, estimulando la búsqueda compartida de soluciones que permitan contribuir al bienestar de la sociedad, el estado, la familia, nuestros clientes y el desarrollo empresarial.

Solidaridad con:

La Sociedad: contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida en la zona de influencia a través del desarrollo comunitario y empresarial.

El Estado: coadyuvar con nuestra gestión en el cumplimiento de sus fines, mediante el acompañamiento eficiente de la gestión social, fomentando la participación comunitaria para el control social y cumpliendo nuestras obligaciones legales.

La Familia: contribuir con el bienestar integral de las personas que conforman la organización, reconociendo la importancia de la vida en familia y promoviendo espacios de integración y cooperación.

Los Clientes: adoptar una conducta de respeto y equidad en cada uno de los contactos y decisiones, respondiendo a su confianza y expectativas.

Responsabilidad social. Es el proceder empresarial que busca beneficiar de manera permanente a sus grupos de interés con procesos de desarrollo sostenible y sustentable actuando desde las dimensiones: social, económica y ambiental.

Responsabilidad social con:

La sociedad: retribuir en acciones y conductas empresariales basadas en principios y valores útiles para la sociedad que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida, mediante la preservación y cuidado del medio ambiente y la generación de empleo.

El Estado: garantizar el uso eficiente y transparente de los recursos de acuerdo con la Constitución, la Ley y el propósito para el cual fueron asignados y contribuir con el desarrollo del Estado a través del recaudo y pago oportuno de los impuestos.

Los clientes: generar relaciones de confianza y respeto mutuo a través del cumplimiento de la propuesta de valor.

Los proveedores: propender por mantener lazos de confianza y cooperación buscando el fortalecimiento institucional y relaciones de largo plazo.

Los colaboradores: brindar condiciones laborales y de bienestar que estimulen el desarrollo personal y profesional de todos sus integrantes, enmarcadas en el trato justo, respetuoso, participativo y equitativo; sin ninguna discriminación por razones de género, raza, religión opinión política o filosófica.

Los asociados: apoyar iniciativas tendientes a cumplir con las expectativas sociales y económicas; mediante la redistribución social y la prestación de servicios

6.1.4 Políticas empresariales

TEMA ESTRATEGICO: Gestión Financiera.

Énfasis: gestión de cobro

- Toda la cartera de la organización se gestionará a través de cobro jurídico, a partir de 30 días de haber recibido los recursos el ente territorial. Si no surte efecto tal iniciativa, se optará por la solicitud del giro directo.
- La gestión de cobro, estará encaminada a garantizar la consecución de los recursos necesarios para atender las necesidades de efectivo de la Organización, evitando el castigo de la misma a través de la provisión.
- La empresa podrá optar por diversos mecanismos externos de cobro, siempre y cuando no se hayan alcanzado los resultados esperados con las diferentes alternativas internas.
- De acuerdo con el contrato y las normas que lo regulen, se liquidarán los intereses generados en el periodo en el cual se encuentra la cartera en mora.
- Toda la cartera de difícil cobro, previo concepto jurídico, será responsabilidad de la Gerencia General y/o Gerencia Financiera.

Se efectuarán liquidaciones parciales anuales para los contratos de ejecución sucesiva.

TEMA ESTRATEGICO: Gestión Financiera.

Énfasis: flujo de caja

Los recursos para inversión se destinarán únicamente a financiar iniciativas que estén relacionadas con la estrategia de crecimiento del Grupo Empresarial y aquellos gastos e inversiones de la operación normal de las unidades de negocio.

Los criterios de programación de pagos se efectuará teniendo en cuenta, en primera instancia, las necesidades de caja de las unidades de negocio; respetando siempre las normas vigentes.

Los déficit de caja parciales, se financiarán preferencialmente con los excesos de efectivo de las unidades de negocio, reconociéndoles un rendimiento financiero concertado.

La empresa podrá financiar su crecimiento a través de diversas fuentes (internas y externas), siempre y cuando, estas garanticen condiciones adecuadas de financiamiento, es decir, eviten la pérdida del control de la propiedad o la cesación de pagos de sus obligaciones.

Las inversiones de la Organización deberán realizarse según el Plan de Inversiones, definido y aprobado por el Comité Técnico Gerencial.

TEMA ESTRATEGICO: Gestión del Riesgo.

Énfasis: eficiencia operativa

- La Organización propenderá por la eficiencia operativa a través de la eliminación de gastos y costos que no agreguen valor. En ningún caso estas medidas afectarán la calidad de los servicios.
- La acreditación y certificación de los procesos de las UEN serán condiciones necesarias para el mejoramiento continuo de la Organización.
- La Organización propenderá por impactar positivamente en los estados de salud de la población afiliada, que redunden en la disminución del costo social y económico de la entidad.
- La Organización promoverá el establecimiento de relaciones en materia de prestación de servicios, contratación y alianzas estratégicas con instituciones preferiblemente certificadas o acreditadas.
- Hacer del sistema de gestión, del presupuesto, del flujo de efectivo y de las políticas organizacionales, herramientas claves en la toma de decisiones.
- Se desinvertirá en aquellas iniciativas empresariales en las cuales no se tengan intereses estratégicos empresariales y arrojen pérdidas continuamente.
- En todo contrato de prestación de servicios de salud en que la Organización oficie como contratante se exigirá una póliza de garantía de responsabilidad civil extra contractual.
- Todo contrato de prestación de servicios de salud debe estar acorde con el modelo de salud definido por la Organización.

TEMA ESTRATEGICO: Gestión de la Información.

Énfasis: sistema integrado de información y comunicaciones

- La Organización contará con un sistema integrado de información y comunicación flexible que disminuya el riesgo en todas sus operaciones y asegure la toma de decisiones efectivas a nivel operacional, táctico y estratégico.
- La Organización propenderá por el uso adecuado y eficiente de la infraestructura tecnológica y de comunicaciones disponible.
- El desarrollo de nuevos aplicativos sólo se hará en caso de que en el mercado no se disponga de los programas requeridos, que se ajusten a las necesidades económicas y funcionales de la entidad.
- Todo aplicativo del sistema de información deberá soportarse en plataforma WEB (INTERNET), flexible a las exigencias cambiantes del sector y de la Organización. El motor de la base de datos debe ser 100% relacional.

TEMA ESTRATEGICO: Gestión del Talento Humano.

Énfasis: formación y desarrollo del talento humano

- El plan de formación y entrenamiento definido para los colaboradores de la Organización, tendrá como propósito la cualificación para las necesidades actuales y futuras de la entidad. La gestión de los colaboradores serán medidos en términos de productividad y cumplimiento de la estrategia.
- Implementación del Plan Carrera con base en la meritocracia y la retención de talentos que permitan asegurar el futuro de la organización.
- El fomento de los valores y su adopción, serán parte integral de la gestión del talento humano y estará encaminada al desarrollo de la cultura empresarial y la alineación estratégica.
- Se respetará a cada persona, sus ideas, sus creencias y costumbres, enmarcados siempre en su dignidad en la ley y en las políticas internas de la Organización.

TEMA ESTRATEGICO: Gestión del Talento Humano.

Énfasis: formación y desarrollo del talento humano

- Podrán participar como accionistas y asociados de las diferentes unidades de negocio de la Organización los familiares de los trabajadores hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil.

- Las ideas innovadoras propuestas por los empleados que coadyuven de manera importante con el mejoramiento y crecimiento empresarial, serán reconocidas según lo establecido por la Organización.
- La Organización garantizará a todos los funcionarios, condiciones adecuadas de higiene y seguridad industrial, que redunden en bienestar y productividad.
- La Organización establecerá un sistema de compensación justo y equitativo de acuerdo con la realidad económica de la empresa y el mercado laboral, que alinee los propósitos de los trabajadores con los objetivos estratégicos de la Organización.
- Toda vacante de la Organización se proveerá en primera instancia mediante la promoción según el perfil definido en el Plan Carrera, la cual estará encaminada a estimular el buen desempeño y a potencializar las capacidades individuales del trabajador. De lo contrario se optará por convocatoria interna y externa que garantice la elección del mejor candidato

TEMA ESTRATEGICO: Gestión del Talento Humano.

Énfasis: cultura empresarial

- En búsqueda de cualificar los cuadros de alta dirección para el desarrollo de la Organización, la empresa ofrecerá oportunidades de formación en programas de maestrías y doctorado y exposición al conocimiento en eventos de interés nacional e internacional. Los becarios se comprometerán a permanecer por lo menos cinco años en la Organización una vez terminados los respectivos estudios.

TEMA ESTRATEGICO: Crecimiento Empresarial.

Énfasis: desarrollo empresarial

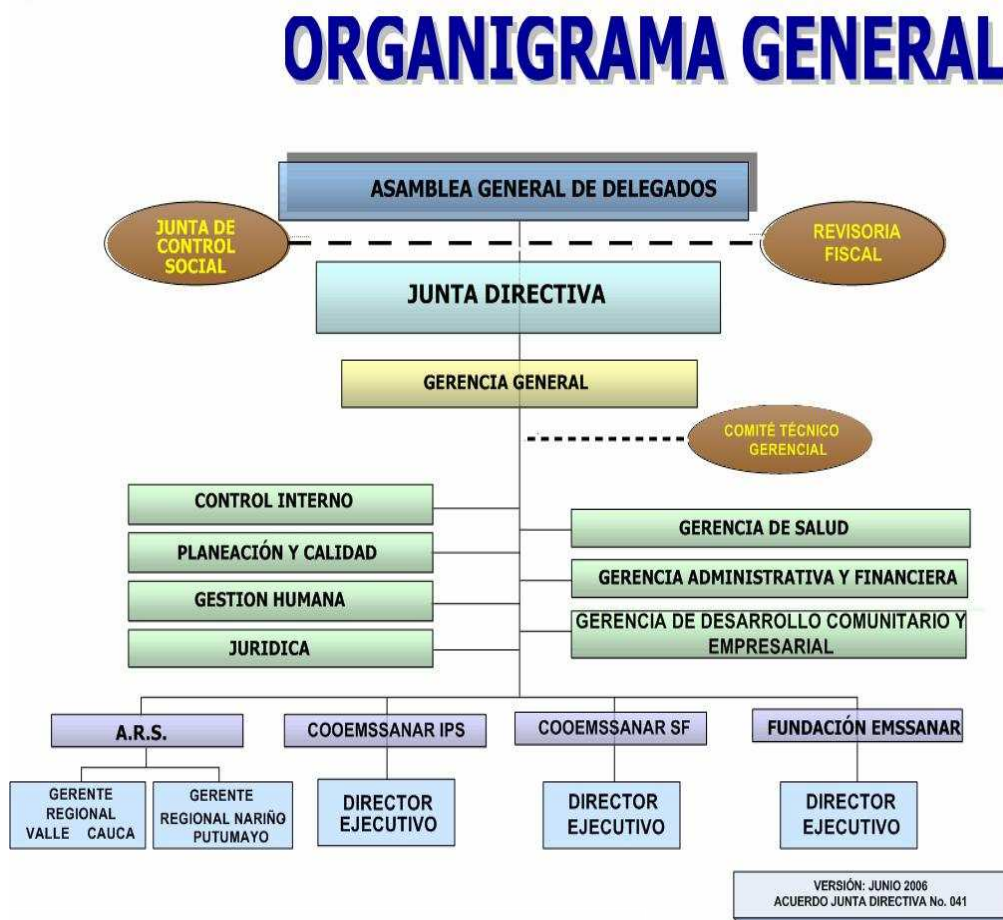
- El crecimiento empresarial estará enfocado principalmente a disminuir la vulnerabilidad de la Organización a través de nuevos negocios y/o servicios, nacionales o internacionales que no demanden altas inversiones, tengan tecnologías similares, que estén regulados por la libre competencia, que no dependan exclusivamente de políticas públicas y contribuyan a la sinergia del grupo empresarial. Buscando siempre liderazgo en el mercado donde compita.
- Toda alianza estratégica donde la organización aporte el mercado su participación en la propiedad no podrá ser inferior al 40%.

- La naturaleza jurídica de las organizaciones que conforman la empresa y aquellas que se creen, deberán pertenecer preferencialmente al sector de la economía solidaria.
- Todas las decisiones empresariales para la realización de alianzas estratégicas, nuevas inversiones y desarrollo de productos y servicios deberán ser analizadas y aprobadas por el Comité Gerencial

6.1.5 Objeto social. Administrar los recursos del régimen subsidiado en salud, dentro de los términos señalados en la ley 100 de 1993 y en el decreto 1804 de 1999 y con el objeto de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud, POS-S, en los términos de los acuerdos 72 y 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

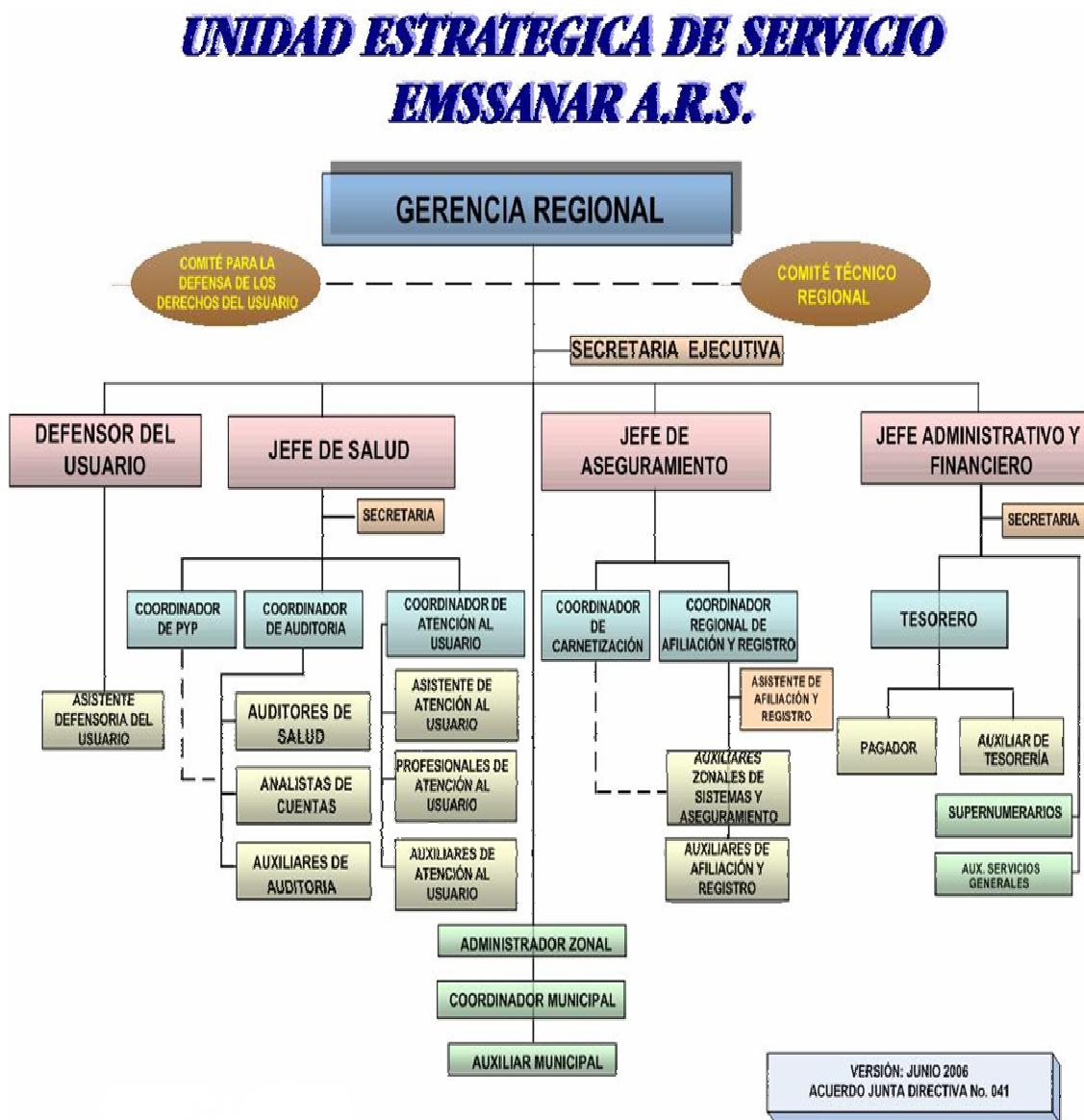
6.1.6 Estructura organizacional

Figura 3. Organigrama general



Fuente: Informe de Gestión 2007 Emssanar E.S.S.

Figura 4. Unidad estratégica de servicio



Fuente: Informe de Gestión 2007 Emssanar E.S.S.

* **Proceso de organización.** En el año 1993, se expide la Ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social y puntualmente en lo que a salud se refiere se crea el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Este último, busca subsidiar a las personas mas pobres y vulnerables identificadas mediante el SISBEN y que se encuentren ubicadas en los estratos 1, 2 y 3, a los INDIGENAS y a los INDIGENTES. Dichos beneficiarios del subsidio en salud pueden acceder a un PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POS-S, el cual contempla

acciones de promoción y prevención, de primero, segundo, tercer y cuarto nivel y procedimientos de alto costo según la reglamentación del Sistema. Dicho Subsidio corresponde a unidad per cápita UPC-S con valores en pesos.

En el año de 1995 se expide el Decreto 2357, que básicamente define unas condiciones para operar en el Régimen Subsidiado. Puntualmente se exige 5.000 afiliados al inicio de operación de una ARS e incrementarlos a 10.000 en el primer año, 25.000 en el segundo año y 50.000 al tercer año; mantener un patrimonio de 100 s.m.l.v por cada 5000 afiliados, contratar una póliza para enfermedades de alto costo y administrar los recursos a través de una Fiduciaria. Ante la imposibilidad de alcanzar el número de afiliados requerido, las E.S.S. se organizan en unos convenios empresariales, a través de los cuales se cumple las exigencias del Decreto antes mencionado.

En 1998 se expide el Decreto 1804, que exige a las organizaciones que deseen continuar en el Régimen Subsidiado tener: mínimo 200.000 afiliados, un Patrimonio de 10.000 s.m.l.v. contar con una plataforma tecnológica óptima, una estructura administrativa y financiera con un sistema de información y un sistema de garantía de la calidad que ofrezca garantías reales para cumplir con el aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado. Este nuevo escenario imposible de cumplir en forma individual por cada empresa solidaria de salud o por cada convenio se convierte en la amenaza que implicaba la desaparición del Sistema de estas organizaciones comunitarias.

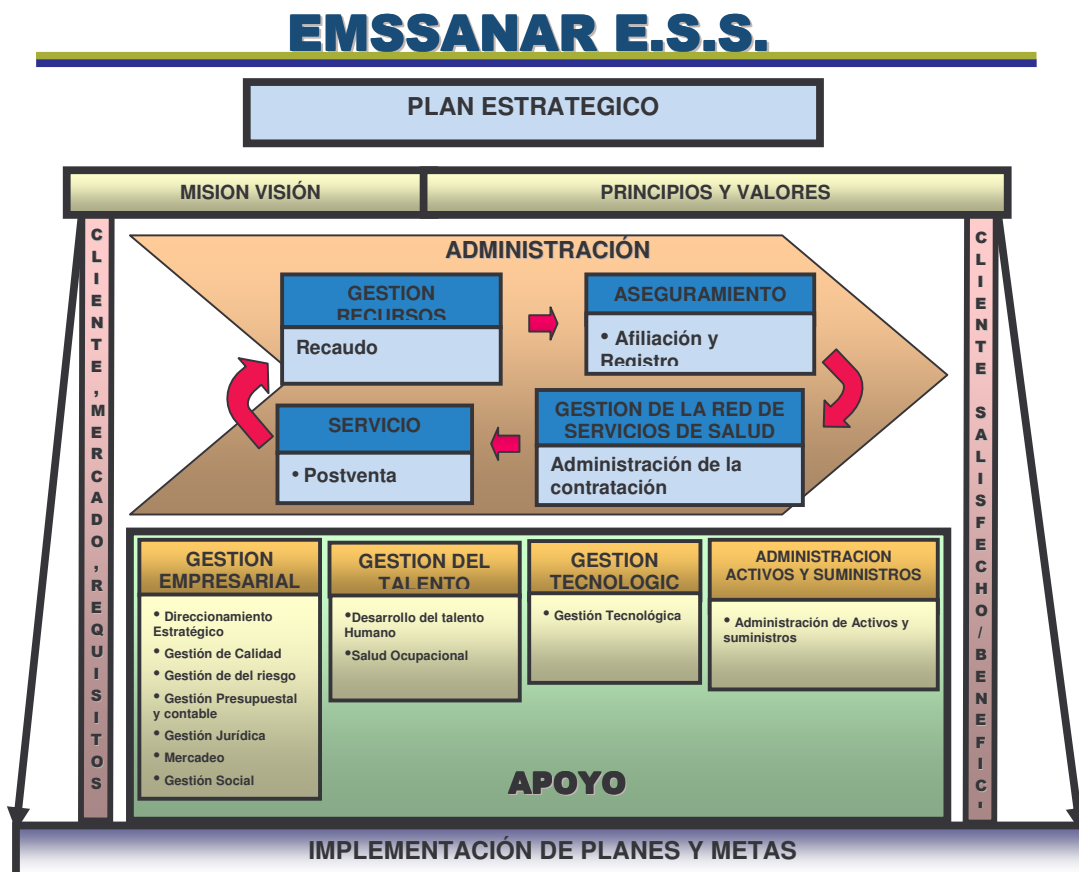
En consecuencia se opta por la unión de varias empresas solidarias de salud de Nariño, Valle y Putumayo en torno a EMSSANAR E.S.S. bajo la modalidad de la INCORPORACION, lo cual implicó la desaparición de las empresas solidarias de salud que se incorporaron y el fortalecimiento de una en este caso EMSSANAR, la cual subrogó los derechos y obligaciones de las demás. Este primer paso implicó un gran crecimiento en cuanto al número de afiliados de esta organización, pero básicamente obedece al cumplimiento de requisitos normativos y legales, que a una decisión individual de cada beneficiario del subsidio en salud.

EMSSANAR E.S.S. durante los últimos años ha adelantado un proceso de planeación estratégica donde se identifican los procesos estratégicos que están enmarcados por la visión y misión que la empresa a trazado para el 2019 y tiene como temas estratégicos el flujo de caja, el crecimiento empresarial, la cultura y calidad del servicio y la redistribución social; en la cual se plantea el trabajo desde cuatro perspectivas: crecimiento y aprendizaje, procesos internos, perspectiva del cliente y financiera.

La perspectiva del cliente influye directamente con la satisfacción que percibe el afiliado, dicha percepción es valorada por la propuesta de valor que presenta la empresa, enmarcada en los procesos identificados dentro de la perspectiva interna.

En la siguiente gráfica presentamos el mapa de procesos que actualmente viene manejado la empresa.

Figura 5. Plan estratégico



Fuente: Manual de Calidad Emssanar E.S.S.

6.1.7 Situación administrativa actual de Emssanar E.S.S: La estructura orgánica de EMSSANAR E.S.S, en el aspecto administrativo está dividida en dos regionales Nariño - Putumayo y Cauca - Valle (División Administrativa de EMSSANAR E.S.S.), las cuales cuentan con un Gerente Regional respectivamente, de donde se desprenden diez oficinas zonales lideradas por un Administrador zonal, y estos a su vez controlan a noventa puntos de atención, uno por cada municipio, donde se encuentra un coordinador municipal; además existen oficinas con profesionales hospitalarios que hacen acompañamiento en los principales hospitales contratados y la oficina de la defensoría del usuario. Para flexibilizar la comunicación administrativa en los cuatro departamentos, las dos regionales se dividen en zonales (cinco para cada regional), desde donde se coordina las actividades en los diferentes municipios de cobertura.

Actualmente, el criterio para la selección aleatoria de municipios por estratos, se desarrolla teniendo en cuenta la división que posee EMSSANAR por zonales, con sus respectivos municipios que aportan con población que ha hecho uso de los servicios de salud de la empresa e incluyendo aquellos municipios principales de las zonas administrativas mencionadas.

6.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.2.1 Situación inicial del proceso de afiliación y registro. El proceso objeto de investigación, dentro de la organización EMSSANAR está catalogado como un macro proceso debido al impacto que tiene hacia el usuario, el objetivo del proceso es garantizar la afiliación, el registro y la carnetización efectiva a EMSSANAR E.S.S. de los beneficiarios del régimen subsidiado; y se han establecido unas secuencias las cuales se relacionan a continuación:

- Inscripción ante ente territorial.
- Afiliación y activación de derechos.
- Elaboración y entrega del carnet.
- Análisis, perfeccionamiento de contratos de administración del régimen subsidiado y trámite de póliza de cumplimiento.
- Reporte de novedades.

En el cuadro a continuación se describe el proceso en detalle, las secuencias o pasos del proceso, el área o dependencia, el responsable, la descripción de las actividades que se realizan, los niveles de comunicación y la norma que se aplica.

Cuadro 1. Proceso afiliación y registro

ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S NIT. 814.000.337-1						
UNIDAD DE SERVICIO EMSSANAR A.R.S.			PROCESO: AFILIACIÓN Y REGISTRO	CODIGO: PARS- 001	VERSIÓN: VIII de Diciembre de 2.005	APROBADO
			AREA: GERENCIA REGIONAL	DEPENDENCIA: ASEGURAMIENTO		
OBJETIVO: Garantizar la afiliación, el registro y la carnetización efectiva a EMSSANAR E.S.S, de los beneficiarios al régimen subsidiado.						
SECUENCIA	AREA/DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	NIVELES DE COMUNICACIÓN	NORMA	
1. INSCRIPCIÓN ANTE ENTE TERRITORIAL.	GERENCIA REGIONAL	Gerente Regional	- De acuerdo a las condiciones de operación del régimen subsidiado, la Gerencia Regional en conjunto con la Gerencia de Desarrollo Comunitario y Empresarial, efectúan un diagnóstico y análisis de mercado (SIM), de los posibles municipios a incursionar. - Según la información obtenida, el Gerente Regional presenta la propuesta de inscripción al nuevo municipio, ante el comité técnico gerencial para su validación. - Una vez aprobado, el Gerente Regional efectúa la comunicación ante el ente territorial del municipio a inscribirse, manifestando la intención de participar en la administración del régimen subsidiado. Nota: En los municipios en donde EMSSANAR opera actualmente, no se efectuará la inscripción	- El Gerente Regional presenta al comité técnico gerencial las diferentes propuestas de inscripción de la ARS a los municipios, según resultado de análisis de mercado. - El Gerente Regional, comunica al ente territorial del municipio a inscribirse, la intención de participar en la administración del régimen subsidiado. - El Gerente Regional reporta a la Gerencia General, informe consolidado de inscripciones y autorizaciones con copia al Jefe de Aseguramiento Regional.	- Cumplimiento de políticas institucionales. - Todas las autorizaciones de inscripción que se presenten ante los entes territoriales deben ser previamente aprobadas por el comité técnico gerencial. - Acuerdo 294 de 28 de Junio de 2.005. Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 244 del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado. - Acuerdo 0300 de Septiembre 16 de 2.005. Por el cual se definen algunas condiciones de	

					operación en el régimen subsidiado.
2. AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS	GERENCIA REGIONAL	Jefe de Aseguramiento Regional.	- Considerando las directrices pre-definidas en el plan de mercadeo, el equipo empresarial informa a través de medios masivos de comunicación sobre la red de prestadores, plan de salud, procedimientos para la atención y Beneficios de afiliarse a EMSSANAR ARS, a los potenciales afiliados que se encuentren en el listado de priorizados y a aquellos afiliados que se encuentran cubiertos por el régimen subsidiado y deciden cambiar de ARS. - Posteriormente, en los dos estipulados por el ente territorial mediante acto público (para ampliación de cobertura y traslados) o por la empresa (para novedades), según el caso, se procede con la afiliación. 2.1 NUEVAS AFILIACIONES Y TRASLADOS - El Coordinador Municipal, Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal y/o personal destinado para tal fin, proceden con el diligenciamiento del FORMULARIO ÚNICO NACIONAL DE AFILIACIÓN Y TRASLADO; en forma manual o automatizada (a través del aplicativo institucional), validando dicha información, según "instructivo para la administración de base de datos". - Se inicia por los datos completos del cabeza de familia (ya sea el padre, madre o el adulto responsable del núcleo familiar beneficiario del subsidio en salud), seguidamente los datos completos de los integrantes del núcleo familiar en el espacio destinado para tal fin en el formulario (cónyuge, hijos menores de 18 años o discapacitados inclusive los mayores de 18 años). - Una vez diligenciado, el cabeza de familia firma el formulario o coloca la huella digital (en caso de no poder firmar).	- El coordinador Municipal, envía a los centros de acopio (según estructura definida en la zona) la información de las nuevas afiliaciones, efectuadas en el periodo, según Cronograma definido por cada regional. - De acuerdo al Cronograma definido por cada regional, el funcionario Municipal de los centros de acopio, envía al Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, la información recibida y la propia, de las nuevas afiliaciones, efectuadas en el periodo. - El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, envía a través de archivo plano, vía e-mail la información recibida y la propia, de las nuevas afiliaciones efectuadas en el periodo, al Asistente de Afiliación y Registro Regional, según cronograma definido por cada regional. - El Asistente de Afiliación y Registro Regional, presenta mensualmente informe de las actividades de afiliación ejecutadas en el periodo, al Coordinador de Afiliación y Registro regional. - El Coordinador de Afiliación y Registro	- Cumplimiento plan de mercadeo - La Afiliación a EMSSANAR ARS, se efectúa según libre escogencia del afiliado. - Circular conjunta MS-SNS 04-056 del 29 de enero de 1998: afiliación e inscripción al régimen subsidiado. formulario único nacional de afiliación y traslado. formatos de información. responsabilidades. - Circular externa conjunta 015 MS-039-SNS junio 27 de 1997. por la cual se imparten instrucciones sobre el proceso de afiliación e inscripción al régimen subsidiado ya se adopta el formulario único - Circular externa conjunta MS-SNS No. 00016 – 00069 de 1998. Liquidación contratos del Régimen Subsidiado cuyo vencimiento fue el 31 de marzo de 1.998. Formato para reporte de novedades. Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. Revocatoria de la voluntad de traslado de la ARS. - Acuerdo 244 del 31

	Jurídica	Jefe Jurídico	- Se deja registro original y una copia en la empresa, al igual que copia del documento de identidad; se entrega copia del formulario al beneficiario, como soporte de afiliación. Para el caso de traslados se deja una tercera copia en la empresa, para ser radicada en la ARS de la cual se retira el afiliado. 2.2 NOVEDADES Nota: Para toda reposición, el diligenciamiento del FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN, TRASLADO Y NOVEDADES, se efectúa a través del sistema en el mismo instante de la elaboración del carné. - Por correcciones o actualizaciones, el Coordinador Municipal o Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, solicita el carné y copia del documento de identidad y diligencia el formato de NOVEDADES CAMBIO DE DATOS PERSONALES, adjuntando los soportes necesarios para tal fin. - Posteriormente, el Coordinador Municipal o auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, hace validar el formato por el funcionario encargado del ente territorial. - Si se trata de duplicado por pérdida del carné se solicita denuncia del extravío y/o copia del documento de identificación, recaudando el valor correspondiente a la tarifa establecida por la organización (ver Proceso Recaudos). - Para todos los casos de novedades, el Coordinador Municipal (en oficinas municipales), consolida la información de las novedades efectuadas en el periodo, adjuntando los soportes pertinentes y envía a través de los centros de acopio (según	Regional, presenta mensualmente, informe de las actividades ejecutadas en el periodo al Jefe de Aseguramiento regional. - El Jefe de Aseguramiento Regional, presenta informe de los resultados obtenidos en el periodo de traslados a la Gerencia Regional. - Cuando se informe cambio de municipio de residencia (intermunicipal) del afiliado, el Funcionario municipal debe reportar inmediatamente por escrito a la oficina de Afiliación y Registro Regional - El Coordinador Regional de Afiliación y Registro notifica inmediatamente al ente territorial, las novedades identificadas, que generen egresos de afiliados. - En caso de ser aprobada o rechazada la reposición, la oficina Jurídica regional, reporta al ente Territorial y a la Coordinación de Afiliación y Registro regional. - La Coordinación de Afiliación y Registro regional consolida y envía vía e-mail el archivo de actualización de novedades, al Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, notificándolo sobre	de enero de 2003: por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. - Acuerdo 253 del 5 de diciembre de 2003: Por el cual se aprueba la ampliación de cobertura en el Régimen Subsidiado con excedentes de liquidación de contratos y se dictan otras disposiciones. - Acuerdo 294 del 28 de Junio de 2005: Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 244 del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado - Acuerdo 297 de 16 de Agosto de 2.005. Por el cual se definen aspectos relacionados con la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado. - Acuerdo 0300 de Septiembre 16 de 2.005. Por el cual se definen algunas condiciones de operación en el régimen subsidiado. - Cumplimiento de cronogramas internos para el reporte de información.
--	----------	---------------	---	--	--

			estructura de cada zona), al auxiliar de sistemas y aseguramiento zonal, para la correspondiente elaboración de carné y actualización de bases de datos según "instructivo de administración de base de datos". (ver secuencia 5)	reposiciones (aprobadas y no aprobadas), quien por su parte notifica inmediatamente a los diferentes funcionarios municipales. - Según cronograma definido por cada Regional, el Coordinador Municipal consolida la información de las novedades efectuadas en el periodo, adjuntando los soportes pertinentes y envía a través de los centros de acopio (según estructura de cada zona). - El Funcionario Municipal de los centros de Acopio consolida la información de los municipios de su zona y la propia, para su posterior envío al Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, según cronograma definido por cada Regional. - El Auxiliar de sistemas y aseguramiento, reporta las novedades por concepto de nacimientos, reposiciones, correcciones, duplicados, al Coordinador Regional de Afiliación y Registro, según cronograma definido en cada regional.	- Todo formulario siempre debe contener el registro de la fecha y hora en el cual se diligencia o radica en la empresa y en el ente territorial. - Instructivo de Afiliación y Registro - Solo debe firmar o colocar huella dactilar el afiliado o su acudiente. - Cumplimiento del instructivo de afiliación y registro. Todo traslado se debe efectuar mediante acto público. Instructivo para el trámite de reposiciones. - Instructivo para la administración de base de datos - Código contencioso administrativo - Las que complementen, deroguen o modifiquen las anteriores.
3. ELABORACIÓN Y ENTREGA DEL CARNET	GERENCIA REGIONAL	Gerente Regional - Jefe de Aseguramiento Regional	Para el caso de Ampliación y Traslados. A continuación y en el sitio de la afiliación el auxiliar de sistemas y aseguramiento zonal, elabora los carnés, en forma automatizada, en el formato institucional y según las	Los Auxiliares de Sistemas y Aseguramiento zonal, presentan informe de carnés entregados según	Acuerdo 192 de 2001. Por medio del cual se establecen reglas para la carnetización de los

			instrucciones impartidas por el área y normatividad vigente. - Una vez elaborado el carné se procede a su respectiva entrega al afiliado, lo cual se soporta a través de la correspondiente firma de recibido en el LISTADO DE FIRMAS DE CONTROL ENTREGA DE CARNÉS, por parte del titular, cabeza de familia o acudiente. - Según los mecanismos definidos por EMSSANAR, se proporciona la información concerniente a: ✓ Plan de beneficios, de acuerdo al tipo de subsidio (Total, Parcial). ✓ Red de prestadores de servicios contratada. ✓ Servicios susceptibles del cobro de COPAGO y montos según nivel ✓ Derechos y Deberes que han adquirido con la afiliación. A continuación el equipo de apoyo asignado o Coordinador Municipal, según directrices definidas por la organización y teniendo en cuenta la población a afiliar, procede(n) con el diligenciamiento de la FICHA SIRDES – COMPONENTE SALUD, a través del aplicativo institucional destinado para tal fin. - Posteriormente el Coordinador Municipal, envía la información de la FICHA SIRDES, a la oficina zonal (por medio de los centros de acopio según el caso), junto con los formatos originales de registro de afiliación. - El auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, consolida la información recibida y la propia, la cual es enviada a través de archivo plano vía e-mail, al Asistente de Afiliación y Registro Regional,	cronograma definido por cada regional, al Coordinador de Carnetización regional, quien a su vez informa al Jefe de Aseguramiento regional. - Periódicamente según existencias, el Coordinador Municipal envía los carnés para destrucción a Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, quien a su vez envía según existencias acopiadas de su zona, al Coordinador de Carnetización Regional, relacionando el número de carnés remitidos. - El Coordinador Municipal entrega al Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal personalmente, una vez termine el periodo de contratación (máximo 40 días), los listados de firmas de carnés entregados (en original). - El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, reporta semanalmente, el formato de CARNETIZACIÓN EFECTIVA, adjuntando listados de firmas DE CONTROL DE ENTREGA DE CARNÉS, a la Coordinación de Carnetización regional. - El Coordinador de Carnetización regional, presenta informe mensual de	afiliados al Régimen Subsidado y se dictan otras disposiciones. - Acuerdo 225 de 2002: Por el cual se fijan condiciones para la operación del Régimen Subsidado y se dictan otras disposiciones - Acuerdo 244 del 31 de enero de 2003: por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. - Resolución 0195 de 1 de febrero de 2.005. Por medio del cual se modifica parcialmente la resolución 890 de 2.002 - El carné elaborado cumplirá con las especificaciones de Ley y las definidas por la Empresa. - El valor del duplicado por pérdida del carné, será recaudado en tesorería, según tarifas y procedimiento estipulado por EMSSANAR ESS. - Para duplicado de carné por pérdida, se deberá presentar denuncia no superior a 30 días.
--	--	--	--	---	--

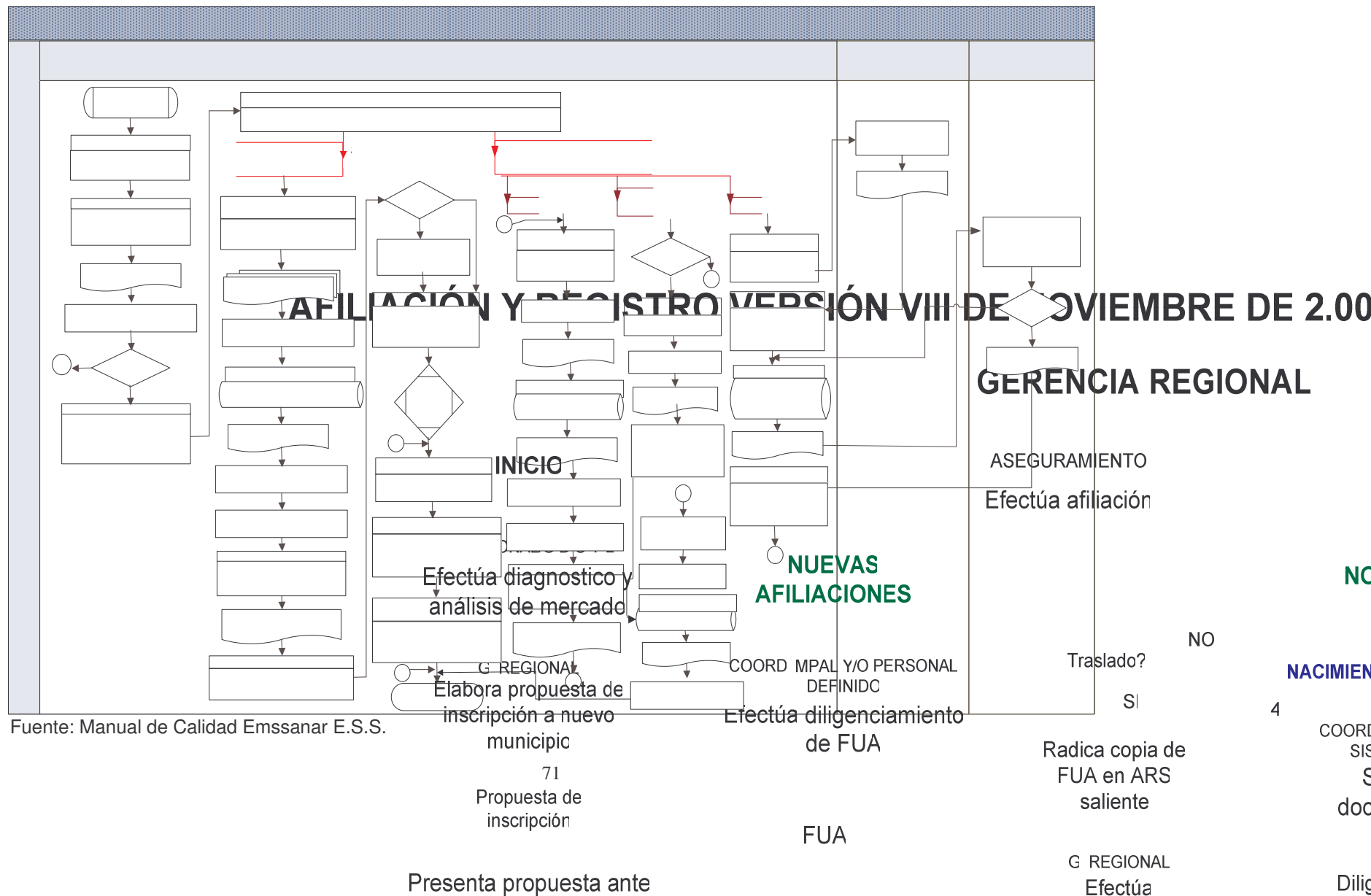
			quien procede a cargar y actualizar la información en el Sistema Central. • Por su parte el Jefe de Aseguramiento Regional, con el fin de alimentar y complementar el sistema de información de los afiliados a EMSSANAR, y según directrices definidas por el área de salud, efectúa la captura de la información concerniente a: ✓ Componente de Identificación: según normatividad vigente. ✓ Componente Socioeconómico y Ambiental: a través de la información proporcionada por el SISBEN. Para el caso de Reposiciones. • El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, procede a verificar el archivo e imprime el carné y FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN; los cuales son enviados al Coordinador Municipal (según el caso), quien efectúa la entrega del carné al afiliado, haciendo firmar el FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN y LISTADO DE FIRMAS DE CONTROL ENTREGA DE CARNÉS, proporcionando de igual manera la información requerida. • De igual manera se efectúa por parte del Coordinador Municipal, el diligenciamiento de la FICHA SIRDES – COMPONENTE SALUD, a través del aplicativo institucional destinado para tal fin Para el caso de Correcciones, Actualizaciones o Duplicados: • El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, procede con la correspondiente elaboración de carnés e impresión del listado de CONTROL DE ENTREGA DE CARNÉS; envía los carnés y listado a cada municipio	carnetización efectiva, a la Jefatura de Aseguramiento Regional. • Trimestralmente el Jefe de Aseguramiento Regional, presenta informe consolidado de las actividades efectuadas y carnetización efectiva, al comité Regional. • La información sistematizada de la FICHA SIRDES – COMPONENTE SALUD, a nivel municipal es enviada, al auxiliar de sistemas y aseguramiento zonal (por medio de los centros de acopio según el caso). • El auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal envía vía email, el archivo plano de la captura de información de la FICHA SIRDES – COMPONENTE SALUD, de su zona al Asistente de Afiliación y Registro Regional.	• Los carnets corregidos se entregarán al usuario en un plazo no superior a quince días hábiles. • Los carnets recibidos por inconsistencias deberán perforarse e incinerarse mediante acta de destrucción de carnets, según las instrucciones impartidas por cada regional. • El carné se entregará personalmente o al Jefe del núcleo familiar, con el documento de identidad y la correspondiente firma del nuevo beneficiario o huella dactilar en caso que no pueda firmar. • Instructivo para el control de carnés • Cumplimiento de políticas institucionales para la entrega de carnets
--	--	--	--	--	---

			según los mecanismos y cronograma definidos por EMSSANAR ESS y cada Regional, para la posterior entrega del carné al afiliado, haciendo firmar el listado de CONTROL DE ENTREGA DE CARNÉS como constancia de su entrega. Nota : ✓ Los carnés recibidos por inconsistencias son perforados y periódicamente según existencias, son enviados a la oficina zonal, por su parte el Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, reúne todos los carnés por inconsistencias, de los municipios de su zona y la propia, los cuales son remitidos debidamente perforados al Coordinador de Carnetización Regional, para su correspondiente destrucción (incineración), en presencia de un funcionario de Oficina de control Interno, diligenciando para ello la respectiva ACTA DE DESTRUCCIÓN DE CARNÉS (ver Instructivo para el control de carnés) ✓ Para todo caso, los carnés solicitados por correcciones en la oficina Zonal o Regional, se imprimen y entregan inmediatamente al afiliado.		
4. ANALISIS, PERFECCIONAMIENTO DE CONTRATOS DE ADMINISTRACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y TRÁMITE DE POLIZA DE CUMPLIMIENTO.	GERENCIA GENERAL GERENCIA REGIONAL	Gerente General y/o Gerente Regional	▪ Finalizada la jornada de afiliación y entrega de carnés por ampliación o traslados, el Coordinador Municipal, Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento, o funcionario encargado, radica el FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO en el lugar designado por el ente territorial, registrando la fecha y hora de admisión de dicho documento. • De igual manera, para el caso de traslados el funcionario encargado, procede a radicar FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO debidamente diligenciado y firmado en la ARS saliente. ▪ Finalmente en los periodos estipulados	▪ El Coordinador Municipal, Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento, o funcionario encargado radica los formularios únicos de afiliación y registro, producto de la Jornada de Ampliación o Traslado, ante el Ente Territorial y ARS, Saliente según el caso. ▪ La información correspondiente a la contratación puede ser consultada según necesidad por las distintas áreas a	▪ Ver Normatividad Proceso Recaudos. Secuencias 1 y 2

			por el ente territorial y según normatividad vigente, se efectúa el análisis, perfeccionamiento de contratos y trámite de póliza de cumplimiento. (ver Proceso de Recaudos)	través del sistema de información existente. ▪ Ver Niveles de Comunicación Proceso Recaudos	
5. REPORTES DE NOVEDADES	GERENCIA REGIONAL	Jefe de Aseguramiento Regional	SEGÚN CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA 00016 – 00069 DE 1998 - BIMESTRAL - El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, reporta las novedades generadas en el bimestre, a través de los distintos reportes generados por el aplicativo "AFILIADOS", según la norma correspondiente, para lo cual verifica el comportamiento de las bases de datos, en cuanto a crecimiento de afiliados. (Ver instructivo para la administración de bases de datos – Ver Proceso Recaudos Secuencias: 3 y 9) - Los reportes de novedades se realizan según normatividad vigente o a solicitud del cliente interno y entes de control territoriales (almacenando para todo caso en medio magnético y físico) SEGÚN RESOLUCIÓN 0195 /1 FEBRERO DE 2.005 - MENSUAL - En concordancia con la norma, el Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal realiza mensualmente el reporte de novedades (ingresos, egresos, actualización de datos), a través de los distintos reportes generados por el aplicativo afiliados, para lo cual genera el archivo plano correspondiente y envía en medio magnético al ente territorial. ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, efectúa la	- El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, reporta Bimestralmente (los cinco primeros días), al ente territorial, las novedades presentadas de ingresos y egresos. - El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal envía al ente territorial, mensualmente, (los diez primeros días), el reporte de novedades (ingresos, egresos, actualización de datos), a través de archivo plano en medio magnético. - El auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, reporta bimestralmente, (los 5 primeros días), a las IPS municipales, la base de datos actualizada. - El auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, reporta mensualmente, (los cinco primeros días), a las IPS propias, la base de datos actualizada. - Semanalmente el Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, envía vía e-mail, el archivo de las actualizaciones generadas en su zona, al Asistente de Afiliación y Registro zonal, confirmando	- Circular externa Conjunta 018 de MS-074SNS de Junio 30 de 1998 y Circular externa conjunta 00016-0069 DE 1998 Instrucciones Acuerdo 77 de 1.997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Liquidación contratos del Régimen Subsidiado cuyo vencimiento fue el 31 de marzo de 1.998. Formato para reporte de novedades. Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. Revocatoria de la voluntad de traslado de la ARS. - Acuerdo 192 de 2001. Por medio del cual se establecen reglas para la carnetización de los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones. - Resolución 0195 de 1 de febrero de 2.005. Por medio del cual se modifica parcialmente la resolución 890 de 2.002 - Cumplimiento del instructivo para la administración de bases de datos.

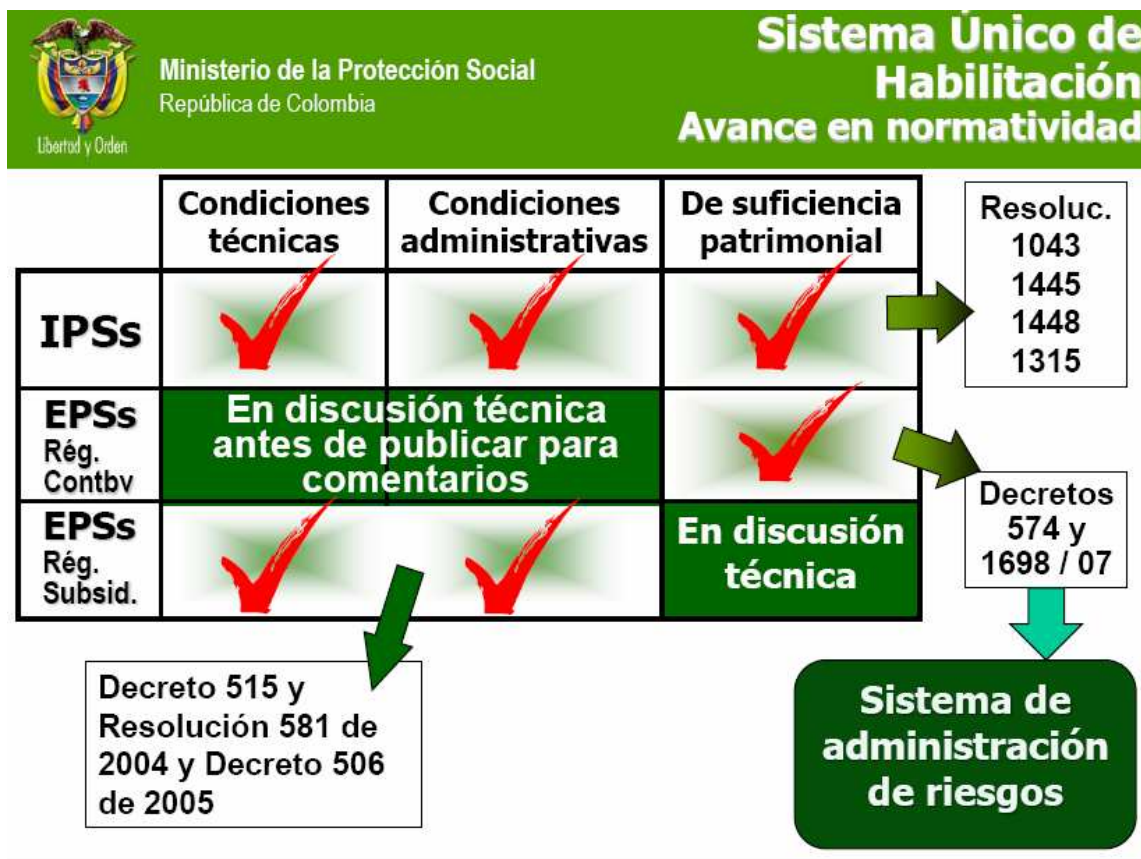
			actualización de la Base de datos de la red prestadora en los periodos estipulados según normatividad vigentes y lineamientos empresariales o antes según la dinámica de la base de datos así: ✓ Bimestralmente, (los 5 primeros días), a todas las IPS municipales, a través de medio magnético, soportando con el correspondiente oficio. ✓ Mensualmente, (los 5 primeros días), a las IPS propias, a través de medio magnético, soportando con el correspondiente oficio. ✓ Semanalmente, el Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, actualiza a base de datos de las oficinas Hospitalarias de Servicio de Información y Atención al Usuario de EMSSANAR E.S.S. ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS ZONAL-REGIONAL / REGIONAL – ZONAL • El Asistente de Afiliación y Registro regional, ingresa y actualiza la Base de Datos Central con todos los registros enviados por el Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, retroalimentando de igual manera a las zonales, para su actualización. • Para todos los reportes generados, el Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal, diligencia en el formato CAPTURA DE TIEMPOS DE RESPUESTA, la fecha de envío y fecha de radicado, del reporte en el ente Territorial y/o IPS; el cual es enviado mensualmente al Coordinador de Afiliación y Registro regional, quien a su vez consolida y entrega reporte al J. de Aseg. Regional.	vía telefónica. • El Auxiliar de Sistemas y Aseguramiento zonal reporta semanalmente vía e-mail el archivo de las actualizaciones generadas en su zona al Asistente de Afiliación Registro regional. • El Asistente de Afiliación y Registro regional, envía en el mismo instante la base de datos Actualizada a los Auxiliares de Sistemas y Aseguramiento zonal. • El Auxiliar de Afiliación y Registro zonal, reporta mensualmente (los 5 primeros días), al Coordinador de Afiliación y Registro regional, el formato de Captura de Tiempos de Respuesta • El Coordinador de Afiliación y Registro regional, consolida la Información capturada en el formato de TIEMPOS DE RESPUESTA, analiza las posibles causas, plantea las probables soluciones del caso e informa a través del formato, al Jefe de Aseguramiento Regional, quien a su vez presenta reporte trimestralmente en Comité Regional.	• Cumplimiento cronograma para actualización de bases de datos • En caso de alta movilidad en bases de datos, la actualización se realiza en forma inmediata.
--	--	--	---	--	--

Figura 6. Afiliación y registro versión VIII de noviembre de 2005



6.2.2 Informe de auditoría integral realizado a la Entidad Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud "EMSSANAR E.S.S."

Figura 7. Sistema único de habilitación avance en normatividad



Fuente: Esta investigación

- **Objeto de la auditoría integral.** Realizar visita a la Entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD "EMSSANAR E.S.S"** del régimen subsidiado, con el fin de desarrollar la auditoría de cumplimiento de la normatividad vigente, a la calidad de la prestación de los servicios de salud a la población del Régimen subsidiado, a la capacidad de atención de su red prestadora, a su gestión administrativa y operativa, a su situación financiera y al sistema de información dispuesto para el registro y atención de sus afiliados, a fin de emitir un informe sobre la situación de la entidad y sugerir recomendaciones para mejorar las deficiencias encontradas.

* **Relación de pruebas decretadas y practicadas.** HRA Contador Público E.U, dispuso la solicitud de información y pruebas que eran objeto de recaudo dentro de la visita de auditoría, teniendo en cuenta el alcance del contrato con

“ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD "EMSSANAR E.S.S"”, necesaria para el desarrollo del objeto del contrato, así:

Información legal

- Relación de número de usuarios beneficiarios del régimen subsidiado
- Reporte de información que la aseguradora periódicamente debe reportar a la SNS.
- Relación de contratos celebrados por la aseguradora con entes territoriales y prestadores del servicio de salud, liquidados, sin liquidar y de procesos judiciales a favor y en contra del ente.
- Relación de sanciones en trámite e impuestas contra la aseguradora y apoderados externos.
- Relación de comités técnico científicos: acceso a procedimientos y medicamentos negados.
- Relación pormenorizada de tutelas (fallos a favor, fallos en contra, desacatos, grado de cumplimiento) y procesos jurídicos a favor y en contra; para los procesos jurídicos en contra es necesario que este valorizado y con la indicación del abogado como un evento probable, eventual y remoto, para efectos del cálculo de la provisión por contingencia.
- Relación de recobros ante FOSYGA, su porcentaje por tutelas falladas en contra por procedimientos y formulación de medicamentos.

Capacidad Técnico Científica

- Manuales de procesos y procedimientos de calidad, promoción y prevención, red de servicios, sistema de referencia y contrarreferencia, autorizaciones, tutelas y sistema de atención al usuario. Y las herramientas de implementación.
- Informes de gestión de la vigencia 2007 de los procesos de calidad, promoción y prevención, red de servicios, sistema de referencia y contrarreferencia, autorizaciones, tutelas y sistema de atención al usuario.
- Contratos de prestación de servicios de la red de prestadores del municipio y/o ciudad objeto de evaluación.
- Base de datos de las Tutelas.
- Matrices de promoción y prevención de la vigencia 2007
- Planes de mejoramiento vigencia 2007

- Plan estratégico vigencia 2007
- Circular 030 de la SNS último reporte
- CIRCULAR 018 de la SNS último reporte

Capacidad tecnológica

- Planeación estratégica del departamento de sistemas en 2007
- Planeación estratégica ejecutada frente a proyectada.
- Organigrama del área de sistemas de información, con funciones y responsables de los procesos.
- Inventario de las aplicaciones con las que cuenta la entidad que contenga: nombre de la aplicación, versión, motor de la base de datos, herramientas de desarrollo, desarrollo propio o adquirido, disponibilidad de los programas fuente; aplicativo misional, administrativo o de apoyo, aplicaciones en desarrollo y en producción.
- Inventario de la plataforma tecnológica, que contendrá: nombres de los servidores, configuración, aplicaciones y motores de bases de datos residentes, modelo entidad relación y estructura de las tablas de las bases de datos utilizadas en las aplicaciones misionales de la EPS.
- Base de datos de afiliados BDUA (Enviados y recibidos al FOSYGA), en el desarrollo de la visita se determinará el alcance para la evaluación de los periodos objeto de la auditoria.
- Documentos de las políticas de seguridad informática y planes de contingencia, diagrama de la red de comunicaciones de la EPS con todos los equipos activos, herramienta utilizada para las copias de seguridad, procedimientos, políticas de backup y pruebas de recuperación.

Capacidad administrativa financiera

- Informes del margen de solvencia y viabilidad certificados por el revisor fiscal a septiembre de 2007.
- Resultados de la circularización efectuada por la revisoría fiscal a diciembre 31 de 2006, y/o informes parciales a septiembre 30 de 2007.
- Dictamen del revisor fiscal
- Informe de movimiento de bancos de todas las cuentas bancarias.

- Conciliaciones bancarias de todas las cuentas bancarias de la EPS, acompañadas con los correspondientes extractos.
- Libros auxiliares de tesorería y contabilidad del periodo en análisis.
- Libros auxiliares de cuentas por cobrar a municipios y por pagar a las IPS, por edades a septiembre 30 de 2007.
- Informes de cartera por edades a septiembre de 2007.
- Relación pormenorizada de cada una de las inversiones
- Relación pormenorizada de cada una de activos fijos a Septiembre 30 de 2007.
- Certificados de Tradición y libertad de los bienes inmuebles
- Copia del último avalúo realizado a los activos fijos.
- Certificados de Constitución y Gerencia de la Cámara de Comercio de cada una de los accionistas.
- Informes de cuentas por pagar por edades a septiembre 30 de 2007.
- Informe de ejecución de los programas de promoción y prevención.
- Copia en medio virtual de los manuales de funciones y de procedimientos de la entidad en examen.
- Copia de la información transmitida a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento a la Circular Externas 016 y 019 de 2005, para los meses de septiembre 2007
- Exhibición de los libros oficiales impresos a diciembre 31 de 2006.
- Flujos de efectivo proyectado y ejecutado a las mismas fechas.
- Estadística detallada por mes de los afiliados a la EPS.
- Relación detallada del número de carnetizados.
- Detalle de ingresos, costos y gastos al máximo detalle.
- Estados financieros al 31 de diciembre de 2006 y notas a los Estados Financieros.
- Acceso al aplicativo contable para consulta y generación emisión de informes.

- Acceso al archivo físico de la entidad para consulta de soportes contables.
- Acceso a las bases de datos de afiliación y recaudo.
- Provisión de recursos: sentencias y fallos judiciales.

Capacidad técnico administrativa (POSS)

- Acceso a manuales de contratación con las entidades territoriales, novedades, recaudo, pago a prestadores y de manejo de costos y gastos para el régimen subsidiado.
- Ficha o nota técnica de la UPC-S (físico y magnético).
- Listado de los contratos de administración de recursos vigentes del 1 de abril al 30 de septiembre de 2007, que contenga la siguiente información, número de contrato, fecha de inicio, fecha final, número de afiliados, valor del contrato, UPC, tipo (continuidad o ampliación) municipio, departamento.
- Base de datos de contratos de todos los contratos no vigentes con su estado de liquidación que contenga el número de contrato, fecha inicio, fecha terminación numero de afiliados contratados, Municipio, Departamento, valor del contrato, población contratada, valor ejecutado y saldo adeudado, (físico y magnético).

* **Resultados de la visita.** En cumplimiento al objeto contractual, suscrito entre HRA Contador Público E.U, y **ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD "EMSSANAR E.S.S"**, se adelantó la visita, en la cual se aplicaron los programas de auditoría diseñados para la labor de auditoría integral a la Entidad, del régimen subsidiado.

Procedimos a solicitar los documentos que consideramos necesarios a fin de determinar el cumplimiento de las normas en materia prestación de servicios medico-asistenciales, financiera, jurídica, de gestión y administrativas por parte de la EPS-S, así como los procedimientos y políticas internas que son complemento de las de carácter general.

Efectuamos nuestro trabajo con sujeción a las normas de auditoría de general aceptación, llevando a cabo las actividades necesarias para el óptimo desarrollo del proceso.

Es importante mencionar que por tratarse de un trabajo de carácter integral y dado que hemos solicitado algunas aclaraciones y documentos adicionales, de presentarse un nuevo hallazgo este les será comunicado en su debida oportunidad.

La visita se adelantó en el nivel central en la ciudad de Pasto (Nariño), y en las departamentales de Cali (Valle), en las cuales obtuvimos las evidencias requeridas que dieron origen a los hallazgos que manifestamos en el capítulo siguiente.

- **Liquidación de contratos con entes territoriales.** Según la información suministrada por parte de las gerencias Regionales, sobre Liquidación de Contratos, y de acuerdo con la base de datos de Contratos suscritos con los diferentes Entes Territoriales, se observa para la Zonal de Nariño Putumayo hay un reporte de 1.604 Contratos de los cuales hay Liquidados 1.089 que corresponden a un 67.9% y 515 Contratos sin Liquidar que corresponden al 32.1%. Para la Regional Valle Cauca de un total de 2606 Contratos 826 corresponden a Contratos Liquidados esto es el 82.4% y contratos sin liquidar 176, que corresponde al 17.6%, la facturación generada de estas liquidaciones no se ha cancelado.

Cuadro 2. Liquidación de contratos con entes territoriales

DEPARTAMENTO	CONTRATOS LIQUIDADOS	CONTRATOS SIN LIQUIDAR	TOTAL	% GESTIÓN LIQUIDACIÓN CONTRATACIÓN
NARIÑO PUTUMAYO	1089	515	1604	67.9%
VALLE CAUCA	826	176	1002	82.4%
TOTAL	1915	691	2606	73.4%

De los contratos no vigentes, se evaluó la gestión de liquidación; y se observó que a la fecha de la presente auditoria, no se ha liquidado el 73.4% de los contratos finalizados en el orden nacional con corte a 30 de septiembre de 2007.

Se reviso la gestión de liquidación de los contratos no vigentes pendientes por liquidar de los cuales se evidencia la remisión de oficios a los entes territoriales con las actas de liquidación, posterior al envío, la EPS-S han mantenido en comunicación telefónica con los entes con el fin de adelantar las gestiones de liquidación de los contratos de aseguramiento.

Cuadro 3. Contratos no vigentes pendientes por liquidar

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NUMERO CONTRATO	VIGENCIA		NUMERO AFILIADOS
			DESDE	HASTA	
NARIÑO	ALDANA	J001-01	01/04/2002	31/05/2002	2,462
NARIÑO	ARBOLEDA	D293-293	16/12/2001	31/03/2002	284
NARIÑO	BARBACOAS	J011	01/04/2002	31/05/2002	11,799
NARIÑO	BARBACOAS	J011	01/06/2002	31/03/2003	11,799
NARIÑO	BARBACOAS	A016	01/04/2003	30/09/2003	11,798
NARIÑO	BARBACOAS	A016	01/10/2003	30/11/2003	11,798
NARIÑO	BARBACOAS	A016	01/12/2003	31/03/2004	11,798
PUTUMAYO	COLON (PUTUMAYO)	127	15/12/2001	30/09/2002	50

PUTUMAYO	COLON (PUTUMAYO)	8621901	01/04/2002	31/05/2002	653
NARIÑO	CONTADERO	J05A	01/06/2002	31/03/2003	3,915
NARIÑO	CUASPUD (CARLOSAMA)	J001	01/06/2002	31/03/2003	3,440
NARIÑO	CUASPUD (CARLOSAMA)	J004	01/06/2002	31/03/2003	28
NARIÑO	EL PEÑOL	A080-080	01/10/2001	30/09/2002	732
NARIÑO	EL PEÑOL	D248-248	16/12/2001	30/09/2002	100
NARIÑO	EL PEÑOL	J001	01/06/2002	31/03/2003	16
NARIÑO	EL PEÑOL	J005	01/06/2002	31/03/2003	659
NARIÑO	EL PEÑOL	520	01/10/2002	31/03/2003	833
NARIÑO	EL TABLÓN	D229-229	15/12/2001	30/09/2002	63
NARIÑO	FCO PIZARRO	A061	01/10/2001	30/09/2002	34
NARIÑO	FUNES	A001	01/04/2002	31/05/2002	5,574
NARIÑO	IMUES	D295	15/12/2001	30/09/2002	632
NARIÑO	IMUES	J001	01/04/2002	31/05/2002	2,411
NARIÑO	IMUES	J004	01/06/2002	31/03/2003	63
NARIÑO	IPIALES	5	01/04/2002	31/05/2002	3,410
NARIÑO	LA FLORIDA	15	01/04/2001	31/03/2002	500
NARIÑO	LA FLORIDA	A001-001	01/04/2002	31/05/2002	5,311
NARIÑO	LA UNIÓN	201	01/11/2001	31/03/2002	257
NARIÑO	LA UNIÓN	11	01/06/2002	31/03/2003	3,485
PUTUMAYO	MOCOA	111	15/12/2001	30/09/2002	9
PUTUMAYO	MOCOA	O030	01/06/2002	31/03/2003	13
NARIÑO	POTOSÍ	D259	15/12/2001	30/09/2002	100
NARIÑO	RICAUARTE	J050	01/06/2002	31/03/2003	5,603
NARIÑO	SAMANIEGO	O582	01/10/2002	31/03/2003	796
PUTUMAYO	SAN FRANCISCO	O02	01/04/2002	31/05/2002	1,958
NARIÑO	SANTACRUZ (GUACHAVES)	51	01/10/2001	30/09/2002	58
PUTUMAYO	SANTIAGO	O0108	01/10/2001	30/09/2002	5
PUTUMAYO	SANTIAGO	O002	01/04/2003	30/09/2003	2,041
PUTUMAYO	SANTIAGO	O002	01/10/2003	30/11/2003	2,041
PUTUMAYO	SANTIAGO	O002	01/12/2003	31/03/2004	2,041
NARIÑO	SAPUYES	D273-124	15/12/2001	30/09/2002	126
NARIÑO	SAPUYES	J002	01/06/2002	31/03/2003	1,836
NARIÑO	SAPUYES	O597	01/10/2002	31/03/2003	126
NARIÑO	SAPUYES	A184	01/04/2003	30/09/2003	1,955
NARIÑO	SAPUYES	A184	01/10/2003	30/11/2003	1,955
NARIÑO	SAPUYES	A184	01/12/2003	31/03/2004	1,955
NARIÑO	TUMACO	D209	15/12/2001	30/09/2002	676
NARIÑO	TÚQUERRES	A098-098	01/06/2001	31/03/2002	236
NARIÑO	TÚQUERRES	D285	15/12/2001	30/09/2002	195
NARIÑO	TÚQUERRES	001S	01/04/2002	31/05/2002	12,210

NARIÑO	TÚQUERRES	J001	01/06/2002	31/03/2003	12,210
NARIÑO	TÚQUERRES	O605	01/10/2002	31/03/2003	195
PUTUMAYO	VILLAGARZON	O105	01/10/2001	30/09/2002	5
PUTUMAYO	VILLAGARZON	125	15/12/2001	30/09/2002	12
PUTUMAYO	VILLAGARZON	O011	01/06/2002	31/03/2003	1,049

En lo referente a los contratos de vigencias 2001-2004 se informó a esta auditoría por parte de la jefatura financiera de la regional Nariño Putumayo, que a la fecha no se han liquidados 54 contratos, debido a que no existe archivo histórico de novedades del período mencionado, el cual se está reconstruyendo para preparar las liquidaciones y enviarlas a los entes territoriales. Teniendo en cuenta lo anterior se puede destacar que la entidad no realiza gestión para la liquidación y legalización de contratos con vigencia de años anteriores desde abril del 2007.

De igual forma se evidencia que la Regional Valle Cauca no tiene soportes de 52 liquidaciones de contratos de la vigencia 1996-2004, relacionadas a continuación.

Cuadro 4. Regional del Valle Cauca que no tienen soportes de liquidación de contratos

DEPTO	MUNICIPIO	Nº CONTRATO	Nº AFIL. SEGÚN CONTRATO	VIGENCIA	
				INICIO	FIN
VALLE	BUENAVENTURA	AD. AI 303	19644	01/04/2002	31/05/2002
VALLE	BUGA	´055-02-97	3092	01/08/1997	31/03/1998
VALLE	BUGA	TRIPARTITO 464-08-97	97	01/08/1997	31/12/1997
VALLE	BUGA	´087-98-05	3333	01/04/1998	31/03/1999
VALLE	BUGA	AD. 0004	4770	01/04/2002	31/05/2002
VALLE	BUGALAGRANDE	09 tripartito	483	01/04/2001	31/03/2002
VALLE	CALI	A. 12	4881	22/12/2001	31/03/2002
VALLE	CALI	A. 15	1014	22/12/2001	31/03/2002
VALLE	CALI	A. 16	207	22/12/2001	31/03/2002
VALLE	CANDELARIA	8	3798	01/04/1998	31/03/1999
VALLE	CANDELARIA	13	400	01/04/1998	31/03/1999
VALLE	CANDELARIA	27	2476	01/04/1999	31/03/2000
VALLE	CANDELARIA	26	2468	01/04/2000	31/03/2001
VALLE	CANDELARIA	O.S 115	6616	01/04/2002	01/05/2002

VALLE	GUACARI	64	117	01/04/1999	31/03/2000
VALLE	GUACARI	63	139	01/04/2000	31/03/2001
VALLE	GUACARI	98	229	01/04/2001	31/03/2002
VALLE	GUACARI	248	1168	11/06/2001	31/03/2002
VALLE	GUACARI	221	500	01/10/2001	30/09/2002
VALLE	GUACARI	S/N ADIC. 98 Y 248	1949	01/04/2002	31/05/2003
VALLE	PALMIRA	TRIPARTITO S/N	1785	01/12/1996	30/11/1997
VALLE	PALMIRA	O.S. 143 TRIPARTITA	1785	01/01/1997	31/12/1997
VALLE	PALMIRA	TRIPARTITO OS	1785	02/01/1998	30/09/1998
VALLE	RIOFRIO	229	43	01/10/2001	30/09/2002
VALLE	RIOFRIO	´0001	17	01/04/2002	31/05/2002
VALLE	RIOFRIO	´0002	113	01/04/2002	31/05/2002
VALLE	RIOFRIO	RI03	17	01/06/2002	31/03/2003
VALLE	RIOFRIO	RI07	43	01/10/2002	31/03/2003
VALLE	SEVILLA	262	50	01/07/1997	31/03/1998
VALLE	SEVILLA	424-08/97	8842	01/08/1997	31/03/1998
VALLE	TRUJILLO	Tripartito 057-98	1304	01/04/1998	30/03/1999
VALLE	TRUJILLO	Tripartito 077-98	396	01/04/1998	30/03/1999
VALLE	TRUJILLO	Tipartito113	1707	01/04/1999	30/03/2000
VALLE	TRUJILLO	Tripartito 205	11	01/10/1999	30/09/2000
VALLE	TRUJILLO	Tripartito105	1743	01/04/2000	31/03/2001
VALLE	TRUJILLO	Tripartito64	13	01/10/2000	31/03/2001
VALLE	ZARZAL	TRIPARTITA 122	7115	01/04/2000	31/03/2001
VALLE	ZARZAL	TRIPARTITA 74	7115	01/04/2001	31/03/2002
VALLE	ZARZAL	OS S/N 291-74	8449	01/04/2002	31/05/2002
CAUCA	PIENDAMO	339	86	01/10/2001	30/09/2002
CAUCA	POPAYÁN	CRS-´058TRIPARTITO	301	01/04/2001	31/03/2002
CAUCA	POPAYÁN	CRS-223 TRIPARTITO	53	27/08/2001	31/03/2002
CAUCA	POPAYÁN	467 TRIPARTITA	3079	02/11/2001	31/03/2002
CAUCA	POPAYÁN	518 TRIPARTITA	1	02/11/2001	31/03/2002

CAUCA	POPAYÁN	542 TRIPARTITA	49	01/12/2001	31/03/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	CRS-065 TRIPARTITO	513	01/04/2001	31/01/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	CRS-183 TRIPARTITO	11	01/06/2001	31/01/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	CRS-230 TRIPARTITO	86	27/08/2001	31/03/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	342 TRIPARTITO	31	01/10/2001	30/09/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	473 TRIPARTITA	711	02/11/2001	31/03/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	531TRIPARTITA	50	02/11/2001	31/03/2002
CAUCA	PUERTO TEJADA	599 TRIPARTITA	155	16/12/2001	30/09/2002

Dado lo anterior se observa que por parte de la **ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD "EMSSANAR E.S.S"** y de los Entes Territoriales, se ha generado el incumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente respecto del plazo máximo para liquidar los contratos es decir 4 meses después de su vencimiento y de 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1122 de enero 9 de 2007, tiempo en el cual la EPS debe efectuar todas las gestiones necesarias ante los entes territoriales con el fin de liquidar los contratos de administración que se encuentren vencidos.

Una vez verificada la información acerca del estado de liquidación de los contratos, se observa que este requerimiento legal no se ha efectuado, por lo que presuntamente la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD "EMSSANAR E.S.S"** incumple lo establecido en el Artículo 50 del Decreto 050 de 2003, el cual establece: Liquidación y/o aclaración, y pago de saldos de los contratos de régimen subsidiado. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 216 de la Ley 100 de 1993 en los contratos de administración de régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen, ARS deberá ser objeto de aclaración y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación. Según lo establecido en el artículo 17 de la ley 1122 de 2007. **LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial. En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

En varios de los casos las actas de liquidación fueron enviadas al ente territorial para la firma, y la mayoría están en revisión por parte de los entes territoriales. Lo cual la Entidad, presuntamente incumple lo establecido en el artículo 50 del decreto 050 de 2003, **"Liquidación y/o aclaración y pago de saldos de los contratos del Régimen Subsidiado**. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993, en los contratos de administración del régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) podrá pactarse la cláusula de liquidación unilateral prevista en la Ley 80 de 1993. ...En el evento que no se pacte, todo contrato de administración de régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen, ARS deberá ser objeto de aclaración y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación (...)"

Y ley 1122 ARTÍCULO 17. LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial...

▪ **Recomendaciones.** Implementar un cuadro de control con la siguiente información: Municipio, número de contrato, número de afiliados, valor del contrato, vigencia del contrato, estado del contrato (Liquidado – SI – NO), saldo pendiente, gestiones adelantadas por la EPS, seguimiento y control. De la misma forma se debe crear una metodología que permita tener mecanismos ágiles y sencillos para la liquidación de los contratos en todas las regionales.

- **Aspectos administrativos: afiliación.** La Entidad utiliza los formularios y formatos definidos según la normatividad vigente, sin embargo, en la regional Nariño Putumayo se detectó que los formularios de afiliación no cuentan con los soportes documentales tales como documentos de identidad y fichas Sisbén para los casos diferentes a población especial, para garantizar la calidad de la información del afiliado registrada en la base de datos y diligenciada en los formularios de afiliación, lo cual no está conforme con lo establecido en el Acuerdo 244 **ARTICULO 5°. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS POTENCIALES AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** Los potenciales beneficiarios y afiliados al Régimen Subsidiado se identificarán mediante Registro Civil, Certificado de nacido vivo, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o cédula de extranjería en los casos de residentes extranjeros y, en los casos de excepción, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. Resolución 812 de 2007. **ARTÍCULO 3.- DISPOSICIÓN, MANTENIMIENTO, SOPORTE Y REPORTE DE INFORMACIÓN.** Los obligados a mantener y reportar información relacionados en el artículo anterior deberán mantener una base de datos de afiliados o asegurados, debidamente actualizada con la información generada

desde el momento de la afiliación o celebración o prórroga de un plan adicional de salud, garantizando su disposición y entrega de conformidad con las especificaciones contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente Resolución. La base de datos se mantendrá actualizada con la información de cada afiliado o asegurado. Los documentos fuente que soportan la información del afiliado o asegurado deberán mantenerse a disposición de los organismos de dirección, vigilancia y control, del Ministerio de la Protección Social y del Administrador Fiduciario del FOSYGA debidamente clasificados y organizados, sin perjuicio de la obligación que les asiste a las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, de entregar la información a los departamentos, distritos y municipios, de conformidad con lo estipulado en los respectivos contratos y en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de la Comisión de Regulación en Salud CRES, o del Ministerio de la Protección Social, según el caso, y de la observancia de las demás normas sobre la materia.

En la base de datos suministrada por la entidad con corte al 31 de noviembre de 2007 se realizó un cruce de información teniendo en cuenta los soportes de afiliación tomados como muestras y se pudo evidenciar que:

- Los usuarios VÁSQUEZ BOLAÑOS JUAN PABLO identificado con CC 5205190, se encuentra con fecha de afiliación de 08 de marzo de 2007 y fecha de carnetización 11 de marzo 2007, lo cual no cruza con el soporte suministrado por la entidad ya que según físico el usuario fue carnetizado el 15 de marzo de 2007 y VÁSQUEZ MATABAJOY MANUEL MESÍAS identificado con CC 5205256, se verificó en la base de datos y se encuentra con fecha de afiliación 08 de marzo de 2007 y fecha de Carnetización 14 de marzo de 2007, lo cual no cruza con el soporte suministrado por la entidad ya que según físico el usuario fue carnetizado 11 de marzo de 2007
- Teniendo en cuenta lo anterior se puede establecer que la entidad no tiene uniforme la información registrada en la base de datos, con los soportes físicos. Lo cual no está conforme a lo establecido en el Decreto 575 CAPITULO II... "CONDICIONES DE OPERACIÓN. ARTÍCULO 4o. CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes: 4.1 La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica...4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados, la promoción de la afiliación al

Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados: la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados .4.3 El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, repone y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del nesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable...4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento. ..4.5. Et sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de tos pagos moderadores y demás pagos compartidos... 4.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado."

▪ **Recomendaciones.** Adjuntar todos los soportes y documentos exigidos por la normatividad vigente al momento de la afiliación, para soportar la información registrada en el formulario y detectar errores en los datos suministrados por el ente territorial en el listado de priorizados, y soportar el reporte de novedades.

- **Novedades.** Esta auditoría realizó una evaluación del proceso de registro y recepción de novedades por concepto de nacimiento, fallecimiento, personas que pertenecen al régimen contributivo y se evidencio:

- Se tomo una muestra aleatoria de formularios de novedades por concepto de nacimiento con su respectivo formato de entrega de carnet y pantallazo de información del usuario con el fin de cruzarlo con la base de datos de afiliados suministrada por la entidad y verificar los soportes de cada uno de los formularios y se evidencio que el usuario ERAZO DÍAZ DIANA VALENTINA identificada con RC 1086329304, afiliada el 14 de noviembre de 2006, no tiene fecha de carnetización en la base de datos, a pesar que se evidencia acta de entrega de carnet con fecha de recibo 19 de noviembre de 2006, esto nos da a conocer que la Información en físico no concuerda con la reportada en base de datos, y tampoco es real que los nacimientos son carnetizados al momento de la afiliación dado que las fechas de afiliación como la de carnetización son diferentes.

- Se evidencio que las novedades que se recepcionan de los municipios, no tienen la fecha de recepción, por tal motivo, no es posible establecer la fecha de radicación de las novedades de los diferentes municipios, y por lo tanto no se puede evaluar los tiempos entre la radicación e ingreso de la novedad.

Para efectos de verificar el cumplimiento de la Entidad en la presentación de novedades según la resolución 812 se evidencio que en varios municipios no cumplen con las fechas establecidas por lo tanto se da incumplimiento en los tiempos establecidos en la Resolución 812/07 (...) Flujo de información dentro del Régimen Subsidiado para la remisión de Archivos Maestro de Ingreso y Novedades de Actualización. Las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, entregarán mensualmente al municipio o distrito, el archivo de novedades de sus afiliados dentro de los primeros diez (10) días calendario de dicho mes y los municipios remitirán durante los diez (10) días calendario siguientes los archivos de novedades a los departamentos, quienes consolidarán y validarán la información correspondiente a su jurisdicción y remitirán el consolidado de novedades dentro de los términos establecidos en el presente artículo(...) Decreto 515 CAPITULO II..."CONDICIONES DE OPERACIÓN. ARTICULO 4o. CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes: .4.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica....4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados...4.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable....4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento....4.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos...4.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado."

▪ **Recomendaciones.** Diligenciar el formato de afiliación completamente, radicar ante la entidad territorial las novedades dentro de los 10 primeros días calendario. Realizar auditoria de las novedades para comprobar la aplicación de estas que sean coherentes con la información física. Informar a la entidad territorial de las novedades de fallecidos, paso a régimen contributivo y detección de multifiliaciones mediante formulario único de novedades. De la misma forma es importante exigir a los entes territoriales el aval de las novedades radicadas de manera mensual.

- **Carnetización.** Se analizó la base de datos de afiliados suministrada por la entidad en la sede central con corte al diciembre de 2007, tomando como muestra las afiliaciones realizadas durante el año 2007, se evidencio que desde la afiliación, hasta la carnetización la entidad realiza la entrega de carnet inmediata a un 54% de la población y entre los 31 y 60 días a un 19% de la población, el análisis realizado arroja el siguiente comportamiento de entrega de carnet así:

Cuadro 5. Carnetización

Rango de Días entre la afiliación y la entrega de carnet	Nariño Putumayo	Porcentaje Nariño Putumayo	Valle Cauca	Porcentaje Valle Cauca	Porcentaje Total
0 días (inmediata)	16,740	34,2%	38,848	71.7%	54%
Entre 1 y 30 días	17,297	35, 3%	2,007	3.7%	19%
Entre 31 y 60 días	5,245	10,7%	622	1.1%	6%
Entre 61 y 90 días	465	1%	415	0.8%	1%
Entre 91 y 180 días	206	0,4%	595	1.1%	1%
Mayores a 180 días	244	0,5%	45	0.1%	0%
No Carnetizados	2,615	5,3%	11512	21.2%	14%
Fechas inconsistentes	6,125	12,5%	157	0.3%	6%
Total general	48,937	100%	54,201	100%	100%

Al verificar la base de datos se evidenciaron fechas de carnet inferiores a la fecha de afiliación base de datos sin fecha de entrega de carnet.

Cuadro 6. Fechas de carnet inferiores

PROCESO	1-30 días	31-60 días	61-90 días	91-180	Mas	Total general
Fecha de entrega de carnet menor a la fecha de afiliacion	3153	29	27	86	3005	6,282
Sin fecha de entrega de carnet	464	1186	8596	2229	1652	14,127
Total afiliados activos	3,617	2,215	8,623	2,315	4,657	20,409

Como ejemplo a continuación se muestran registros de los siguientes afiliados con fechas inconsistentes:

Cuadro 7. Registro de afiliados con fechas inconsistentes

Tp Doc	Documento	FARS	FCarnet
CC	1085249482	01/10/2007	
CC	1085249688	19/11/2007	
CC	1085249768	01/10/2007	
CC	1085256886	29/10/2007	
CC	1085257104	12/10/2007	
RC	1086725685	01/09/2007	
RC	1086725686	01/09/2007	
RC	1086725687	01/09/2007	
TI	93122308918	01/10/2007	
TI	93122621284	09/10/2007	
TI	94072509549	01/10/2007	
CC	1004131688	19/01/2007	01/09/2004
CC	1004189516	13/09/2007	01/12/2004
CC	1004255446	02/04/2007	31/03/2004
CC	1085250387	23/03/2007	25/11/2003
CC	12775084	24/05/2007	01/04/2004
CC	12830266	01/09/2007	18/08/2003
CC	12830928	01/09/2007	01/10/2000
CC	12830993	01/09/2007	01/08/2001
CC	12831034	01/09/2007	01/08/2001
RC	33950662	01/07/2007	01/08/2005
RC	33950685	01/07/2007	01/04/2003
RC	33962270	04/10/2007	10/10/2006
RC	33964297	11/10/2007	01/10/2006
RC	33964902	25/06/2007	04/06/2002
TI	99090812862	01/07/2007	10/08/2002
TI	99092812525	01/07/2007	06/01/2001
TI	99100102869	23/03/2007	19/04/2006
TI	M2H0250325	24/07/2007	24/11/2002

La evaluación de la oportunidad en la entrega del carnet se realizó mediante la verificación de soportes documentales en la Zona Centro Norte (Pasto) y se evidencio que hay usuarios que en los soportes entregado por la entidad se encuentra carnetizado pero en la base de datos no se encuentra diligenciada la fecha de entrega de carnet. Cabe aclarar que la EPS EMSSANAR realiza la facturación sin tener en cuenta las novedades, lo cual quiere decir que ingresa el valor total de la población contratada los cuales deben ser devueltos al momento de la liquidación de contratos.

Lo anterior no evidencia un adecuado autocontrol del registro de las carnetizaciones en la base de datos, ni tampoco un modelo de seguridad tecnológica en el sistema de información utilizado por la entidad. Lo anterior incumple con el Artículo 12 del Acuerdo 244 de 2003. “**Inicio de la afiliación.** El proceso se iniciará con la firma del Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado por parte del cabeza del núcleo familiar o el acudiente o responsable en el caso de los menores de edad e inimputables. Este proceso se perfeccionará con la radicación del formulario por parte del afiliado y la entrega del carnet definitivo por la Administradora del Régimen Subsidiado, en los períodos establecidos en los numerales 4 y 5 del artículo anterior. Para todos los efectos legales dicha afiliación adquiere vigencia a partir del primer día del nuevo período de contratación o de la adición respectiva.” Y **Artículo 18. Carnetización.** Todo afiliado al Régimen Subsidiado deberá identificarse con la presentación del carnet de uso exclusivo e indelegable, que deberá ser expedido por la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado al momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad, del núcleo familiar. El carnet tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca con la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y caducará en el momento en que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado. El carnet que deban expedir las Administradoras del Régimen Subsidiado, se sujetará a las especificaciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. **Parágrafo.** Salvo en los casos dispuestos en los artículos 15 y 53 del presente acuerdo, para el reconocimiento de la UPC-S, será requisito indispensable la Carnetización de los afiliados.

- **Recomendaciones.** Revisar y corregir la información registrada en el sistema de información, la cual debe coincidir con la información contenida en las actas de entrega de carnet. Realizar edictos emplazatorios para liberar y reemplazar los cupos de la población no carnetizada a más de 60 días.

- **Proceso de multifiliación.** Conforme a lo observado por esta Auditoria y de acuerdo con lo informado por los funcionarios de la Entidad EMSSANAR, la EPS, efectúa la verificación de multifiliación de sus usuarios, según instructivo de validación, las cuales se reportan a los Entes territoriales respectivos, para que estos procedan a la liberación y reemplazo de cupos, sin embargo, a la fecha todavía se evidencian multifiliaciones en la base de datos como se muestra a continuación:

Cuadro 8. Proceso de multiafiliación

CONCEPTO	CANTIDAD
Apellidos y Nombres	2897
Apellidos, Nombres y Fecha de Nacimiento	596
Documento	4270
Documento, Nombre y Fecha de Nacimiento	10
Duplicidad entre Regionales	27
Documento, Apellidos y Nombres	26

Si bien es cierto que la entidad territorial tiene responsabilidad en el manejo de la información según lo establecido en los artículos 9 y 31 de la resolución 244, también es cierto que las EPS o EOC tienen responsabilidad en el proceso, por lo anterior incumple con lo establecido en la resolución 812 de 2007 **ARTÍCULO 5.- RESPONSABILIDADES EN EL CRUCE DE BASES DE DATOS.** Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 49 del Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan, las EPS, EOC y Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, para el control de la multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán efectuar cruces y validaciones entre los afiliados incluidos en su base de datos. Igualmente, efectuarán cruces y validaciones entre su base de datos y la consolidada que para cada entidad suministre el Administrador Fiduciario del FOSYGA. Lo anterior con el objeto de remitir la base de datos depurada, para lo cual, además de lo que estime pertinente cada entidad, tendrá en cuenta lo siguiente: a) Las EPS, EOC y las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado, deberán cruzar su información interna. b) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y EPS, autorizadas para administrar el régimen subsidiado, cruzarán sus bases de datos de los dos regímenes. c) Los distritos y municipios deben cruzar la información de la población afiliada al régimen subsidiado de su jurisdicción. d) Los departamentos cruzarán la información de los municipios y distritos ubicados en su jurisdicción, que tengan afiliados al régimen subsidiado.

▪ **Recomendaciones.** Realizar depuración conjunta con el ente territorial y secretaría de salud para determinar las multiafiliaciones entre regímenes y otras novedades reportadas que no han sido aplicadas en base de datos. Realizar trabajo de campo para identificar las duplicidades reales y reportarlas con soportes a la entidad territorial.

7. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO AL PROCESO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

7.1 FICHA DE FORMALIZACIÓN DE PROCESOS

Cuadro 9. Ficha de formalización de procesos

UNIDAD DE NEGOCIO: EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EMSSANAR		
GERENTE DEL PROCESO: GERENTE REGIONAL		
FECHA DE APROBACIÓN: xx		
ACUERDO DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN: X		
APROBADO POR	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMAS
Gerente General	Carlos Fajardo Pabón	
Gerente del Proceso	Fernanda Bravo Juan Carlos Martínez	
Jefe de Planeación y Calidad	Milton Sánchez	

7.2 FICHA DE PRESENTACIÓN

Cuadro 10. Ficha de presentación

OBJETIVO: Garantizar la contratación, afiliación y carnetización efectiva que permita a los usuarios el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud y asegurar el recaudo total de los recursos	
INICIO: Legalización de contratos	FIN: Liquidación de contratos
FAMILIAS ESTRATÉGICAS: jefe de aseguramiento, coordinador de afiliación y registro, asistente de afiliación y registro, auxiliar de afiliación y registro, coordinador de carnetización, auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento, coordinador municipal, administrador zonal, jefe jurídico, abogado regional, jefe de sistemas, gerente regional, gerente general, gerente de desarrollo comunitario y empresarial, jefe de desarrollo comunitario y empresarial, coordinador de base de datos, jefe administrativo y financiero, secretaria administrativa y financiera, auxiliar jefatura administrativa y financiera, secretaria gerencia regional, tesorería, auxiliar de tesorería, secretaria gerencia general.	

ÉNFASIS ESTRATÉGICOS		
Calidad de la base de datos	Carnetización efectiva	Administración de la contratación

INDICADOR DE MEDICIÓN Nivel de carnetización efectiva Porcentaje de descuentos por carnetización Calidad de la base de datos Tiempo de respuesta Nivel de interventoría	
ENTRADAS INTERNAS: reporte de novedades de inconsistencias, políticas y estrategias empresariales, software y hardware, concepto jurídico de reasignaciones, plan de mercadeo y publicidad, recurso humano, novedades de afiliación, activos y suministros EXTERNAS: base de datos del régimen subsidiado y priorizados, información socioeconómica y de condiciones de salud, información actualizada de datos personales, novedades de afiliación, normatividad	PROVEEDORES INTERNOS: servicio al usuario, direccionamiento estratégico, gestión tecnológica, gestión jurídica, mercadeo, desarrollo del talento humano, administración de contratación, gestión de calidad, administración de activos y suministros EXTERNOS: ente territorial (municipal), red de IPS, ente departamental, DANE, Ministerio de Protección Social. registraduría, notaria y planeación nacional (DNP)
SALIDAS INTERNAS: reporte de novedades, base de datos empresarial, listados registro entrega de carnés, certificaciones, archivo plano recolección - ficha FIES, consolidado número de afiliados. EXTERNAS: base de datos empresarial, reporte de novedades, certificados estados de afiliación, carné, certificado de carnetización efectiva	CLIENTES INTERNOS: recaudos, servicio al usuario, administración de la contratación, postventa, gestión del riesgo, mercadeo, gestión social EXTERNOS: Red de IPS contratadas, Ente territorial municipal, Entes de vigilancia y control (contraloría, fiscalía, defensorías, ente departamental, procuraduría, Ministerio de protección social, superintendencia), Afiliado
ESTÁNDARES HABILITACIÓN RELACIONADOS	
CONDICIONES DE OPERACIÓN: CTA Estándar 5: Cuenta con una estructura organizacional en la que se encuentren definidos los responsables de la ejecución de los siguientes procesos, subprocesos o actividades: 5.1: afiliación y registro 5.2: recaudos 5.5 liquidación de contratos de administración del régimen subsidiado CTA Estándar 6: Tiene definidos y documentados los procesos y los procedimientos de afiliación y registro. 6.1: procesos de promoción de la afiliación al SGSSS 6.2: procesos de información a los afiliados sobre plan de beneficios, derechos y deberes. 6.3: procesos de carnetización para los afiliados 6.4: procesos para la definición, revisión y recepción de los documentos de afiliación 6.5: validación de la información entregada por los afiliados y/o bases de datos. 6.6: conformación y mantenimiento de bases de datos con registros de afiliados y/o actualización de novedades CTC: Estándar 1: Tiene definida y documentada la planeación de la atención 1.1: procesos de identificación y análisis de los perfiles etareos, epidemiológicos y socioeconómicos de la población afiliada.	
CONDICIONES DE PERMANENCIA: CTA Estándar 2: Mantiene la estructura organizacional con la cual fue autorizada o ha reportado las novedades a la supersalud en la que se garantizan los responsables y sus perfiles profesionales de la ejecución de los procesos de: 2.1: procesos de afiliación y registro	

2.3: procesos de prestación del plan de beneficios	
CTA Estándar 4: Se tiene implementados los procesos y procedimientos de afiliación y registro presentados para la autorización.	
4.1: procesos de información a los afiliados	
4.2: procesos para la definición, recepción y revisión de los documentos de afiliación.	
4.3: validación de la información entregada por los afiliados y/o bases de datos entregadas por la entidad territorial	
4.4: conformación de las bases de datos con los registros de los afiliados y actualización de novedades.	
CTA Estándar 6: Ha implementado el sistema de información cuyo diseño presentó para la autorización.	
6.1: identificación de las fuentes, los mecanismos de captura y registro, transmisión, validación, consolidación y actualización de los datos sobre las condiciones de salud, socioeconómicas, geográficas, etareas y de género de sus afiliados.	
ESTÁNDARES ACREDITACIÓN RELACIONADOS	
AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS	
Estándar I.1.A:	La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendría como afiliado
Estándar I.1.B:	La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre derechos que tendría afiliado.
Estándar I.1.C:	Existe un proceso para verificar e informar al ente territorial en caso de conformaciones familiares inadecuadas o familias fraccionada.
Estándar I.1.E:	El usuario cuenta con la información acerca de la conformación de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país.
Estándar I.1.F:	La organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios.
Estándar I.1.G:	La organización provee de información al usuario sobre los servicios institucionales.
Estándar I.1.H:	La EPS garantiza que el usuario entienda y conozca los valores mínimos y máximos de los copagos y cuotas moderadoras y servicios que son sujetos a dichos pagos.
Estándar I.1.I:	La organización provee al usuario acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.
Estándar I.1.K:	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos.
Estándar I.1.L:	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.
REGISTRO Y AFILIACIÓN	
Estándar I.2.A:	La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas relacionadas con la negación o rechazo de la solicitud de servicios de los usuarios por mal procesamiento del registro de la afiliación.
Estándar I.2.B:	La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas de desafiliación y traslado de los usuarios.
Estándar I.2.C:	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de registro y afiliación.
Estándar I.2.D:	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	
Estándar II.1:	La EPS recolecta y procesa para todo afiliado o beneficiario de su organización una información básica sobre el estado de salud al momento de la afiliación o durante su contacto posterior con la EPS, tomando como fuente misma al usuario.

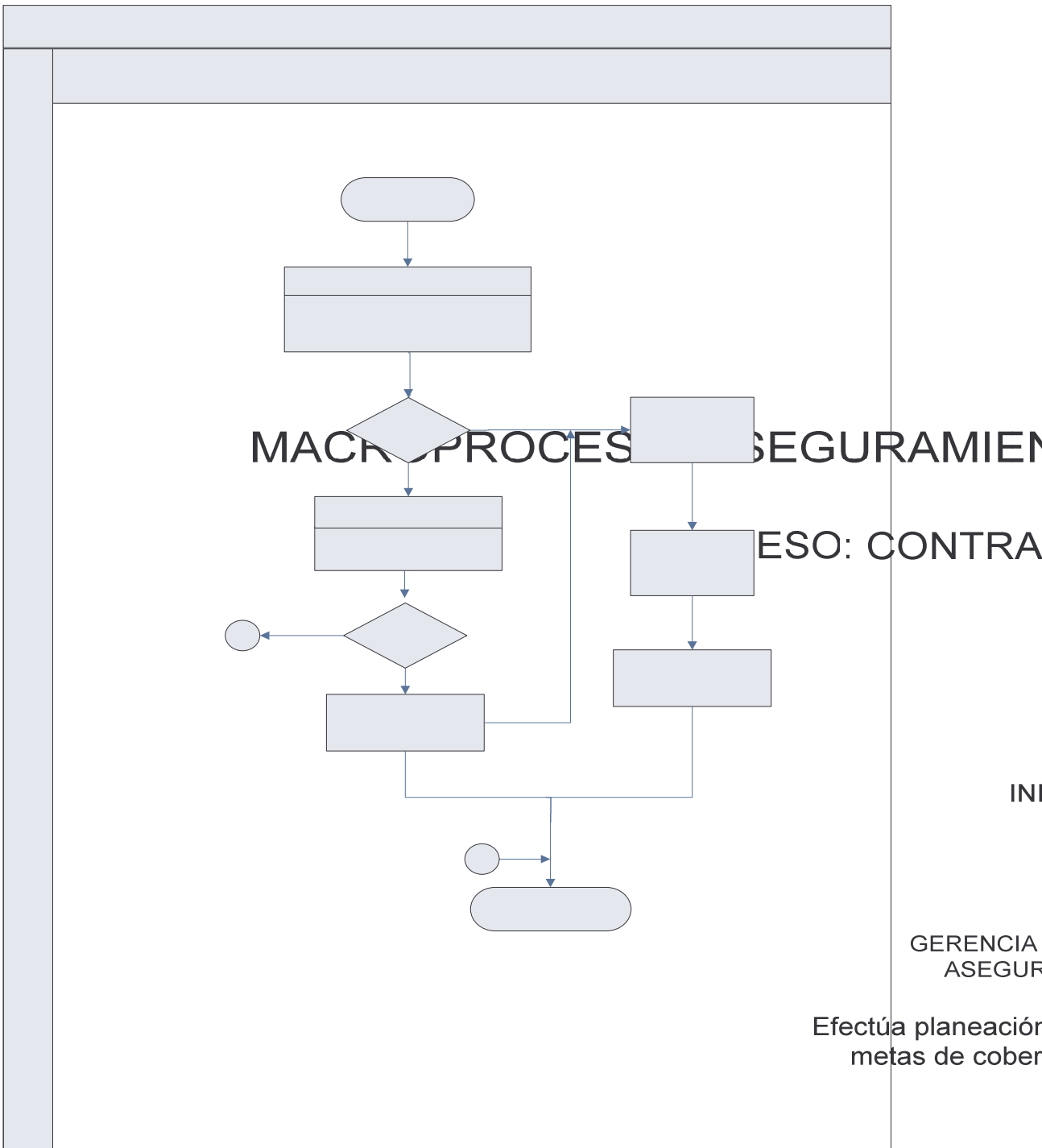
7.3 FICHA DE DOCUMENTACIÓN

Cuadro 11. Ficha de documentación

PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE	SALIDAS
POR CONTINUIDAD DE CONTRATOS			
LEGALIZACIÓN CONTRATOS	DE Revisión, legalización y sistematización de contratos	Jefe de aseguramiento	Contrato
	Trámite de pólizas	Jefatura Administrativa y Financiera	Contrato sistematizado y firmado
	Archivo de Contratos	Gerencia regional	Contrato archivado
ADMINISTRACIÓN BASES DE DATOS	DE Consolidación y cierre de novedades	Jefe de Aseguramiento	Novedades
	Auditoria de base de datos	Coordinador de bases de datos	Base de datos auditada
	Sincronización de base de datos	Coordinador de bases de datos	Base de datos sincronizada
	Reporte	Jefe de Aseguramiento	Reportes de novedades
LIQUIDACIÓN CONTRATOS	DE Preliquidación	Jefatura administrativa y Financiera	Conciliación de pagos
	Elaboración de Acta de liquidación	Jefatura administrativa y Financiera	Acta de liquidación
	Legalización de la liquidación	Jefatura administrativa y Financiera	Acta legalizada
	Registro	Contabilidad	Pagos y cobros registrados contablemente
AMPLIACIÓN DE COBERTURA O INCURSIÓN EN NUEVOS MUNICIPIOS			
ANÁLISIS VIABILIDAD PARTICIPACIÓN AMPLIACIONES NUEVOS MUNICIPIOS	DE Elaboración de análisis de viabilidad	Jefe de aseguramiento	Análisis de viabilidad
	DE Confirmación de participación	Gerencia regional	Decisión de participación en evento público
	EN Información a potenciales afiliados	Jefe de Aseguramiento	Información
REGISTRO y CARNETIZACIÓN	DE Registro y carnetización	Jefe de Aseguramiento	Beneficiarios afiliados
	Identificación del estado inicial de salud	Jefe de Aseguramiento	Ficha FIES diligenciada
	Suministro de información	Jefe de Aseguramiento	Afiliado informado

7.4 DIAGRAMA DE FLUJO

Figura 8. Macroproceso: Aseguramiento. Proceso contratación, afiliación y registro



7.5 PUNTOS DE CONTROL

Cuadro 12. Puntos de control

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
Legalización del contrato	Confiabilidad de la información del contrato	No. de contratos con errores/total contratos
	Oportunidad en el registro de la información	Tiempo de respuesta
Administración de Bases de datos	Calidad de la base de datos	Calidad de la base de datos
	Calidad en la información de las novedades reportadas	Inconsistencias presentadas
	Oportunidad en el envío de información y actualización de base de datos	Tiempo de respuesta
Liquidación de contratos	Liquidación de contratos	No. de contratos efectivamente liquidados en el tiempo requerido al final de la contratación
	Calidad y confiabilidad en la información registrada	Nivel de calidad de la información registrada
Análisis de viabilidad	No. de estudios viables para participación de ampliación de cobertura	Estudios viables/Propuestas analizadas
	Resultados análisis de viabilidad	Total costos del municipio o ampliación a participar
Registro y carnetización	Calidad de la base de datos	Nivel de Calidad de la base de datos
	Carnetización efectiva	Descuentos por no carnetizados Total carnetizados/No. De afiliados por carnetizar
	Calidad de la información	
	Satisfacción del usuario	Nivel de satisfacción del usuario en cuanto a la información suministrada.

7.6 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Cuadro 13. Listado maestro de documentos

CODIGO	NOMBRE DEL FORMATO	RESPONSABLE CUSTODIA	MEDIO DISPONIBLE	
			MAG	FIS
PROCEDIMIENTO LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS				
FEPS-CAR-01-1	Hoja de seguimiento del contrato	Secretaria de gerencia regional		x
MEPS-CAR-01-1	Módulo Contratos RS.	Sistemas		x
PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE BASE DE DATOS				
IEPS-CAR-02-1	Instructivo de gestión para la depuración de multiafiliados de la base de datos de EMSSANAR	Secretaria de gerencia regional		x
PROCEDIMIENTO LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS				
FEPS-CAR-03-1	Matriz liquidación de contratos	Jefe administrativo y financiero	x	
FEPS-CAR-03-2	Acta de liquidación de Contratos	Secretaría administrativa y financiera	x	
FEPS-CAR-03-3	Acta de saneamiento de deudas	Jefe administrativo y financiero	x	
FEPS-CAR-03-4	Nota débito	Jefe administrativo y financiero	x	
FEPS-CAR-03-5	Nota interna contable	Contador	x	
FEPS-CAR-03-6	Cuenta por cobrar	Jefe administrativo y financiero	x	
PROCEDIMIENTO ANALISIS DE VIABILIDAD				
FEPS-CAR-04-1	Matriz de análisis de viabilidad para la participación de eventos públicos	Gerente regional	x	
IEPS-CAR-04-1	Instructivo para el diligenciamiento de la matriz de análisis de viabilidad para la participación de eventos públicos	Gerente regional	x	
PROCEDIMIENTO REGISTRO Y CARNETIZACIÓN				
FEPS-CAR-05-1	Formulario único de afiliación y traslado	Coordinación de afiliación registro	x	
IEPS-CAR-05-1	Instructivo diligenciamiento del formulario único nacional de afiliación y traslado	Coordinación de afiliación registro	x	
IEPS-CAR-05-2	Instructivo para la administración de base de datos	Coordinación de afiliación registro	x	
FEPS-CAR-05-2	Listado de firmas de control entrega de carnés	Coordinación de carnetización	x	
IEPS-CAR-05-3	Instructivo para el control de entrega de carnés	Coordinación de carnetización	x	
FEPS-CAR-05-3	Hoja de ruta	Coordinación de afiliación registro	x	
FEPS-CAR-05-4	Ficha inicial de estado de salud	Coordinación de afiliación registro	x	
PEPS-CAR-05A	Procedimiento para la aplicación y análisis de la Ficha FIES	Coordinación de afiliación registro		x

7.7 INTERACCIÓN CON OTROS PROCESOS

Cuadro 14. Interacción con otros procesos

	PROCESOS		PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
PRIMARIAS	1	Recaudos	2	La legalización del contrato posibilita el numero y vigencia, información que hace parte de la BD El no contar con los recursos suficientes limita la realización de este proceso	Mejorar la comunicación entre los procesos afiliación y registro, recaudos y pagos. Oportunidad en la entrega de contratos
	2	Servicio al usuario	4	Se recepciona la información de novedades, para la alimentación de la base de datos	Información oportuna, actualizada y consistente. Optimizar el procedimiento de reporte de novedades a todo nivel.
DE APOYO	1	Direccionamiento estratégico	3	No hay políticas claras.	Definir políticas empresariales.
	2	Gestión de calidad	4	El posible desconocimiento del proceso afecta el cumplimiento de los objetivos	PHVA al proceso.
	3	Gestión tecnológica	5	Plataforma tecnológica obsoleta y/o insuficiente podrían limitar flujos de información	Mejorar el sistema de información y la plataforma tecnológica.
	4	Gestión jurídica	4	Procedimiento de resoluciones mal direccionada podría generar inadecuadas reasignaciones (selecciones adversas).	Cumplimiento de la norma. Mejora del procedimiento
	5	Mercadeo	5	La no implementación del plan de mercadeo dificulta el proceso	Fortalecimiento de la promoción empresarial para la captación de nuevos afiliados Oportunidad y acompañamiento permanente en la promoción empresarial Implementación del plan de mercadeo Información oportuna, actualizada y consistente.
	6	Desarrollo talento humano	4	No tener el perfil ni las competencias limitaría el desarrollo normal de proceso	Adecuados procesos de selección PHVA a Manual de funciones competencias y reinducción.
	7	Salud ocupacional	3	Condiciones ergonómicas, muebles, equipos, riesgos profesionales	Reportar a la ARP la salida a otros municipios de los funcionarios encargados de la carnetización o de auditar el proceso.
	8	Administración de activos y suministros	4	Inoportunidad en la entrega de materiales e insumos genera incumplimiento de los objetivos del proceso	Garantizar que la empresa tenga todos los insumos necesarios para la carnetización.

7.8. POLITICAS

Cuadro 15. Políticas

CARNETIZACIÓN EFECTIVA ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN CALIDAD DE LA BASE DE DATOS	
POLITICA GENERAL	
La empresa mantendrá una base de datos de afiliados confiable en términos de número de registros y actualización de la información	
La empresa garantizará la carnetización efectiva de todos sus afiliados	
SECUENCIA	POLITICA
Legalización del contrato	• Todo contrato deberá legalizarse dentro de los tres días siguientes a la firma por las partes. • Para la legalización de los contratos se gestionará la base de datos de afiliados certificada por el ente territorial. • Para la suscripción de las partes todo contrato deberá contar con la revisión previa de la oficina jurídica, jefatura administrativa y financiera y aseguramiento • Una vez perfeccionado el contrato se deberá adquirir en un plazo máximo de tres días la póliza de cumplimiento y la certificación de la póliza de alto costo, las cuales se deberán enviar al ente territorial en un plazo máximo de cinco días, anexando copia de los contratos de prestación de servicios pertinentes. • Una vez legalizado el contrato, se debe informar al ente territorial por escrito en un término no superior a ocho días.
Administración de base de base de datos	• La organización implementará campañas de actualización de datos de afiliados en términos de racionalidad económica y efectividad en la consecución de la información. • La empresa asegurará los procedimientos efectivos para la actualización permanente de los datos del afiliado en cada contacto del mismo con la organización. • Inmediatamente llegue el reporte de suspensión se procederá con la interrupción de los servicios del afiliado, de igual manera se solicitará inmediatamente el reintegro de la población. • La empresa asegurará el mantenimiento y análisis permanente de la información de sus bases de datos en lo relacionado con el número de afiliados contratados, novedades e información requerida por las diferentes áreas de la organización. • Las bases de datos para autorización de servicios en las oficinas Hospitalarias y de SIAU zonales deberán actualizarse como mínimo cada 8 días de manera completa y en el caso de las IPS y demás municipios su actualización será efectuará de manera mensual. • La empresa asegurará la confrontación anual de las bases de datos de afiliados de manera conjunta con cada uno de los entes territoriales contratados
Liquidación del contrato.	• Todo contrato deberá ser liquidado en un tiempo no superior de 90 (revisar) días posteriores a la terminación del mismo. • En el acta de liquidación suscrita entre las partes se deberán establecer claramente los saldos a favor o en contra de la empresa por concepto de liquidación de contratos, así como se establecerá la fecha para su cancelación. • Preferentemente se utilizará el formato de acta de liquidación empresarial, sin embargo cuando el municipio lo requiera de utilizará el acta de liquidación de contratos definida por el municipio. • En caso de incumplimiento en el acuerdo de pago se procederá a la gestión jurídica y se informará a las entidades de vigilancia y control competentes.

		• Interés por mora
Análisis de viabilidad	de	• La Organización promocionará con criterios de racionalidad económica, la vinculación de los potenciales afiliados teniendo en cuenta las condiciones socioculturales de la región y los condicionamientos de ley
Registro y carnetización	y	• Toda base de datos de afiliados recepcionada se revisará exhaustivamente y será confrontada con la base de datos de priorizados, de tal manera que solamente se afilien los efectivamente priorizados, en caso de no encontrarse los priorizados se procederá a afiliar en su orden de priorización según normatividad vigente: Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal, niños menores de cinco años, población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén, mujeres cabeza de familia, población de la tercera edad, población en condición de desplazamiento forzado, núcleos familiares de las madres comunitarias, desmovilizados • A todo afiliado se le deberá diligenciar la ficha de identificación de riesgo individual definida por la Organización • Solamente se le activarán los derechos al afiliado que cumpla con la información requerida tal como la actualización de datos contenidos en el carné y el diligenciamiento de ficha de identificación de riesgo individual. • Toda reasignación de afiliados que no cumpla con los parámetros de priorización establecido en la norma será revisada por la oficina jurídica de la organización en un término no mayor a tres días. • En ningún caso se expedirán certificaciones de afiliación. El único documento para acceder al servicio será el carné de la organización o formulario de afiliación de conformidad a la normatividad vigente. SUJETO A VERIFICACIÓN • La organización carnetizará a sus afiliados en un plazo no mayor a 30 días a partir de la recepción de la base de datos entregada por el ente territorial. • La empresa no subcontratará la entrega de carnes salvo en casos de difícil acceso o problemas de orden público. SUJETO A VERIFICACIÓN • La organización podrá descentralizar el procedimiento carnetización previo cumplimiento de las condiciones de seguridad y control establecidas. • Todo carné entregado deberá tener como soporte la firma de recepción por parte del afiliado, de un integrante de su grupo familiar o del representante legal respectivo mayor de edad, con el fin de asegurar la plena verificación de la entrega por parte de los actores del sistema.

7.9 MARCO LEGAL

- **Acuerdo 225 de 2002.** Por el cual se fijan condiciones para la operación del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones
- **Acuerdo 00343 de 2.006.** Se toman medidas para solucionar la doble afiliación en el régimen subsidiado. Atendiendo a las necesidades del sistema, fueron establecidos los criterios auxiliares para efectuar la liquidación de contratos del régimen subsidiado en los eventos en que se presente múltiple afiliación y los efectos, responsables y consecuencias de ésta
- **Acuerdo 0300 de Septiembre 16 de 2.005.** Por el cual se definen algunas condiciones de operación en el régimen subsidiado.
- **Acuerdo 192 de 2001.** Por medio del cual se establecen reglas para la carnetización de los afiliados al Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

- **Acuerdo 244 del 31 de enero de 2003.** por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Acuerdo 253 del 5 de diciembre de 2003.** Por el cual se aprueba la ampliación de cobertura en el Régimen Subsidiado con excedentes de liquidación de contratos y se dictan otras disposiciones.
- **Acuerdo 272** (de 2004). Modifica las condiciones de acceso a subsidios parciales en el régimen subsidiado de salud, incluye municipios con más de 100.000 habitantes siempre y cuando afilien como mínimo 10.00 personas.
- **Acuerdo 294 de 28 de Junio de 2.005.** Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 244 del CNSSS y se establecen las condiciones de operación regional del régimen subsidiado
- **Acuerdo 297 de 16 de Agosto de 2.005.** Por el cual se definen aspectos relacionados con la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado.
- **Acuerdo 304** (de 2005). Modifica el Art. 30 del acuerdo 244, se refiere al traslado del régimen subsidiado de salud al régimen contributivo, suspende la afiliación hasta por año.
- **Acuerdo 328** (de 2006). Fija criterios de distribución del FOSYGA para ampliación de cobertura priorizando a las personas de los niveles 1 y 2 del SISBEN.
- **Acuerdo 329** (de 2006). Modifica parcialmente el artículo 1 del acuerdo 299
- **Acuerdo 331** (de 2006). Modifica los Art. 7, 14, 63 y 65 del acuerdo 244.
- **Acuerdo 343** (de 2006). Modifica el Art. 5 del acuerdo 258, establece los criterios auxiliares para efectuar la liquidación de contratos del régimen subsidiado.
- **Acuerdo 346** (de 2006). Modifica el acuerdo 329 que a su vez modificó el acuerdo 299
- **Circular conjunta MS-SNS 04-056 del 29 de enero de 1998.** Afiliación e inscripción al régimen subsidiado. formulario único nacional de afiliación y traslado. formatos de información. responsabilidades.
- **Circular externa conjunta 015 MS-039-SNS junio 27 de 1997.** Por la cual se imparten instrucciones sobre el proceso de afiliación e inscripción al régimen subsidiado ya se adopta el formulario único

- **Circular externa Conjunta 018 de MS-074SNS de Junio 30 de 1998 y Circular externa conjunta 00016-0069 de 1998 Instrucciones Acuerdo 77 de 1.997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** Liquidación contratos del Régimen Subsidiado cuyo vencimiento fue el 31 de marzo de 1.998. Formato para reporte de novedades. Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. Revocatoria de la voluntad de traslado de la ARS.
- **Circular externa conjunta MS-SNS No. 00016 – 00069 de 1998.** Liquidación contratos del Régimen Subsidiado cuyo vencimiento fue el 31 de marzo de 1.998. Formato para reporte de novedades. Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. Revocatoria de la voluntad de traslado de la ARS.
- **CIRCULAR EXTERNA No. 049** (2 de abril de 2008). Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidas en la circular externa no. 047 (circular única).
- **Decreto 4747 de 2007:** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1122 de 2.007.** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 2178** (de 1998). Adopta modificaciones al carné de afiliación al sistema, incluye la especificación de condiciones de discapacidad según sea el caso.
- **Resolución 3309 de 2.007:** Reglamentado el procedimiento para la liquidación de contratos pendientes de entidades territoriales y entidades promotoras de salud del régimen subsidiado
- **Resolución 3734** (de 2004). Adopta el Manual de estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras del régimen subsidiado.
- **Resolución 3734** (de 2005). Por medio del cual se conforma la lista definitiva de ARS seleccionadas para la operación regional del régimen subsidiado de salud.
- **Resolución 812 de 2007.** Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.
- Resoluciones con criterios de distribución de recursos para ampliaciones de cobertura en las diferentes entidades territoriales

7.10 LEGALIZACION DE CONTRATOS

Cuadro 16. Legalización de contratos

Objetivo: Formalizar el aseguramiento mediante la celebración, tramite y legalización de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION	FORMATO
REVISIÓN, LEGALIZACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE CONTRATOS	JEFE DE ASEGURAMIENTO	- Los contratos son entregados en la secretaría de la gerencia regional, quien procede a radicar y entregar inmediatamente a la Jefatura de aseguramiento regional adjuntando el formato FEPS-CAR-01-1 Hoja de seguimiento al contrato, en la cual registra, fecha, hora y nombre de quien recibe. Entrega a Jefe de aseguramiento. - El jefe de aseguramiento, revisa los contratos verificando estructura de acuerdo a la normatividad vigente, valores del contrato vrs número de afiliados y vigencias, en caso de presentarse inconsistencias genera el reporte y registra las observaciones en la hoja de seguimiento al contrato, caso contrario da visto bueno. Entrega al Jefe Administrativo y Financiero. Nota: El jefe de aseguramiento garantizará la consecución de la base de datos de priorizados, según lo dispuesto en la normatividad vigente. - El Jefe Administrativo y financiero revisa cada contrato verificando fuentes de financiación y da su visto bueno, en caso de presentarse inconsistencias registra en la hoja de seguimiento, los contratos junto con la hoja de seguimiento diligenciada entrega a la Jefatura Jurídica. - El jefe jurídico o abogado regional (para la regional Cauca - Valle) efectúa una revisión y análisis integral de las minutas de los contratos de administración del régimen subsidiado, verificando que los datos de identificación empresarial estén correctos y que contenga los certificados y registros de disponibilidad presupuestal. - Si se presentan inconsistencias en la minuta contractual o no se está de acuerdo con alguna cláusula del contrato, se registra en la hoja de seguimiento al contrato, caso contrario da visto bueno. - Envía contrato con hoja de de seguimiento a secretaria de gerencia regional quien procede a revisar y analizar las inconsistencias registradas por cada una de las áreas en la hoja de seguimiento; informa al gerente regional para que se remita el	FEPS-CAR-01-1 Hoja de seguimiento al contrato MEPS-CAR-01-1 Módulo Contratos RS.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION	FORMATO
		contrato al ente territorial para su corrección o acuerdo entre las partes, enviando copia a secretaría departamental. Nota: La revisión del contrato por las áreas implicadas se debe efectuar en un plazo máximo de tres (3) días después de radicado en gerencia regional. • La secretaria de gerencia regional registra en la hoja seguimiento la fecha de radicado y lleva un registro de los tiempos de respuesta para la revisión de los contratos, informando a gerencia regional. • Una vez corregidos y avalados los contratos, el gerente regional efectúa el respectivo perfeccionamiento mediante la firma. • La secretaria de gerencia regional entrega copia del contrato a: ✓ Asistente de afiliación para su sistematización. ✓ Jefatura administrativa y financiera para la consecución de pólizas ✓ Contabilidad para registro contable. • El Asistente de afiliación y registro ingresa el contrato en el aplicativo Afiliados, módulo contratos, registrando todos los campos del contrato. Ver manual MEPS-CAR-01-1 Módulo Contratos RS. • Mensualmente el Jefe de Aseguramiento efectúa la verificación de los contratos sistematizados, certificando su consistencia y calidad en el registro.	
TRÁMITE DE PÓLIZAS	JEFATURA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	▪ Una vez legalizados los contratos el auxiliar administrativo y financiero genera el reporte consolidado de contratación a través del módulo respectivo y realiza el trámite inmediato de la póliza de cumplimiento y póliza de alto costo, con el proveedor estipulado, adjuntando copia de contratos y reporte de contratación. ▪ En cuanto lleguen las pólizas el auxiliar administrativo y financiero procede a ingresar el número de las pólizas en el sistema (módulo contratos) y entrega pólizas inmediatamente a secretaría de gerencia regional. ▪ Mensualmente el auxiliar administrativo y financiero envía a la aseguradora de alto costo consolidado de los contratos vigentes, incluyendo número de afiliados, número de contrato y valor; de igual manera el coordinador de base de datos envía	

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCION	FORMATO
		mensualmente el reporte de novedades de egreso e ingreso por contrato, para la respectiva inclusión o exclusión de la póliza. ▪ Mensualmente el auxiliar administrativo y financiero genera reporte consolidado de contratación de su regional y envía a secretaria de gerencia general para su consolidación a nivel empresarial. ▪ La Secretaria de la Gerencia General envía mensualmente a través de los medios de comunicación empresarial, el reporte consolidado de los contratos vigentes, indicando número de contrato y número de afiliados del número de afiliados por municipio y regional a la Secretaria de Desarrollo Comunitario y Empresarial, para la consolidación de la información de afiliados.	
ARCHIVO DE CONTRATOS	GERENCIA REGIONAL	• La secretaria de gerencia regional, envía previo visto bueno de la gerencia regional copia del contrato al ente territorial durante los 3 días posteriores a la firma del contrato y consecución de pólizas, adjuntando además: a) La información correspondiente a la carnetización de los afiliados de continuidad, afiliados recibidos por traslados, listados o bases de datos correspondientes; b) Copia de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes c) El reaseguro de enfermedades de alto costo; d) póliza de garantía y cumplimiento del contrato. • La secretaria de gerencia regional relaciona mediante oficio los soportes de la documentación a enviar, el cual es radicado como constancia de la entrega. • Archiva los contratos originales de su regional adjuntando registro, disponibilidad presupuestal, certificación de población afiliada, póliza de cumplimiento y alto costo y oficio radicado de entrega al ente territorial. Nota: En caso de no contar con el contrato original, la secretaria de gerencia general procede a efectuar los respectivos trámites de autenticación del contrato, de tal manera que en la gerencia regional repose el contrato original o copia autenticada.	

7.11 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS

Cuadro 17. Liquidación de contratos

Objetivo: Garantizar una adecuada y oportuna liquidación de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
PRE LIQUIDACIÓN	JEFATURA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	- Durante los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la terminación de la vigencia del contrato de administración de recursos del régimen subsidiado y en caso de no haber respuesta por parte del ente territorial para la liquidación del contrato, las áreas: Administrativa y Financiera y Aseguramiento proceden a revisar la ejecución del mismo en cuanto al pago de recursos por fuentes de financiación, novedades de ingreso y egreso de afiliados, cartera, carnetización efectiva e informe de interventoría, para lo cual diligencia el formato FEPS-CAR-03-1 matriz de liquidación, registrando los reportes anteriormente mencionados. - El jefe administrativo y financiero entrega la matriz de liquidaciones al auxiliar administrativo y financiero para la respectiva elaboración del acta de liquidación.	FEPS-CAR-03-1 Matriz de Liquidación
ELABORACIÓN DE ACTA	JEFATURA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	- El auxiliar administrativo y financiero elabora el proyecto de acta en el formato FEPS-CAR-03-2 acta de liquidación de contratos predefinido, con los valores obtenidos de la matriz de liquidación, donde se detallan las generalidades del contrato, fuentes de financiación, red prestadora, ejecución financiera del mismo, número de acta, número de contrato, número de afiliados, vigencia, valor del contrato, saldo de cartera, novedades y saldos a favor y en contra; el jefe administrativo y financiero procede a revisar y da su visto bueno. - El auxiliar administrativo y financiero envía el proyecto de acta con oficio remitatorio a cada una de las entidades territoriales informando de igual manera al administrador zonal para que tramite la legalización del acta oportunamente ante los entes territoriales.	FEPS-CAR-03-2 acta de liquidación de contratos
LEGALIZACIÓN	JEFATURA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Una vez legalizada el acta de liquidación, y en caso de presentarse saldo a favor o en contra, el jefe administrativo y financiero elabora formato FEPS-CAR-03-3 Acta de saneamiento de deudas de acuerdo a lo conciliado con el interventor, si el saldo es a favor del municipio se solicita se especifique la fuente de financiación a la cual será abonado; si el saldo es a favor de la EPS-rs se procede con el cobro, en caso que el municipio efectúe descuentos por no novedades: fallecidos, no carnetizados, multifiliados, no sisbenizados y contributivo, el jefe administrativo y financiero informa a tesorería para que emite la correspondiente nota débito en el formato FEPS-CAR-03-4 a la ESE del municipio informando los descuentos efectuarse y el motivo.	FEPS-CAR-03-3 Acta de Saneamiento de Deudas FEPS-CAR-03-4 Nota Debito

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		- El auxiliar administrativo y financiero envía oficio remisorio y las actas de liquidación y saneamiento a contabilidad regional, hasta los tres días siguientes de legalizada el acta. - Si vencido el término de la liquidación del contrato, el administrador zonal o jefe administrativo y financiero no ha recibido respuesta por parte del ente territorial, el jefe administrativo y financiero realiza gestiones de acercamientos con el ente y reporta a la oficina jurídica a fin de proceder a realizar la liquidación en sede judicial.	
REGISTRO	CONTABILIDAD	- El Analista de cartera para la regional Nariño - Putumayo o Contador regional para la regional Cauca - Valle, procede a registrar el acta de liquidación elaborando la nota interna contable FEPS-CAR-03-5, para lo cual: si el saldo es a favor del municipio registra en cuentas por pagar, si el saldo es a favor de la EPS-rs registra en cuentas por cobrar. - El contador envía a la jefatura administrativa y financiera copia de la nota interna contable, con sus correspondientes soportes y con oficio remisorio aclarando el registro. - Una vez contabilizado, el jefe administrativo y financiero efectúa el respectivo cobro elaborando la cuenta por cobrar FEPS-CAR-03-6 o envía a tesorería las actas que sean objeto de pago para que sean canceladas en las fechas pactadas en la liquidación del contrato. - El auxiliar administrativo y financiero procede a ingresar la información concerniente a actas de liquidación en el módulo de contratación definido (programa afiliados), a la par el auxiliar de tesorería alimenta mensualmente información concerniente a valores pagados. - Trimestralmente el auxiliar administrativo y financiero genera el reporte de liquidación y pagos a través del sistema (módulo contratación), según normatividad vigente, el cual es entregado al jefe administrativo y financiero y el tesorero quienes proceden con su revisión y visto bueno para su envío a la SuperSalud. - Finalmente el auxiliar administrativo y financiero adjunta acta de liquidación por contrato con su respectiva acta de saneamiento, nota interna contable, pagos efectuados y los entrega a la secretaria de la gerencia regional para su correspondiente archivo.	FEPS-CAR-03-5 Nota Interna Contable FEPS-CAR-03-6 Cuenta por Cobrar

7.12 ADMINISTRACIÓN DE BASE DE DATOS

Cuadro 18. Administración de base de datos

Objetivo: Garantizar la consistencia de la información de la base de datos de la población afiliada.

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
CONSOLIDACIÓN Y CIERRE DE NOVEDADES	Jefe de aseguramiento	• El coordinador municipal envía semanalmente las novedades (ingresos, egresos, fallecidos, nacimientos) presentadas en su municipio al auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento a través de archivo plano y adjuntando todos los soportes, así: ✓ Nacimientos: una (1) copia del registro civil, una (1) copia del documento de identidad de la madre o del padre, una (1) copia del carné, una (1) copia del FUA, una (1) copia del SISBEN. ✓ Fallecidos: una (1) copia del acta de defunción, una (1) copia del documento de identidad y el carné. ✓ Retiros: Carta de retiro, una (1) copia del documento de identidad y carné. Nota: una copia de los soportes anteriores debe reposar en la oficina municipal, y una copia se deberá enviar al ente territorial, por lo cual se debe solicitar al afiliado tres (3) copias de cada documento requerido. • El auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento consolida las novedades enviadas por los municipios de su zona y la propia presentadas hasta el 24 día de cada mes por lo cual a partir de la fecha y hasta el último día del mes, no se incluirá ninguna novedad presentada durante dichos días; estas se registrarán en el sistema a partir del 1 día del siguiente mes. • Una vez consolidada la información el auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento envía vía e-mail el reporte de novedades de su zona, hasta el 28 día del mes al coordinador regional de afiliación y registro. • El coordinador regional de afiliación y registro carga a nivel central todos los archivos de novedades enviadas por los auxiliares zonales de sistemas y aseguramiento, generando el reporte de novedades de su regional por cada contrato según normatividad vigente, quedando cargadas y actualizadas automáticamente en el servidor central. • Mensualmente el coordinador regional de afiliación y registro envía el maestro de base de datos al coordinador de base de datos. Nota: En caso de presentarse novedades a nivel zonal o municipal, por casos excepcionales que requieran incluirse en la base de datos durante el 25 y 30 del mes, el auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento informa al coordinador regional de afiliación y registro y envía vía fax los soportes para que se registre la novedad a nivel central. • Mensualmente el jefe de aseguramiento evalúa y certifica que las novedades son correctas y no presentan inconsistencia, de igual manera evalúa la calidad de la base de datos a través de la herramienta informática definida, para lo cual presenta informe trimestral ante el comité regional.	

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		• Diariamente el administrador de base de datos carga la base de datos consolidada de las dos regionales, en el aplicativo sincroniza, dejándolo correr hasta que genere el reporte final de tal manera que garantice la conformación de la base de datos única empresarial y que contenga la misma información.	
SINCRONIZACIÓN DE BASE DE DATOS	Coordinador de base de datos	• En caso de que las novedades presenten algún tipo de inconsistencia se genera automáticamente el reporte: si la inconsistencia corresponde a afiliados inactivos, se procede a corregir, de lo contrario se notifica por escrito a través de correo interno al coordinador regional de afiliación y registro para que se efectúen las gestiones o ajustes requeridos dentro de los ocho días siguientes a su notificación. • El jefe de aseguramiento y coordinador de base de datos realizan el seguimiento pertinente con el fin de impedir la inclusión de potenciales duplicados.	
REPORTE	Jefe de Aseguramiento	• El coordinador regional de afiliación y registro procede a imprimir el reporte de novedades mensual y bimestral según normatividad vigente para su radicación ante el ente territorial de la siguiente manera: ✓ Reporte Mensual: el coordinador de afiliación y registro imprime el reporte mensual de novedades (ingresos, egresos, actualización de datos, multifiliados), para lo cual genera el archivo plano correspondiente a través del sistema y graba en medio magnético por cada municipio de su regional, envía al auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento dentro de los cuatro tres primeros días de cada mes; el auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento radica ante el ente territorial el reporte de su municipio y distribuye de igual manera los reportes de los municipios de su zona para que sean radicados ante el ente territorial durante los primeros ocho (8) días del mes. El coordinador municipal hace firmar de recibido en el oficio remisorio, señalando fecha, hora y responsable de su recepción, deja copia como constancia en su archivo y envía una segunda copia al auxiliar zonal de afiliación y registro. El auxiliar zonal de afiliación y registro deja copia como constancia en su archivo y envía una tercera copia del oficio radicado al coordinador regional de afiliación y registro. ✓ Reporte Bimestral: el coordinador de afiliación y registro imprime el reporte bimestral de novedades formatos F1 y F2, donde conste el comportamiento de los afiliados a la respectiva Administradora, en virtud de los contratos suscritos con las entidades territoriales, según normatividad vigente a través del sistema y en los formatos establecidos por el Ministerio de Protección social, graba en medio magnético, por cada municipio de su regional. Entrega los formatos F1 y F2 con su respectivo oficio remisorio y medio magnético al auxiliar administrativo y financiero, durante los primeros tres (3) días del bimestre. El auxiliar administrativo y financiero elabora la factura (ver proceso EPS-GR-01 Recaudos), y adjunta factura a cada reporte de novedades por municipio. El auxiliar administrativo y financiero procede a enviar el paquete de novedades y factura de cada municipio al administrador zonal durante los primeros cinco (5) días de cada bimestre. El administrador zonal radica ante el ente territorial el reporte de novedades y factura de su municipio y distribuye de igual manera los reportes y facturas de los municipios de su zona para	

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		que sean radicados ante el ente territorial durante los primeros 8 días del mes. El coordinador municipal hace firmar de recibido en el oficio remitente de factura y reporte de novedades, señalando fecha, hora y responsable de su recepción, deja copia como constancia en su archivo y envía una segunda copia al administrador zonal de afiliación y registro. El administrador zonal deja copia como constancia en su archivo y envía una tercera copia del oficio radicado de novedades al coordinador regional de afiliación y registro, y radicado de factura al auxiliar administrativo y financiero. Nota: El Jefe de aseguramiento efectúa seguimiento al cumplimiento de los tiempos de respuesta acordado en la norma para el reporte de novedades mensual y bimestral. El Jefe Administrativo y financiero, efectúa seguimiento del cumplimiento del tiempo de respuesta en la generación y radicación de las facturas. - Mensualmente el coordinador de base de datos consolida un único maestro de novedades e ingresos de las regionales a fin de unificar la información empresarial. Hace una nueva validación aplicando el software definido para este fin por parte de la empresa y posteriormente aplica nuevamente la malla de validación definida por el consorcio fiduciario del FOSYGA. - De encontrarse errores en la presentación de la información se procede a analizarlos, si estos errores corresponden a estructura son corregidos, caso contrario son remitidos a la regional pertinente para su corrección. En todo caso se registra en el sistema central. - Una vez se tienen depurados los planos se remiten por correo certificado al Ministerio de Protección Social, según normatividad vigente. Una copia de los planos enviados se almacenan en los medios dispuestos, una copia de la carta de remisión es almacenada en la carpeta de reportes de aseguramiento empresarial. - De igual manera según normatividad vigente, el coordinador de base de datos, trimestralmente genera el maestro correspondiente a afiliados del régimen subsidiado y maestro de contratos; los cuales son validados y remitidos a la Superintendencia de Salud.	
DISTRIBUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS A LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	JEFE DE ASEGURAMIENTO	- De acuerdo a la distribución de afiliados en cada IPS por parte del ente territorial o jefe de salud, el coordinador de afiliación procede a cargar y actualizar la base de datos. - Semanalmente, el auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento, procede a actualizar las bases de datos de las oficinas hospitalarias - Mensualmente, durante los 5 primeros días de cada mes o según la dinámica de la base de datos, el auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento envía a cada una de las IPS municipales la base de datos actualizada de los afiliados asignados a dicha IPS, en medio magnético y mediante oficio remitente el cual se radica, señalando hora, fecha y nombre de quien recibe, dicho oficio se archiva como constancia de entrega. De igual manera actualiza la base de datos de la oficina municipal. Nota: Las oficinas de EMSSANAR que se encuentren conectadas en línea con el servidor, la base de datos se actualizara automáticamente. - En todo caso la base de datos actualizada estará disponible en el portal WEB de la página de EMSSANAR, a la cual tendrán acceso toda la red de IPS contratada por EMSSANAR, según	

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		código PIN asignado a cada una. Nota: Cuando el afiliado cambie de domicilio, o desee cambiar de IPS, el auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento diligencia el formato FEPS-CAR-02-1 reporte de novedades para la corrección de datos personales, efectúa el reporte al coordinador de afiliación y registro quien procede a registrar y cargar la actualización, para su posterior envío a la IPS correspondiente.	
AUDITORIA DE BASE DE DATOS Y VERIFICACIÓN DE MULTIAFILIACIÓN	Coordinador de base de datos	• Periódicamente, el coordinador de base de datos aleatoriamente elige algunos municipios a los cuales de manera separada se les aplica la herramienta informática a fin de determinar la calidad del reporte de información que se está notificando a cada uno de los entes municipales. • Mensualmente el coordinador de base de datos recepciona por parte de los coordinadores de afiliación y registro, el maestro de la base de datos de cada regional. • El coordinador de base de datos carga y actualiza las bases de datos de referencia (bases de datos del régimen Subsidiado, Contributivo, Desplazados, Fallecidos, Sisben, Listados censales, Régimen Especial, Fosyga, Aprobados por Departamento, Municipios) en la herramienta informática definida, con la cual se diagnostica la consistencia en estructura, multiafilación y la dispersión de la base, con el fin de realizar los reportes correspondientes. • Los reportes de auditoría de base de datos generados son analizados y socializados por parte del coordinador de base de datos al jefe de sistemas mensualmente, quien a su vez envía al jefe de aseguramiento de cada regional con el correspondiente análisis preliminar para que se realicen las gestiones y los ajustes necesarios, los compromisos y decisiones tomadas son registradas en acta como evidencia y seguimiento de las gestiones a efectuarse. • El jefe de aseguramiento regional analiza la información resultante y efectúa los ajustes requeridos según Instructivo IEPS-CAR-02-1 de gestión para la depuración de multiafilados de la base de datos de emssanar. • La gestión realizada por parte del jefe de aseguramiento regional es reportada periódicamente al coordinador de base de datos con copia a la gerencia regional correspondiente y a la jefatura de sistemas. • Trimestralmente el coordinador de base de datos consolida la información remitida por cada regional como resultado de las mallas de validación, se analiza con los reportes de gestión remitidos por las jefaturas de aseguramiento y se compara con el estado actual de multiafilación de la base de datos con el fin de generar un informe ejecutivo que se remite por correo electrónico a la gerencia general, gerencias regionales y jefaturas de aseguramiento, el cual se presentará ante el comité técnico gerencial.	IEPS-CAR-02-1 Instructivo de gestión para la depuración de multiafilados de la base de datos de emssanar

7.13 PROCEDIMIENTO REGISTRO Y CARNETIZACIÓN

Cuadro 19. Procedimiento registro y carnetización

Objetivo: Garantizar la carnetización efectiva a partir de una optima base de datos, que permita a los usuarios el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud y asegurar el recaudo total de los recursos

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
REGISTRO Y CARNETIZACION	JEFE DE ASEGURAMIENTO	POR EVENTO PUBLICO - Durante las jornadas de ampliación programadas a través de los medios masivos de comunicación, el personal del área de aseguramiento en cabeza del jefe de aseguramiento, registran el FORMULARIO FEPS-CAR-05-1 ÚNICO DE AFILIACIÓN Y TRASLADO (ver instructivo IEPS-CAR-05-1 Diligenciamiento del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y TRASLADO); a través del aplicativo institucional, validando dicha información, según “instructivo IEPS-CAR-05-3 para la administración de base de datos”. - Una vez diligenciado el formulario el cabeza de familia firma el formulario o coloca la huella digital (en caso de no poder firmar), se deja registro original y una copia en la empresa, al igual que copia del documento de identidad; se entrega copia del formulario al beneficiario, como soporte de afiliación. - El auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento o personal designado, elabora los carnés, a través del sistema en el formato institucional y según normatividad vigente. - Se entrega el carné al afiliado, lo cual se soporta a través de la correspondiente firma de recibido en el formato FEPS-CAR-05-2 LISTADO DE FIRMAS DE CONTROL ENTREGA DE CARNÉS, por parte del titular, cabeza de familia o acudiente, Ver instructivo IEPS-CAR-05-3 para el control de entrega de carnés. - Finalizada la jornada el coordinador de afiliación y registro, radica el Formulario Único de Afiliación y Registro en el lugar designado por el ente territorial, registrando la fecha y hora de admisión de dicho documento. 2. POR TRASLADOS - En el periodo de traslado definido por norma y por el ente territorial, el Jefe de aseguramiento prepara la logística necesaria para la participación del evento público.	Formulario FEPS-CAR-05-1 único de afiliación y traslado Instructivo IEPS-CAR-05-1 Diligenciamiento del Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado Instructivo IEPS-CAR-05-2 para la administración de base de datos FEPS-CAR-05-2 Listado de Firmas de Control entrega de carnés Instructivo IEPS-CAR-05-3 para el control de entrega de carnés Formato FEPS-CAR-05-3 HOJA DE RUTA

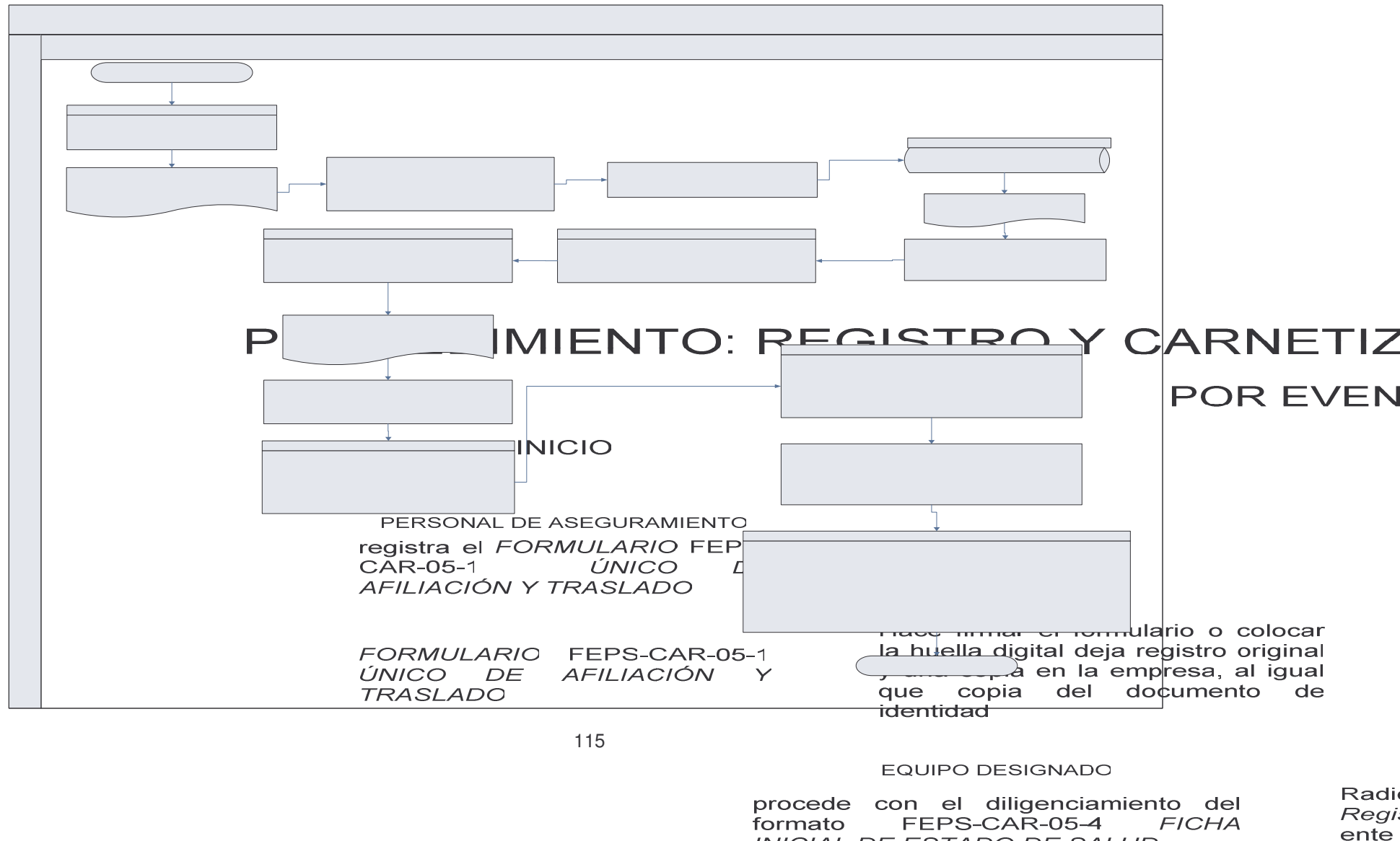
SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		- En el día, lugar y hora designado por el ente territorial, el personal del área de aseguramiento en cabeza del jefe de aseguramiento, registran el FORMULARIO FEPS-CAR-05-1 único de afiliación y traslado (ver instructivo IEPS-CAR-05-1 Diligenciamiento del formulario único de afiliación y traslado); a través del aplicativo institucional, validando dicha información, según “instructivo IEPS-CAR-05-3 para la administración de base de datos”, de los beneficiarios que deseen trasladarse a la EPS-S EMSSANAR. - Una vez diligenciado el formulario el cabeza de familia firma el formulario o coloca la huella digital (en caso de no poder firmar), se deja registro original y una copia en la empresa, al igual que copia del documento de identidad - Se entrega dos copias del formulario al beneficiario, una como soporte de afiliación y la otra para que sea radicada ante la EPS-S saliente y dé su aval de traslado, copia que debe presentar el afiliado nuevamente en la EPS-S EMSSANAR, para efectuar la carnetización. - El auxiliar de sistemas y aseguramiento zonal, revisa que la copia del formulario tenga el radicado de la EPS-RS saliente y procede a elaborar los carnés, a través del sistema en el formato institucional y según normatividad vigente. - Se entrega el carné al afiliado, lo cual se soporta a través de la correspondiente firma de recibido en el formato FEPS-CAR-05-2 LISTADO DE FIRMAS DE CONTROL ENTREGA DE CARNÉS, por parte del titular, cabeza de familia o acudiente, Ver instructivo IEPS-CAR-05-3 para el control de entrega de carnés. - Finalizada la jornada el coordinador de afiliación, radica el Formulario Único de Afiliación y Traslado en el lugar designado por el ente territorial, registrando la fecha y hora de admisión de dicho documento. 3. POR ASIGNACIÓN DE CUPOS O RESOLUCIÓN - Cuando el acto administrativo por asignación de cupos o reemplazos sea radicado en la oficina municipal de Emssanar EPS, el coordinador Municipal, verifica la consistencia del acto administrativo con sus soportes emitido por el Ente territorial y envía inmediatamente al Asistente de afiliación y registro. - El Asistente de Afiliación y registro procede a comprobar derechos,	

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		verificar número de afiliados en base de datos vs. Base de contratación, revisa numero de recién nacidos, consistencia de la estructura y verifica multifiliación en base de datos del contributivo o subsidiado. • El Asistente de Afiliación y Registro, diligencia el Formato FEPS-CAR-06-2 HOJA DE RUTA (del aplicativo AFILIADOS) y lo envía al área jurídica de su regional. • El Jefe Jurídico (regional N-P) o Abogado regional (regional C-V), analiza la legalidad y viabilidad de la reasignación o reemplazo, emitiendo para ello la correspondiente aprobación o desaprobación; la cual es notificada a través de carta al ente territorial y a la coordinación de afiliación y registro regional. • El Coordinador de afiliación y registro, carga la base de datos en el sistema e informa al coordinador de carnetización a través de los medios internos empresariales. • El Coordinador de carnetización analiza la base identificando total afiliados, municipios, direcciones; y procede a diseñar las estrategias necesarias para garantizar la carnetización efectiva del 100% de los afiliados asignados o reemplazados, entrega los listados al auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento para la impresión y entrega del carné, e informa las estrategias a utilizar para la entrega. • El Auxiliar zonal de Sistemas y Aseguramiento, verifica el archivo e imprime el carné y formulario único de afiliación; los cuales son enviados al coordinador municipal (según el caso), quien efectúa la entrega del carné al afiliado, haciendo firmar el formato FEPS-CAR-05-2 listado de firmas de control entrega de carnés, de igual manera proporciona la información requerida. • Si agotados los 30 días no se ha entregado la totalidad de los carnés, el coordinador Municipal o auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento informa por escrito los motivos y causas de no carnetización al Ente Territorial, adjuntando la relación de los carnés no entregados, de igual manera envía copia al coordinador de carnetización. • Mensualmente el auxiliar de sistemas y aseguramiento zonal envía informe de carnetización efectiva al coordinador de carnetización quien procede a consolidar la información y verificar la carnetización efectiva revisando total afiliados por contrato y total carnetizados.	

SECUENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FORMATO
		El coordinador de carnetización verifica el total de afiliados no carnetizados y procede a replantear las estrategias de entrega, caso contrario informa al Jefe de Aseguramiento para que se efectúen las gestiones pertinentes.	
IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO INICIAL DE SALUD	Jefe de Aseguramiento	- El equipo de apoyo asignado o Coordinador Municipal, según directrices definidas por la organización procede con el diligenciamiento del formato FEPS-CAR-05-4 Ficha Inicial de Estado de Salud, ver instructivo a través del aplicativo institucional destinado para tal fin, de acuerdo a los resultados arrojados por el aplicativo, el coordinador Municipal o personal de aseguramiento designado, informa al usuario los programas de P y P a los cuales tiene derecho y que según su estado de salud debe acudir. - Mensualmente el Coordinador Municipal, envía la información de la Ficha Inicial de Estado de Salud, a la oficina zonal (por medio de los centros de acopio según el caso), junto con los formatos originales de registro de afiliación y Base de datos de afiliados incluidos en los diferentes programas de P y P según ficha aplicada. - El auxiliar zonal de Sistemas y Aseguramiento, consolida la información recibida y la propia, la cual es enviada mensualmente a través de archivo plano vía Internet, al Asistente de Afiliación y Registro, quien procede a cargar y consolidar la información en el Sistema Central (Ver Instructivo IEPS-CAR-04 para la aplicación y análisis de la Ficha FIES). - La información concerniente a la base de datos de los afiliados incluidos en los diferentes programas de P y P, es entregada a la coordinación de P y P quien procederá a informar a los entes pertinentes (VER PROCESO PEPS-AER-01 DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE RIESGO)	FEPS-CAR-05-4 FICHA INICIAL DE ESTADO DE SALUD IEPS-CAR-04 Instructivo para la aplicación y análisis de la Ficha FIES
SUMINISTRO DE INFORMACIÓN	Jefe de Aseguramiento	✓ Según los mecanismos definidos por EMSSANAR, el coordinador municipal, administrador zonal, auxiliar zonal de sistemas y aseguramiento, auxiliar de afiliación y registro y equipo empresarial designado para tal fin, proporciona la de acuerdo al tipo de subsidio (Total, Parcial). ✓ Red de prestadores de servicios contratada. ✓ Servicios susceptibles del cobro de COPAGO y montos según nivel ✓ Derechos y Deberes que han adquirido con la afiliación. ✓ Programas de P y P que debe acudir según ficha aplicada.	

7.14 PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y CARNETIZACION

Figura 9. Procedimiento: Registro y carnetización – por evento público

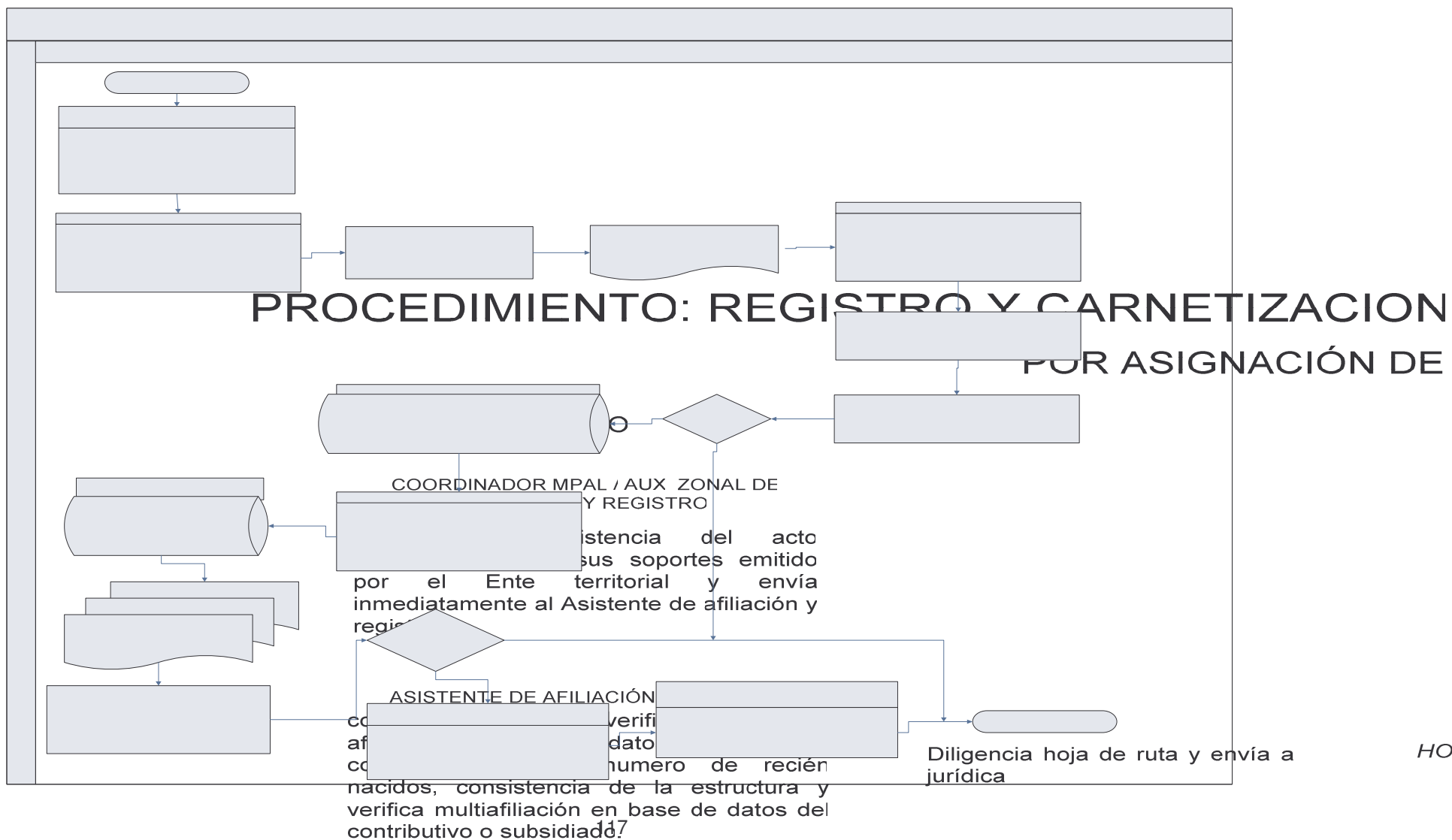


El diagrama de flujo describe el proceso de registro y carnetización de personal de traslado. Comienza con un símbolo de inicio (ovalado) que conecta con un rectángulo. Este rectángulo conecta con otro rectángulo, el cual a su vez conecta con un tercer rectángulo. El tercer rectángulo conecta con un cilindro (base de datos). El cilindro conecta con un rectángulo que contiene el texto "INICIO". Desde "INICIO", la flecha va a un rectángulo que contiene el texto "JEFE DE ASEGURAMIENTO". Desde aquí, la flecha va a un rectángulo que contiene el texto "PERSONAL DE ASESORIA". Desde "PERSONAL DE ASESORIA", la flecha va a un rectángulo que contiene el texto "registra el FORMULARIO CAR-05-1". Desde "registra el FORMULARIO CAR-05-1", la flecha va a un rectángulo que contiene el texto "AFILIACIÓN Y TRASLADO". Desde "AFILIACIÓN Y TRASLADO", la flecha va a un rectángulo que contiene el texto "ÚNICO DE". Desde "ÚNICO DE", la flecha va a un rectángulo que contiene el texto "Hace firmar el formulario o colocar la huella digital deja registro original".

FORMULARIO FEPS-CAR-05-1
ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
TRASLADO

Entrega 2 copias
beneficiario, 1 c
afiliación y la ot
radicada ante la

Figura 11. Procedimiento: Registro y carnetización – por asignación de cupos o resoluciones



8. EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES PROCESO DE AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS REGISTRO Y AFILIACIÓN

8.1 GENERALIDADES

En el desarrollo de la agenda de trabajo, quizás una limitante grande es ajustarse al tiempo de cada uno de los integrantes que por sus innumerables ocupaciones no permiten un completo y estrecho enlace del equipo. Más sin embargo se dio curso normal a cada una de las actividades propuestas en el equipo.

Por parte de la dirección se observa que la organización no desarrollo de manera total el **plan de comunicación**, siendo este crítico para el éxito de una evaluación centrada en el cliente interno, pues se observó que todos los involucrados e interesados en el proceso no estuvieron informados, al igual que el acompañamiento hacia los equipos de trabajo no fue el ideal.

La conformación de los equipos de trabajo, en áreas multidisciplinarias, y centradas en la evaluación de estándares específicos, trae consigo una serie de ventajas, es la visión de nuevos individuos desde perspectivas diferentes, con sugerencias nuevas y apoyadas por el equipo que domina el proceso.

De igual manera por parte del grupo surgen las preguntas establecidas en la guía como “¿Serán estas peticiones manejadas internamente, o podrá la organización recurrir a fuentes y organizaciones especializadas externas para buscar información y apoyo? ¿Serán los miembros del grupo de planeación capaces de responder a las preguntas de manera acertada acerca de los estándares y del proceso de evaluación, o cada equipo será instruido para llamar a la entidad de acreditación?

8.2 RESULTADOS PROCESO AUTOEVALUACIÓN

En la siguiente fase se inicia el proceso de autoevaluación, en este punto el equipo examina qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares, observando que para el estándar de Afiliación y activación de derechos, existen brechas muy grandes en cuanto a actividades que no se encuentran en ejecución y siendo muy significativas en su puntuación tales como:

- No se aplica el proceso de divulgación de deberes y derechos a potenciales afiliados y no hay claridad dentro del proceso de Afiliación y Registro en lo concerniente al responsable sobre esta actividad.

- Falta definir el proceso o sistema de información para identificar a los grupos de familias inadecuadas o núcleos fraccionados al momento de la afiliación
- No está contemplada las capacitaciones a toda la población y de manera completa sobre información en cuanto a la conformación de red de servicios de salud, sistema de copagos y proceso de quejas y reclamos, además hay dificultad en obtener el personal suficiente e idóneo para capacitar a los afiliados y sobre todo el momento eficaz para realizarlo.

Para los estándares de registro y afiliación se obtuvieron grandes dificultades en la puntuación por el no cumplimiento del ítem planteado.

A pesar que los planes de mejoramiento se están ejecutando, y se controlan a través de evaluaciones permanentes en los procesos de afiliación y registro, estos se enfocan a un contacto permanente con el usuario y sobre todo a la totalidad de la población, que hace que el cumplimiento se encuentre en niveles bajos.

Los planes de mejoramiento se realizaron para dar cumplimiento en un alto porcentaje a los estándares evaluados, para su cumplimiento se requiere, recursos humanos, tecnológicos, financieros y de un tiempo superior a los tres meses y de manera continua. En este orden de ideas se desarrollaran ciertas actividades que estén dentro de los límites de las variables tiempo y costo.

8.2.1 Afiliación y activación de derechos

Cuadro 20. Afiliación y activación de derechos

Calificación obtenida de los estándares	17
Calificación Requerida de los estándares	30
Nivel de cumplimiento de los estándares	58%
Nivel de cumplimiento esperado con el Plan de Mejoramiento en tres meses	77%

ESTÁNDARES REGISTRO Y AFILIACIÓN

Calificación obtenida de los estándares							16.5			
Calificación Requerida de los estándares							30			
Nivel de cumplimiento de los estándares							55%			
Nivel de cumplimiento esperado con el Plan de Mejoramiento en tres meses							73%			
ESTÁNDAR Y CRITERIOS		CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN			5	4	3	2	1	NA
								x		
Estándar I.1.A. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendrá como afiliado de forma tal que: § Las sanciones por utilizar información		FORTALEZAS CLAVE - Existe el proceso de afiliación y registro debidamente aprobado donde se entrega la información concerniente a los deberes de los afiliados - existen evidencias en los listados de firmas que la actividad se								

falsa o por facilitar la suplantación en la utilización de servicios La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación.	realiza a según el proceso a nuevos afiliados OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • Si bien es cierto el estándar habla de los potenciales afiliados, mas sin embargo nuestra actividad se realiza al afiliado ya carnetizado • Falta claridad dentro del proceso de Afiliación y Registro en lo concerniente al responsable sobre la divulgación de los deberes de los potenciales afiliados • Se debe fortalecer el plan de medios que se ajuste a toda la población, no solo nuestros afiliados , sino toda persona vinculada al SGSSS en el área de influencia de la EPS-S • Adoptar estrategias para llegar a la población analfabeta la cual supera un 30% para el conocimiento empresarial de nuestros servicios.						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
I.1.B. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los derechos que tendría como afiliado de forma tal que: Tenga concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema y explique los derechos adicionales que le brinda esta institución. § Incluya explicación sobre la red de atención contratada y los derechos no implican obligaciones infinitas. § La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación.	FORTALEZAS CLAVE • Existe el proceso de afiliación y registro debidamente aprobado donde se entrega la información concerniente a los derechos de los afiliados para los nuevos afiliados • existen evidencias en los listados de firmas que la actividad se realiza a según el proceso a nuevos afiliados OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • Si bien es cierto el estándar habla de los potenciales afiliados, mas sin embargo nuestra actividad se realiza al afiliado ya carnetizado • Falta claridad dentro del proceso de Afiliación y Registro en lo concerniente al responsable sobre la divulgación de los derechos de los potenciales afiliados • Se debe fortalecer el plan de medios que se ajuste a toda la población, no solo nuestros afiliados , sino toda persona vinculada al SGSSS en el área de influencia de la EPS-S • Adoptar estrategias para llegar a la población analfabeta la cual supera un 30% para el conocimiento empresarial de nuestros servicios • El continuo cambio de la normatividad hace que nuestros medios empleados para la difusión de nuestros servicios, presenten cambios constantes, que obviamente se reflejan en una alta inversión publicitaria				x		
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.C. La organización provee información al cliente sobre su responsabilidad en la conformación del grupo familiar y los criterios que deben cumplir sus familiares para ser beneficiarios. El afiliado comprende sus derechos y las sanciones a que se expone por una conformación irregular. Para el caso específico de las ARS Existe un proceso para verificar e informar al ente territorial en caso de conformaciones familiares inadecuadas o familias fraccionadas.	FORTALEZAS CLAVE • El contacto permanente con el usuario en el desarrollo de proceso de afiliación, hace que se pueda obtener este tipo de información de manera eficaz • En el proceso de afiliación y registro claramente, está consignado la unificación del núcleo familiar en los casos de carnetización efectiva de los nuevos afiliados. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • No existe dentro de la organización un sistema de información para identificar a los grupos de familias de inadecuadas o grupos fraccionados. • No se está informando la irregularidad de afiliaciones de grupos fraccionados a los entes territoriales. • La entrega de la información de las BDs se centraliza en el municipio por lo que no existe control sobre conformación de núcleos familiares.					X	
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.E. El usuario cuenta con la información acerca de la conformación	FORTALEZAS CLAVE				x		
	• Los afiliados tienen acceso a la información de la Red						

de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país. Lo anterior incluye: § El sistema de acceso a los servicios (puerta de entrada urgencias, consultas) y sus posibilidades de elección § Los servicios que brinda cada uno de estos prestadores según sus niveles de complejidad La localización de cada uno de los prestadores.	Prestadora por medio de la Guía de Servicios - En el proceso de afiliación y registro se documenta la entrega y el contenido de la guía de servicios y en la cual está plasmada la red prestadora de servicios de salud - En las oficinas de atención al usuario se ofrece atención personalizada y se orienta al usuario para el conocimiento de la red. - En cada oficina municipal se encuentra publicada la red de servicios contratada por niveles de complejidad. - Se publica una vez año por un diario de circulación regional la red actualizada. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - Se debe buscar un espacio amplio para la divulgación del contenido de la cartilla, incluir dentro del proceso de afiliación los responsables con criterios de pertinencia para una eficaz comunicación al usuario. - Falta de organización y actualización en la información entregada al usuario y que sea fácilmente comprendida, y para ello en la construcción de la Guía, se debe invitar al personal de distintas áreas para su aprobación final. - La posibilidad de libre elección de la red por parte del usuario, no se está dando, puesto la canalización del usuario a su IPS depende exclusivamente de las políticas de contratación de la gerencia de salud						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.F. La organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios. Lo anterior incluye: ¿Cuál es el proceso administrativo de solicitud y obtención de citas? ¿Cómo es el proceso para la obtención de medicamentos? ¿Cómo se realiza el acceso a los servicios en regiones donde la EPS no tenga red de prestadores? ¿Cómo se tramitan las licencias de maternidad e incapacidades?	FORTALEZAS CLAVE - En el proceso de afiliación y registro se documenta la entrega y el contenido de la guía de servicios y en la cual está plasmada la red prestadora de servicios de salud - Existe la línea gratuita 01-8000, las 24 horas del día para la canalización y orientación de los usuarios - En las oficinas de atención al usuario se ofrece atención personalizada y se orienta al usuario para el conocimiento en la obtención de citas y medicamentos OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - Se debe incluir en la cartilla “GUÍA DE SERVICIOS” el proceso de obtención de citas y medicamentos en cada municipio - Apoyo de un equipo multidisciplinario para la orientación y brindar información a los nuevos afiliados en los eventos de carnetización que realice el área de afiliación y registro. - La modificación del proceso del servicio al usuario en su última versión falta socializarlo.					x	
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.G. La organización provee información al usuario sobre los servicios institucionales, lo cual incluye: Localización geográfica de sus oficinas. Personal clave de contacto según la necesidad a tratar (incluyendo teléfonos, fax, e-mail, direcciones correo). Horarios de atención.	FORTALEZAS CLAVE - Se entrega la información para los nuevos afiliados, en la cartilla “Guía de Servicios”, los datos de la empresa, como su localización, oficinas de atención y demás. - En los eventos de carnetización el coordinador municipal plasma los datos básicos personales en la guía, para la identificación por parte del usuario en el momento que él requiera algún servicio. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - La guía debe contener el directorio empresarial de la totalidad de las oficinas en todo su radio de acción			x			
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.H. La EPS garantiza que el usuario entienda y conozca los valores	FORTALEZAS CLAVE Se entrega la información para los nuevos afiliados, contenida					x	

mínimos y máximos de los copagos y cuotas moderadoras y los servicios que son sujetos a dichos pagos	en la cartilla "Guía de Servicios", OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - Fortalecer en la fase inicial de carnetización, la comunicación de esta información. - No existe una medición que permita evaluar el grado de conocimiento de nuestros afiliados sobre el sistema de copagos y cuotas moderadoras. - Buscar espacios continuos de capacitación en los temas de copagos y cuotas moderadoras para los afiliados antiguos, ya que estos cambian constantemente.						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.I. La organización provee información básica al usuario referente a los planes de beneficios, incluyendo: ❖ Exclusiones al POS. ❖ Los períodos de carencia. ❖ Los períodos mínimos de cotización. ❖ Los medicamentos incluidos. ❖ El manejo de las prestaciones económicas.	FORTALEZAS CLAVE - Contenido en la guía de servicios que se entrega al inicio de la afiliación. - Las capacitaciones realizadas en cuanto a la promoción del POS-S por parte de la Fundación EMSSANAR. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - Fortalecer en la fase inicial de carnetización, la comunicación de esta información - Buscar espacios continuos de capacitación en los temas del la promoción del POS-S. - No está diseñado el procedimiento o mecanismos de verificación a las capacitaciones realizadas a la comunidad sobre POS-S					x	
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.J. La organización provee al usuario información acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.	FORTALEZAS CLAVE - Si se cuenta con un proceso implementado y documentado, - los responsables están claramente definidos en el proceso de defensoría del usuario - Se respetan protocolos y tiempos de respuestas para la resolución de una queja. - Las capacitaciones se realizan a través de la Fundación EMSSANAR en el programa Promoción del POS-S - Se cuenta con material necesario para el desarrollo de este proceso (buzones, formatos,) OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - No está contemplada las capacitaciones a toda la población afiliada. - No hay personal suficiente para capacitar a los afiliados. - No existe medición acerca del despliegue de los medios utilizados para el proceso de defensoría del usuario.				x		
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. - El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. - La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.	FORTALEZAS CLAVE - Se cuenta con planes operativos de en el área de aseguramiento - Los planes operativos están desarrollados con base a las necesidades del trabajador, el usuario y la organización, el plan se encuentra enfocado en las áreas claves en el proceso de afiliación y registro - Existen indicadores que miden la gestión del proceso de direccionamiento - El proceso de retroalimentación se realiza basándose en nuevas metodologías para el mejoramiento. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO: Falta Socialización de los planes propuestos. - Falta seguimiento al desarrollo de las actividades implementadas en el proceso y Los valores no se comparan frente a estándares externos.			x			

ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.1.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. ❖ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: ❖ Alto riesgo. ❖ Alto volumen. ❖ Alto costo. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: ❖ Seguridad ❖ Continuidad ❖ Coordinación ❖ Competencia ❖ Aceptabilidad ❖ Efectividad ❖ Pertinencia ❖ Eficiencia ❖ Accesibilidad ❖ Oportunidad	FORTALEZAS CLAVE • .Se cuenta con un PAMEC, en el cual mediante la auditoría interna se hace seguimiento a la implementación de procesos para generar planes de mejoramiento continuo y a los planes operativos • Existe evidencias de la ejecución de las actividades programadas. • Se elaboran las actividades basados en las necesidades de los clientes y usuarios. • Toda actividad se prioriza teniendo en cuenta el impacto en cuanto al riesgo, costo y volumen • Los aspectos de calidad considerados para la implementación de las actividades de mejoramiento son Accesibilidad, efectividad, innovación, Acompañamiento y objetividad OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • Se presentan retrasos en la ejecución de actividades por no contar con la socialización oportuna • El bajo presupuesto asignado limita la ejecución de las actividades y resta eficiencia al proceso						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.1.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	FORTALEZAS CLAVE • Existen evidencia de la monitorización de la ejecución de los resultados de los planes de acción por parte del área de planeación • Existe implementado el Software estrategia para el monitoreo de los indicadores empresariales • Se realiza anualmente evaluación para definir el cumplimiento de los objetivos propuestos • Si se cuenta con un método formal de medición y evaluación permanente basado en la metodología del BSC OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • Falta de Autocontrol en el aérea para verificar avances.						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.1.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	FORTALEZAS CLAVE • Existe el informe de medición y se socializan solo a los altos directivos. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • .No se socializan los planes de mejora., ni los resultados obtenidos del monitoreo a los procesos al personal operativo.						

8.2.2 Registro y afiliación

Cuadro 21. Registro y afiliación

ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
						x	
Estándar I.2.A. La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas relacionadas con la negación o rechazo de la solicitud de servicios de los usuarios por mal procesamiento del registro de la afiliación.	FORTALEZAS CLAVE - Existe la manera de realizar la captura de la información. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - No existe una clasificación del tipo de correcciones realizadas con la información obtenida con el carnet de los afiliados. - En el área de defensoría del usuario no se categorizan las quejas para obtener una medición exacta de los motivos de la no atención por mal procesamiento en el área de afiliaciones						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
						x	
Estándar I.2.B. La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas de desafiliación y traslados de los usuarios.	FORTALEZAS CLAVE - El proceso de traslados se lleva de acuerdo a la norma y se ejecuta con los formatos establecidos. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - No existe el procedimiento de identificación de causas de desafiliación y traslados						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.2.C. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos registro y afiliación El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. - El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. - La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados	FORTALEZAS CLAVE - Se cuenta con planes operativos de en el área de aseguramiento - Los planes operativos están desarrollados con base a las necesidades del trabajador, el usuario y la organización, el plan se encuentra enfocado en las áreas claves en el proceso de afiliación y registro - Existen indicadores que miden la gestión del proceso de direccionamiento - El proceso de retroalimentación se realiza basándose en nuevas metodologías para el mejoramiento. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO - Falta Socialización de los planes propuestos. - Falta seguimiento al desarrollo de las actividades implementadas en el proceso. - Los valores no se comparan frente a estándares externos.						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.2.D. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los	FORTALEZAS CLAVE - Se cuenta con un PAMEC, en el cual mediante la auditoría interna se hace seguimiento a la implementación de procesos para generar planes de mejoramiento continuo y a los planes operativos - Existe evidencias de la ejecución de las actividades programadas. - Se elaboran las actividades basados en las necesidades						

ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
						x	
trabajadores. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: ❖ Alto riesgo. ❖ Alto volumen. ❖ Alto costo. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: ❖ Seguridad ❖ Continuidad ❖ Coordinación ❖ Competencia ❖ Aceptabilidad ❖ Efectividad ❖ Pertinencia ❖ Eficiencia ❖ Accesibilidad ❖ Oportunidad	de los clientes y usuarios. • Toda actividad se prioriza teniendo en cuenta el impacto en cuanto al riesgo, costo y volumen • Los aspectos de calidad considerados para la implementación de las actividades de mejoramiento son Accesibilidad, efectividad, innovación, Acompañamiento y objetividad OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • Se presentan retrasos en la ejecución de actividades por no contar con la socialización oportuna • El bajo presupuesto asignado limita la ejecución de las actividades y resta eficiencia al proceso						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.2.E. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. § El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	FORTALEZAS CLAVE • Existen evidencia de la monitorización de la ejecución de los resultados de los planes de acción por parte del área de planeación • Existe implementado el Software estrategia para el monitoreo de los indicadores empresariales • Se realiza anualmente evaluación para definir el cumplimiento de los objetivos propuestos • Si se cuenta con un método formal de medición y evaluación permanente basado en la metodología del BSC OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • Falta de Autocontrol en el área para verificar avances.						
ESTÁNDAR Y CRITERIOS	CALIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	5	4	3	2	1	NA
				x			
Estándar I.2.F. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. • Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. • Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	FORTALEZAS CLAVE • Existe el informe de medición y se socializan solo a los altos directivos. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO • .No se socializan los planes de mejora., ni los resultados obtenidos del monitoreo a los procesos al personal operativo.						

8.3 PLAN DE MEJORAMIENTO

Cuadro 22. Plan de mejoramiento

ESTÁNDAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Estándar I.1.A. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendrá como afiliado de forma tal que:	Ajuste al proceso de divulgación de deberes y derechos	Desarrollo comunitario	30/10/2008	Proceso documentado e implementado
	Despliegue publicitario sobre deberes y derechos, en base a la información de los potenciales afiliados suministrada por el área de aseguramiento	Área aseguramiento y Desarrollo Comunitario	30/10/2008	Material publicitario diseñado y entregado.
	Socialización potenciales afiliados sobre información pertinente a deberes y derechos	Área aseguramiento y Desarrollo Comunitario	30/10/2008	Listado de asistencia capacitación
I.1.B. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los derechos que tendría como afiliado de forma tal que:	Ajuste al proceso de divulgación de deberes y derechos	Desarrollo comunitario	30/10/2008	Proceso documentado e implementado
	Despliegue publicitario sobre deberes y derechos, en base a la información de los potenciales afiliados suministrada por el área de aseguramiento	Área aseguramiento y Desarrollo Comunitario	30/10/2008	Material publicitario diseñado y entregado.
	Socialización potenciales afiliados sobre información pertinente a deberes y derechos	Área aseguramiento y Desarrollo Comunitario	30/10/2008	Listado de asistencia capacitación
Estándar I.1.C. La organización provee información al cliente sobre su responsabilidad en la conformación del grupo familiar y los criterios que deben cumplir sus familiares para ser beneficiarios. El afiliado comprende sus derechos y las sanciones a que se expone por una conformación irregular.	Anexar dentro del proceso de Afiliación y registro el informe al Ente Territorial sobre la conformación irregular de los núcleos familiares	Planeación y Calidad	30/10/2008	Proceso Ajustado
	Buscar mecanismos sistemáticos (desarrollo software) para identificar los grupos de familias inadecuadas o grupos fraccionados.	Aseguramiento	30/10/2008	Sistema en funcionamiento
	Seguimiento a los casos detectados e informados a los entes territoriales sobre afiliaciones de núcleos familiares fraccionadas	Aseguramiento	30/10/2008	Oficios remisorios de la gestión a entes territoriales
Estándar I.1.E. El usuario cuenta con la información acerca de la conformación de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país	Rediseño de la guía de servicios facilitando su entendimiento al total de la población.	Desarrollo Comunitario	30/08/2008	Formatos rediseñados para la información de la Red Prestadora
	Capacitación permanente a los usuarios frente a la conformación de la red prestadora de servicios de salud	Gerencia Regional	30/08/2008	Listado asistencia capacitación
	Definir un proceso de la divulgación de la cartilla "guía de servicios", identificando responsables y momento de aplicación.	Planeación y calidad	30/10/2008	Proceso de direccionamiento documentado
Estándar I.1.F. la organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios	incluir en la cartilla "GUÍA DE SERVICIOS" el proceso de obtención de citas y medicamentos en cada municipio	Desarrollo comunitario	30/10/2008	Guía modificada
	Definir el equipo multidisciplinario para la capacitación de la información a los nuevos afiliados en los eventos de carnetización que realice el área de afiliación y registro	Gerencia Regional	30/10/2008	Equipo de Apoyo definido
	Implementar la entrega de material	Aseguramiento	30/10/2008	Listado de

ESTÁNDAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	institucional y la información sobre la red prestadora y el uso del servicio con información clara, entendible y precisa para los afiliados			entrega a los afiliados
Estándar I.1.G. La organización provee información al usuario sobre los servicios institucionales,	Establecer actividades de capacitaciones a los afiliados sobre los servicios institucionales.	SIAU, Desarrollo Comunitario y Aseguramiento	30/10/2008	Actas de entrega de guías de servicios a los usuarios
	Modificación de la guía de servicios la cual debe contener el directorio empresarial de la totalidad de las oficinas en todo su radio de acción	Desarrollo Comunitario	30/10/2008	Guía modificada
Estándar I.1.H. La EPS garantiza que el usuario entienda y conozca los valores mínimos y máximos de los copagos y cuotas moderadoras y los servicios que son sujetos a dichos pagos	Fortalecer en la fase inicial de carnetización la comunicación del sistema de copagos y cuotas moderadoras, a través de capacitaciones a los usuarios.	SIAU, Desarrollo Comunitario y Aseguramiento	30/10/2008	Listado asistencia capacitaciones
Estándar I.1.I. La organización provee información básica al usuario referente a los planes de beneficios, incluyendo: Exclusiones al POS. Los medicamentos incluidos. El manejo de las prestaciones económicas.	Buscar espacios continuos de capacitación en los temas del la promoción del POS-S.	SIAU, Desarrollo Comunitario y Aseguramiento	30/08/2008	Listado asistencia capacitaciones
	Informe Análisis del plan de medios aplicado a los diferentes tipos de población afiliada (analfabetas, comunidades indígenas, diversidad cultural)	Desarrollo Comunitario	30/10/2008	Presentación Informe
Estándar I.1.J. La organización provee al usuario información acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.	Diseño de mecanismos para el despliegue al total de la población afiliada	PQR, Jefe de Aseguramiento	30/10/2008	Actas de capacitación a la comunidad en proceso de Quejas y Reclamos.
	Establecer la medición acerca del despliegue de los medios utilizados para el proceso de defensoría del usuario.	Planeación y calidad	30/10/2008	Indicadores de gestión realizada
Estándar I.1.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos	Realizar socializaciones de los procesos de mejoramiento o del Plan con el grupo involucrado.	Planeación y aseguramiento	30/10/2008	Listados de asistencia
	Buscar información de las mejores estrategias para mejorar el proceso.	aseguramiento	30/10/2008	Información recolectada
Estándar I.1.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	Realizar socializaciones de las actividades priorizadas en el Plan con los Grupos de interés y articulación de las actividades,	aseguramiento	30/10/2008	Listados de asistencia
	Costear los planes operativos en cuanto a recursos financieros y humanos y aprobarlos por la Gerencial Regional para su ejecución.	aseguramiento	30/10/2008	POA costeados y aprobados

ESTÁNDAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Estándar I.1.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	Implementar el proceso de autocontrol según resultados, buscando la participación de todo el personal	aseguramiento	30/12/2008	Proceso implementado
Estándar I.1.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	Realizar socializaciones trimestrales de los resultados obtenidos por el área al personal involucrado	aseguramiento	30/10/2008	Listados de asistencia
Estándar I.2.A. La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas relacionadas con la negación o rechazo de la solicitud de servicios de los usuarios por mal procesamiento del registro de la afiliación.	Implementación del proceso de categorización de las quejas por el ítem afiliación y registro	Defensoría al usuario	30/10/2008	Proceso documentado e implementado
	Desarrollo de modulo causa corrección en el sistema "afiliados"	Sistemas, aseguramiento y	30/10/2008	Modulo en funcionamiento
Estándar I.2.B. La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas de desafiliación y traslados de los usuarios.	Documentar en el proceso de Traslados, el diligenciamiento de la causa desafiliación.	Planeación y Aseguramiento	30/10/2008	Proceso documentado e implementado
	Implementación en modulo "Afiliados", la captura de las causas de desafiliación y traslados.	Sistemas, aseguramiento y	30/10/2008	Modulo en funcionamiento
Estándar I.2.C. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos	Realizar socializaciones de los procesos de mejoramiento o del Plan con el grupo involucrado.	Planeación y aseguramiento	30/10/2008	Listados de asistencia
	Buscar información de las mejores estrategias para mejorar el proceso.	aseguramiento	30/10/2008	Información recolectada
Estándar I.2.D. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	Realizar socializaciones de las actividades priorizadas en el Plan con los Grupos de interés y articulación de las actividades,	aseguramiento	30/10/2008	Listados de asistencia
	Costear los planes operativos en cuanto a recursos financieros y humanos y aprobarlos por la Gerencial Regional para su ejecución.	aseguramiento	30/10/2008	POA costeados y aprobados
Estándar I.2.E. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	Implementar el proceso de autocontrol según resultados, buscando la participación de todo el personal	aseguramiento	30/12/2008	Proceso implementado
Estándar I.2.F. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	Realizar socializaciones trimestrales de los resultados obtenidos por el área al personal involucrado	aseguramiento	30/10/2008	Listados de asistencia

9. CONCLUSIONES

El mejoramiento continuo es un modelo gerencial que en la actualidad es fundamental para todas las empresas porque les permite renovar los procesos administrativos que al interior se realizan, es mirar a la empresa como un organismo dinámico y en constante evolución, y propicia que las organizaciones sean más eficientes y competitivas.

El modelo del Mejoramiento continuo compromete al personal de todos los niveles de la organización.

Promueve la comunicación horizontal, vertical, y la continua retroalimentación además el liderazgo y toma de decisiones participativas

Brinda diferentes perspectivas y soluciones: “Soluciones comunes a problemas comunes”

Promueve el mejoramiento continuo como un modelo gerencial del cual todos son responsables.

Se estableció que la implementación del modelo de mejoramiento continuo al proceso de contratación, afiliación y registro generará confianza a toda la organización en el logro y mantenimiento de la calidad deseada; el determinar las fortalezas y las oportunidades de mejora con que cuenta la empresa EMSSANAR motiva hacia la consecución de la excelencia

Es importante aclarar que este trabajo se realizó con el propósito de establecer el mejoramiento continuo como un modelo gerencial dinámico que se modifica a medida que la empresa va descubriendo sus no conformidades para cumplir con la norma y que a su vez esto le permita acercarse cada vez más a cumplir con las expectativas de sus clientes.

Los resultados obtenidos en el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad en el proceso de afiliación y registro de la empresa EMSSANAR es del 73.76% lo que se interpreta como un nivel promedio alto

Los resultados obtenidos en la autoevaluación en los estándares para excelencia corresponden a un 53 % lo que refleja un buen punto de partida para la implementación de este modelo gerencial.

Por último, los resultados obtenidos en este trabajo permiten establecer que la empresa EMSSANAR cuenta con excelentes fortalezas, para adoptar el modelo gerencial del mejoramiento continuo, y establecer que estos resultados, son una herramienta base que puede utilizar para su implementación hacia metas gerenciales que se propongan sus directivos.

10. RECOMENDACIONES

Es importante señalar que la presente investigación no es un documento terminado y definitivo, los avances del mejoramiento continuo significan constantes ajustes, es por eso que se recomienda que la empresa EMSSANAR tome como base esta información que le permitirá aportar en la optimización del sistema de calidad, con la participación de la dirección y todo su equipo de trabajo, y así obtendrá mejores resultados a nivel institucional.

Los buenos resultados obtenidos al aplicar el modelo gerencial del mejoramiento continuo al proceso de contratación, afiliación y registro deberán motivar el despliegue a toda la organización a fin de generar el compromiso y la cultura del mejoramiento continuo

BILIBOGRAFIA

ALVARADO SANTANDER, Eduardo. El régimen subsidiado de salud. Fundación Crecer. Colombia. 1998. 268 p.

IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN ISO 9001, Santa Fe de Bogotá., Editorial Legis S.A, 2005, 177 p.

INFORME DE GESTION 2007, San Juan de Pasto, Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR E.S.S., 2007, 137 p.

NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC- ISO 9000. Sistemas de Gestión de la calidad Fundamentos y vocabulario. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). 2002 cap1 32p

HARRINGTON, H. James. (1997). Administración total del mejoramiento continuo. La nueva generación. Editorial Mc Graw Hill interamericana, S.A. Colombia. 257 p

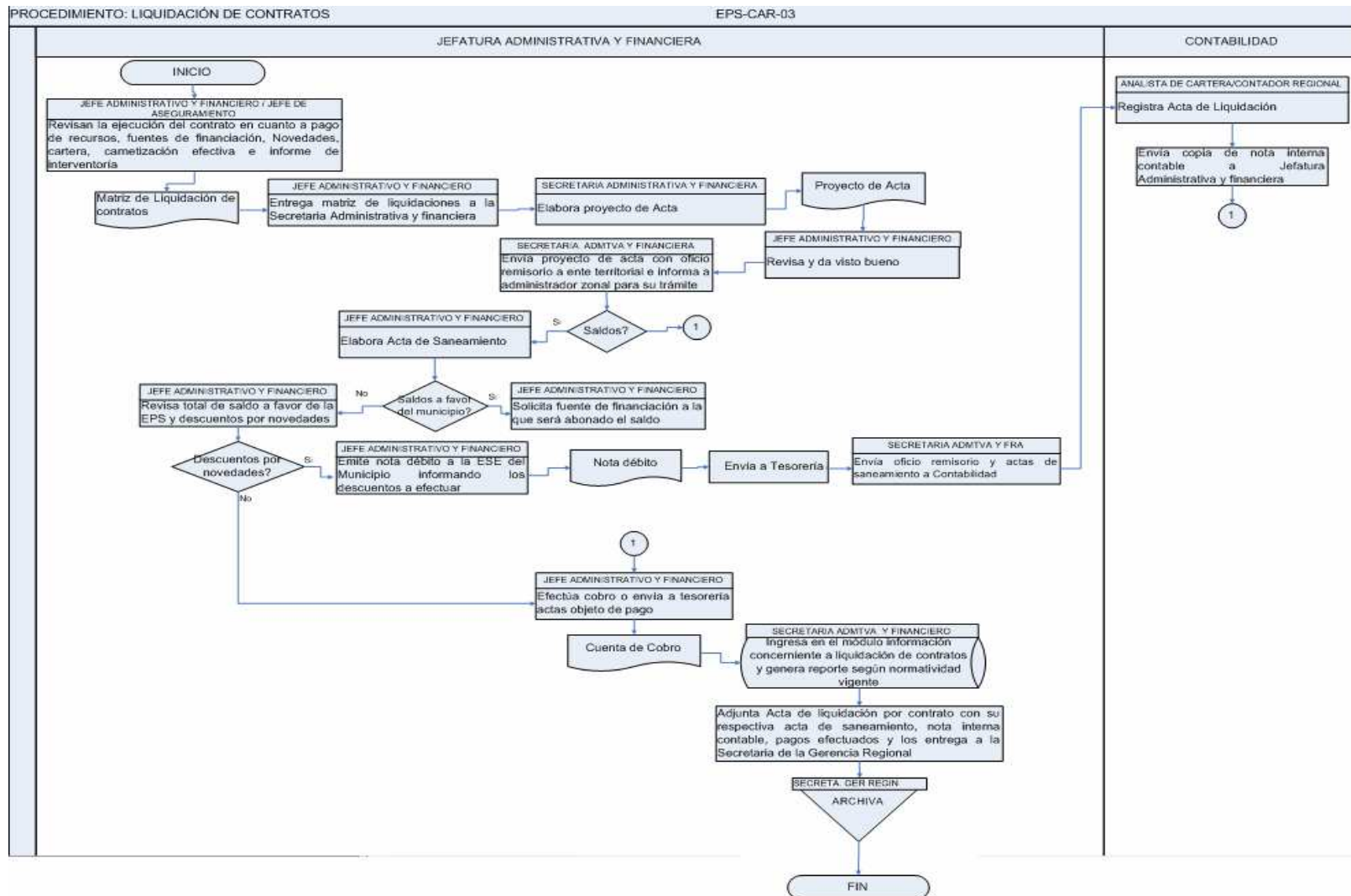
NORMAS FUNDAMENTALES SOBRE GESTIÓN DE CALIDAD Y DOCUMENTOS DE ORIENTACION PARA SU APLICACIÓN, Santa Fe de Bogotá, ICONTEC, 2006. 127p

BLANCO LUNA, Yanel. Normas y Procedimientos de la Auditoria Integral. Colombia. 1998. 173 p.

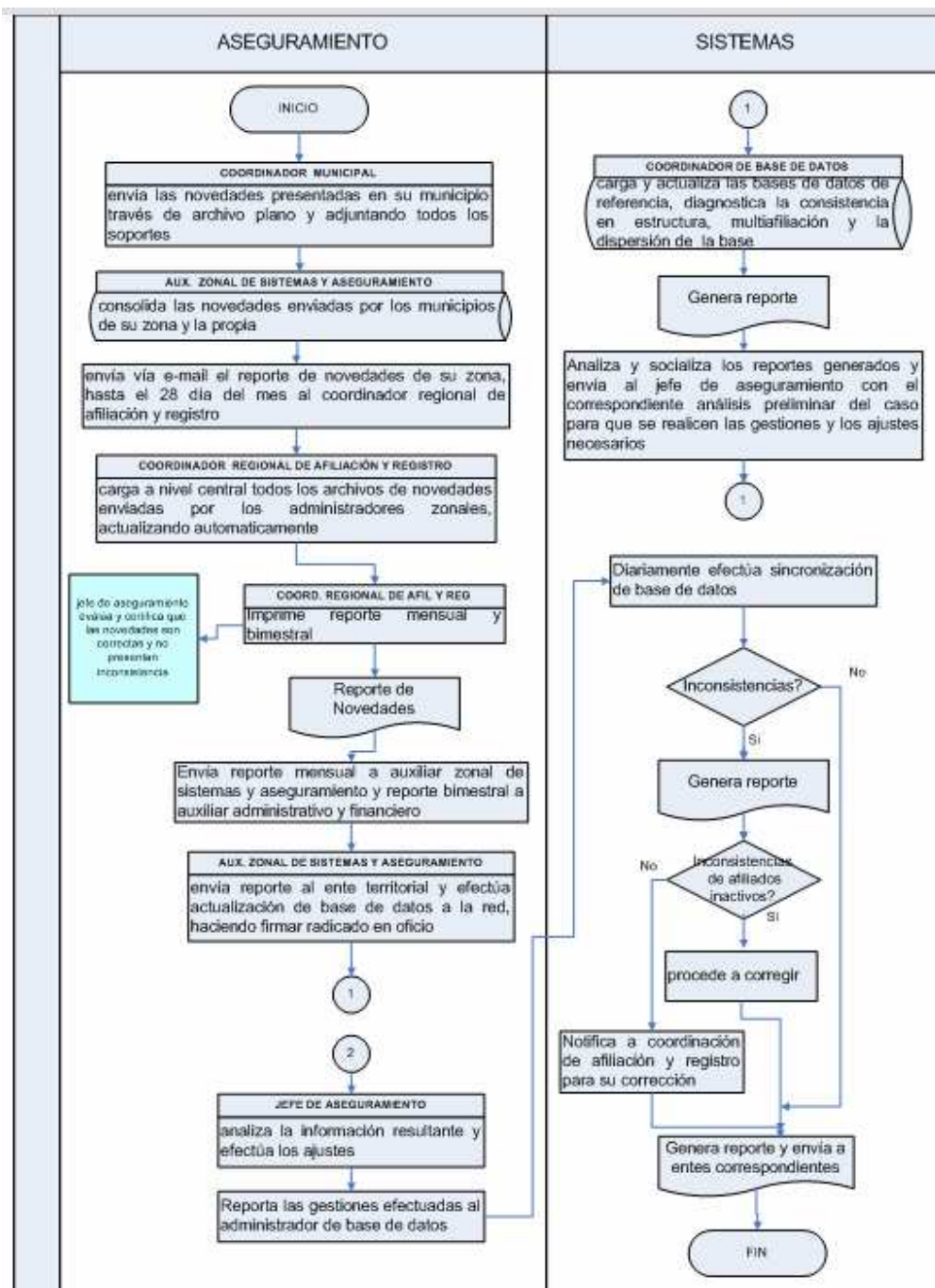
MENDEZ ALVAREZ, Carlos Eduardo, Metodología Diseño y Desarrollo del Proceso de investigación: 3 ed. Bogotá: Mac Graw Hill, 2003, 133p.

ANEXOS

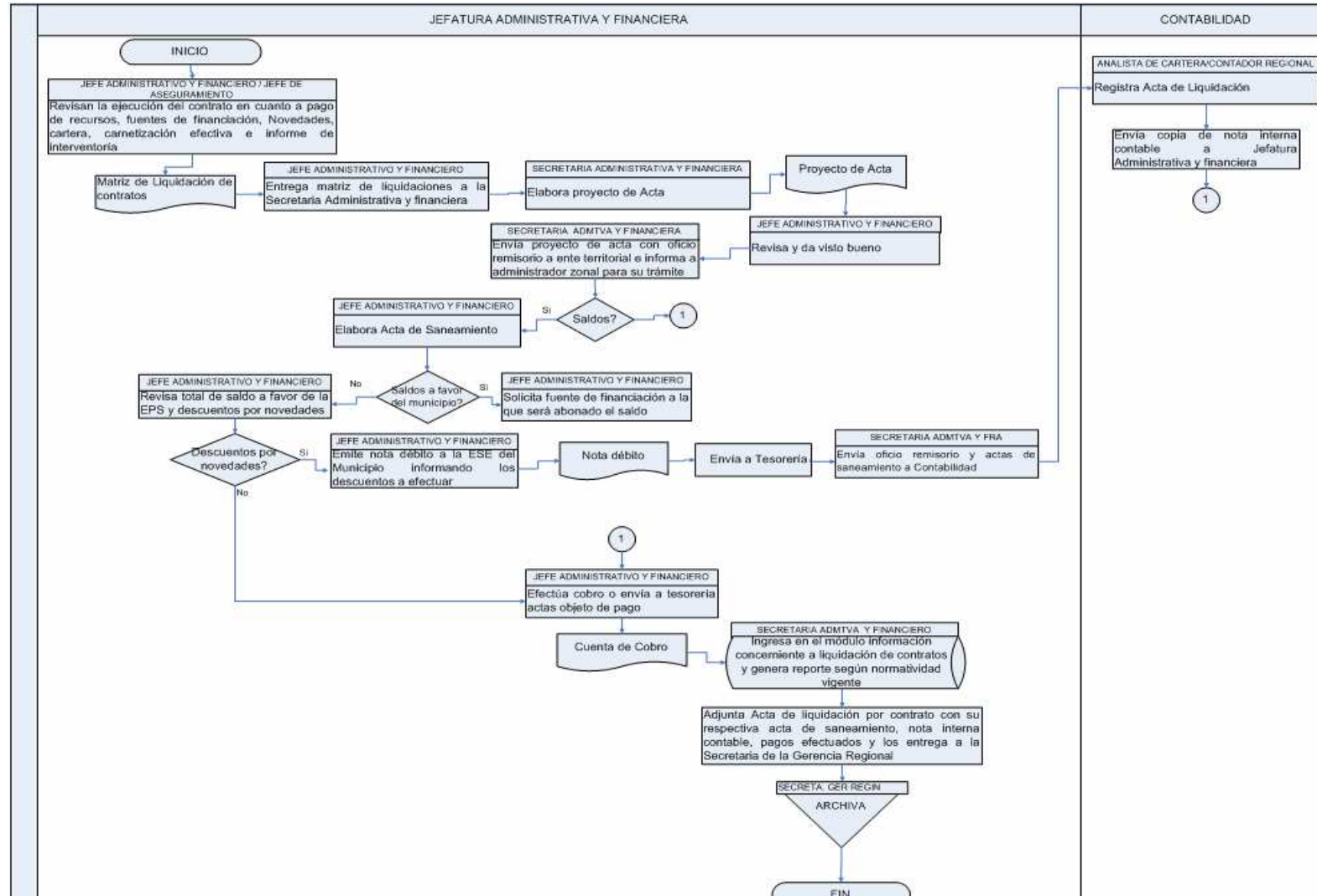
Anexo A. Diagrama de flujo: Procedimiento Liquidación de Contratos



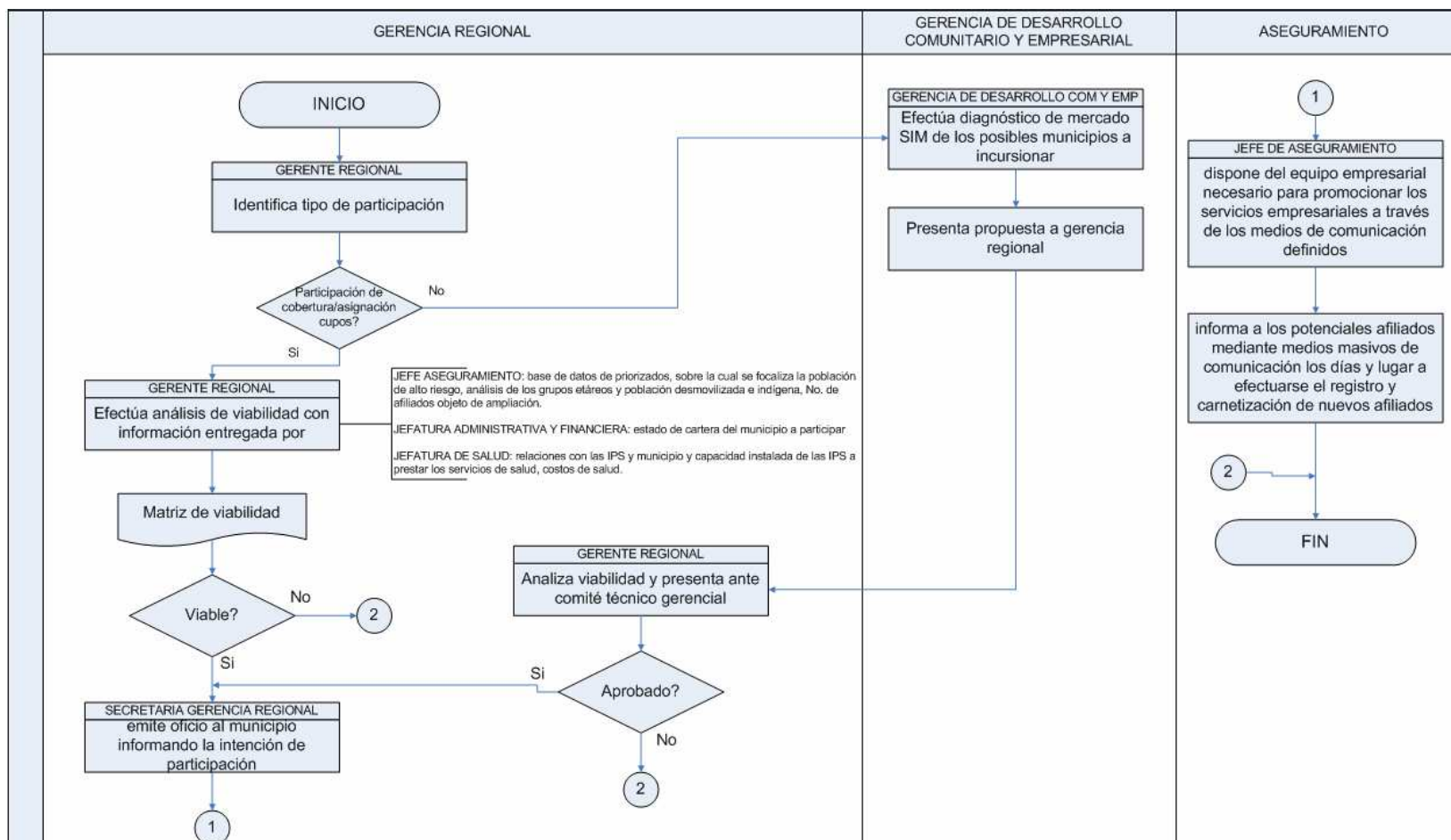
Anexo B. Administración De Base De Datos



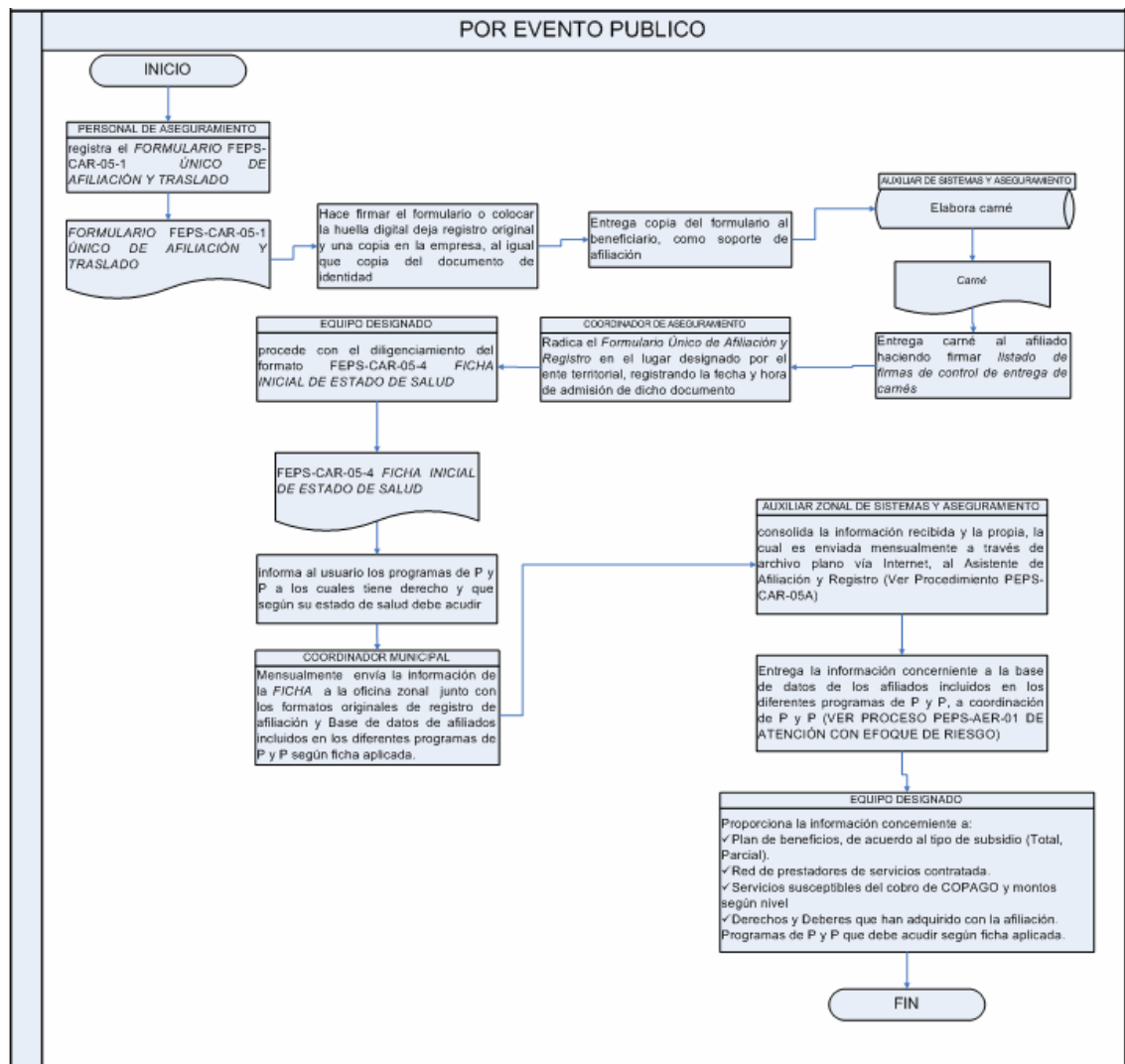
Anexo C. Diagrama de flujo: Liquidación de Contratos



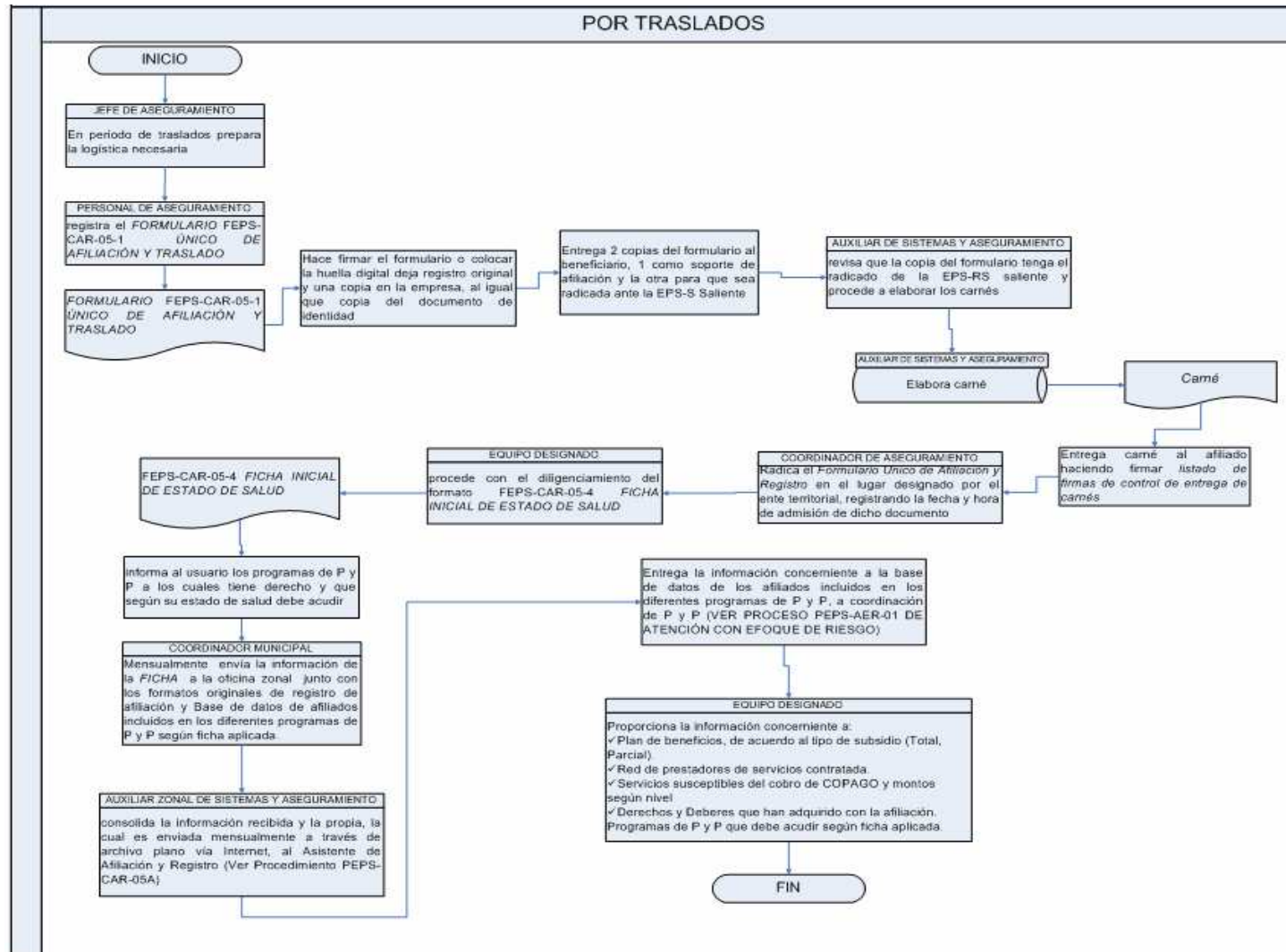
Anexo D. Diagrama de flujo: Análisis de viabilidad



Anexo E. Diagrama de flujo: Registro y carnetización evento publico



Anexo F. Diagrama de flujo: Registro y carnetización por traslado



Anexo G. Diagrama de flujo: Registro y carnetización por resolución

