

**DOCUMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LOS NUEVOS PROCESOS DE
COOEMSSANAR I.P.S.**

CRISTHIAN GERMAN VILLOTA REVELO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**DOCUMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LOS NUEVOS PROCESOS DE
COOEMSSANAR I.P.S.**

CRISTHIAN GERMAN VILLOTA REVELO

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al titulo de
Administrador de Empresas**

**ASESOR:
JULIO IGNACIO GARZON N.**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**“Las ideas y conclusiones aportadas en el presente trabajo son de
responsabilidad exclusiva de su autor”**

**Artículo 1º del Acuerdo No. 327 del 11 de octubre de 1966, emanado del
Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Octubre de 2008

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. OBJETIVOS.....	18
1.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA (a partir de la ley 100 de 1993)	19
2.2 LOS PROCESOS	28
2.2.1 Que son los procesos	28
2.2.2 Algunos elementos del diagnóstico:.....	29
2.2.3 Clases de procesos.	31
2.2.4 Gerencia por procesos.....	33
2.2.5 Caracterización de procesos.....	33
2.2.6 Cadena de valor:.....	34
2.2.7 Mejoramiento de los procesos:	36
2.3 NORMAS ISO 9000	40
2.3.1 Que es ISO	40
2.3.2 La familia de las normas ISO 9000	40
2.3.3 Funciones de las normas ISO 9000	41
2.4 NORMA ISO 9001	42
2.4.1 Certificación en gestión de la calidad.....	42
2.4.2 Principios de la norma de calidad	43
3. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.....	45
3.1 RESEÑA HISTÓRICA.....	45
3.2 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	50
3.2.1 Misión.....	50
3.2.2 Visión	51

4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	56
4.1 METODOLOGÍA DE LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	56
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS.....	59
4.2.1 Procesos vitales de la unidad de negocio “COOEMSSANAR IPS”.....	59
4.2.2 Proceso de recaudos.	62
4.2.3 Proceso de planeación de la atención.	72
4.2.4 Proceso de atención ambulatoria en salud.	81
4.2.5 Proceso de administración de la contratación.....	91
4.2.6 Proceso posventa.	99
4.3 SISTEMA DE CALIDAD.....	111
5. CONCLUSIONES	115
6. RECOMENDACIONES	116
BIBLIOGRAFÍA.....	117
NETGRAFÍA	120

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Las familias de las normas ISO 9000.....	41
Cuadro 2. Cobertura por departamento y cantidad de afiliados.....	49
Cuadro 3. Recaudos	53
Cuadro 4. Planeación de la atención	53
Cuadro 5. Atención ambulatoria en salud	54
Cuadro 6. Administración de la contratación	55
Cuadro 7. Procesos de Cooemssanar IPS	60

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama de un proceso.....	30
Figura 2. Proceso mercadeo de servicios quirúrgicos (ejemplo).....	31
Figura 3. Proceso atención hospitalaria (ejemplo)	32
Figura 4. Cadena de valor	34
Figura 5. Ciclo PHVA	40
Figura 6. Diagrama de una concesión de certificación de calidad ISO 9001	43
Figura 7. Esquema del proceso de la gestión de calidad.....	44
Figura 8. Estructura organizacional:	51
Figura 9. Organigrama que posee cada IPS.....	52
Figura 10. Estructura orgánica de esta unidad estratégica de negocio	52
Figura 11. Diagrama estrategia empresarial de EMSSANAR.....	56
Figura 12. Cadena de valor antes del trabajo realizado.....	61
Figura 13. Cadena de valor después del trabajo realizado.....	62
Figura 14. Diagrama de flujo según formato 6.....	69
Figura 15. Diagrama de flujo según formato 12.....	80
Figura 16. Diagrama de flujo del proceso de atención ambulatoria	88
Figura 17. Diagrama de flujo según formato 24	96
Figura 18. Primer borrador del diagrama de flujo del proceso de posventa.....	101
Figura 19. Diagrama de flujo según formato 30.	110

LISTA DE FORMATOS

	Pág.
Formato 1. Formalización de procesos.....	63
Formato 2. Presentación.....	64
Formato 3. Documentación.....	66
Formato 4. Puntos de Control.....	67
Formato 5. Interacción con otros Procesos	68
Formato 6. Políticas	69
Formato 7. Formalización de procesos.....	72
Formato 8. Presentación.....	73
Formato 9. Documentación.....	75
Formato 10. Puntos de Control.....	76
Formato 11. Interacción con otros procesos.....	77
Formato 12. Políticas	79
Formato 13. Formalización de procesos.....	81
Formato 14. Presentación.....	82
Formato 15. Documentación.....	84
Formato 16. Puntos de Control.....	85
Formato 17. Interacción con otros Procesos	86
Formato 18. Políticas	89
Formato 19. Formalización de procesos.....	91
Formato 20. Presentación.....	92
Formato 21. Documentación.....	93
Formato 22. Puntos de Control.....	94
Formato 23. Interacción con otros procesos.....	95
Formato 24. Políticas	97
Formato 25. Formalización de procesos.....	102
Formato 26. Presentación.....	103

	Pág.
Formato 27. Documentación.....	105
Formato 28. Puntos de control.....	106
Formato 29. Interacción con otros procesos	107
Formato 30. Políticas	109

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS	122
Anexo B. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS	123
Anexo C. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS	124
Anexo D. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS	125
Anexo E. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS	126
Anexo F. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS.....	127
Anexo G. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS.....	128
Anexo H. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS	129
Anexo I. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS.....	130
Anexo J. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS.....	131
Anexo K. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PRIMARIOS	132

RESUMEN

La presente investigación presentó la documentación y construcción de los procesos de recaudos, planeación de la atención, atención ambulatoria en salud, administración de la contratación y posventa que COOEMSSANAR IPS presenta, en el segundo semestre del año 2007. el tipo de investigación que se utilizó es cualitativo porque requiere describir sucesos que no se pueden cuantificar en su medio natural, y cuantitativo porque se hace referencia a eventos medibles, para lo cual se desarrollaron entrevistas informales y se interactuó directamente, tanto con las personas involucradas dentro de los diferentes procesos, así como con las personas que reciben el servicio, lo que permitió generar espacios de recolección de información, retroalimentación de esta y viabilidad de acciones a seguir para el desarrollo del mismo. los objetivos fueron cumplidos realizando el correcto levantamiento de la información obtenida por las personas que se encuentran directamente relacionadas con el funcionamiento de los procesos, analizando de manera efectiva y eficaz el diagnostico de la empresa, construyendo las caracterizaciones pertenecientes a cada proceso, elaborando la documentación de cada uno de los procesos presentes en la institución, proponiendo y reestructurando las diferentes formatos de ayuda para los procesos.

ABSTRACT

The present investigation presented the documentation and construction of the processes of recaudos, planning of the attention, ambulatory attention in health, administration of the contracting and post-sale that COOEMSSANAR IPS presents, in the second semester of the year 2007. the type of investigation that was utilized is qualitative because requires to describe events that themselves cannot be quantified in their natural middle, and quantitative because refers to measurable events, for which they developed informal interviews and interacted directly, so much with the people involved inside the different processes, as well as with the people that receive the service, what permitted to generate information harvesting spaces, feedback Of this and viability of actions to continue for the development of the same one. The objectives were polite carrying out the correct lifting of the information obtained by the people that are found directly related to the operation of the processes, analyzing in an effective way and efficient the I diagnose of the business, building the characterizations belonging to each process, devising the documentation of each one of the present processes in the institution, proposing and restructuring the different formats of aid for the processes.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ASOCIACIONES MUTUALES. Personas jurídicas de derecho privado, sin ánimo de lucro, constituidas libre y democráticamente e inspiradas en la solidaridad, con el objeto de brindarse ayuda recíproca frente a riesgos eventuales y satisfacer sus necesidades mediante la prestación de servicios de seguridad social.

ARS. Administradora del Régimen Subsidiado,

ASOCIADO. Toda aquella persona natural o jurídica que cumpla con los requisitos señalados en los estatutos para ser parte de la organización mutual como dueños, teniendo en cuenta los preceptos de la economía solidaria.

CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO. Conjunto de mecanismos e instrumentos de que disponen los administradores de la organización, para maximizar su valor como entidad, reconocer y hacer posible el ejercicio de los derechos de los grupos de referencia y de interés, y dar transparencia a las actuaciones de los órganos directivos y los funcionarios de la organización en todos sus niveles, estableciendo las obligaciones y responsabilidades de la junta directiva en aras del logro de tales derechos.

COPAGO. El aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio del POS-S solicitado por el afiliado al régimen subsidiado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema.

EMSSANAR. Empresa Solidaria de Salud de Nariño.

ESS. Empresa Solidaria de Salud.

IPS. Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MUTUALISMO. Sistema solidario de servicios mutuos, fundado en la asociación voluntaria de personas que se unen con objetivos comunes de ayuda recíproca.

POS-S. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, son los servicios de salud a los que se tienen derecho.

P y P. Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

SGSSS. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SISBEN. Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios, encuesta que se utiliza para identificar y clasificar a las personas mas pobres que tienen derecho al subsidio de salud o a otros subsidios.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de la Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR ESS es brindar servicios de salud a sus afiliados, por tal razón es importante implementar un sistema de gestión de calidad para mejorar la calidad de los procesos, en este caso de los procesos internos de COOEMSSANAR IPS.

Cuando una empresa u organización desea implementar un sistema de calidad, le proporcionará herramientas para mejorar su desempeño, productividad y coordinación. Un elemento muy importante es que, además logrará obtener la satisfacción del cliente, orientando su misión y visión hacia las expectativas de los mismos y ayuda a brindar confianza a la gerencia para lograr y mantener la calidad esperada de una manera continua. Para brindar un servicio acorde a las necesidades y expectativas de los clientes, es importante la existencia de un sistema que permita controlar, administrar y asegurar la calidad.

Así, la empresa u organización puede conseguir la certificación del sistema de calidad, de acuerdo a los estándares establecidos por las normas ISO.

Básicamente, la norma ISO 9001, son un conjunto de reglas de carácter social y organizativo para mejorar y potenciar las relaciones entre los miembros de una organización, cuyo último resultado, es mejorar las capacidades y rendimiento de la organización, y conseguir un aumento por este procedimiento de la calidad final del producto.

Este conjunto de reglas, nace de la fusión del método científico -hipótesis (planes), prueba (proceso), tesis (datos y gestión) y de volver a empezar (mejora continua) - y las filosofías orientales bajo el maquillaje de sociología -primacía del grupo, liderazgo, participación -, a las que se ha añadido un poco de teoría económica - enfoque hacia el cliente- y de auténtica sociología -participación y relaciones-.

Este tipo de metodología, produce un aumento de la calidad final del producto, y mejora la capacidad de la empresa a un bajo coste. No cuesta nada llevarse bien con los miembros de la organización.

Obtener la certificación ISO 9001, es tarea de todos los integrantes de la empresa, y produce satisfacción entre sus miembros.

La presentación de este plan, inicia primordialmente de la necesidad de la empresa u organización en cuanto a insatisfacciones en el servicio, falta de seguimiento y atención al cliente (factor importante en una empresa prestadora de

servicios), así pues, existe la necesidad de mejorar los servicios, reducir errores y defectos y mejorar la productividad y que se verán enfocados en la ventaja competitiva en el mercado alcanzando estándares de calidad.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Documentar, construir y reestructurar los procedimientos que hacen parte del proceso de atención ambulatoria en salud que COOEMSSANAR IPS posee.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantamiento de información, diagnóstico, caracterización, documentación, levantamiento de formatos y acompañamiento en el proceso de Recaudos de la IPS.
- Levantamiento de información, diagnóstico, caracterización, documentación, levantamiento de formatos y acompañamiento en el proceso de Planeación de la Atención de la IPS.
- Levantamiento de información, diagnóstico, caracterización, documentación, levantamiento de formatos y acompañamiento en el proceso Atención Ambulatoria en Salud de la IPS.
- Levantamiento de información, diagnóstico, caracterización, documentación, levantamiento de formatos y acompañamiento en el proceso Administración de la Contratación de la IPS.
- Levantamiento de información, operacionalización de las variables y documentación del proceso de Postventa en la IPS

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA (a partir de la ley 100 de 1993)

El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia”¹

Organización: En Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos.

En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

- El Régimen Contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:
 - a.- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.
 - b.- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de

¹ www.saludcolombia.com/actual/Organización

competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS).

- c.- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes. Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares.
 - d.- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.
- El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Se basa igualmente en cuatro puntos:
 - a.- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos. Impuestos adicionales al petróleo deben fortalecer este fondo. Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.
 - b.- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.
 - c.- Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.
 - d.- La cobertura en servicios del seguro Subsidiado se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del Contributivo en el año 2002. Mientras tanto los

servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.

Avances y dificultades:

1994. Año de cambio de Gobierno. El Gobierno saliente dedica la primera mitad del año a expedir las normas reglamentarias, incluida la reforma del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno entrante se decide, tras varias discusiones de sus asesores y con algunas observaciones, a implementar la reforma y no modificar la ley.

1995. Año de inicio de la implementación. En el régimen contributivo se autorizan la primera decena de aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud - EPS), buena parte provenientes de las empresas privadas de medicina prepagada y de los grupos económicos más poderosos.

Los empleados públicos y sus entidades de previsión se resisten a entrar en el nuevo sistema común, dando lugar a normas especiales de adaptación para algunas de estas entidades, otras se convierten en EPS y la mayoría se liquidan.

Al finalizar el año, las EPS cuentan con cerca de un 1.000.000 de afiliados, sin tener en cuenta las instituciones públicas transformadas, que se acercan a otro millón de afiliados.. El Instituto de Seguros Sociales promueve la medicina familiar para pasar de 5.500.000 a 12.000.000 de usuarios, pero en realidad tan solo tiene inscritas y demandan servicios cerca de 6.600.000 de personas para el final del año. La cobertura del régimen contributivo asciende del 19% al 22% de la población colombiana.

En el régimen subsidiado se plantea un ejercicio transitorio, para que los Servicios de Salud Departamentales actúen provisionalmente, por un año, como aseguradoras, promuevan la identificación de los estratos más pobres de la población en cada municipio del país y les otorguen un carné del Régimen Subsidiado, inicialmente con base en sus recursos de oferta y los restantes con base en los nuevos recursos de los municipios y los recursos nacionales del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Una maratón gigantesca de encuestas, familia por familia, se inicia en todo el país con el apoyo de gobernadores y alcaldes, de modo que al finalizar el año se tenían identificadas un millón y medio de familias por debajo del nivel de pobreza, para un total de 6.200.000 de personas, de las cuales fueron carnetizadas 4.680.000. La mitad fueron financiadas con nuevos recursos.

Al finalizar 1995 el Gobierno decide dar por finalizado el ejercicio transitorio y ordena que la afiliación al régimen Subsidiado se haga a través de Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS (EPS, Cajas de Compensación

Familiar y Empresas Solidarias de Salud, estas dos últimas pueden convertirse en aseguradoras sin cumplir prácticamente ninguno de los requisitos exigidos a las Empresas Promotoras de Salud), mediante concurso que cada departamento debe abrir para asignar los afiliados y firmar contratos de aseguramiento. Para ello deben utilizarse únicamente los nuevos recursos.

La cobertura en servicios del seguro subsidiado se disminuye, sobre el entendido de que los tratamientos no cubiertos quedan a cargo de los Hospitales Públicos, con base en los viejos recursos que aún reciben. Queda cubierta la atención de primer nivel, la atención materno-infantil en todos los niveles y las enfermedades de alto costo por un mecanismo de reaseguro (cáncer, sida, trasplantes, etc.)

1996 Año de ajustes. En el régimen contributivo, treinta Entidades Promotoras de Salud entran a competir por los afiliados. El Gobierno, debilitado por una crisis interna se apoya en los sindicatos con el nombramiento como Ministro de Trabajo de un líder sindical, precisamente proveniente del Instituto de Seguros Sociales, entidad que fortalecida políticamente se resiste a entrar en el Sistema, sobre la base del recaudo único y la UPC única, afirmando que, después de tres años de expedida la ley, no ha podido contabilizar los recaudos ni los afiliados.

Las EPS con baja afiliación tienen un porcentaje de gastos administrativos muy elevados y la iliquidez de algunas comienza a ser evidente, por la mora en el pago a hospitales y clínicas. Al finalizar el año las EPS cuentan con 2.300.000 afiliados efectivos y el ISS presta servicios aproximadamente a 7.000.000 de personas. La cobertura del régimen contributivo asciende del 22 al 27% de la población.

Las quejas de los ciudadanos por los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio comienzan a ser constantes y muchas demandas son ganadas en los tribunales contra las respectivas Entidades Promotoras de Salud, en defensa del derecho constitucional a la vida y a la salud, hecho que inquieta gravemente a las administradoras y posteriormente al Ministerio, que por fallo legal debe asumir estos servicios no calculados en el costo del plan obligatorio de salud, como los medicamentos para el SIDA.

El gremio médico, por su parte, se queja de haber sido empobrecido por el Sistema, debido a las bajas tarifas que pagan las EPS. Las Clínicas y hospitales se quejan igualmente, pero los análisis muestran que sus déficit se deben más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas que el Sistema permite.

En el régimen subsidiado el concurso y la libertad de elección de cada familia, originan un proceso lento de inscripción, por lo que al final del año la cobertura es de poco más de cinco millones de personas, o sea el 13% de la población. El Sistema en conjunto cubre cerca del 40% de la población.

Los Hospitales Públicos contratados por las administradoras no cumplen a cabalidad con sus obligaciones para con los afiliados y muchos pretenden cobrar a los mismos los servicios no incluidos en el seguro, que por norma debían asumir de su presupuesto. A su vez los Hospitales se quejan de que las Administradoras no pagan oportunamente, ni carnetizan a todos los afiliados, por lo que obtienen un enorme margen de utilidad y estas señalan que los Alcaldes no pagan a tiempo los contratos de aseguramiento.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluye los primeros procedimientos quirúrgicos de alta frecuencia en el seguro subsidiado, una vez demostrada por estudios la baja demanda de servicios y las enormes utilidades de las Administradoras, es decir el grave error del cálculo inicial del Plan, por sobrestimación de la demanda, de la posibilidad de prestación efectiva de servicios y por tanto del costo del paquete.

Al finalizar el año se expide una ley que ordena de nuevo y al mismo tiempo cuantifica el retiro gradual de los presupuestos a los Hospitales Públicos en los siguientes cuatro años, recursos que deben permitir aumentar el aseguramiento de la población pobre en el régimen subsidiado.

1997 Año de consolidación del Sistema, crucial para que éste pasara la prueba definitiva de sus contradicciones, en medio de un amplio debate sobre sus ventajas y deficiencias, que llega incluso a los altos tribunales.

La cuenta de ingresos del Sistema en el Régimen Contributivo es superior a la de pagos a las EPS por capitación, pero solo se reconoce un aumento de la UPC equivalente a la inflación, dado que la EPS más grande, el Instituto de Seguros Sociales aún no presentaba cuentas de ingresos y afiliados. Entre tanto, el Consejo Nacional de Seguridad Social, más que nada debido a los continuos pronunciamientos de la Corte Constitucional, aprueba la inclusión de los medicamentos para el SIDA en el plan obligatorio de salud, sin un incremento correlativo del valor de la unidad de capitación.

Posteriormente la Corte Constitucional, en una decisión salomónica, que da por terminada la discusión sobre la legalidad o no de las limitaciones del Plan Obligatorio de Salud, deja vigente las restricciones del mismo en cuanto a procedimientos y medicamentos, pero señala que éstas no podrán ser aplicadas si corre riesgo la vida del paciente. Ante tal decisión, el Consejo Nacional de Seguridad Social al finalizar el año flexibiliza el Formulario de medicamentos del seguro obligatorio.

Algunas EPS muestran pérdidas muy importantes en el balance de 1996 y frenan la afiliación. Se preveía un número menor de las mismas con un promedio mucho mayor de afiliados que las hiciera rentable. Se producen las primeras bajas entre las administradoras. Aquellas que entraron con fuerza al régimen subsidiado

muestran utilidades operativas en su segundo año de operación. En general, las pérdidas operacionales de las EPS privadas se reducen de 40 millones de dólares en 1996 a 4 millones de dólares en 1997.

Las EPS privadas, al finalizar el tercer año de operación han logrado apoderarse de un tercio del mercado y el Seguro Social permanece con dos tercios de los afiliados. El Instituto de Seguros Sociales es obligado finalmente por los altos tribunales a cruzar cuentas con el Sistema. La cobertura del Régimen Contributivo se incrementó durante el año a pesar de la crisis económica y el incremento del desempleo. Alcanza 14 millones de afiliados, pero tan solo 12,500,000 efectivos, pagando cada mes.

El Régimen Subsidiado presenta muchas más dificultades durante el año. Los Hospitales públicos comienzan a mostrar su descontento por la reducción del 15% de los aportes nacionales, pues no todos logran facturar esa proporción a las administradoras, fundamentalmente los especializados, cuyos servicios en su gran mayoría no son cubiertos por el seguro subsidiado.

Los trabajadores de la salud amenazan con la huelga por aumentos salariales en cuatro oportunidades y logran paralizar los hospitales en dos de ellas. El Gobierno se ve forzado a transferir algunos recursos adicionales y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluye nuevos procedimientos en el seguro subsidiado que permitan incrementar los ingresos de los Hospitales de segundo y tercer nivel.

Es evidente que los enormes recursos del aseguramiento de la población pobre no llegan a traducirse ni en un 30% en ingresos de los hospitales por venta de servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado. La demanda de servicios de los afiliados resulta muy inferior a la calculada. Sin embargo, muchas Administradoras presentan serios problemas financieros debidos al incumplimiento en los pagos por parte de los municipios.

El grave problema de liquidez acaba afectando también a los hospitales, por la mora en el pago por parte de las Administradoras, pero fundamentalmente porque la baja demanda de los afiliados no les permite una adecuada facturación. Los beneficios a los afiliados parecen progresar con mucha más lentitud de lo esperado.

El régimen subsidiado alcanza, sin embargo, los 7.000.000 de afiliados al finalizar el año, con importantes diferencias en la cobertura de la población pobre en las distintas regiones del país.

1998 Año de la crisis hospitalaria. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprueba nuevamente el incremento de la Unidad de Capitación a las EPS en el mismo valor del salario mínimo, pero por primera vez dejando constancia de

que este valor del seguro por afiliado es suficiente, de conformidad con los estudios realizados.

Un importante análisis sobre la facturación y cartera de los hospitales públicos realizado por la Superintendencia de Salud revela que mientras los hospitales de Primer Nivel de Atención (generales) logran el 39% de sus ingresos por ventas a las Administradoras del Régimen Subsidiado, los hospitales de II Nivel (especializados) tan sólo logran el 18% y los de tercer nivel (universitarios) el 12%.

Cifras posteriores sobre la ejecución presupuestal de los hospitales divulgadas por Salud Colombia revelan igualmente que entre 1993 y 1997 el presupuesto de los hospitales de I Nivel se ha incrementado en pesos constantes un 162%, mientras que el de los hospitales de II Nivel creció en un 92% y el presupuesto de ingresos de los hospitales de III nivel tan sólo se incrementó en un 53% en el mismo período. En el mismo lapso el Gobierno dictó incrementos salariales del 65% en pesos constantes.

Esta descompensación, evidentemente estructural, ha sido originada en normas sucesivas del Gobierno Nacional, desde la Ley 10 de 1990 hasta la Ley 344 de 1996 y el POS Subsidiado, que han dejado en evidente desventaja a los hospitales de mayor complejidad. Esta es la principal causa de la crisis financiera de los hospitales de II y III nivel, sumada a las limitaciones en la facturación y cobro de servicios a las aseguradoras y los problemas de eficiencia de algunas de estas instituciones.

La situación de iliquidez de los hospitales se agrava aún más debido a que el periodo promedio de cobro de las cuentas a las aseguradoras se acerca a los seis meses. El Gobierno toma medidas para exigir el pago oportuno a las aseguradoras pero no corrige el problema estructural de financiamiento ni por la vía de la oferta ni por la vía de la demanda.

El Gobierno saliente ajustó su meta de afiliados del Régimen Subsidiado a 8.000.000 de afiliados, de los 12 millones prometidos en el Plan de Gobierno y cumplió con dicha cifra al acabar su período. El régimen contributivo no crece durante el año debido a la crisis económica y el desempleo. Sin embargo, la mayoría de las EPS privadas alcanzan el equilibrio operativo, aunque algunas entran en serias dificultades financieras.

El Gobierno entrante da a conocer su Plan de Salud, reafirmando que seguirá implementando El Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, no se compromete con cifra alguna y anuncia severos ajustes en el Régimen Subsidiado, donde denuncia existen grandes irregularidades, fugas de recursos y exceso de ganancias de las Administradoras, por lo que decide disminuir el

margen de administración de estas organizaciones y ordena auditorías sobre las mismas.

Igualmente anuncia planes para combatir la evasión y la elusión de aportes en el Régimen Contributivo, que ponen en riesgo el equilibrio financiero del Sistema y no permiten aumentar la cobertura.

En suma, la cobertura de la seguridad social en salud alcanza la mitad de la población colombiana (20 millones de habitantes). Las posibilidades de cubrir al resto de la población parecen cada día más distantes, en el régimen contributivo debido a la recesión económica y en el subsidiado por los nuevos recortes en los aportes del Gobierno debidos al ajuste fiscal.

1999 Año de la caída de las EPS públicas. El año comienza con la decisión del Consejo Nacional de Seguridad Social de no aumentar la Unidad de Capitación del Régimen Subsidiado, que significa una reducción real del 15% de su valor en pesos constantes. Entre tanto se debaten reformas a la Ley, presionadas por el gremio médico, hospitales y sindicatos, con algún apoyo del Gobierno.

Estas pretenden acabar con la intermediación o aseguramiento especialmente en el régimen subsidiado, pero no tienen éxito.

Adicionalmente, para este año el 35% de los recursos de oferta que financiaban los hospitales públicos debe transformarse en subsidios, norma que no tiene en cuenta distintas situaciones regionales de recursos para atender a la población pobre, ni la cobertura alcanzada del Régimen subsidiado en cada departamento, por lo que se prevé que la crisis financiera se agravará y alcanzará un grupo mayor de hospitales especializados y universitarios. En este punto, hospitales y sindicatos logran incluir en el Plan de Desarrollo del nuevo gobierno la congelación en el 35% de la transformación de subsidios de la oferta a la demanda, para evitar la quiebra total de los hospitales.

Una serie de Foros por diversas regiones del país, proyectados para buscar consenso respecto a los ajustes que requiere la Ley, curiosamente logra el consenso, no sobre la necesidad de cambiar la Ley, sino sobre la inconveniencia de hacerlo y, en lugar de ello, sugiere mejorar el proceso de implantación y las normas reglamentarias. En este punto, una Ley que ha pasado tres gobiernos consecutivos y superado todos los ataques se constituye en una verdadera política de Estado.

El Plan de Desarrollo del Gobierno, aprobado por Ley, ordena que los Hospitales Públicos reestructuren sus plantas de personal, flexibilicen su sistema de contratación, mejoren su gestión, y adecuen los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad. Aquellos que no se reestructuren deberán liquidarse. Es decir, los hospitales deben reducir su planta de personal de

tal forma que ajusten los gastos de cada institución a los ingresos posibles y así se garantice su sostenibilidad.

En el Régimen Subsidiado, el Gobierno reduce sustancialmente los aportes para el financiamiento, en razón de la crisis fiscal, al mismo tiempo que frena los giros a los territorios, denunciando severa corrupción en el mismo, e inexistencia de un gran número de afiliados. Solicita las bases de datos de los afiliados como condición para los giros de recursos a todos los municipios del país y finalmente acaba pagando igual número. No contento con ello vuelve a anunciar que no pagará el año siguiente ningún afiliado al Régimen Subsidiado sin documento de identidad, decisión que si plantea un serio problema para la población más pobre.

El Ministerio de Salud norma con detalle las actividades obligatorias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que deben realizar las aseguradoras en los dos regímenes, puesto que los estudios demuestran la baja cobertura y cumplimiento de estos programas, así como el empeoramiento de los indicadores nacionales. Sin embargo insiste en pagarles y obligarles a cumplir en lugar de reforzar la acción del Estado en el campo de la salud pública.

La crisis financiera de los hospitales continúa agravándose y algunos de ellos se ven obligados a cerrar sus puertas temporal o definitivamente, creando una severa crisis nacional de la atención en salud que afecta severamente a buena parte de la población. El Gobierno insiste en que reduzcan el personal y los gastos para lograr el equilibrio y tan sólo aporta nuevos recursos para pagar los despidos de trabajadores.

Las EPS públicas acentúan sus crisis, aumentan sus pérdidas y su iliquidez.

Suspendidas por la Superintendencia de Salud, no pueden incorporar nuevos afiliados ni siquiera para sustituir los que se retiran. De esta forma, las EPS privadas (con 6.314.649 afiliados) superan al finalizar el año al Instituto de Seguros Sociales, que muestra un deterioro progresivo en sus cifras de afiliados (5.875.779) y en los resultados financieros. Se producen los primeros documentos oficiales que señalan la necesidad de una profunda reestructuración del mismo o la posible liquidación de la EPS del ISS. Al finalizar el año las EPS privadas muestran resultados financieros francamente favorables en conjunto. A pesar de la severa recesión económica la afiliación al Régimen Contributivo presenta un ligero aumento al finalizar 1999.

En el Régimen Subsidiado, y para dar respuesta tanto a las denuncias e investigaciones por manejos irregulares por parte de algunas ARS, como a los señalamientos de incapacidad técnico-financiera de muchas de las pequeñas Empresas Solidarias, el Gobierno expide una nueva norma que incrementa los requisitos de afiliados mínimos y capital para las Administradoras del Régimen Subsidiado, prácticamente hasta alcanzar los mismos niveles de las EPS. El

Régimen subsidiado cierra el año con nueve millones de afiliados, que sumados a los poco más de 13 millones del contributivo y al millón de personas cubiertas por los regímenes especiales, significan una cobertura del 55% de la población.

2000 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprueba un incremento de la Unidad de Capitación en el Régimen Contributivo y Subsidiado que únicamente compensa la inflación del año anterior. Dicho incremento en la práctica congela la Unidad de Capitación del Régimen Subsidiado en el 50% de la UPC del Régimen Contributivo e igual su Plan de beneficios en la mitad del plan del régimen contributivo. Esta decisión del Consejo se convierte en el reconocimiento implícito de que no se cumplirá con los propósitos de igualar los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y universalizar la cobertura de la seguridad social en salud antes del año 2001, claramente establecidos en la Ley 100 de 1993.

La gravedad del asunto reside, sin embargo, en el hecho de que ni siquiera existan planes reformulados, que a partir de reconocer las dificultades presentadas, tracen nuevas metas y propongan nuevos plazos para cumplir el gran objetivo de equidad y universalidad prometido en la Constitución y la Ley.

“El desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) constituye la columna vertebral de exigencias en materia de requisitos para la prestación de servicios de salud y es el resultado de decisivos decretos (1918 de 1994, 2174 de 1996, y el ahora vigente 1011 de 2006). En estos decretos y en algunas resoluciones reglamentarias (1043, 1445, 1446, de 2006), el sector salud ha ido desarrollando, no sin esfuerzo, los conceptos y definiciones claves, los requisitos técnicos, y los mecanismos para su verificación y, en general, ha construido una estrategia para promover mejoramiento continuo de la calidad en salud, con un sentido de orden y de prioridades, interesante y práctico.”²

2.2 LOS PROCESOS³

2.2.1 Que son los procesos. Toda empresa es un conjunto de procesos que de manera relacionada, comienzan y terminan en el cliente. Todo lo que hacemos es un proceso.

Es frecuente encontrar en los hospitales grupos de trabajadores que individualmente realizan una buena labor. Hacen muy bien su trabajo, pero sin

² Revista Normas Y Calidad. Número 75. Cuarta Edición 2007. Pagina 50.

³ Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Braulio Mejia García. Cuarta Edición Ampliada. ECOE Ediciones.

comprender ni preocuparse por la forma como su trabajo afecta a otros de mayor o menor nivel.

En los últimos tiempos se ha observado un gran énfasis sobre la gestión de los procesos, dada su importancia en la consecución de los objetivos de la organización.

Entonces, se puede definir *proceso* como “La organización de personas, procedimientos (métodos) y máquinas (tecnología), dentro de una serie de actividades (funciones, decisiones) necesarias para transformar materiales y/o información en un resultado final específico”.⁴

2.2.2 Algunos elementos del diagnóstico:

Hay instituciones que se caracterizan por:

- Estructura organizacional inadecuada.
- Falta de un plan estratégico.
- Pobres resultados financieros.
- Mala imagen ante el cliente externo.
- Clima organizacional inapropiado.
- Atraso tecnológico.
- Aumento de costos.
- Mala atención al usuario.
- Excesiva centralización.
- El cliente es visto como un estorbo.
- Proliferación de trámites, firmas, sellos y vistos buenos.
- Gran número de quejas no atendidas.
- Falta de datos para tomar decisiones.

⁴ Ibíd.

Todo lo anterior se debe a la falta de conocimiento de la organización y fallas en los análisis que ayuden a detectar las causas de los problemas o vacíos en los controles.

Es ésta la razón por la cual un plan de mejoramiento de procesos se torna obligatorio para:

- Hacer efectivos los procesos, generando los resultados esperados.
- Hacer eficiente los procesos, minimizando los recursos empleados.
- Hacer los procesos adaptables para adaptarnos al cliente y al entorno.

Por lo tanto, y de acuerdo a la definición de proceso, se puede decir que no existe producto o servicio sin que exista un proceso. Igualmente no hay procesos sin productos o servicios.

Figura 1. Diagrama de un proceso



Fuente. Este estudio.

Entonces el proceso siempre tendrá un objetivo. Nos es posible pensar que la gente trabaja por trabajar, puesto que se pretende lograr algo, ya sea: atender un paciente en consulta externa, efectuar una intervención quirúrgica, elaborar una factura, despachar una formula, etc. En síntesis, todas las actividades o eventos buscan un objetivo y el conjunto interrelacionado de los mismos es lo que constituye el proceso.

Todo proceso incorpora un conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades del cliente.

Los procesos deben tener un comienzo y un final. Es preciso determinar estos elementos, puesto que permitirán fijar responsabilidades en la ejecución del trabajo y definir acertadamente el proceso.

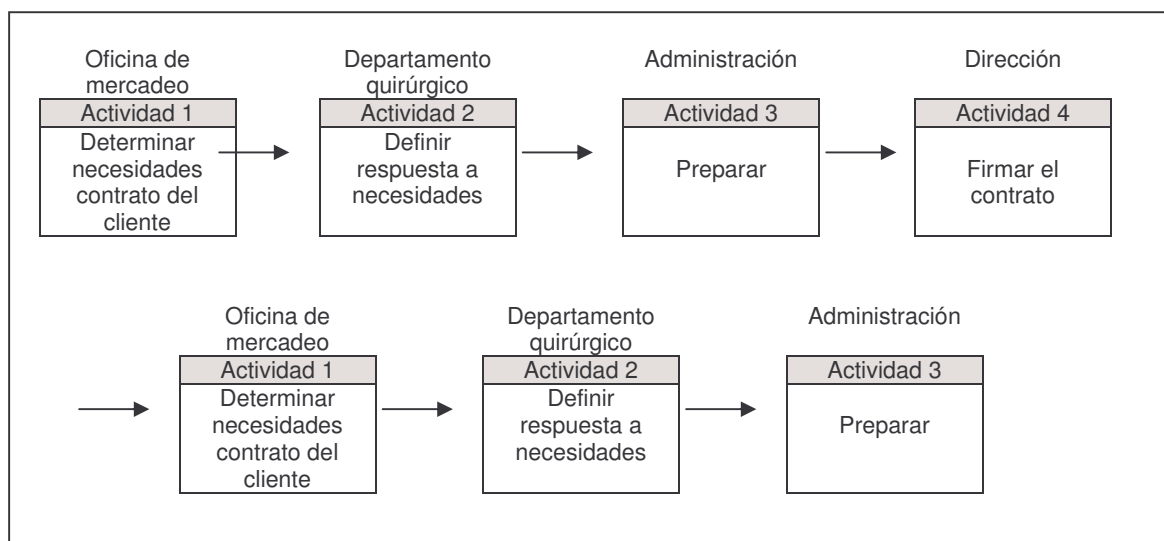
Para el éxito de los procesos se requiere contar con el talento humano, su participación, definir la calidad de su diseño, ejecución, evaluación y control.

Así mismo, en todo proceso debe existir una secuencia, un orden determinado, lo que es fundamental en la racionalización de los procesos.

2.2.3 Clases de procesos. Los procesos pueden ser de varias clases de acuerdo con sus características y la forma como se desplazan por la institución.

Proceso interfuncional: Es aquel que recorre toda la organización poniendo en juego diferentes áreas de servicio, por ejemplo: mercadeo de servicios quirúrgicos.

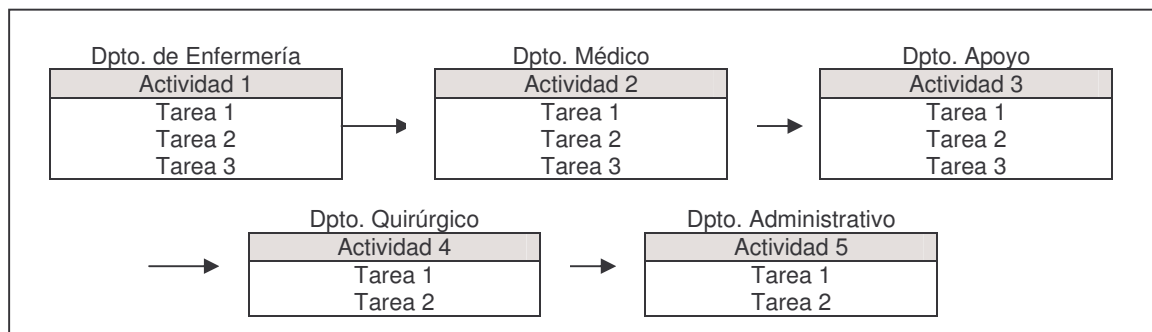
Figura 2. Proceso mercadeo de servicios quirúrgicos (ejemplo)



Fuente. Este estudio.

Proceso interdepartamental: Es un proceso que recorre varios departamentos, por ejemplo:

Figura 3. Proceso atención hospitalaria (ejemplo)



Fuente. Este estudio.

Procesos vitales: Son aquellos que constituyen la esencia, la razón de ser de una institución. Es el objetivo social y misión de una empresa.

En una institución de salud hay una serie de procesos vitales como:

- Consulta ambulatoria.
- Facturación.
- Compras.
- Inventarios.
- Capacitación.
- Remuneración.
- Investigación.
- Docencia.
- Mercadeo.
- Atención de enfermería.
- Despacho de medicamentos.
- Etc.

Estos y otros procesos le dan una especificidad a una institución de salud y sin ellos no podría funcionar adecuadamente.

Es prioridad de una buena gerencia de procesos, el poder:

- Identificar los procesos vitales
- Desarrollar, mantener y mejorar la calidad de los mismos

2.2.4 Gerencia por procesos. La gerencia por procesos es hoy en día uno de los conceptos administrativos más relevantes dentro de las organizaciones, pues en la medida que éstos sean gerenciados acertadamente, los resultados serán directamente proporcionales a dicha gestión.

Dirigir y controlar los procesos de acuerdo a los requisitos establecidos para los productos, servicios, procesos y materias primas son garantía de lograr las metas que diariamente se fijan las organizaciones.

2.2.5 Caracterización de procesos. Es una excelente manera de planificar los procesos y de ahí en adelante su gerenciamiento, mediante la caracterización o descripción de cada uno de ellos. Al caracterizar el proceso, el líder, clientes, proveedores y el personal que participa de la realización de las actividades, adquieren una visión integral, entienden para qué sirve lo que individualmente hace cada uno, por lo tanto fortalece el trabajo en equipo y la comunicación. Esto favorece de manera contundente la calidad de los productos y servicios.

La caracterización es la identificación de todos los factores que intervienen en un proceso y que se deben controlar, por lo tanto es la base misma para gerenciarlo.

Estos elementos son: Misión, líder, límites, clientes, productos, subprocesos, insumos, proveedores, base documental, indicadores, cargos involucrados y los recursos físicos y/o tecnológicos.

A continuación se presenta un breve significado de cada uno de los anteriores factores mencionados:

Misión: Es describir el objetivo o para qué existe ese proceso dentro de la organización.

Líder: Es la persona que le ha sido asignada la responsabilidad y autoridad de gerenciar el proceso.

Límites: Es acordar con qué actividad se inicia el proceso y con cuál termina.

Clientes: Son tanto los internos como los externos que reciben directamente los productos y/o servicios que genera el proceso.

Productos: Son los entregables del proceso y que no serán objeto de ninguna otra transformación por parte del proceso que lo genera y que son entregados a los clientes.

Subprocesos: Son las grandes etapas que el proceso requiere realizar para transformar los insumos o materias primas en los productos.

Insumos: Son las materias primas y materiales directos que el proceso necesita para obtener sus productos.

Proveedores: Son las entidades internas y externas que entregan los insumos.

Base documental: Son todos aquellos manuales, reglamentación legal, especificaciones de los clientes, procedimientos documentados que se requieren para un adecuado control y garantizar que los productos obtenidos cumplen los requisitos del cliente, de la misma empresa, del sector y de los entes gubernamentales.

Indicadores: Son medidores que deben establecerse en determinadas etapas del proceso.

Recursos: Para identificar los equipos, maquinaria, software, hardware que el proceso requiere para obtener los productos y servicios.

2.2.6 Cadena de valor:

Figura 4. Cadena de valor



Fuente. Este estudio.

La cadena de valor categorizar las actividades que producen valor añadido en una organización.

Una cadena de valor genérica está constituida por tres elementos básicos:

- Las Actividades Primarias, que son aquellas que tienen que ver con el desarrollo del producto, su producción, las de logística y comercialización y los servicios de post-venta.
- Las Actividades de Soporte a las actividades primarias, como son las administraciones de los recursos humanos, las de compras de bienes y servicios, las de desarrollo tecnológico (telecomunicaciones, automatización, desarrollo de procesos e ingeniería, investigación), las de infraestructura empresarial (finanzas, contabilidad, gerencia de la calidad, relaciones públicas, asesoría legal, gerencia general).

El Margen, que es la diferencia entre el valor total y los costos totales incurridos por la empresa para desempeñar las actividades generadoras de valor.

Su importancia estratégica radica en que para obtener una ventaja competitiva es posible hacer 2 cosas:

- a. Una forma es mediante efectividad operacional, que consiste en hacer las mismas cosas que la competencia pero mejor. Esto es diferente a la eficiencia que sería hacer las cosas más rápido, pero estas podrían quedar bien o mal hechas. La efectividad operacional tiene muchas formas, incluyendo mejores tecnologías, mejores insumos, mejor capital humano, o una estructura administrativa y gerencial más efectiva. Como está configurada la taxonomía de procesos de la cadena de valor es un determinante de su efectividad.
- b. La otra forma es lograr una ventaja en el posicionamiento estratégico, haciendo las cosas diferentes a los competidores, de una manera que lleve una propuesta de valor única al cliente. Esto puede significar ofrecer una combinación diferente de características, un arreglo específico de servicios, o un beneficio logístico, operacional o técnico. Los procesos afectan la efectividad operacional y el posicionamiento estratégico de varias maneras.

La cadena de valor ayuda a determinar las actividades que permiten generar una Ventaja Competitiva. Tener una ventaja competitiva es tener una rentabilidad relativa superior a los rivales en el sector industrial en el cual se compete, la cual tiene que ser sustentable en el tiempo. Rentabilidad significa un margen entre los ingresos y los costos. Cada actividad que realiza la empresa debe generar el mayor posible. De no ser así, debe costar lo menos posible, con el fin de obtener un margen superior al de los rivales. Las Actividades de la cadena de valor son múltiples y además complementarias (relacionadas). El conjunto de actividades de valor que decide realizar una unidad de negocio es a lo que se le llama estrategia competitiva o estrategia del negocio.

Esa ventaja competitiva se logra cuando la empresa desarrolla e integra las actividades de su cadena de valor de forma menos costosa y mejor diferenciada que sus rivales. Por consiguiente la cadena de valor de una empresa está conformada por todas sus actividades generadoras de valor agregado y por los márgenes que éstas aportan.

El Análisis de la Cadena de Valor es una herramienta gerencial para identificar fuentes de Ventaja Competitiva. El propósito de analizar la cadena de valor es identificar aquellas actividades de la empresa que pudieran aportarle una ventaja competitiva potencial. Poder aprovechar esas oportunidades dependerá de la capacidad de la empresa para desarrollar a lo largo de la cadena de valor y mejor que sus competidores, aquellas actividades competitivas cruciales.

La mejora en la cadena de valor es responsabilidad primaria del gerente, y no puede delegarla. Usted puede preguntarse en frente de las líneas de trabajo como eliminar el desperdicio, pero solo la gerencia tiene la perspectiva de ver el flujo total si es cortado en departamentos y en límites funcionales.

Se tienen las siguientes necesidades:

- Esfuerzos constantes para eliminar la sobreproducción. Si usted la elimina, puede tener un gran flujo.
- Una firme convicción que puede ser adoptada para trabajar en su sitio, acoplado con una buena disposición para tratar, fallar y aprender.
- La gerencia necesita dedicar tiempo y realmente aprender esta materia para si mismo.
- Usted puede necesitar un medio para conseguir personas que sigan su directriz.
- Soportar las operaciones cercanas, no dirigir sus equipos de trabajo.
- Cambiar la organización enfocado a departamentos para combinar productos.
- La manufactura esbelta puede ayudar a los gerentes a ver los desperdicios e introducir las prácticas necesarias para remover estas causas.

2.2.7 Mejoramiento de los procesos:

Que es el mejoramiento: El mejoramiento es un propósito asumido por todos los funcionarios de la institución, acompañado por una actitud orientada al mantenimiento y perfeccionamiento de los procesos.

El mejoramiento continuo parte de la premisa de que nuestra vida laboral, social y familiar merece ser mejorada continuamente.

Características del mejoramiento: El mejoramiento de los procesos tiene algunas connotaciones a saber:

- Esta orientado a las personas y al proceso más que a resultado.
- Exige poca inversión pero gran esfuerzo y disciplina.
- El efecto es a largo plazo.
- Involucra a todos los funcionarios de la institución.
- Metodologías y técnicas de fácil aplicación.
- Mejoría de estándares a pequeños pasos.

El ciclo del mejoramiento: Es una teoría sencilla que permite administrar en forma estructurada, los proyectos de mejoramiento orientados a satisfacer las necesidades de los clientes y a obtener productividad en los procesos. Se le identifica con el nombre de el ciclo de Deming = PHVA.

El ciclo Deming sirve para:

- Mejorar procesos.
- Solucionar problemas.
- Implantar nuevos procedimientos.
- Estandarizar procesos.

El ciclo PHVA esta compuesto por cuatro etapas: Planear, Hacer, Verificar y Ajustar.

PLANEAR se refiere a las acciones de:

- Definir políticas.
- Definir objetivos y metas.
- Determinar recursos.

Las metas se ubican de acuerdo a las necesidades de los clientes.

Cada necesidad o expectativa se define con un cuantificador numérico, que permita medir y elaborar gráficas.

Se les denomina ítems de control, puesto que ayudan a controlar la marcha de los procesos.

Si se cuenta con ítems de control, es posible comparar con otras instituciones similares en cuanto a: costos, tiempos de espera, etc.

Es muy difícil gerenciar cualquier proceso si no existen estándares. Un estándar es un instrumento que contiene una meta y un procedimiento (medios) para la ejecución del proceso.

Al estandarizar, cada servicio deberá elaborar el correspondiente flujograma, que permita garantizar la calidad del servicio prestado y mejorar la productividad. Esta es una responsabilidad del gerente o dueño del respectivo proceso.

Una vez definido lo anterior se determinan el conjunto de materiales necesarios y las actividades críticas de cada proceso, con el fin de pasar a la siguiente etapa.

HACER se refiere a la acción de:

- Ejecutar.
- Actuar.
- Desarrollar una tarea.

Esta etapa involucra una acción de capacitación con el fin de cambiar actitudes y hábitos inadecuados es por eso importante elaborar un manual de capacitación, para el desarrollo de las actividades que se consideran críticas.

Todo proceso de calidad implica una acción de tipo educativa y de análisis.

Los datos de la etapa de HACER, deben ser recogidos periódicamente mediante tablas y gráficos, lo que permite visualizar si el resultado está de acuerdo con lo previsto.

Dado lo anterior, se procede con la siguiente etapa del ciclo.

VERIFICAR se relaciona con la necesidad de:

- Medir.
- Chequear.
- Buscar que lo ejecutado esté de acuerdo con lo programado.

Si el proceso no logra los resultados esperados, es necesario pasar a etapa siguiente del ciclo.

AJUSTAR, es el conjunto de acciones que se desarrollan para corregir o mantener un resultado.

Cuando ocurre un problema es necesario conocer las características del problema, para lo cual se debe utilizar la formula *5 wh*, que nos permite aclarar:

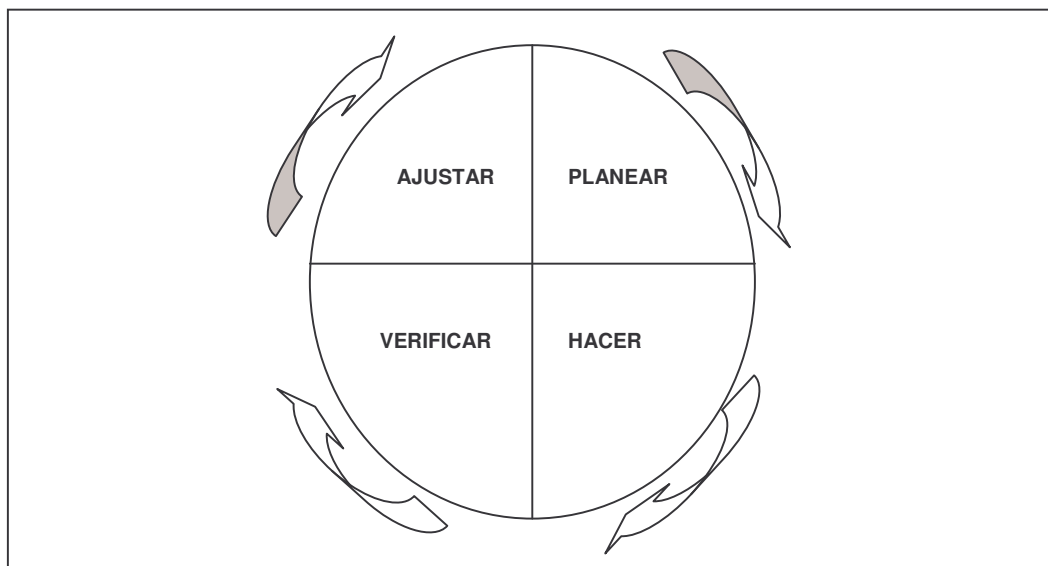
- Cuándo.
- Quién.
- Dónde.
- Por Qué.
- Cómo.

Lo anterior nos permitirá establecer un plan de acción definiendo lo que se va a hacer, cuando se va a hacer, quien lo va a hacer, donde lo va a hacer y como lo va a hacer.

Es fundamental contar con la capacitación adecuada y la participación y compromiso de los involucrados en el proceso; esta última etapa requiere estándares, que si no están elaborados es necesario desarrollarlos.

Con esta última etapa se cierra el ciclo PHVA, que se sintetiza así:

Figura 5. Ciclo PHVA



Fuente. Este estudio.

2.3 NORMAS ISO 9000

2.3.1 Que es ISO⁵. ISO es el acrónimo de la International Organization for Standardization (Organización Internacional de Estandarización), que se fundó en 1946 con el fin de crear un conjunto común de normas para la manufactura, el comercio y las comunicaciones. Según los funcionarios de la ISO, la organización tomó prestadas las siglas de la palabra griega *isos*, que significa igual. Por otra parte, *isos* es también la raíz del prefijo *iso*, como en la palabra isométrico (de igual medida o dimensión) y de isonomía (igualdad de las leyes o de la gente ante éstas). La elección se basó en la ruta conceptual que lleva la palabra “igual” a “uniforme” y a “norma”.

2.3.2 La familia de las normas ISO 9000. El término *familia ISO 9000* se refiere a todas las normas publicadas por ISO/TC176. Como se muestra en la tabla siguiente, existe una variedad de normas adicionales. No obstante, solo las normas ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003 corresponden a los requisitos de aseguramiento de la calidad. El resto son normas guía. Durante los próximos años, ISO/TC176 planea que los números de parte del 2 en adelante, relacionados ahora con la norma ISO 9000 e ISO 9004, inicien a partir del 10000. El cambio de numeración se realizará cuando se efectúe la siguiente revisión de dichos documentos. Es posible que muchos de los números de parte se absorban

⁵ Manual de ISO 9000. Robert W. Peach. Tercera Edición (primera edición en español). McGraw Hill.

cuando se realicen las revisiones de las series básicas. Asimismo, las normas ISO se revisan más o menos cada cinco años y entonces se reafirman, se modifican o se desechan.

Cuadro 1. La familia de las normas ISO 9000

ISO 8402	Vocabulario de la calidad (1994)
ISO 9000	Normas para la gestión de la calidad y para el aseguramiento de la calidad
	Parte 1: Guías para la selección y uso (1994)
	Parte 2: Guías generales para la aplicación de las normas ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003 (1993)
	Parte 3: Guías para la aplicación de la norma ISO 9001 a la elaboración, suministro y mantenimiento de software (1991; nueva emisión 1993)
ISO 9001	Sistemas de calidad – Modelo para el aseguramiento de la calidad en el diseño, el desarrollo, producción, instalación y servicio (1994)
ISO 9002	Sistemas de calidad – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, instalación y servicio (1994)
ISO 9003	Sistemas de calidad – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la inspección final y las pruebas (1994)
ISO 9004	Elementos de la gestión de calidad y del sistema de calidad
	Parte 1: Guías (1994)
	Parte 2: Guías para servicios (1991; nueva emisión en 1993)
	Parte 3: Guías para los materiales procesados (1993)
	Parte 4: Guías para el mejoramiento de la calidad (1993)
ISO 10005	Gestión de la calidad – Guías para los planes de calidad (1995)
ISO 10007	Guías para la administración de la configuración (1994)
ISO 10011	Guías para la auditoria de sistemas de calidad
	Parte 1: Auditorias (1990; nueva emisión en 1993)
	Parte 2: Criterios de calificación para los auditores de los sistemas de calidad (1991; nueva emisión en 1993)
	Parte 3: Administración de los programas de auditoria (1991; nueva emisión en 1993)
ISO 10012	Requisitos de aseguramiento de la calidad para el equipo de medición
	Parte 1: Administración del equipo de medición (1992)
ISO 10013	Guías para elaborar manuales de calidad (1994)

Fuente: Manual de ISO 9000. Robert W. Peach. Tercera Edición (primera edición en español). McGraw Hill.

2.3.3 Funciones de las normas ISO 9000. Las normas ISO 9000 tienen dos funciones principales:

- Gestión de calidad – La ISO 9004 y las consiguientes normas guía dan la pauta a los proveedores de todo tipo de productos que deseen adoptar en sus organizaciones sistemas de calidad eficaces o mejorar los sistemas de calidad con los que cuentan.
- Aseguramiento de la calidad – Las normas ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003 proporcionan los requisitos para los sistemas de calidad que servirán para que

el cliente o una tercera parte que represente a los clientes, pueda evaluar si el sistema de calidad del proveedor es o no adecuado.

Estas dos funciones son complementarias. En el contexto de los programas para la certificación de los sistemas de calidad, es más evidente la función del aseguramiento de la calidad, pero el valor de ambas funciones es de igual manera importante para las empresas.

2.4 NORMA ISO 9001⁶

La norma ISO 9001, es un método de trabajo, que se considera tan bueno, que es el mejor para mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2000 ISO 9001:2000, que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe de aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual.

La norma ISO 9001, mejora los aspectos organizativos de una empresa, que es un grupo social formada por individuos que interaccionan.

2.4.1 Certificación en gestión de la calidad. La certificación en la norma 9001, es un documento con validez legal, expedido por una entidad acreditada. Y que certifica, que la organización cumple las más estrictas normas de calidad, en aras a una mejora de la satisfacción del cliente.

Hay dos tipos de certificaciones, de empresa y de producto. Estas últimas, solo tienen en cuenta la calidad técnica del producto. Y no la satisfacción del cliente, de la que se ocuparía la certificación de empresa. Si una empresa está certificada, todos sus productos lo están.

⁶ www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_gestion_calidad.html

Figura 6. Diagrama de una concesión de certificación de calidad ISO 9001



Fuente. Este estudio.

Las certificaciones, son concedidas si se cumplen los requisitos determinados por la empresa y la compañía de certificación, es garantía de calidad

2.4.2 Principios de la norma de calidad. Estos sencillos principios, se consideran básicos en cualquier empresa que quiera perdurar en el mercado. Aunque no se quiera obtener la certificación. Es recomendable seguir los principios de la norma. Estos mejoran la capacidad de competencia y permanencia de cualquier empresa u organización.

Los 8 principios básicos de la gestión de la calidad o excelencia:

Organización enfocada a los clientes: Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización.

Compromiso de todo el personal: El personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de la organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización.

Enfoque a procesos: Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.

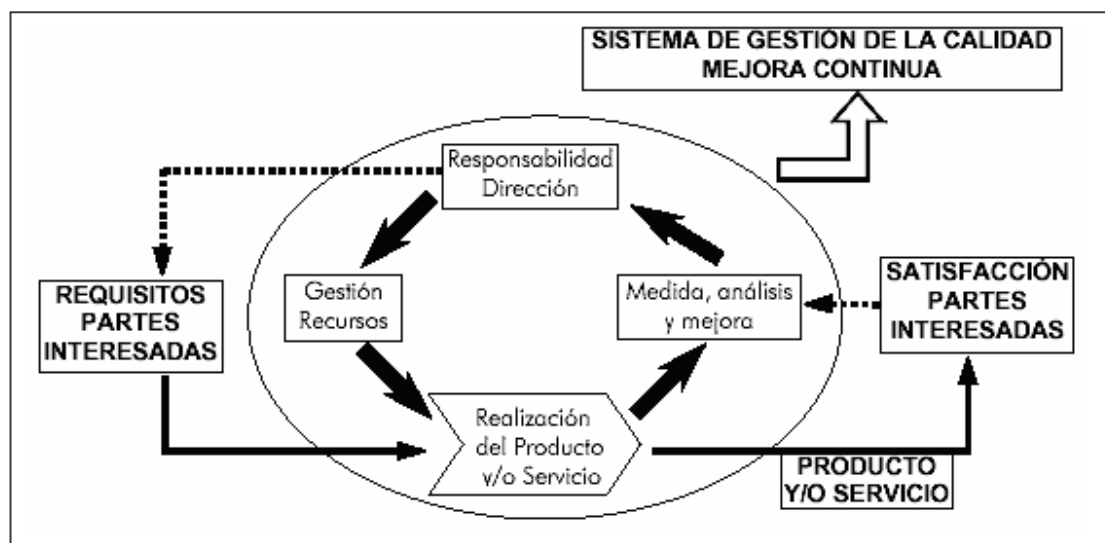
Enfoque del sistema hacia la gestión: Identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objeto dado, mejora la eficiencia y la eficiencia de una organización.

La mejora continua: La mejora continua debería ser el objetivo permanente de la organización.

Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones: Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información.

Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores: Una organización y sus proveedores son independientes y una relación mutuamente benéfica intensifica la capacidad de ambos para crear valor y riqueza.

Figura 7. Esquema del proceso de la gestión de calidad



Fuente. Este estudio.

3. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S.

Calle 11A Carrera 33 Esquina Barrio La Aurora.

Teléfono: 7336030 ó 1-2-3-4-5

E-mail: emssanarplaneacion@hotmail.com

Representante Legal: Carlos Fajardo Pabón

NIT: 814 000 337 – 1

Los orígenes de EMSSANAR E.S.S. se remiten al año 1992, cuando se planteó un modelo que pretendía organizar comunidades de las diferentes localidades del país, con el fin de que a través de la participación comunitaria y la intervención de entidades del Estado se propenda por constituir grupos de familias que velen por el bienestar en salud de todos sus integrantes. Bajo esta idea se desarrollaron diferentes experiencias en Colombia, donde comunidades organizadas accedían servicios de salud básica, mediante un paquete financiado con los aportes del Ministerio de Salud, los Departamentos, los Municipios y la población vinculada a dichos procesos.

Estas organizaciones comunitarias agrupaban núcleos familiares de entre 5.000 y 10.000 personas. Con este objetivo aparecieron diversas Empresas Solidarias de Salud en la región del Sur Occidente Colombiano como: Cuaspud Carlosama, Mutual de la Cruz, Asociación Mutual Nuevo Amanecer AMUNA, Emssanar, Alcatraz, Mallamás, Guaitara, Coopsosafa, Essalud, Coopsacoop, Coopesac y Coosalud para referirnos entre otras que se crearon en los departamentos de Nariño, Putumayo, Cauca, Valle y el resto del país. 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 los regímenes que dividen de acuerdo a la capacidad de pago de los beneficiarios, así se cuenta con un Régimen Contributivo y uno Subsidiado. Este último, busca que las personas más pobres y vulnerables sean cubiertas por el sistema de salud, para ello se la ha venido identificando desde ese entonces, mediante el sistema de identificación de beneficiarios SISBEN ubicando de manera prioritaria los niveles 1 y 2, población indígena e indigentes. Dichos beneficiarios del subsidio en salud pueden acceder a un PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO denominado POS-S, el cual ha contemplado acciones de

promoción y prevención, de primero, segundo, tercer y cuarto nivel y procedimientos de alto costo según la reglamentación del mencionado Sistema.

La ley 100 de otra parte estipuló que los recursos del subsidio en salud pueden ser administrados por organizaciones de naturaleza, pública, privada, mixta o comunitarias, quienes se constituyen en las entidades denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado. Dentro de las organizaciones comunitarias aparecen las Empresas Solidarias de Salud, a las que se les otorga una favorabilidad para la contratación con los Entes Territoriales en cuanto al número de afiliados a asegurar, brindando de esta forma un claro apoyo para el desarrollo empresarial de estas organizaciones.

Para el año de 1995 se expide el Decreto 2357, que define unas condiciones para operar en el Régimen Subsidiado. Condicionando y limitando el número de afiliados en 5.000 al inicio de la 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; además de mantener un patrimonio de 100 s.m.l.v por cada 5.000 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 por parte de estas empresas solidarias de salud, éstas se ven obligadas a organizar unos convenios empresariales, a través de los cuales se cumple las exigencias del Decreto antes mencionado. Estos convenios agrupan a diversas E.S.S. sin que cada una de ellas pierda su personería jurídica y la autonomía administrativa y financiera. Estas uniones fueron abonando el terreno para la unidad empresarial que sería requerida posteriormente.

Con esta normatividad las empresas solidarias de salud, salen del contexto municipal y se les obliga a expandirse con el fin de cumplir con los requerimientos antes mencionados, perdiendo especialmente la cercanía con las familias que inicialmente las conformaron.

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. Sin embargo, las Empresas Solidarias de Salud de Nariño, Valle y Putumayo, decidieron en cabeza de sus dirigentes comunitarios, asumir el reto de transformar la amenaza que representaba en ese entonces, el Decreto 1804, en la oportunidad estratégica

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.

En la conjunción de trabajo de líderes comunitarios y equipo técnico de las E.S.S que asumieron el reto en Nariño, Valle y Putumayo, posterior a la realización de los análisis necesarios se definió con claridad el modelo de agrupamiento en el marco de la Economía Solidaria, por lo cual a través de diferentes reuniones con las Juntas Directivas de las organizaciones y en procesos de Asamblea General se decide optar por la unidad empresarial a través de un modelo de INCORPORACIÓN, modelo que fue presentado en diferentes escenarios a nivel regional y nacional logrando el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud, el DANSOCIAL y la SUPERSALUD, como una opción válida para el fortalecimiento empresarial y la administración responsable de los recursos del Régimen Subsidiado. Surgiendo la hoy conocida, EMSSANAR como el producto de un interesante y necesario proceso de incorporación de las empresas solidarias de salud que nació en el año 1998.

Integrando diferentes empresas, y dadas las circunstancias encontrando una situación compleja enmarcada, en la diferencia de contextos socioeconómicos, sociopolíticos y culturales que posee a su interior esta región, así como las particularidades que se identifican en cada uno de estos departamentos, esto con miras a trabajar en el fortalecimiento de una sola organización donde convergen los diferentes puntos de vista, actitudes, posiciones y compromisos, encasillándolos hacia un solo objetivo denominado EMSSANAR ESS. A partir de ese momento se inicia un proceso de consolidación organizacional buscando el equilibrio entre el desarrollo empresarial y el comunitario.

Posterior a este proceso de incorporación mencionado se requiere iniciar un arduo desarrollo empresarial de la organización definiendo en el año 2000, la plataforma estratégica liderada por la Junta directiva, en cabeza del señor Luis Marino Portilla y el Gerente General, Dr. Carlos Fajardo Pabón con su equipo multidisciplinario de ejecutivos, un proceso en el que se estableció el norte común siendo este: *"ser en el 2007 la organización comunitaria más reconocida y exitosa del país"*. De igual forma, se determinó la misión institucional, la política empresarial, los objetivos estratégicos y los valores que enmarcarían el quehacer institucional.

En el año 2001, posterior a este primer paso de planeación estratégica, se formula el Plan de Desarrollo Empresarial, donde cada área corporativa y cada regional define las metas de crecimiento empresarial, tomando la decisión de diversificar en unidades de servicios, haciendo realidad este sueño que se cristalizó el 2 de septiembre del 2002, con la creación y puesta en marcha de la Institución

Prestadora de Salud EMSSANAR IPS LTDA y el Servicio Farmacéutico EMSSANAR SF LTDA.

EMSSANAR IPS LTDA, se pensó como una empresa que presta servicios de primer nivel y de baja complejidad en salud, para distintos municipios del Sur Occidente Colombiano garantizando la atención a los usuarios con criterios de calidad.

El Servicio farmacéutico denominado EMSSANAR SF LTDA se crea con el objetivo de facilitar el acceso a los medicamentos de los diversos afiliados en distintos municipios de Nariño, Valle y Cauca.

El desarrollo empresarial para la ARS, gracias a este proceso de planificación, ha evitado un crecimiento descontrolado, lo que a su vez ha permitido la disponibilidad de servicios oportunos y el desarrollo de las unidades de negocios ha sido estratégico en la medida que se han analizado cada una de las variables del mercado que permitan la inserción de estos nuevos productos o servicios, en procura de facilitar el acceso a la comunidad más vulnerable de la región, iniciando el proceso de consolidación del grupo Comunitario y Empresarial EMSSANAR.

Para el año 2003, teniendo un desarrollo corporativo de la organización que permite el soporte y desarrollo empresarial en cuanto a los aspectos de comunicaciones, sistemas de información, procesos administrativos, gestión de calidad, administración del talento humano, gerencia estratégica y el establecimiento de unidades de investigación y desarrollo; se adelantó la gestión para el desarrollo del Modelo Empresarial Solidario, creando la Fundación EMSSANAR y la propuesta del programa de Desarrollo Comunitario y Empresarial, buscando, como objetivo primordial, el apoyo para el mejoramiento de las condiciones de vida, principalmente de Asociados y Afiliados a la organización.

Para este mismo año, las actividades empresariales, gracias a la motivación y a las gestiones realizadas frente a las dificultades que afronta el país en materia de corrupción y desgreño administrativo, surge una opción empresarial propuesta al país desde la experiencia y las características propias de la empresa solidaria, referente al manejo transparente de los recursos a través del establecimiento de un Pacto por la Transparencia y Buen Gobierno, que facilite que las empresas solidarias de salud, agremiadas en GESTARSALUD, establezcan códigos de Buen Gobierno Corporativo, que permita dar a conocer a sus grupos de interés y al país, el manejo de la organización en su interior, así como la responsabilidad social que caracteriza el manejo eficiente de los recursos.

Igualmente, en los dos últimos meses de 2005, se definió la constitución de un agrupamiento de empresas con un claro modelo solidario, partiendo del cambio de

la naturaleza jurídica de EMSSANAR SF LTDA y EMSSANAR IPS LTDA, en cooperativas, cuyos asociados son los trabajadores y los asociados de la organización EMSSANAR, constituyendo un modelo empresarial solidario cuyos efectos sean siempre la búsqueda de mejores condiciones de vida para los habitantes de la Región y del País.

De esta manera la organización que hoy se ha posicionado en la región y que asegura la salud de más de 850.000 afiliados en 88 municipios de Valle, Cauca, Nariño y Putumayo, cuenta con una red de servicios de más de 270 IPS'S en los diferentes niveles de complejidad, y se caracteriza por ser una empresa que fortalece la participación social que hoy cuenta con 27.000 ASOCIADOS, afiliados del régimen subsidiado en salud, de los diferentes municipios de cobertura, que hoy se constituyen en los propietarios de organización Emssanar.

A través de su aseguradora Emssanar ARS, legalmente reconocida por la Supersalud mediante Resolución No. 0150 de Febrero de 1996, y certificada como Administradora del Régimen Subsidiado en cumplimiento del Decreto 1804 mediante Resolución No. 0639 de Marzo 29 del 2001 y ubicada en el primer lugar con 91.72 puntos alcanzados en el concurso publico para determinar las ARS que operaran a partir del 1 de Octubre del 2005 en forma regional en Colombia.

Esta es la historia de la organización comunitaria Emssanar, que ha iniciado un proceso buscando irradiar en su área de influencia, no sólo el crecimiento empresarial, sino el desarrollo de región, apoyando el desarrollo endógeno de sus comunidades y permitir el mejoramiento de las condiciones de vida tanto de sus asociados como de sus afiliados.

Para tener una idea de la cobertura por departamento y la cantidad de afiliados, se observa el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Cobertura por departamento y cantidad de afiliados

EMSSANAR			
DEPARTAMENTOS	No. MUNICIPIOS	No. AFILIADOS	%
CAUCA	7	39.517	3.96
NARIÑO	53	365.990	36.67
PUTUMAYO	11	27.737	2.78
VALLE	19	564.671	56.58
TOTAL	91	997.935	100

Fuente: Revista GESTARSALUD. Edición 9. 2006.

La organización EMSSANAR esta conformada por cuatro (4) unidades de servicio, así: Administradora del Régimen Subsidiado, IPS, Servicio Farmacéutico y Fundación.

Cada una se define así por su particular objeto social:

EMSSANAR ESS tendrá como objeto promover el desarrollo humano integral de sus asociados y de manera especial el organizar y garantizar la prestación integral de servicios de seguridad social en salud, especialmente los definidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada y en el Régimen de Salud Contributivo.

Igualmente tendrá como objeto social promover y acompañar procesos de organización y participación comunitaria con criterios de autogestión.

Los alcances y límites de los servicios de salud serán los que establezcan las normas legales vigentes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los que se establezcan por la Organización y sus órganos de dirección.

En el cumplimiento de su objeto social, la Organización respetará la cultura, los valores, derechos, usos y costumbres de todos los Asociados y los de las minorías étnicas.

La unidad de servicios COOEMSSANAR IPS, tiene como objeto social el organizar, implementar, desarrollar los servicios de la salud en forma integral de acuerdo a la complejidad, a todos los afiliados beneficiados con el subsidio del estado a la demanda de salud, del régimen constitutivo y a los particulares, bajo los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social concertación y calidad.

El objeto social de COOEMSANAR Servicio Farmacéutico es la compra, venta y distribución o consignación de productos farmacéuticos, medicamentos para uso humano, productos químicos, cosméticos, perfumes, alimentos de recetario médico, y artículos de higiene y salubridad.

Por último, el Objeto Social de la Fundación EMSSANAR estará orientado a promover al mejoramiento de las condiciones de vida de los asociados de la organización EMSSANAR, a través de la implementación de programas de desarrollo social dirigidos a la comunidad en general

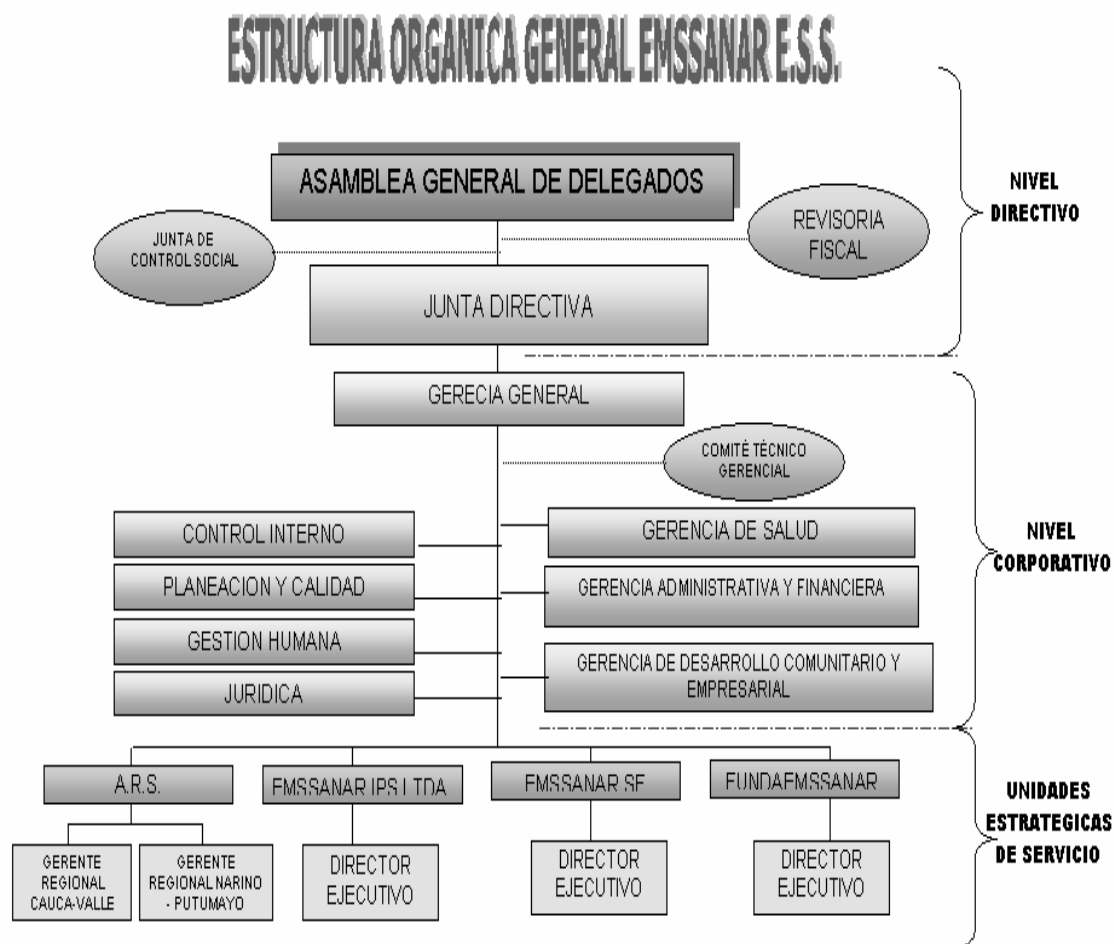
3.2 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

3.2.1 Misión. Emssanar ESS es una Organización Comunitaria, centrada en la satisfacción del cliente externo e interno, que administra recursos del régimen subsidiado, presta servicios de salud, servicios mutuales y servicios farmacéuticos a los beneficiarios del subsidio en salud, asociados y público en general en el sur occidente colombiano, enmarcada en una cultura de servicio, con participación comunitaria y talento humano comprometido con la solidaridad, la responsabilidad,

la transparencia y el liderazgo para permitir el crecimiento económico social sostenible.

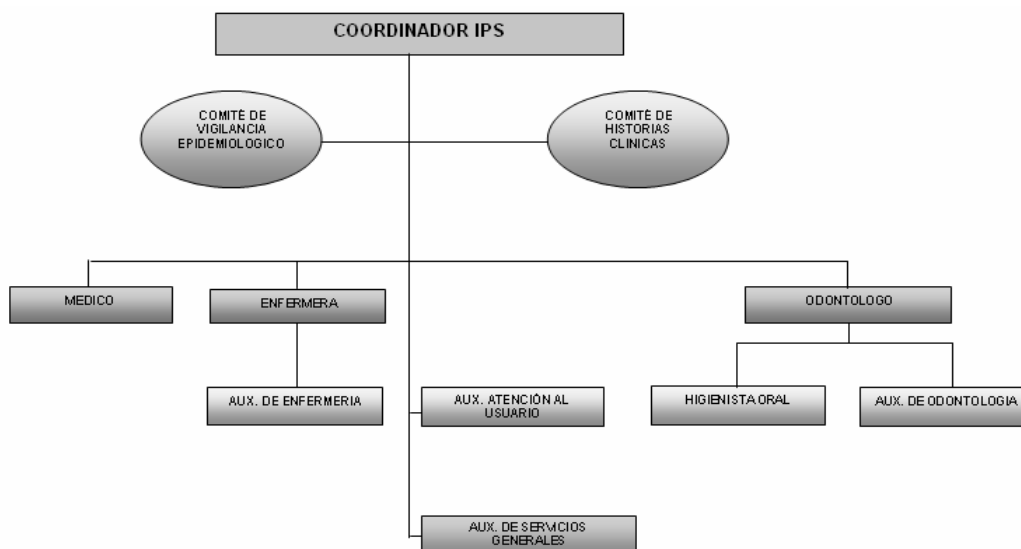
3.2.2 Visión. La visión de Emssanar ESS es ser en el año 2007 la Organización Comunitaria más exitosa y reconocida del país.

Figura 8. Estructura organizacional:



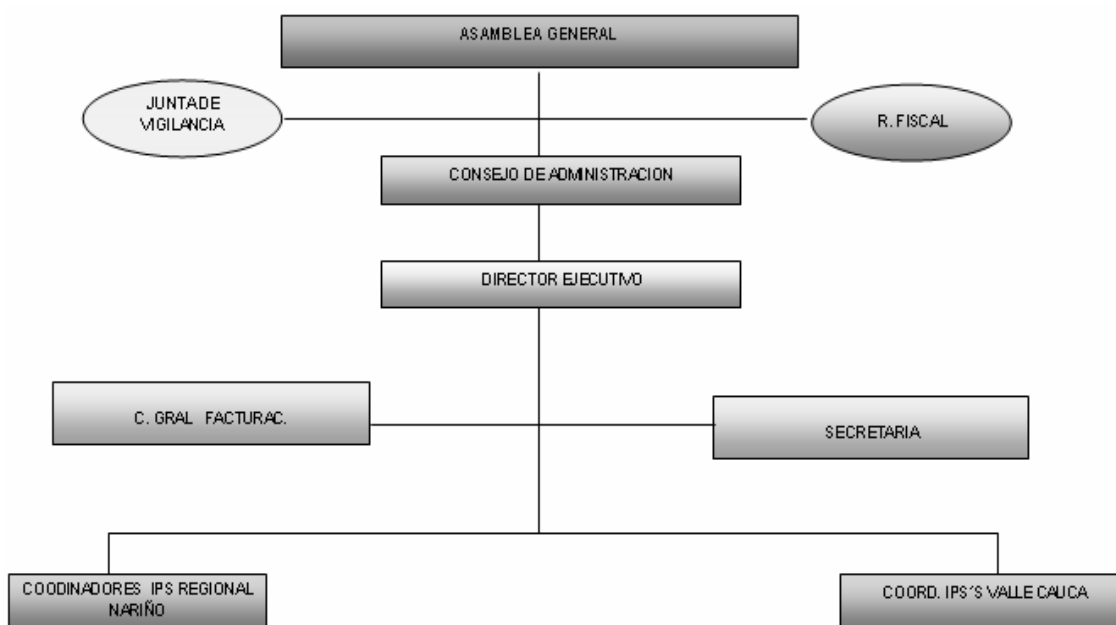
Fuente. Este estudio.

Figura 9. Organigrama que posee cada IPS



Fuente. Este estudio.

Figura 10. Estructura orgánica de esta unidad estratégica de negocio



Fuente. Este estudio.

Para el buen desempeño del presente trabajo, se tendrá en cuenta el siguiente formato de registro de procesos:

Cuadro 3. Recaudos

RECAUDOS		
PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE
CONTRATACION	- Definición de servicios a ofertar - Negociación - Concertación estándares de calidad - Elaboración de la minuta contractual - Legalización	Coordinador IPS
FACTURACIÓN	- Elaboración RIPS y factura - Consignación dinero recaudado - Realización arqueo de caja - Envío paquete de facturas	Auxiliar de Facturación, Facturador
RECAUDOS	- Recepción informes - Consignación	Coordinador Facturación
CAUSACION	- Registro - Filtración - Consignación	Auxiliar Contable Asistente Contable Contador

Fuente. Este estudio.

Cuadro 4. Planeación de la atención

PLANEACIÓN DE LA ATENCION		
PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE
DISEÑO DEL PLAN DE SALUD	Definición de la población objetivo	Director Ejecutivo Coordinador IPS
	Determinación de Intervenciones	Director Ejecutivo Coordinador IPS
	Formulación del plan	Director Ejecutivo Coordinador IPS
DEFINICION DE GARANTIAS PARA LA ATENCION	Garantía de acceso	Director Ejecutivo
	Garantía de calidad	Director Ejecutivo
	Garantía de oportunidad	Director Ejecutivo
	Garantía financiera	Director Ejecutivo

Fuente. Este estudio.

Cuadro 5. Atención ambulatoria en salud

ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD		
PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE
CONTACTO CON POBLACION SUSCEPTIBLE A SER ATENDIDA	• Planeación • Participación comunitaria • Motivación y sensibilización • Captación • Canalización • Evaluación	Enfermera Jefe
ORIENTACIÓN	• Orientación	Portero
RECEPCIÓN USUARIOS, ASIGNACIÓN DE CITAS, FACTURACIÓN	• Solicitud documentos • Asignación citas (telefónicas-personales) • Elaboración RIPS • Cobro por servicio	Auxiliar de Facturación Auxiliar de Facturación Auxiliar de Facturación
CANALIZACIÓN	• Canalización	Auxiliar de Facturación
PRECONSULTA	• Recepción RIPS • Diligenciamiento historia clínica • Archivo de historias clínicas	Auxiliar de Enfermería
CONSULTA	• Consulta Médica • Consulta Odontológica • Promoción y Prevención	Médico Odontólogo Enfermera Jefe
POSCONSULTA	• Orientación, educación, canalización	Auxiliar de Enfermería

Fuente. Este estudio.

Cuadro 6. Administración de la contratación

ADMINISTRACION DE LA CONTRATACION		
PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE
ANALISIS DE DEMANDA	• Determinación de servicios	Director ejecutivo Coordinador IPS
VERIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE SERVICIOS A OFERTAR	• Definición de servicios • Negociación • Elaboración programación • Concertación estándares de calidad	Director ejecutivo Coordinador IPS
NEGOCIACION	• Negociación	Director ejecutivo Coordinador IPS
ELABORACION DE LA MINUTA CONTRACTUAL	• Elaboración minuta	Director ejecutivo Área Jurídica
LEGALIZACION	• Legalización	Director ejecutivo
LIQUIDACION	• Liquidación	Director ejecutivo

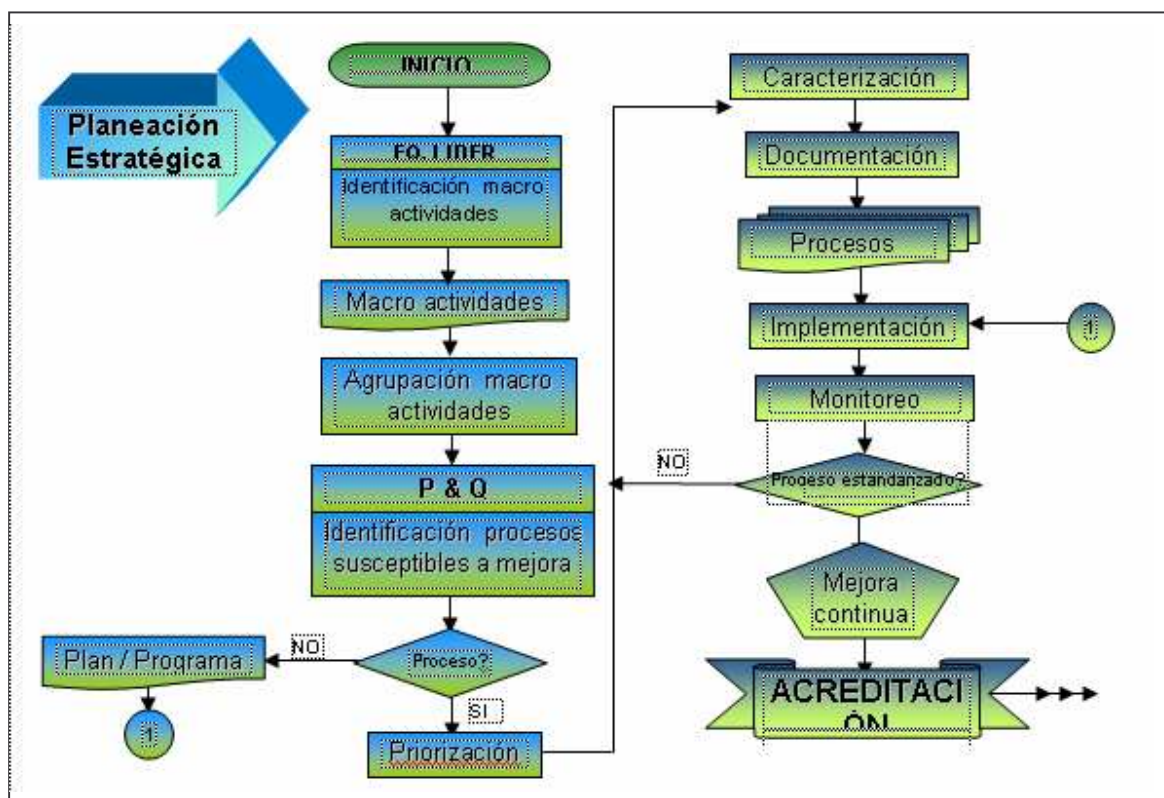
Fuente. Este estudio.

4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

4.1 METODOLOGÍA DE LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Este proyecto ofrecerá un amplio panorama, que facilitará el fortalecimiento de los diferentes procesos que intervienen en las diferentes IPS que presenta EMSSANAR E.S.S., además de su posterior implementación y estandarización de las 12 IPS que se encuentran ubicadas al suroccidente del país, logrando así, estar conforme a la estrategia empresarial que maneja EMSSANAR, de la siguiente manera:

Figura 11. Diagrama estrategia empresarial de EMSSANAR



Fuente. Este estudio.

Formulación del problema: ¿Cuál es el impacto de establecer la reestructuración, documentación, implementación y estandarización de los procesos de Recaudos y Atención ambulatoria en las diferentes IPS's que COOEMSSANAR I.P.S. posee?

Delimitación del problema: Población sujeto: Usuarios del servicio de salud de Cooemssanar IPS, Espacio y territorio de la población sujeto: I.P.S. propias de las diferentes regionales donde se encuentra Cooemssanar I.P.S., Tiempo: Segundo semestre del año 2007.

Por medio de entrevistas y el contacto directo con los integrantes de la organización se pudo conocer el estado actual en cuanto a la ejecución de las actividades que hacen parte del proceso de atención ambulatoria en la red de IPS que Emssanar posee dentro del territorio nariñense.

Las actividades que se están desarrollando en la actualidad fueron aprobadas según acuerdo 021 de Junta Directiva, Mayo 28 de 2004, originando así la versión II del mes de junio del año 2005, y desde ese momento no se ha modificado de acuerdo a las normas vigentes establecidas para la acreditación en calidad.

Se da inicio al levantamiento de la información requerida de la manera más completa posible a través de una observación detallada y registro de lo observado en cada proceso.

Dentro de la información recolectada, realizada en el desarrollo del diagnóstico de la organización, se presentaron las siguientes inconformidades:

- a. Los visitantes no presentan los documentos al ingresar a la sede.
- b. El usuario no se encuentra muy bien informado.
- c. Poca papelería informativa para los usuarios.
- d. Demora en el tiempo de consulta.
- e. En el manejo de archivo falta agilidad, debido a la ausencia de una persona encargada para la movilización de las historias clínicas.
- f. Sobrecarga de trabajo a la auxiliar de enfermería por tanto se retrasa la actividad de preconsulta.
- g. El usuario no cuenta con la debida información sobre el procedimiento de atención ambulatoria y por tanto llega tarde a citas.

De acuerdo a estas inconformidades, podremos categorizarlas de la siguiente manera, donde cada categoría presenta cuatro fases, así:

- *Recurso humano insuficiente para el número de usuarios.* (Ítem 4, 5 y 6)

Fase 1: Identificación del problema o no conformidad. En este ítem se trata de aumentar la cobertura en la prestación del servicio.

Fase 2: Observación. Se da una descripción de la(s) característica(s) del problema, en este caso es la insatisfacción del usuario por la posible no prestación del servicio.

Fase 3: Análisis. Se mencionan la(s) causa(s) fundamentales, para este caso serían el desconocimiento del número total de la población y las ampliaciones de cobertura.

Fase 4: Plan de acción. Se mencionan acciones para no recaer en la misma no conformidad en un tiempo posterior, para este caso son: Solicitar la división de la población, Espaciar citas en usuarios repetidos, Solicitar a la correspondencia que corresponda modificar contratos en el momento de ampliar cobertura.

- *Falla en la información por falta de material visual.* (Ítems 2, 3 y 7)

Fase 1: Identificación del problema o no conformidad. Garantizar al usuario información veraz y oportuna.

Fase 2: Observación. Inexistencia de carteleros, Falta de material visual, Falta de compromiso del personal de mercadeo y publicidad.

Fase 3: Análisis. Inexistencia de medios audiovisuales, Falta de recursos económicos para realizar material de información.

Fase 4: Plan de acción. Realizar información manual, Solicitar medios audiovisuales, Solicitar a la dependencia que corresponda material educativo para pacientes.

- *Falta de documentación en el momento de solicitar las citas.* (Ítem 1)

Fase 1: Identificación del problema o no conformidad. Mejorar el tiempo en la asignación de la cita.

Fase 2: Observación. Pacientes sin documentos.

Fase 3: Análisis. Desconocimiento por parte del usuario de los requerimientos de la IPS para la prestación del servicio, Falta de información del por parte de la empresa en el momento de la afiliación.

Fase 4: Plan de acción. Sensibilizar al usuario de la presentación de documentos en el momento de solicitar su cita.

Para realizar el levantamiento de la información, primero se hizo una larga y minuciosa observación para analizar el funcionamiento en general de la IPS y el de cada proceso, luego de esto se realizó una entrevista con todos los directamente implicados dentro del proceso, además de una entrevista con el director ejecutivo de la IPS, de los cuales se obtuvo valiosa información, se aclaró cualquier tipo de dudas y se dejó claro como funciona determinado proceso, el qué, el como, el porqué, el para qué al igual que el tiempo de ejecución del mismo, etc.

Para los procesos vitales se trabajó con un formato en donde se muestra el proceso de forma concreta y clara, se describe el objetivo, las entradas y salidas, además se definió quien es el responsable de ejecutarlo o velar por su ejecución, parámetros de control y se estableció donde inicia y termina el proceso.

Por otra parte, la información obtenida se documentó en diagramas de flujo que se realizaron para cada procedimiento, con el fin de mostrar claramente que se hace, el orden de las actividades, con esto se pretende unificar y definir que hace determinado procedimiento y como se deben hacer las cosas paso a paso.

Además del diagrama de flujo, a cada procedimiento se le definió el objetivo, requisitos, entre otros con el fin de tener una idea más completa de éste, utilizarlo como herramienta de apoyo en las capacitaciones y como base para un manual de procedimientos.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS

4.2.1 Procesos vitales de la unidad de negocio “COOEMSSANAR IPS”. Los procesos vitales de una empresa son aquellos que le agregan valor al cliente. En este caso, los procesos representativos de la empresa son: Contratación y Recaudos, Planeación de la Atención, Atención Ambulatoria en Salud, Administración de la Contratación, los cuales brindan las herramientas y los recursos de apoyo para el desarrollo de la operación.

Algunas características encontradas dentro de los procesos que Cooemssanar IPS presenta, se destacan:

Cuadro 7. Procesos de Cooemssanar IPS

Antes del trabajo realizado	Después del trabajo realizado
• Únicamente existían dos procesos primordiales, el proceso de RECAUDOS y el proceso de CONSULTA EXTERNA • El proceso de RECAUDOS existía de manera informal y no estaba bien establecido • El proceso de CONSULTA EXTERNA era el único proceso que se encontraba debidamente documentado • El tiempo de espera de la consulta externa no se encontraba estandarizado y generaba disgusto a los usuarios de las IPS • El usuario no se sentía satisfecho (la mayor parte del tiempo) con el servicio recibido debido a los tiempos de espera • No existía un orden establecido para la prestación del servicio	• Se establecieron los nuevos procesos de PLANEACIÓN DE LA ATENCION, ADMINISTRACION DE LA CONTRATACION y POSVENTA • Se documentó el proceso de RECAUDOS • Se modificó y ajustó el proceso de CONSULTA EXTERNA, ahora llamado ATENCION AMBULATORIA

Fuente. Este estudio.

Los ajustes realizados al proceso de consulta externa (antes) fueron los siguientes:

Antes del trabajo realizado: Los procedimientos existentes que se involucran en el proceso de consulta externa eran:

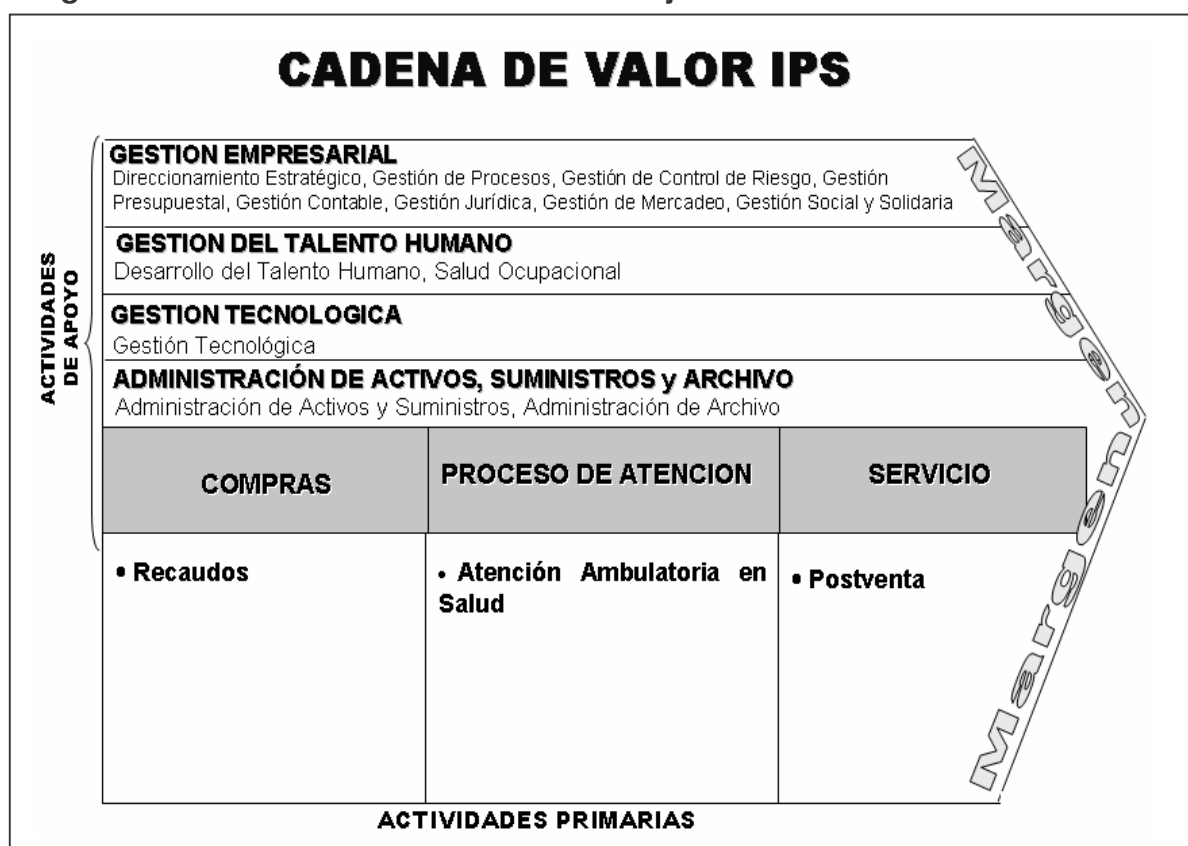
1. Recepción y canalización de usuarios: Los usuarios eran atendidos de una manera no organizada, lo cual provocaba desorden y caos dentro de la institución.
2. Facturación: Este procedimiento se lo realizaba dentro del primer procedimiento, por lo cual es innecesario describirlo.
3. Diligenciamiento de la historia clínica: Este procedimiento se lo marca como primero, pero siempre se lo hacía después de la preconsulta.
4. Preconsulta médica y/o de enfermería: Algunas veces se tomaban signos vitales, y se diligenciaba la historia clínica.
5. Consulta: Los tiempos de consulta no estaban estandarizados y se producía una tardanza en el tiempo de respuesta y en el tiempo de espera.
6. Posconsulta: De acuerdo al diagnóstico de la consulta, es utilizado o no este servicio.

Después del trabajo realizado: se ajustaron y modificaron los procedimientos ya existentes hasta convenir los siguientes:

1. Contacto con población susceptible a ser atendida: Se atiende a la población que requiere de algún servicio por parte de la institución.
2. Orientación: Se orienta a los usuarios acerca del servicio o trámite que deseen recibir o realizar, el beneficio presente es el orden al momento de la orientación.
3. Recepción usuarios, Asignación de citas, Facturación: De acuerdo a la ficha asignada, se atiende al usuario y se realizan los tramites respectivos a la necesidad del mismo, es beneficioso por el recorte de tiempo de espera y de respuesta.

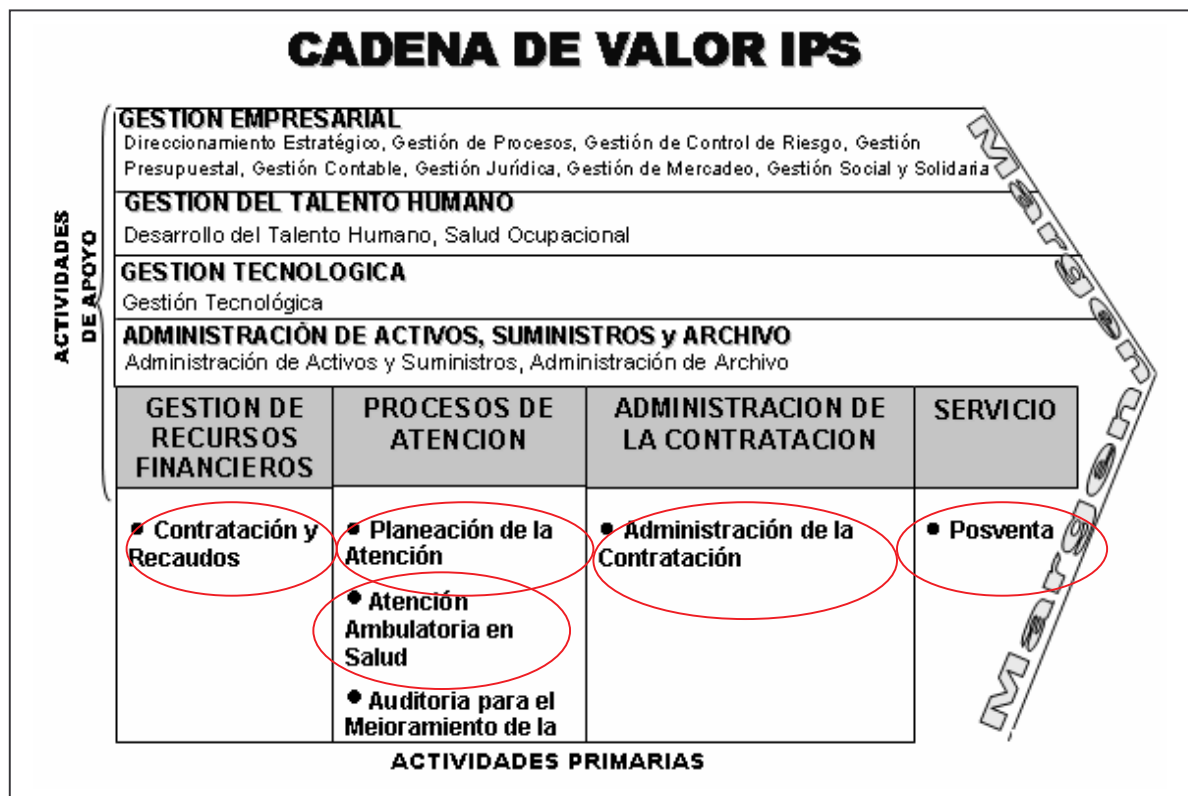
4. Canalización: Se dirige al usuario al sitio de ubicación del servicio que desee. Los tiempos de espera y de respuesta son muy cortos.
5. Preconsulta: Los tiempos de espera y de respuesta son muy cortos.
6. Consulta: Se estandariza el tiempo de consulta, generando así recorte de tiempos de respuesta y de espera.
7. Posconsulta: De acuerdo al diagnóstico de la consulta, es utilizado o no este servicio.

Figura 12. Cadena de valor antes del trabajo realizado



Fuente. Este estudio.

Figura 13. Cadena de valor después del trabajo realizado



Fuente. Este estudio.

4.2.2 Proceso de recaudos. El objetivo de este proceso es el de propender por un flujo de caja que permita atender oportunamente las obligaciones de la I.P.S.

Este proceso es la parte financiera de la prestación del servicio, en el cual se hace la captación de los recursos originados por la prestación del servicio (ver caracterización en Anexos 01).

Dentro del levantamiento de la información, se encontró lo siguiente, de acuerdo a los siguientes formatos trabajados:

Formato 1. Formalización de procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PR-01
	RECAUDOS	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

UNIDAD DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS		
GERENTE DEL PROCESO: DIRECTOR EJECUTIVO		
FECHA DE APROBACIÓN:		
ACUERDO DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN: borrador I		
APROBADO POR	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMAS
Gerente General	Carlos Fajardo Pabón	
Gerente del Proceso	Jairo Bucheli Rodríguez	
Jefe de Planeación y Calidad	Milton Sánchez	
Presentado por	Cristhian Villota	

Formato 2. Presentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CODIGO: IPS-PR-02
	RECAUDOS	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

OBJETIVO: Propender por un flujo de caja que permita atender oportunamente las obligaciones de la I.P.S.

INICIO: CONTRATACION

FIN: CAUSACION

FAMILIAS ESTRATEGICAS:

Director Ejecutivo, Coordinador Municipal, Coordinador de Facturación, Facturador, Auxiliar de Facturación, Contador, Asistente de Contabilidad, Contador

ÉNFASIS ESTRATÉGICOS

Reducción del
costo operativo

Desarrollo de
nuevos servicios

INDICADOR DE MEDICIÓN	FORMULA	METAS	
		2.006	2.007
Nivel de productividad	# de consultas medicas u Odontológicas realizadas/Estándar médico (704) odontológico (506)		Pasto Buesaco Ipiales La Cruz Mallama Túquerres Tumaco Cali Palmira Sevilla Buenaventura
Nuevos servicios	Servicios nuevos		3

ENTRADAS

INTERNAS: Bases de datos, políticas, directrices empresariales, actas de acuerdo.

EXTERNAS: Normatividad

PROVEEDORES

INTERNOS: EMSSANAR EPS.

EXTERNOS: Proveedores Institucionales (Régimen contributivo), Proveedores No Institucionales (Clientes particulares)

SALIDAS

INTERNAS: Informes de gestión, Reporte de cartera morosa

EXTERNAS: Cuentas de cobro

CLIENTES

INTERNOS: Gestión presupuestal y contable. Gestión jurídica, Gestión social

EXTERNOS: Aseguradora, Ente departamental, Entes de vigilancia y control, Asociados, Afiliados

MARCO LEGAL: Decreto 2649 de 1993, decreto 410 de 1971, decreto 624 de 1989.

Fuente. Este estudio.

Dentro de este formato se hace la presentación del proceso donde esta inmerso el objetivo; el inicio y el final del mismo (las actividades que se desarrollan donde especifiquen donde inicia y donde termina el proceso); las familias estratégicas que son las personas u otros procesos o subprocesos que intervienen en el transcurso del mismo; se resaltan los énfasis estratégicos ⁷ que es en lo que se debe mejorar, lo que la empresa debe hacer énfasis para que el proceso tenga un mejor desempeño; se exponen los indicadores de medición con los cuales se espera conseguir las metas establecidas; y se especifican los proveedores, los clientes, y las entradas y las salidas; además del marco legal que rige a este proceso.

⁷ Cartilla Balanced Scorecard 2006, EMSSANAR E.S.S.

Formato 3. Documentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CODIGO: IPS-PR-03
	RECAUDOS	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCESO: RECAUDOS
UEN: COOEMSSANAR IPS
GERENTE: DIRECTOR EJECUTIVO
OBJETIVO: Propender por un flujo de caja que permita atender oportunamente las obligaciones de la I.P.S.

PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE	SALIDAS
1. CONTRATACIÓN	- Definición de servicios a ofertar - Negociación - Concertación estándares de calidad - Elaboración de la minuta contractual - Legalización	Coordinador IPS	Contratos
2. FACTURACIÓN	- Elaboración RIPS y factura - Consignación dinero recaudado - Realización arqueo de caja - Envío paquete de facturas	Auxiliar de Facturación, Facturador	Arqueo Caja
3. RECAUDOS	- Recepción informes - Consignación	Coordinador Facturación	Relación de recibos y personas atendidas
4. CAUSACIÓN	- Registro - Filtración - Consignación	Auxiliar Contable Asistente Contable Contador	Cuenta de cobro

Fuente. Este estudio.

Aquí se hace una breve descripción de las diferentes secuencias que hacen parte de las actividades esenciales, los responsables de esas secuencias y las diferentes salidas que genera este proceso,

Formato 4. Puntos de Control

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PR-04
	RECAUDOS	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. CONTRATACIÓN	- Contratos Exitosos - Servicios Contratados	# contratos negociados/# contratos planeados - Servicios verificados/ servicios seleccionados
2. FACTURACIÓN	Administración Eficiente del Efectivo	Dinero recaudado/Dinero consignado
3. RECAUDOS	Consignación Dinero Facturado	Cantidad de dinero consignado
4. CAUSACIÓN	Cobro Efectivo	Total cuentas cobradas/Total cuentas de cobro

Fuente. Este estudio.

En este formato, se hace alusión a la manera de cómo se llevará un monitoreo de las diferentes secuencias que posee el proceso, mediante el uso de indicadores, los cuales nos presentaran como va el desempeño del proceso.

Formato 5. Interacción con otros Procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PR-05
	RECAUDOS	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCESOS		PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
PRIMARIAS	1. Atención Ambulatoria en Salud	5	Un mal proceso de Atención Ambulatoria afecta la utilidad	Estandarización adecuada del proceso de Atención Ambulatoria
	1. Gestión Presupuestal	4	Herramienta de control	Presupuesto adecuado contra ingreso
DE APOYO	2. Gestión Contable	4	Sistema de control para los recursos	Contar con un sistema actualizado contable
	3. Gestión de Mercadeo	4	Sin recursos no se realiza plan de mercadeo	Destinar presupuesto para Plan de Mercadeo
	4. Gestión Social y Solidaria	5	Al existir ingresos se genera utilidades para reinversión social	Aumentar porcentaje de contratos
	5. Gestión Tecnológica	5	Con flujo de efectivo se cuenta con plataforma tecnológica	Aumentar presupuesto en Plataforma Tecnológica
	6. Administración de Activos y Suministros	4	Al no contar con activos y suministros no se puede brindar atención	Contratación oportuna y favorable
	7. Gestión de Calidad	4	Estandarización y mejora de procesos	Monitoreo y acompañamiento permanente al proceso

Fuente. Este estudio.

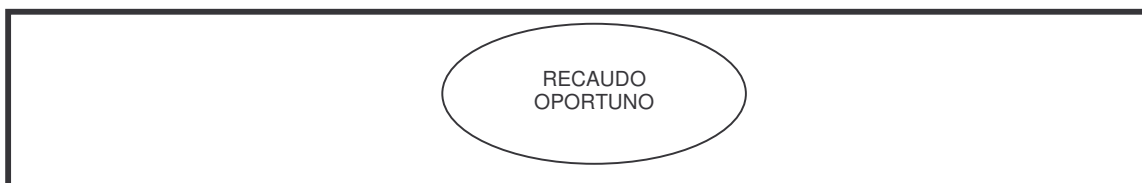
Dentro de este formato se observa cual es la interacción de este proceso junto con los otros procesos tanto primarios como los procesos de apoyo que presenta la IPS y, además, el grado de importancia, por así decirlo, que cada actividad posee, una breve descripción y la característica de calidad.

Este proceso posee una serie de políticas que están encaminadas a la consecución de la estrategia, en este caso es el “recaudo oportuno”, donde se presenta una política general que es: “Lograr una máxima eficiencia en el recaudo y en la aplicación de los recursos para el cumplimiento de los objetivos de la IPS”, pero además presenta una serie de políticas específicas para cada actividad, así:

Formato 6. Políticas

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PR-05
	RECAUDOS	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA



POLÍTICA GENERAL

Lograr una máxima eficiencia en el recaudo y en la aplicación de los recursos para el cumplimiento de los objetivos de la IPS

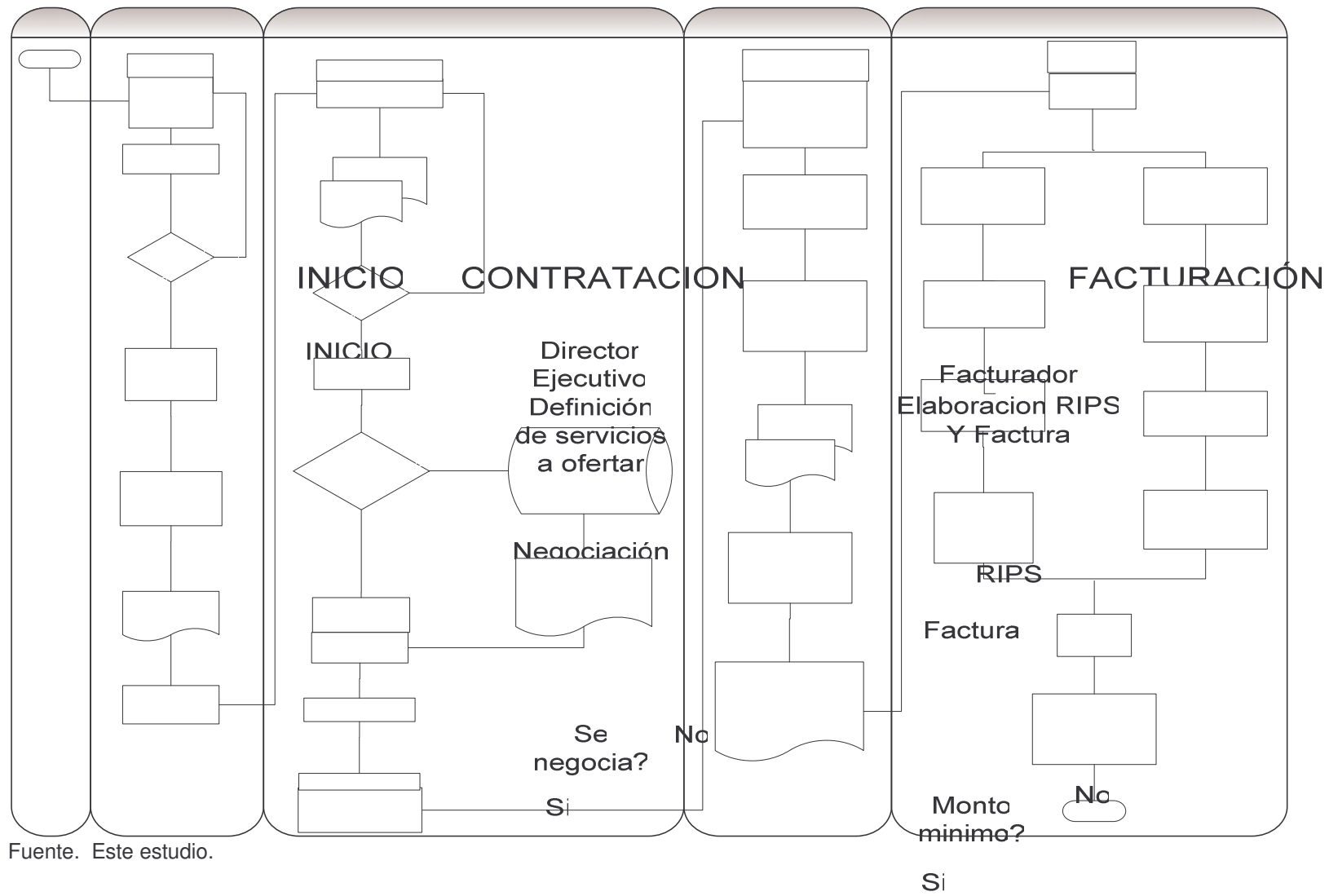
SECUENCIA	POLITICA
1. CONTRATACIÓN	- Además de los requisitos de norma previo a la contratación se revisara: Informe de PQRS, disponibilidad de servicio, monitoreo de prestación de servicios, evaluación de gestión de P y P, informe de cumplimiento de los acuerdos de gestión, seguimiento de indicadores de calidad, informe de ejecución al plan de salud NEGOCIACIÓN RED CAPITALADA - El pago de las acciones de promoción y prevención se liquidara con base al nivel de cumplimiento. NEGOCIACIÓN RED FACTURADA - La contratación preferentemente se efectuará por paquetes integrales de atención - Se contratará con tarifas competitivas en el mercado - Se negociará descuentos, tarifa, periodo de pago, condición de auditoria, calidad del servicio, reconocimiento institucional favorable para la IPS - Toda negociación debe estar basada en un análisis del riesgo administrativo y financiero - Los servicios contratados deberán quedar explícitos en el objeto contractual - Los contratos deberán contener los anexos técnicos (precios de insumos, materiales y medicamentos, tarifas, presentación de cuentas, plazos de pagos, objeto contractual, auditoria previa, guías de atención, copagos, estándares de calidad, lineamientos para solicitar órdenes de servicio, eventos no POS-S, incentivos o descuentos según el cumplimiento de metas de P y P, compromiso frente a la actualización de base de datos y el reporte oportuno de las novedades, términos de liquidación de contratos, no se expedirán

	órdenes de servicios prestados con anterioridad) para ser concertados en la negociación. • Una vez se negocia el contrato, se darán quince días hábiles para la debida legalización (firma de las partes). • Todo contrato deberá perfeccionarse y legalizarse dentro de los tres días siguientes a la firma • Una vez perfeccionado el contrato, se debe informar al ente territorial por escrito. • Como requisito para la legalización del contrato se solicitara la base de datos certificada.
2. FACTURACIÓN	• Para proceder con la facturación se debe contar con una contratación vigente. • La IPS debe contar con una base de datos actualizada y depurada.
3. RECAUDOS	• Los informes de las IPS que no cuenten con sucursal bancaria, se los debe enviar entre los tres (3) primeros días de cada mes. • Las IPS que no cuenten con sucursal bancaria deben entregar el dinero recaudado al finalizar el mes al coordinador de facturación. • Para mantener un control del dinero, cuando se haga entrega de éste, se debe exigir/expedir un recibo donde conste el monto entregado.
4. CAUSACIÓN	• Llevar actas de las reuniones que se planeen con el contador de la EPS por motivo de conciliación.

Fuente. Este estudio.

Dentro de este trabajo, se plasmó también un primer diagrama de flujo para este proceso, el cual se presenta a continuación:

Figura 14. Diagrama de flujo según formato 6



Fuente. Este estudio.

4.2.3 Proceso de planeación de la atención. El objetivo de este proceso es el de diseñar el plan de salud y actividades propias de planeación de la atención, así también, el de organizar los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda en salud con base en el diagnóstico.

Este proceso se lo toma como pilar para la prestación del servicio que ofrece COOEMSSANAR IPS, donde se establecerán los servicios a ofrecer mediante la contratación con las diferentes EPS (en este caso, la EPS de EMSSANAR) para tal caso.

La caracterización se la puede observar en el Anexo 02.

En el proceso de recolección de la información pertinente, se logró recoger lo siguiente:

Formato 7. Formalización de procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPA-01
	PROCESO PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

UNIDAD DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS		
GERENTE DEL PROCESO: DIRECTOR EJECUTIVO		
FECHA DE APROBACIÓN:		
ACUERDO DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN: borrador I		
APROBADO POR	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMAS
Gerente General	Carlos Fajardo Pabón	
Gerente del Proceso	Jairo Bucheli Rodríguez	
Jefe de Planeación y Calidad	Milton Sánchez	
Presentado por	Cristhian Villota	

Fuente. Este estudio.

Formato 8. Presentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPA-02
	PROCESO PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

OBJETIVO: Diseñar el plan de salud y actividades propias de planeación de la atención. Organizar los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda en salud con base en el diagnostico.			
INICIO: DISEÑO DEL PLAN DE SALUD		FIN: DEFINICIÓN DE GARANTIAS PARA LA ATENCIÓN	
FAMILIAS ESTRATÉGICAS: Director Ejecutivo, Coordinador IPS			
ENFASIS ESTRATÉGICOS			
Ampliar la capacidad instalada Desarrollo de nuevos servicios Difusión de la propuesta de valor Reducción del costo operativo			
INDICADOR DE MEDICIÓN	FORMULA	METAS	
		2.006	2.007
Capacidad de oferta en consulta médica y/o odontológica	# consultas días según frecuencia de uso establecida/# de consultas medicas y/o odontológicas establecidas		80%
Nuevos servicios	Servicios nuevos		3
Nivel de posicionamiento	Resultado de la encuesta		10 primeras
Nivel de productividad	# de consultas medicas u Odontológicas realizadas/Estándar médico (704) odontológico (506)		De acuerdo a cada IPS
ENTRADAS		PROVEEDORES	
INTERNAS: Bases de datos, Contratos, Requerimientos, Informes de auditoria, Conceptos jurídicos, Material publicitario, Recurso humano, Insumos y activos		INTERNOS: Afiliación y registro, Administración de la contratación, Recaudos, Direccionamiento estratégico, Gestión de calidad, Gestión del riesgo, Gestión tecnológica, Gestión jurídica, Mercadeo, Desarrollo del talento humano, Administración de activos y suministros	
EXTERNAS: Plan local de salud, Notificación de eventos de vigilancia epidemiológica, Reportes de mortalidad. Registros clínicos			

(historia clínica, remisiones, ordenes medicas), Informes auditoria, Programas bandera. Información, Normatividad, Planes de mejoramiento	EXTERNOS: Ente Territorial (Municipal), Ente Departamental, DANE, Misterio de la protección social
SALIDAS	CLIENTES
INTERNAS: Reporte de novedades e inconsistencias, Evaluación de gestión de PYP, identificación de los estados de salud, Informes de auditoria, disponibilidad de servicios, satisfacción, plan de intervención, modelo de prestación de servicios, PQRS, recomendaciones para contratación, Consolidado autorización y COPAGOS EXTERNAS: servicio autorizado, información sobre deberes y derechos, respuestas a requerimientos, autorización de servicios, informes de auditoria planes de mejoramiento, plan de salud, autorizaciones compartidas, evaluación de gestión, estudios de calidad de casos especiales, Requerimientos (indicadores 030)	INTERNOS: Afiliación y registro, Administración de la contratación, PQRS, Direccionamiento estratégico, Recaudos EXTERNOS: Usuario, Ente municipal, Ente territorial departamental, SUPERSALUD, Vicepresidencia de la republica
MARCO LEGAL: Decreto 1757 de 1994, acuerdo 306 de 2005, acuerdo 117 de 1998, acuerdo 228 de 2002, resolución 5261 de 1994, resolución 412 de 2000	

Fuente. Este estudio.

Dentro de este formato se hace la presentación del proceso donde esta inmerso el objetivo; el inicio y el final del mismo (las actividades que se desarrollan donde especifiquen donde inicia y donde termina el proceso); las familias estratégicas que son las personas u otros procesos o subprocesos que intervienen en el transcurso del mismo; se resaltan los énfasis estratégicos ⁸ que es en lo que se debe mejorar, lo que la empresa debe hacer énfasis para que el proceso tenga un mejor desempeño; se exponen los indicadores de medición con los cuales se espera conseguir las metas establecidas; y se especifican los proveedores, los clientes, y las entradas y las salidas; además del marco legal que rige a este proceso.

⁸ Cartilla Balanced Scorecard 2006, EMSSANAR E.S.S.

Formato 9. Documentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPA-03
	PROCESO PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCESO: PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN
UEN: COOEMSSANAR IPS
GERENTE: DIRECTOR EJECUTIVO
OBJETIVO: Diseñar el plan de salud y actividades propias de planeación de la atención.
 Organizar los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda en salud con base en el diagnóstico.

PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE	SALIDAS
1. DISEÑO DEL PLAN DE SALUD	Definición de la población objetivo	Director Ejecutivo Coordinador IPS	Base de datos
	Determinación de Intervenciones	Director Ejecutivo Coordinador IPS	Intervenciones según patología de impacto social y económico
	Formulación del plan	Director Ejecutivo Coordinador IPS	Plan de salud
2. DEFINICIÓN DE GARANTIAS PARA LA ATENCIÓN	Garantía de acceso	Director Ejecutivo	Cobertura de cada patología
	Garantía de calidad	Director Ejecutivo	Tiempos de espera
	Garantía de oportunidad	Director Ejecutivo	Tiempos máximos de espera para recibir una prestación o grupo de prestaciones
	Garantía financiera	Director Ejecutivo	Grupos que reciben atención gratuita Porcentajes de copagos Criterios de aplicabilidad

Fuente. Este estudio.

Aquí se hace una breve descripción de las diferentes secuencias que hacen parte de las actividades esenciales, los responsables de esas secuencias y las diferentes salidas que genera este proceso,

Formato 10. Puntos de Control

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPA-04
	PROCESO PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. DISEÑO DEL PLAN DE SALUD	• Actividades a Ofertar	• # actividades a ofertar/ #total actividades
2. DEFINICIÓN DE GARANTIAS PARA LA ATENCIÓN	• Calidad • Oportunidad	• Condiciones de establecimientos • Tiempo real/tiempo estimado

Fuente. Este estudio.

En este formato, se hace alusión a la manera de cómo se llevará un monitoreo de las diferentes secuencias que posee el proceso, mediante el uso de indicadores, los cuales nos presentaran como va el desempeño del proceso.

Formato 11. Interacción con otros procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPA-05
	PROCESO PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCESOS		PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
PRIMARIAS	1. Administración de la contratación	5	- Si hay contratación oportuna, le garantiza al usuario una buena atención y por consiguiente su satisfacción - Actualización periódica de la base de datos hace eficiente y efectivo el proceso	- Buena contratación - Amplia socialización a los interesados respecto a la contratación - Especificidad en el objeto contractual (servicio, tarifas, criterios de calidad, etc.)
	1. Gestión Tecnológica	5	La información sobre perfiles epidemiológicos, demanda y oferta de servicios, permite definir estrategias acordes a la realidad de la población	Mejorar la calidad de la información a través del fortalecimiento del sistema de información
DE APOYO	2. Mercadeo	4	- Puede generar sobre costos porque el usuario puede no hacer un uso racional de los servicios - Información al usuario sobre deberes y derechos, red de servicios, plan de beneficios	- Adelantar estudios de mercadeo. - Diseñar e implementar estrategias de comunicación. - PHVA a Encuestas de satisfacción
	3. Gestión Social	4	- Que no haya un verdadero control social con relación a los servicios de salud. - Que no haya articulación entre gestión social con aseguramiento	- Mayor articulación con todos los entes (servicios de salud). - Mayor participación social
	4. Desarrollo del Talento Humano	4	Personas que le falten competencias para desempeñar el cargo	Definición y fortalecimiento de perfiles y competencias

Fuente: Esta investigación.

Dentro de este formato se observa cual es la interacción de este proceso junto con los otros procesos tanto primarios como los procesos de apoyo que presenta la IPS y, además, el grado de importancia, por así decirlo, que cada actividad posee, una breve descripción y la característica de calidad.

Las políticas generales empleadas en este proceso y que se encaminan a la consecución de las estrategias, que son la “auditoria efectiva”, “planificación de la atención con enfoque de riesgo” y “eficiencia en el ciclo de atención”, son: “Prestación de servicios con máxima eficiencia en términos de calidad y costo; Mejorar la calidad de servicio al cliente; Atención enfocada a minimizar el riesgo de enfermar y el costo”. Pero además presenta una serie de políticas específicas para cada actividad, así:

Formato 12. Políticas

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPA-06
	PROCESO PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA



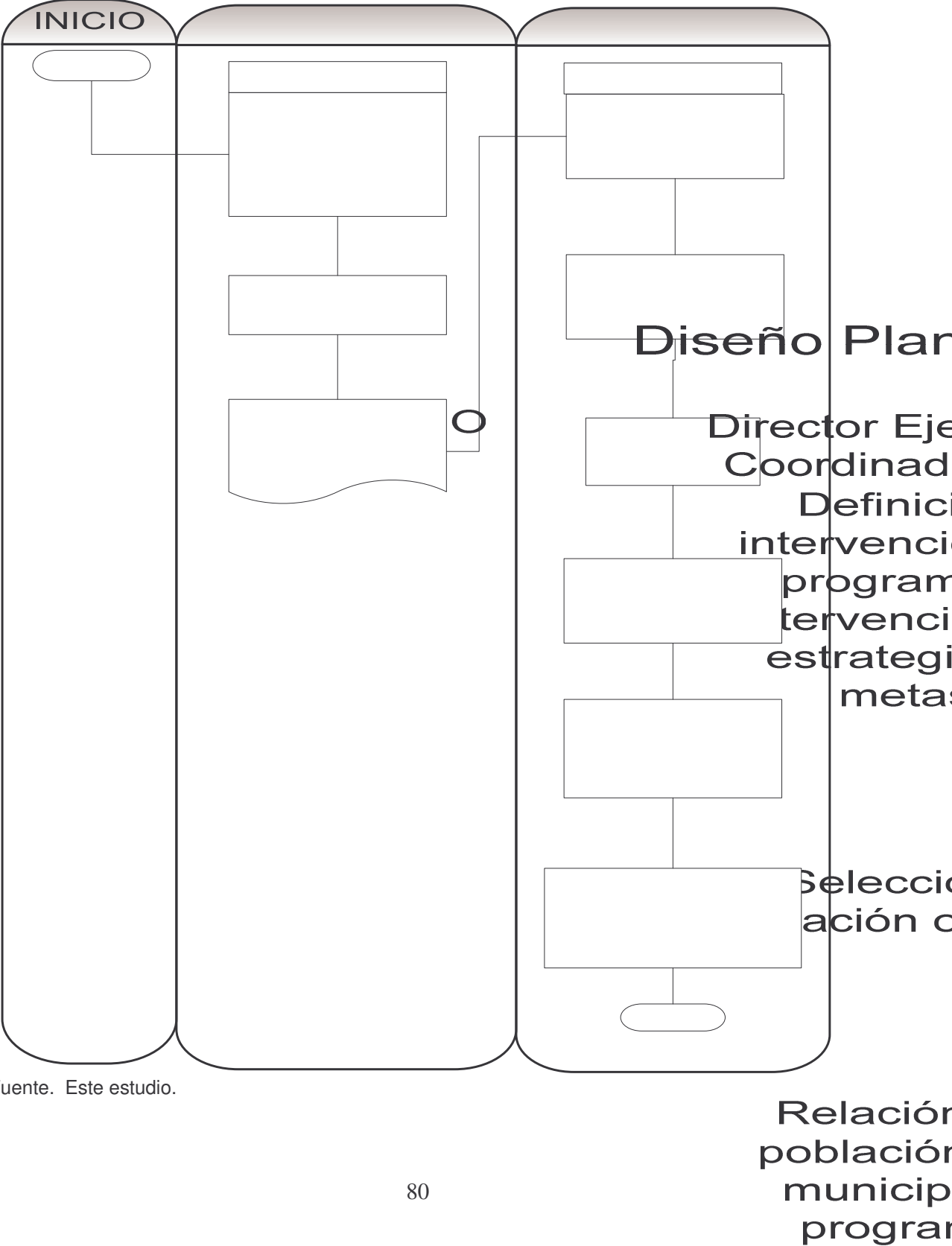
POLÍTICA GENERAL
Prestación de servicios con máxima eficiencia en términos de calidad y costo. Mejorar la calidad de servicio al cliente. Atención enfocada a minimizar el riesgo de enfermar y el costo.

SECUENCIA	POLÍTICA
1. DISEÑO DEL PLAN DE SALUD	- Se contará con una herramienta tecnológica y personal competente que asegure integralidad de la información - La planeación de la atención se hará con base en los resultados de la identificación del estado de salud del afiliado, con énfasis en un modelo de atención preventivo
2. DEFINICIÓN DE GARANTÍAS PARA LA ATENCIÓN	

Fuente. Este estudio.

El primer diagrama de flujo que se trabajó para este proceso se lo presenta a continuación:

Figura 15. Diagrama de flujo según formato 12



Fuente. Este estudio.

4.2.4 Proceso de atención ambulatoria en salud. El objetivo de este proceso es garantizar satisfacción a nuestros clientes, mediante la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad con parámetros de calidad, con oportunidad, confiabilidad, pertinencia, accesibilidad y precios que se ajusten a sus necesidades; según portafolio.

Este es el proceso que mas importancia tiene, ya que aquí es donde se realiza la prestación de los servicios en salud como tales hacia los usuarios que los necesiten.

La caracterización se encuentra en el Anexo 03.

Dentro del levantamiento de la información, se encontró lo siguiente, de acuerdo a los siguientes formatos trabajados:

Formato 13. Formalización de procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAT-01
	PROCESO ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

UNIDAD DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS		
GERENTE DEL PROCESO: DIRECTOR EJECUTIVO		
FECHA DE APROBACIÓN:		
ACUERDO DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN: borrador I		
APROBADO POR	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMAS
Gerente General	Carlos Fajardo Pabón	
Gerente del Proceso	Jairo Bucheli Rodríguez	
Jefe de Planeación y Calidad	Milton Sánchez	
Presentado por	Cristhian Villota	

Fuente. Este estudio.

Formato 14. Presentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAT-02
	PROCESO ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

OBJETIVO: Garantizar satisfacción a nuestros clientes, mediante la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad con parámetros de calidad, con oportunidad, confiabilidad, pertinencia, accesibilidad y precios que se ajusten a sus necesidades; según portafolio.			
INICIO: CONTACTO CON POBLACIÓN SUSCEPTIBLE A SER ATENDIDA		FIN: POSCONSULTA	
FAMILIAS ESTRATÉGICAS: Coordinador IPS, Portero, Auxiliar de atención al usuario, Aux. de odontología, Enfermera Jefe, Médicos, Odontólogos, Higienistas, Auxiliar enfermería			
ÉNFASIS ESTRATÉGICOS			
Mejorar el tiempo de respuesta		Reducción del costo operativo	
INDICADOR DE MEDICION	FORMULA	METAS	
		2.006	2.007
Tiempo de respuesta	Pacientes atendidos a la hora programada/Total pacientes		3 días
Nivel de cumplimiento de citas programadas	Pacientes atendidos a la hora programada/Total de pacientes programados		100%
Nivel de productividad	# de consultas medicas u Odontológicas realizadas/Estándar médico (704) odontológico (506)		De acuerdo a cada IPS
ENTRADAS		PROVEEDORES	
INTERNAS: Contratos, Insumos y Suministros, Recursos humanos y tecnológicos, bases de datos, Autorización EXTERNAS: Contratos, Normas.		INTERNOS: SF, Gestión tecnológica, Administración de Activos y Suministros, Afiliación y Registro, Servicio al usuario EXTERNOS: Instituciones contratantes, Entes Territoriales, Contratista de mantenimiento de equipos.	
SALIDAS		CLIENTES	
INTERNAS: Información procesada Satisfacción al cliente, Atención en salud EXTERNAS: Información procesada Satisfacción al cliente Atención en salud		INTERNOS: Procesos de apoyo, servicio postventa, Recaudos y Pagos, Servicio al usuario, Direccionamiento Estratégico EXTERNOS: VIC, Proveedores, Usuarios Institucionales y no Institucionales, SF EMSSANAR	
MARCO LEGAL: Decreto 1011 de 2006, resolución 1043 de 2006, resolución 1446 de 2006, resolución 1995 de 1998, acuerdo 117 de 1998, circular externa 014 de 1995, carta circular 02 de 1995, circular externa 09 de 1996, decreto 412 de 1992, decreto 2240 de 1996, decreto 2753 de 1997, ley 09 de 1979, resolución 1343 de 1991, resolución 3374 de 2000, resolución 3384 de 2000, resolución 4445 de 1996, resolución 5039 de 1994, resolución 741 de 1997, circular 030 de 2006, resolución 1446 de 2006			

Fuente. Este estudio.

Dentro de este formato se hace la presentación del proceso donde esta inmerso el objetivo; el inicio y el final del mismo (las actividades que se desarrollan donde especifiquen donde inicia y donde termina el proceso); las familias estratégicas que son las personas u otros procesos o subprocesos que intervienen en el transcurso del mismo; se resaltan los énfasis estratégicos⁹ que es en lo que se debe mejorar, lo que la empresa debe hacer énfasis para que el proceso tenga un mejor desempeño; se exponen los indicadores de medición con los cuales se espera conseguir las metas establecidas; y se especifican los proveedores, los clientes, y las entradas y las salidas; además del marco legal que rige a este proceso.

⁹ Cartilla Balanced Scorecard 2006, EMSSANAR E.S.S.

Formato 15. Documentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAT-03
	PROCESO ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCESO: ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD
UEN: COOEMSSANAR IPS
GERENTE: DIRECTOR EJECUTIVO
OBJETIVO: Garantizar satisfacción a nuestros clientes, mediante la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad con parámetros de calidad, con oportunidad, confiabilidad, pertinencia, accesibilidad y precios que se ajusten a sus necesidades; según portafolio.

PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE	SALIDAS
1. CONTACTO CON POBLACIÓN SUSCEPTIBLE A SER ATENDIDA	- Planeación - Participación comunitaria - Motivación y sensibilización - Captación - Canalización - Evaluación	Enfermera Jefe	Base de datos
2. ORIENTACIÓN	Orientación	Portero	
3. RECEPCIÓN USUARIOS, ASIGNACIÓN DE CITAS, FACTURACIÓN	- Solicitud documentos - Asignación citas (telefónicas-personales) - Elaboración RIPS - Cobro por servicio	Auxiliar de Facturación Auxiliar de Facturación Auxiliar de Facturación	Registro diario de consulta Arqueo diario, RIPS
4. CANALIZACIÓN	Canalización	Auxiliar de Facturación	
5. PRECONSULTA	- Recepción RIPS - Diligenciamiento historia clínica - Archivo de historias clínicas	Auxiliar de Enfermería	Historia clínica, Hoja de evolución de enfermería
6. CONSULTA	- Consulta Médica - Consulta Odontológica - Promoción y Prevención	Médico Odontólogo Enfermera Jefe	Fórmula médica, remisiones Informe de actividades de odontología, Examen clínico odontológico, Historia clínica odontológica, Evolución clínica odontológica, Registro diario de actividades odontológicas Formatos PyP
7. POSCONSULTA	Orientación, educación, canalización	Auxiliar de Enfermería	

Fuente: Esta investigación.

Aquí se hace una breve descripción de las diferentes secuencias que hacen parte de las actividades esenciales, los responsables de esas secuencias y las diferentes salidas que genera este proceso,

Formato 16. Puntos de Control

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAT-04
	PROCESO ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. CONTACTO CON POBLACIÓN SUSCEPTIBLE A SER ATENDIDA	- Población contactada - Cumplimiento al plan de mejoramiento	# total usuarios canalizados/ # total usuarios afiliados - Actividades ejecutada/Actividades planeadas
2. ORIENTACIÓN	Orientación	# usuarios orientados/ # total usuarios
3. RECEPCIÓN USUARIOS, ASIGNACION CITAS, FACTURACIÓN	- Clientes - Cantidad de reclamos por mala prestación del servicio - Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica general - Oportunidad en la asignación de la consulta odontológica general - Oportunidad en la atención de servicios de imagenología	- Clientes finales – Clientes iniciales - Número de quejas presentadas en las IPS de COOEMSSANAR - Sum (Días calendario entre fecha solicitud y fecha cita) / Total consultas médicas asignadas - Sum (Días calendario entre fecha solicitud y fecha cita) / Total consultas odontológicas asignadas - Sum (Días calendario entre fecha solicitud y fecha atención) / Total atenciones en servicios imagenología
4. CANALIZACIÓN	Uso del servicio	Total usuarios canalizados/ total usuarios día
5. PRECONSULTA	- Usuarios atendidos - Canalización usuario	# usuarios atendidos # usuarios canalizados/ # usuarios atendidos
6. CONSULTA	- Tiempo de respuesta - Total tiempo de respuesta	- Tiempo ideal/Tiempo real - Pacientes atendidos a la hora programada/Total pacientes
7. POSCONSULTA	Usuarios atendidos	Número de usuarios hacen uso de posconsulta/Número de usuarios atendidos en consulta

En este formato, se hace alusión a la manera de cómo se llevará un monitoreo de las diferentes secuencias que posee el proceso, mediante el uso de indicadores, los cuales nos presentaran como va el desempeño del proceso.

Formato 17. Interacción con otros Procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAT-05
	PROCESO ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

	PROCESOS	PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
PRIMARIAS	1. Compras	5	- Altos costos en las compras de la IPS disminuyen las utilidades - La mala calidad en los insumos genera aumento en la frecuencia de consulta - Si se compra productos de mala calidad se genera insatisfacción en el usuario - Las compras no oportuna producen aumento en los costos - Se cuenta con pocos proveedores lo cual limita el portafolio de oportunidades	- Estandarización en el proceso de compras para la IPS - Conformación del comité de compras por personal idóneo - Implementar un estricto control de calidad en el proceso de compras - Participación en el comité de compras a un representante de la IPS - Mejoras en las políticas de negociación
	2. Posventa	4	- La falta de seguimiento y acompañamiento del cliente disminuye confianza e imagen de la IPS - No realizar postventa aumenta la frecuencia de consulta y complicaciones en los usuarios	Creación de un servicio postventa

PROCESOS		PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
DE APOYO	1. Direccionamiento Estratégico	5	- No tener clara la estrategia incrementa los costos para la IPS - No tener claras las políticas incrementa costos para la IPS	Socialización de la estrategia y las políticas
	2. Gestión de Calidad	5	El no conocimiento de los procesos disminuye la eficacia operativa	Estandarización y monitoreo de los procesos
	3. Gestión Presupuestal y Contable	5	No tener un buen presupuesto e información contable impide la toma de decisiones	Participación del área contable y mejorar la información
	4. Gestión Jurídica	3	- Revisión de adecuadas condiciones contractuales - Control a cartera	- Asesoramiento permanente - Revisión de contratos
	5. Mercadeo	4	Débil posicionamiento de marca por falta de mercadeo	- Que haya mayor participación de Desarrollo Comunitario y Empresarial - Apoyo por parte del área de mercadeo - Implementación de un plan de mercadeo
	6. Gestión Social	3	- Redistribución social - Suministro inadecuado de información (base de datos)	Mayor promoción del servicio y acompañamiento
	7. Desarrollo de Talento Humano	4	- Desactualización de normas - Desmotivación del Talento Humano - Inadecuado proceso de selección - Falta de retroalimentación	- Capacitación - Monitoreo - Evaluación - Adecuado proceso de selección
	8. Salud Ocupacional	4	- Técnicas de bioseguridad - Manejo de estrés laboral - Espacios físicos inadecuados	- Socialización y monitoreo del manual de bioseguridad - Panorama de riesgos - Mayor normatividad - Interrelación ARP e IPS
	9. Gestión Tecnológica	3	Suministro adecuado y oportuno de información (programa de facturación)	- Actualización del aplicativo - Mantenimiento de equipo

Dentro de este formato se observa cual es la interacción de este proceso junto con los otros procesos tanto primarios como los procesos de apoyo que presenta la IPS y, además, el grado de importancia, por así decirlo, que cada actividad posee, una breve descripción y la característica de calidad.

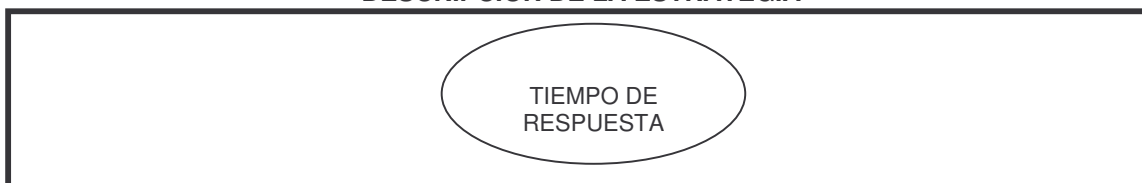
La política general que se utiliza dentro de este proceso, enfocada a lograr la estrategia es la de mejorar el “tiempo de respuesta” es: “Las IPS prestarán un servicio basado en la oportunidad, respeto, confiabilidad, a fin de satisfacer las necesidades del usuario en salud, preservando los intereses de la organización”.

Pero además presenta una serie de políticas específicas para cada actividad, así:

Formato 18. Políticas

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAT-06 EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA

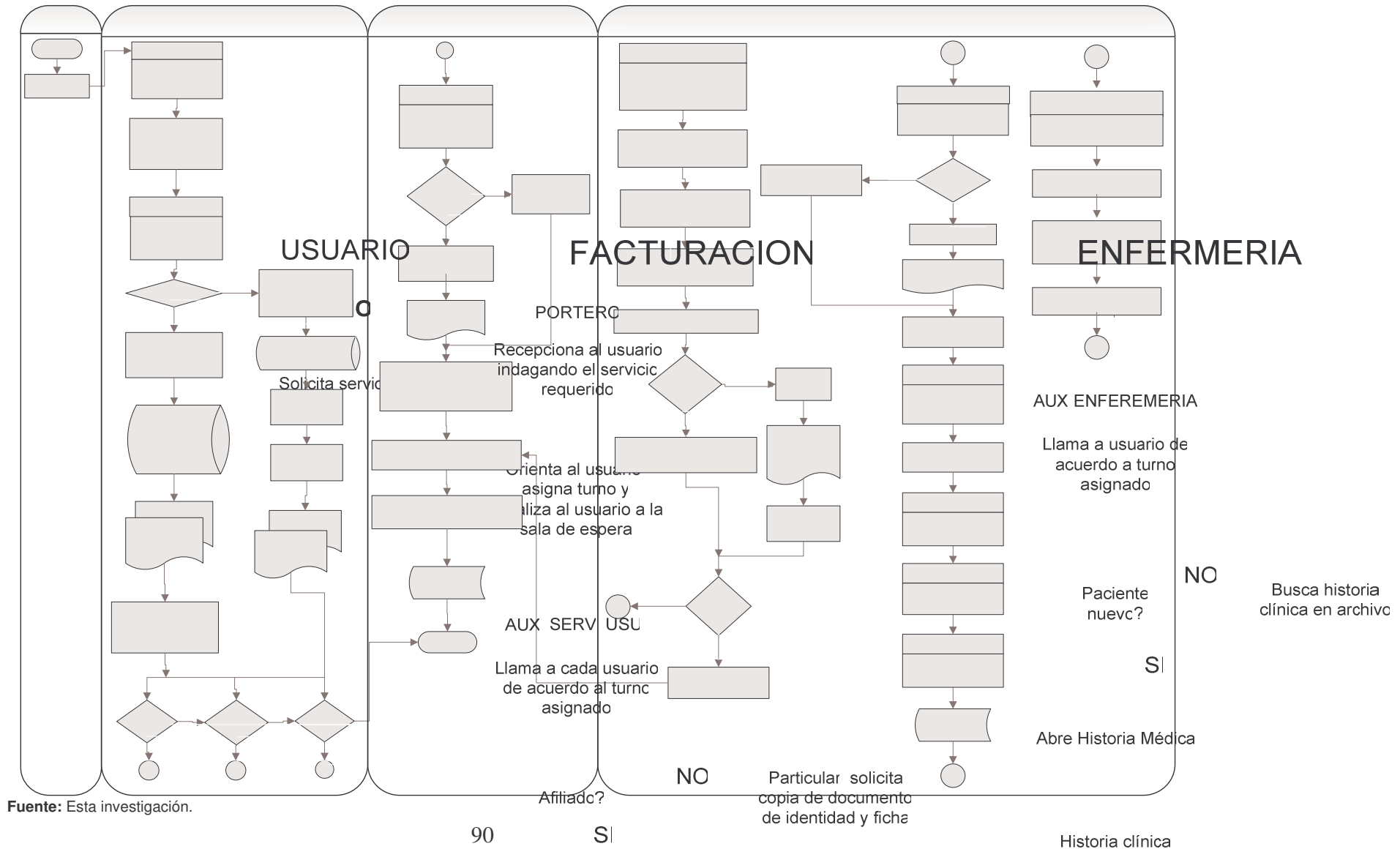


POLITICA GENERAL	
Las IPS prestarán un servicio basado en la oportunidad, respeto, confiabilidad, a fin de satisfacer las necesidades del usuario en salud, preservando los intereses de la organización	
SECUENCIA	POLÍTICA
1. CONTACTO CON POBLACIÓN SUSCEPTIBLE A SER ATENDIDA	- Para todas las actividades que se presenten para el efecto de demanda inducida, se debe presentar la programación de las mismas. - La base de datos de la población susceptible debe estar actualizada y depurada.
2. ORIENTACIÓN	El Portero brindará la orientación adecuada de acuerdo a la necesidad del afiliado remitiendo al afiliado al área correspondiente.
3. RECEPCIÓN USUARIO, ASIGNACIÓN DE CITAS, FACTURACIÓN	- La recepción del usuario se hará de manera amable, oportuna y respetuosa por el personal encargado. - Todas las sedes de la IPS garantizarán la atención a través de citas programadas, consulta prioritaria y consulta normal. - La prestación del servicio estará orientada en brindar mayor comodidad y oportunidad al usuario. - La cita priorizada se registrará con base a los programas bandera de la Organización. - Para proceder con la facturación se debe contar con una contratación vigente. - Para la atención el afiliado debe presentar la documentación necesaria. - La IPS debe contar con una base de datos actualizada y depurada.
4. CANALIZACIÓN	El Auxiliar de Facturación canalizará adecuadamente al usuario al área correspondiente.
5. PRECONSULTA	- La historia clínica deberá ser diligenciada y archivada de acuerdo a la norma establecida. - La preconsulta debe basarse en el respeto, amabilidad, trato con que se presta el servicio, sin atentar contra la dignidad del paciente, que ponga en riesgo su integridad personal.
6. CONSULTA	Se respetará el tiempo asignado para la consulta, tanto médica como odontológica.
7. POSCONSULTA	La información que se brinde al usuario, debe ser en forma clara y precisa.

Fuente. Este estudio.

El diagrama de flujo del proceso de Atención Ambulatoria propuesto es el que a continuación se señala:

Figura 16. Diagrama de flujo del proceso de atención ambulatoria



4.2.5 Proceso de administración de la contratación. El objetivo de este proceso es el de garantizar la prestación de servicios de salud con calidad a los afiliados de EMSSANAR E.S.S., a través de una contratación adecuada de la red prestadora.

La caracterización se encuentra en el Anexo 04.

Dentro del levantamiento de la información, se encontró lo siguiente, de acuerdo a los siguientes formatos trabajados:

Formato 19. Formalización de procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAC-01
	PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

UNIDAD DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS		
GERENTE DEL PROCESO: DIRECTOR EJECUTIVO		
FECHA DE APROBACIÓN:		
ACUERDO DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN: borrador I		
APROBADO POR	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMAS
Gerente General	Carlos Fajardo Pabón	
Gerente del Proceso	Jairo Bucheli Rodríguez	
Jefe de Planeación y Calidad	Milton Sánchez	
Presentado por	Cristhian Villota	

Fuente. Este estudio.

Formato 20. Presentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAC-02
	PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

OBJETIVO: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad a los afiliados de EMSSANAR E.S.S., a través de una contratación adecuada de la red prestadora.			
INICIO: ANÁLISIS DE DEMANDA		FIN: LIQUIDACIÓN	
FAMILIAS ESTRATÉGICAS: Director ejecutivo, Contador, Auditores, Tesorero.			
ÉNFASIS ESTRATÉGICOS			
Ampliar la capacidad instalada			
INDICADOR DE MEDICIÓN	FORMULA	METAS	
		2.006	2.007
Capacidad de oferta en consulta médica y/o odontológica	# consultas días según frecuencia de uso establecida/# de consultas medicas y/o odontológicas		80%
ENTRADAS		PROVEEDORES	
INTERNAS: Plan de salud, Evaluación de gestión, Informe de requisitos de habilitación, Informe de disponibilidad de servicios, Informes de auditoria, Informe de PQRS, Generación de políticas empresariales, Generación de políticas de calidad e indicadores y monitoreo del proceso y seguimiento de los planes de mejora, Minutas contractuales y asesorías, Talento humano idóneo y capacitación, Activos y suministros		INTERNOS: Servicio al usuario, Direccionamiento estratégico, gestión de calidad, Gestión del riesgo, Gestión tecnológica, Gestión presupuestal y contable, Gestión humana	
EXTERNAS: Normatividad, Requerimientos contractuales		EXTERNOS: Ministerio de la protección social, EPS	
SALIDAS		CLIENTES	
INTERNAS: Contratos, Información, Contratos y liquidación de cuentas, Informe de inconsistencias de incumplimiento del contrato		INTERNOS: Servicio al usuario, Direccionamiento estratégico, gestión presupuestal	
EXTERNAS: Contratos, Información, Contratos y liquidación de cuentas, Informe de inconsistencias de incumplimiento del contrato, Base de datos, Reporte de novedades		EXTERNOS: Entes municipales, EPS, Entes de vigilancia y control (Veedurías, Asociaciones de usuarios, Interventorías, etc.)	
MARCO LEGAL: Código del comercio y código civil			

Fuente: Esta investigación.

Dentro de este formato se hace la presentación del proceso donde esta inmerso el objetivo; el inicio y el final del mismo (las actividades que se desarrollan donde especifiquen donde inicia y donde termina el proceso); las familias estratégicas que son las personas u otros procesos o subprocesos que intervienen en el transcurso del mismo; se resaltan los énfasis estratégicos ¹⁰ que es en lo que se debe mejorar, lo que la empresa debe hacer énfasis para que el proceso tenga un mejor desempeño; se exponen los indicadores de medición con los cuales se espera conseguir las metas establecidas; y se especifican los proveedores, los clientes, y las entradas y las salidas; además del marco legal que rige a este proceso.

Formato 21. Documentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAC-03
	PROCESO ADMINISTRACION DE LA CONTRATACION	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCESO: ADMINISTRACION DE LA CONTRATACIÓN
UEN: COOEMSSANAR IPS
GERENTE: DIRECTOR EJECUTIVO
OBJETIVO: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad a los usuarios de COOEMSSANAR IPS, a través de una contratación adecuada con la EPS.

PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE	SALIDAS
1. ANÁLISIS DE DEMANDA	Determinación de servicios	Director ejecutivo Coordinador IPS	Servicios a ofrecer Bases de datos
2. VERIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE SERVICIOS A OFERTAR	- Definición de servicios - Negociación - Elaboración programación - Concertación estándares de calidad	Director ejecutivo Coordinador IPS	Contratos
3. NEGOCIACIÓN	Negociación	Director ejecutivo Coordinador IPS	
4. ELABORACIÓN DE LA MINUTA CONTRACTUAL	Elaboración minuta	Director ejecutivo Área Jurídica	Minuta contractual
5. LEGALIZACIÓN	Legalización	Director ejecutivo	
6. LIQUIDACIÓN	Liquidación	Director ejecutivo	Actas de liquidación

Fuente. Este estudio.

¹⁰ Cartilla Balanced Scorecard 2006, EMSSANAR E.S.S.

Aquí se hace una breve descripción de las diferentes secuencias que hacen parte de las actividades esenciales, los responsables de esas secuencias y las diferentes salidas que genera este proceso,

Formato 22. Puntos de Control

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAC-04
	PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. ANÁLISIS DE DEMANDA	Presentación servicios	Total servicios demandados/Total servicios ofrecidos
2. VERIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE SERVICIOS A CONTRATAR	- Contratación efectiva - Servicios	# contratos negociados/# contratos planeados - Servicios verificados/ servicios seleccionados
3. NEGOCIACIÓN	Actividades negociadas	Actividades ofrecidas/Actividades contratadas
4. ELABORACIÓN DE LA MINUTA CONTRACTUAL	Elaboración minuta	Elaboración minuta de acuerdo al formato estándar definido por la organización
5. LEGALIZACIÓN	Legalización	Firma del Director ejecutivo
6. LIQUIDACIÓN	Liquidación	Informe de actas

Fuente. Este estudio.

En este formato, se hace alusión a la manera de cómo se llevará un monitoreo de las diferentes secuencias que posee el proceso, mediante el uso de indicadores, los cuales nos presentaran como va el desempeño del proceso.

Formato 23. Interacción con otros procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAC-05
	PROCESO ADMINISTRACION DE LA CONTRATACION	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

	PROCESOS	PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
PRIMARIAS	1. Recaudos	5	Sin recursos no se puede realizar una adecuada contratación, ni ganar descuentos por pronto pago, se pierde poder de negociación, se pierde imagen institucional	Gestionar el recaudo oportuno
	1. Direccionamiento estratégico	5	Definición de las necesidades y expectativas prioritarias de los clientes.	- Toma oportuna de decisiones frente a las mejoras. - Promover cultura del servicio.
DE APOYO	2. Gestión de Calidad	4	Desarrolla acciones de monitoreo para la ejecución adecuada del proceso, e identifica las necesidades y expectativas de los clientes	- Monitoreo permanente del proceso y del ciclo del servicio. - Aseguramiento de procesos. - Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios. - Apoyo en la gestión del proceso
	3. Gestión del Riesgo	4	Garantiza la seguridad de la información relevante (base de datos afiliados, información histórica, sistema contable)	Generación de copias de seguridad
	4. Gestión Presupuestal y Contable	5	Proporciona información de la ejecución presupuestal y comportamiento de costos	Oportunidad en entrega de información

PROCESOS		PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
	5. Gestión Jurídica	5	Una inadecuada revisión, asesoría en el proceso de contratación, como en su gestión afecta el cumplimiento de las obligaciones contractuales de las partes, como las posibles demandas que afecten financieramente a la empresa	- Capacitación permanente. - Gestión oportuna a los requerimientos

Fuente. Este estudio.

Dentro de este formato se observa cual es la interacción de este proceso junto con los otros procesos tanto primarios como los procesos de apoyo que presenta la IPS y, además, el grado de importancia, por así decirlo, que cada actividad posee, una breve descripción y la característica de calidad.

Las políticas generales que se utilizan dentro de este proceso, enfocadas a lograr las estrategias son “auditoria efectiva”, “administración de la contratación” y “eficiencia en el ciclo de atención”, pero además presenta una serie de políticas específicas para cada actividad, así:

Formato 24. Políticas

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PAC-06
	PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	EDICIÓN: Octubre 18 de 2.007

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA

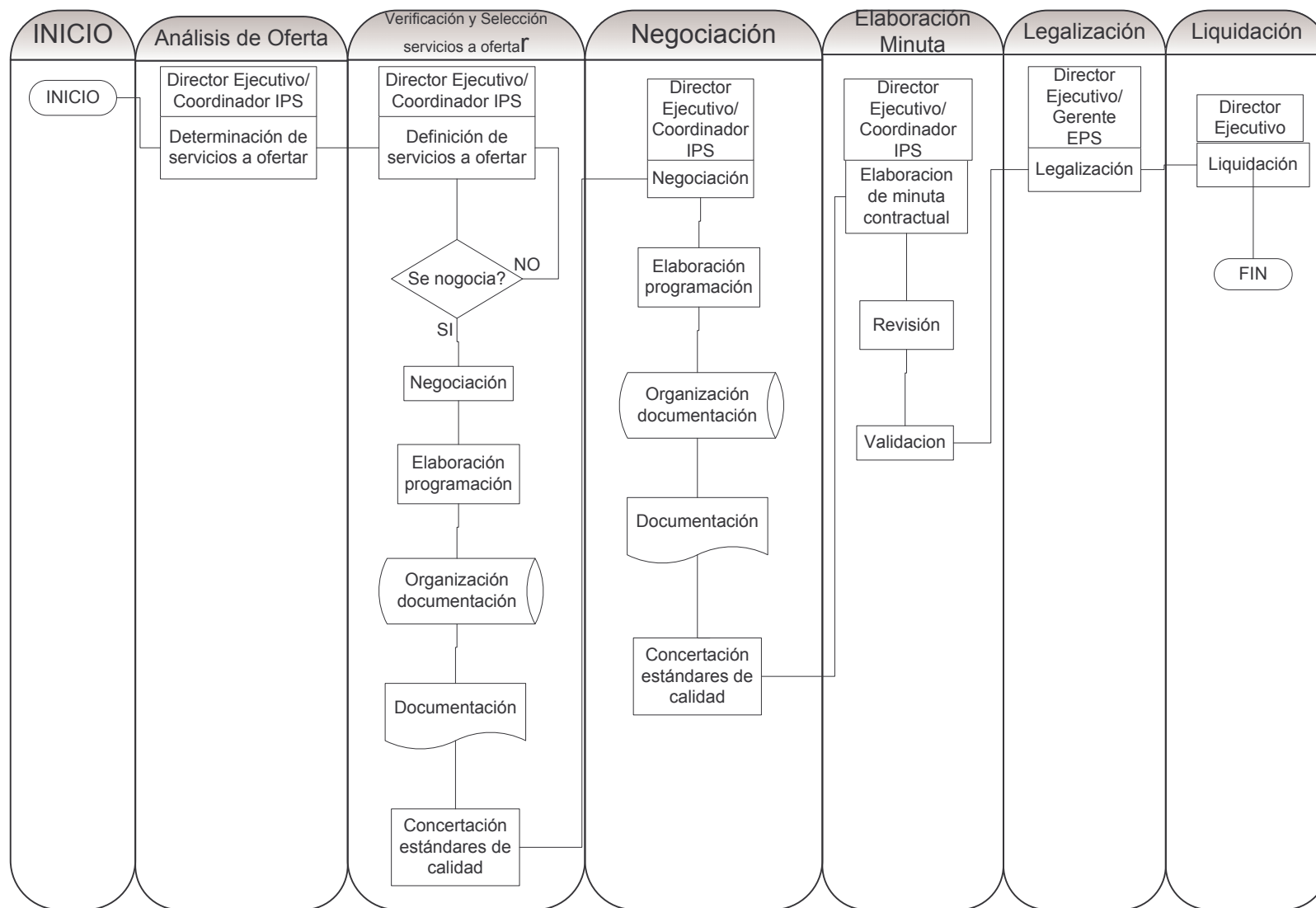


POLITICA GENERAL	
SECUENCIA	POLÍTICA
ANÁLISIS DE DEMANDA	
VERIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE SERVICIOS A CONTRATAR	Además de los requisitos de norma previo a la contratación se presentará: Informe de PQRS, Disponibilidad de servicio, Monitoreo de prestación de servicios, Evaluación de gestión de PyP, Informe de cumplimiento de los acuerdos de gestión, Seguimiento de indicadores de calidad, Informe de ejecución al plan de salud
NEGOCIACIÓN	- Toda negociación debe estar basada en un análisis de riesgo administrativo - Los servicios contratados deberán quedar explícitos en el objeto contractual - Los contratos deberán contener los anexos técnicos (precio de insumos, materiales y medicamentos, tarifas, presentación de cuentas, plazos de pagos, objeto contractual, auditoria previa, guías de atención, COPAGOS, estándares de calidad, lineamientos para solicitar órdenes de servicio, eventos no POS-S, incentivos o descuentos según el cumplimiento de metas de PyP, compromiso frente a la actualización de la base de datos y el reporte oportuno de las novedades, términos de liquidación de contratos, no se expedirán órdenes de servicios prestados con anterioridad) para ser concertados en el momento de la negociación
ELABORACIÓN DE LA MINUTA CONTRACTUAL	Estandarización de un modelo de minuta único avalado por el comité de contratación que incluya el numero de versión
LEGALIZACIÓN	Una vez se negocia el contrato, se darán quince días hábiles para la debida legalización (firma de las partes)
LIQUIDACIÓN	- Los contratos deberán liquidarse 45 días después de haber terminado la vigencia del contrato - Los contratos de capitación serán liquidados según la liquidación de los contratos de administración

Fuente. Este estudio.

El diagrama de flujo que se implementó para este proceso es el que se presenta a continuación:

Figura 17. Diagrama de flujo según formato 24



Fuente: Esta investigación.

4.2.6 Proceso posventa. El objetivo de este proceso es el de agregar valor al servicio prestado, mediante el contacto directo y continuo con el usuario, que permita el mantenimiento y resarcimiento de las relaciones, garantizando el paso a un nivel superior de calidad.

La caracterización se encuentra en el Anexo 05.

El proceso como tal no se encuentra implementado dentro de los procesos de las unidades de negocio, se encuentra listado dentro de la cadena de valor de cada unidad, pero se lo comienza a formular, de acuerdo a los siguientes pasos:

Levantamiento de la información referente al proceso de POSVENTA a través de Internet, encontrando diferentes documentos que hacen alusión a las características del proceso de posventa en si.

Análisis de la información recolectada acerca del servicio posventa, haciendo una identificación de posibles actividades que se puedan implementar dentro de la organización.

Proposición de las actividades que se podrían efectuar dentro del proceso de posventa para su posterior implementación dentro de la organización, las cuales son:

- Planeación del servicio.
- Elaboración del plan de mejora.
- Implementación del plan de mejora.
- Control.
- Seguimiento del plan de mejora.

Se plantea un cambio de las actividades dentro de la caracterización preexistente del proceso de posventa por las actividades propuestas, así:

ANTES

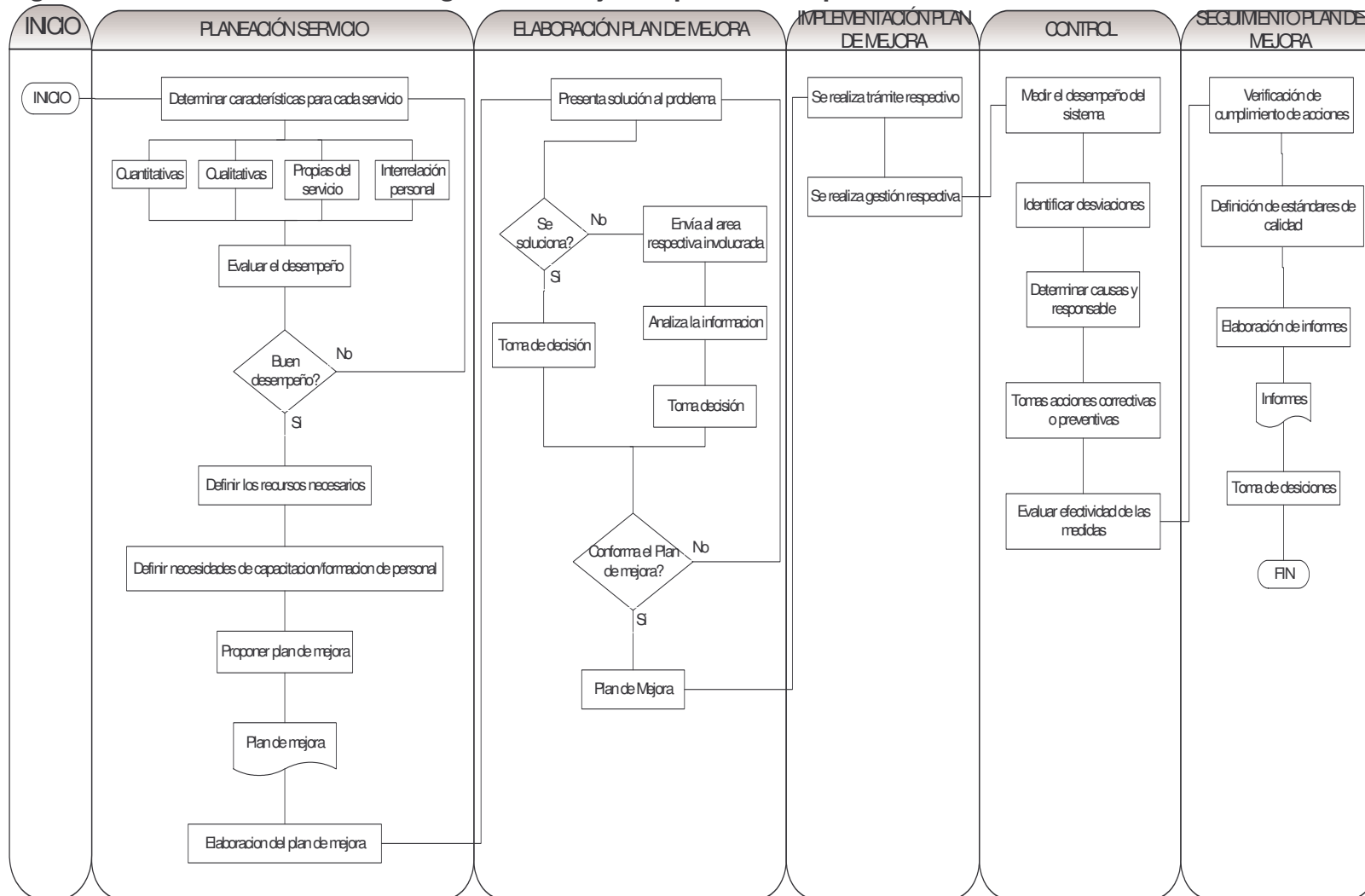
ACTIVIDADES
1. Identificación de la Percepción del Servicio
2. Mantenimiento o Resarcimiento
3. Elaboración Planes de Mejora
4. Seguimiento y Evaluación de los Planes de Mejoramiento

DESPUES

ACTIVIDADES
1. Planeación del Servicio
2. Elaboración del Plan de Mejora
3. Implementación del Plan de Mejora
4. Control
5. Seguimiento del Plan de Mejora

Elaboración del primer borrador del diagrama de flujo correspondiente a las nuevas actividades que se proponen para la prestación del servicio de posventa.

Figura 18. Primer borrador del diagrama de flujo del proceso de posventa



Fuente: Esta investigación

El proceso de posventa para la IPS es el que aparece a continuación:

Formato 25. Formalización de procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPV-01
	PROCESO POSVENTA	EDICIÓN: Diciembre 10 de 2.007

UNIDAD DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS		
GERENTE DEL PROCESO: DIRECTOR EJECUTIVO		
FECHA DE APROBACIÓN:		
ACUERDO DE APROBACIÓN:		
VERSIÓN: borrador I		
APROBADO POR	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMAS
Gerente General	Carlos Fajardo Pabón	
Gerente del Proceso	Jairo Buchelly Rodríguez	
Jefe de Planeación y Calidad	Milton Sánchez	
Proyectado por	Cristhian Villota	

Fuente. Este estudio.

Formato 26. Presentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPV-01
	PROCESO POSVENTA	EDICIÓN: Diciembre 10 de 2.007

OBJETIVO: Agregar valor al servicio prestado, mediante el contacto directo y continuo con el usuario, que permita el mantenimiento y resarcimiento de las relaciones, garantizando el paso a un nivel superior de calidad

INICIO: RESARCIMIENTO

FIN: ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO

FAMILIAS ESTRATÉGICAS: Director Ejecutivo, Coordinador Municipal, Coordinador de Facturación, Facturador, Auxiliar de Facturación, Contador, Asistente de Contabilidad, Coordinador IPS, Portero, Auxiliar de atención al usuario, Auxiliar de odontología, Enfermera Jefe, Médicos, Odontólogos, Higienistas, Auxiliar enfermería, Auditores, Tesorero.

ENFASIS ESTRATÉGICOS

Eficiencia en el ciclo de atención

Mejorar el tiempo de respuesta

INDICADOR DE MEDICIÓN	FORMULA	METAS	
		2.006	2.007
Tiempo de respuesta Atención	tiempo de proceso/ tiempo de ejecución efectivo	94%	96%
Tiempo de Respuesta	Tiempo ideal/Tiempo real	25%	30%
ENTRADAS		PROVEEDORES	
INTERNAS: Bases de datos, Informes de auditoria, Bases de red de IPS, contratos, Políticas, objetivos, metas indicadores, Informes de monitoreo, Copias de seguridad de la información, Software, Hardware, Asesoría jurídica, Insumos y suministros EXTERNAS: Información sobre ejecución de contratos, Requerimientos, Información sobre procesos de prestación de servicios, Quejas, Reportes, Normatividad, Políticas de atención, Información PQRS		INTERNOS: Afiliación y Registro, Servicio al usuario, Administración de la contratación, Direccionamiento Estratégico, Gestión de Calidad, Gestión del Riesgo, Gestión Tecnológica, Gestión Jurídica, Mercadeo, Desarrollo del Talento Humano, Gestión de insumos y suministro EXTERNOS: Ente Territorial (Municipal), Red de IPS, Ente Departamental, MINPROTECCION SOCIAL	
SALIDAS		CLIENTES	
INTERNAS: Solicitud de requerimientos, Planes de mejoramiento monitorizados EXTERNAS: Requerimientos, Solicitud de descargos, Recomendaciones de mejoras		INTERNOS: Servicio al usuario, Administración de la contratación, Direccionamiento estratégico, Gestión de calidad, Gestión humana Gestión jurídica EXTERNOS: Gestarsalud, Vicepresidencia, Red de Prestadores, Usuarios, Entes VIC.	

Fuente: Esta investigación.

Dentro de este formato se hace la presentación del proceso donde esta inmerso el objetivo; el inicio y el final del mismo (las actividades que se desarrollan donde especifiquen donde inicia y donde termina el proceso); las familias estratégicas que son las personas u otros procesos o subprocesos que intervienen en el transcurso del mismo; se resaltan los énfasis estratégicos¹¹ que es en lo que se debe mejorar, lo que la empresa debe hacer énfasis para que el proceso tenga un mejor desempeño; se exponen los indicadores de medición con los cuales se espera conseguir las metas establecidas; y se especifican los proveedores, los clientes, y las entradas y las salidas.

¹¹ Cartilla Balanced Scorecard 2006, EMSSANAR E.S.S.

Formato 27. Documentación

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPV-01
	PROCESO POSVENTA	EDICIÓN: Diciembre 10 de 2.007

PROCESO: POSVENTA

UEN: COOEMSSANAR IPS

GERENTE: DIRECTOR EJECUTIVO

CODIGO:

OBJETIVO: Agregar valor al servicio prestado, mediante el contacto directo y continuo con el usuario, que permita el mantenimiento y resarcimiento de las relaciones, garantizando el paso a un nivel superior de calidad

PROCEDIMIENTO	SECUENCIA	RESPONSABLE	SALIDAS
1. Resarcimiento	Detección de fallas en calidad	Director ejecutivo	Encuesta de satisfacción
	Localización de eventos adversos	Coordinador IPS	Análisis del incidente, Eventos trazadores, Plan de acción y resultados, Reporte del incidente
	Identificación de quejas	Director ejecutivo, Coordinador IPS	Protocolo de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias
2. Actividades de mantenimiento	Identificación de los usuarios	Coordinador IPS	Identificación de los usuarios
	Seguimiento al usuario	Coordinador IPS, Auxiliar de enfermería, Auxiliar de odontología	
	Entrega de incentivos	Auxiliar de enfermería, Auxiliar de odontología	

Fuente. Este estudio.

Aquí se hace una breve descripción de las diferentes secuencias que hacen parte de las actividades esenciales, los responsables de esas secuencias y las diferentes salidas que genera este proceso,

Formato 28. Puntos de control

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPV-01
	PROCESO POSVENTA	EDICIÓN: Diciembre 10 de 2.007

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. Resarcimiento	• Usuarios encuestados • Oportunidad en el suministro de la respuesta y/o solución • Satisfacción de la respuesta y/o solución	• # de usuarios encuestados/# de usuarios atendidos • # de días en que se tarda en dar respuesta y/o solución a las PQRS • % mínimo de satisfacción (de acuerdo al resultado de la encuesta de satisfacción)
2. Actividades de mantenimiento	• Usuarios posventa	• Usuarios a quienes se les va a prestar servicios/Total usuarios

Fuente. Este estudio.

En este formato, se hace alusión a la manera de cómo se llevará un monitoreo de las diferentes secuencias que posee el proceso, mediante el uso de indicadores, los cuales nos presentaran como va el desempeño del proceso.

Formato 29. Interacción con otros procesos

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPV-01
	PROCESO POSVENTA	EDICIÓN: Diciembre 10 de 2.007

PROCESOS		PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
PRIMARIAS	1. Afiliación y Registro	5	La óptima administración de las bases de datos y una adecuada carnetización permite el flujo óptimo de la información, garantizando la prestación oportuna del servicio	- Depuración y actualización permanente de las bases de datos. - Corrección y entrega oportuna de los carnés.
	2. Servicio al Usuario	5	La inadecuada planeación de la atención, débiles relaciones con los diferentes canales, mala utilización de servicios, incurre en mayores costos e insatisfacción por parte de los usuarios	- Implementación del modelo de salud empresarial de atención - Optimizar el proceso de servicio al usuario. - Socializar los deberes y derechos. - Análisis conjunto de los resultados de los indicadores de la circular 030
	3. Administración de la Contratación	5	La definición de parámetros claros dentro del proceso de contratación, incluyendo la oportunidad en los tiempos de contratación garantiza la prestación oportuna del servicio.	- Oportunidad en los tiempos de contratación. - Retroalimentación de los contratos. - Oportunidad en el pago.

	PROCESOS	PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
DE APOYO	1. Direccionamiento Estratégico	5	Definición de políticas y direccionamiento general de la organización, definición de las necesidades y expectativas prioritarias de los usuarios.	- Definición de políticas claras por niveles. - Oportuna toma de decisiones, seguimiento y control frente a las mejoras. - Promover cultura del servicio.
	2. Gestión de Calidad	5	Desarrolla acciones de monitoreo (auditoria interna) para la ejecución adecuada del proceso, e identifica las necesidades y expectativas de los usuarios.	- Monitoreo permanente del proceso y del ciclo del servicio. - Aseguramiento de procesos. - Traducir las necesidades y expectativas de los usuarios en requisitos de calidad - Apoyo en la gestión del proceso.
	3. Gestión del Riesgo	4	Garantiza la seguridad de la información relevante (base de datos afiliados, información histórica).	- Generación de copias de seguridad. - Garantizar equipos de respaldo en caso de fallas de servidores.
	4. Gestión Jurídica (Jefatura Jurídica: contratos, tutelas)	4	- El débil apoyo del área jurídica a este proceso limita el acompañamiento a los usuarios para los eventos no POSS. - La falta de apelación a tutelas genera mayores costos	Reingeniería del proceso
	5. Gestión Social	3	Generan valor agregado al producto.	Cumplir la promesa de venta.
	6. Desarrollo del Talento Humano	4	La selección inadecuada y la falta de capacitación del personal afecta el desarrollo normal del proceso.	Personal idóneo y capacitado.

PROCESOS	PUNTAJE	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
7. Administración de Activos y Suministros	3	Existe relación directa en el suministro de los insumos para de los objetivos del proceso.	Oportunidad en la solicitud y en el suministro de los insumos.

Fuente. Este estudio.

Dentro de este formato se observa cual es la interacción de este proceso junto con los otros procesos tanto primarios como los procesos de apoyo que presenta la IPS y, además, el grado de importancia, por así decirlo, que cada actividad posee, una breve descripción y la característica de calidad.

La política general que se utiliza dentro de este proceso, enfocada a lograr las estrategias es “creación de valor”, pero además presenta una serie de políticas específicas para cada actividad, así:

Formato 30. Políticas

	COOEMSSANAR IPS NIT. 900.077.584-5	VERSIÓN: borrador I
		CÓDIGO: IPS-PPV-01
	PROCESO POSVENTA	EDICIÓN: Diciembre 10 de 2.007

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA



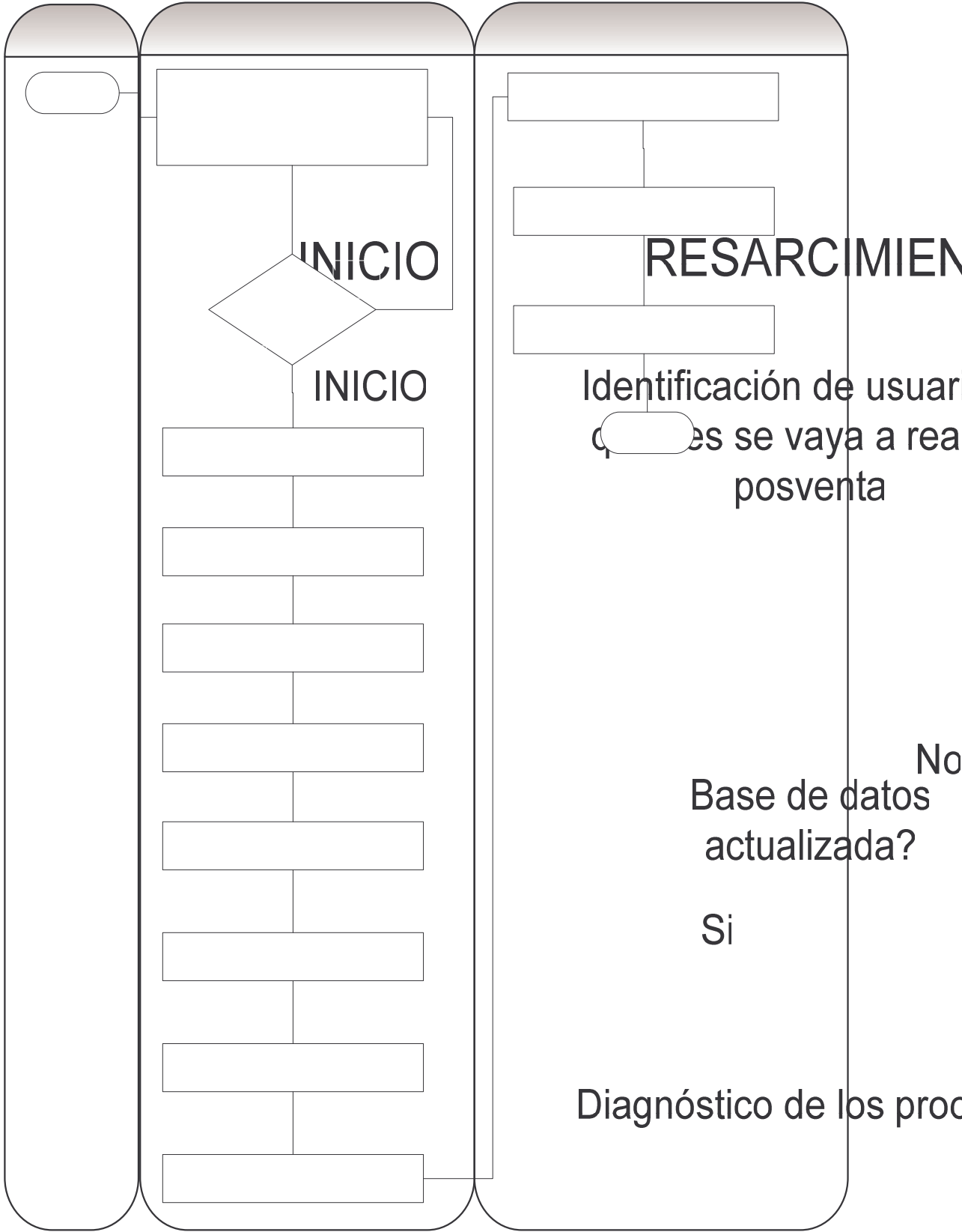
POLITICA GENERAL

SECUENCIA	POLÍTICA
1. Resarcimiento	- La base de datos donde se ubiquen los usuarios de alto costo y tutelas debe estar actualizada y depurada - El diagnóstico a los procesos solo debe ser hacia los cuales tengan interacción directa con el usuario. - Para la elaboración de los informes de PQRS, se debe consignar absolutamente todo lo que el usuario de a conocer.
2. Actividades de mantenimiento	La base de datos donde se ubiquen los usuarios debe estar actualizada y depurada

Fuente. Este estudio.

El diagrama de flujo que se implementó para este proceso es el que se presenta a continuación:

Figura 19. Diagrama de flujo según formato 30



Fuente. Este estudio.

Realización encuesta
satisfaccion

4.3 SISTEMA DE CALIDAD

Indicadores de gestión: Con el objetivo de darle seguimiento al desempeño de los procesos y tener una herramienta de control y medición, se han diseñado indicadores para los diferentes procesos y subprocesos. Estos indicadores se crearon solo para aquellos procesos que son realmente controlables y ejecutables internamente.

- Costo de Insumos y Suministros

$$\frac{\text{Costo de insumos y suministros}}{\text{Ingresos}}$$

El objetivo de este indicador es el de optimizar el margen de utilidad y flujo de caja mediante la adquisición de insumos y suministros en condiciones favorables para la organización, garantizando la calidad de los mismos para beneficio de nuestros usuarios.

- Tiempo de Respuesta

$$\frac{\text{Tiempo ideal}}{\text{Tiempo real}}$$

El objetivo de este indicador es el de garantizar la oportunidad en la prestación de servicios de salud mejorando de esta manera las relaciones con nuestros usuarios y alcanzado el nivel de posicionamiento deseado.

- Margen Operacional

$$\frac{\text{Utilidad Operacional}}{\text{Ingresos}}$$

El objetivo de este indicador es el de ofrecer un precio adecuado a las necesidades de nuestros clientes mediante la eficiencia de los procesos operativos mejorando de esta manera el margen de utilidad y el flujo de caja.

- Nuevos Servicios

$$\text{Servicios Finales} - \text{Servicios Iniciales}$$

El objetivo de este indicador es el de ofrecer a nuestros usuarios un portafolio de servicios acorde a sus necesidades y expectativas a precios justos que permitan mejorar los márgenes de utilidad y el flujo de caja.

Políticas de calidad:

- Lograr una máxima eficiencia en el recaudo y en la aplicación de los recursos para el cumplimiento de los objetivos de la IPS.¹²
- Prestación de servicios con máxima eficiencia en términos de calidad y costo.
- Mejorar la calidad de servicio al cliente.
- Atención enfocada a minimizar el riesgo de enfermar y el costo.¹³
- Las IPS prestarán un servicio basado en la oportunidad, respeto, confiabilidad, a fin de satisfacer las necesidades del usuario en salud, preservando los intereses de la organización.

Control de procesos:

Las siguientes son herramientas diseñadas para apoyar los procesos y el sistema de gestión de calidad, según el proceso.

RECAUDOS

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. CONTRATACIÓN	• Contratos Exitosos • Servicios Contratados • Seguimiento y Liquidación	• # contratos negociados/# contratos planeados • Servicios verificados/ servicios seleccionados •
2. FACTURACIÓN	• Administración Eficiente del Efectivo	• Dinero recaudado/Dinero consignado
3. RECAUDOS	• Consignación Dinero Facturado	• Cantidad de dinero consignado
4. CAUSACIÓN	• Cobro Efectivo	• Total cuentas cobradas/Total cuentas de cobro

¹² Para el proceso de RECAUDOS

¹³ Para el proceso de PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. DISEÑO DEL PLAN DE SALUD	• Actividades a Ofertar	• # actividades a ofertar/ #total actividades
2. DEFINICIÓN DE GARANTIAS PARA LA ATENCIÓN	• Calidad • Oportunidad	• Condiciones de establecimientos • Tiempo real/tiempo estimado

ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
8. CONTACTO CON POBLACIÓN SUSCEPTIBLE A SER ATENDIDA	• Población contactada • Cumplimiento al plan de mejoramiento	• # total usuarios canalizados/ # total usuarios afiliados • Actividades ejecutada/Actividades planeadas
9. ORIENTACIÓN	• Orientación	• # usuarios orientados/ # total usuarios
10. RECEPCIÓN USUARIOS, ASIGNACIÓN CITAS, FACTURACIÓN	• Clientes • Cantidad de reclamos por mala prestación del servicio • Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica general • Oportunidad en la asignación de la consulta odontológica general • Oportunidad en la atención de servicios de imagenología	• Clientes finales – Clientes iniciales • Número de quejas presentadas en las IPS de COOEMSSANAR • Sum (Días calendario entre fecha solicitud y fecha cita) / Total consultas médicas asignadas • Sum (Días calendario entre fecha solicitud y fecha cita) / Total consultas odontológicas asignadas • Sum (Días calendario entre fecha solicitud y fecha atención) / Total atenciones en servicios imagenología
11. CANALIZACIÓN	• Uso del servicio	• Total usuarios canalizados/ total usuarios día
12. PRECONSULTA	• Usuarios atendidos • Canalización usuario	• # usuarios atendidos • # usuarios canalizados/ # usuarios atendidos

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
13. CONSULTA	- Tiempo de respuesta - Total tiempo de respuesta	- Tiempo ideal/Tiempo real - Pacientes atendidos a la hora programada/Total pacientes
14. POSCONSULTA	Usuarios atendidos	Número de usuarios hacen uso de posconsulta/Número de usuarios atendidos en consulta

ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

PROCEDIMIENTO	CONTROL	INDICADOR
1. ANÁLISIS DE DEMANDA	Presentación servicios	Total servicios demandados/Total servicios ofrecidos
2. VERIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE SERVICIOS A CONTRATAR	- Contratación efectiva - Servicios	# contratos negociados/# contratos planeados - Servicios verificados/servicios seleccionados
3. NEGOCIACIÓN	Actividades negociadas	Actividades ofrecidas/Actividades contratadas
4. ELABORACIÓN DE LA MINUTA CONTRACTUAL	Elaboración minuta	Elaboración minuta de acuerdo al formato estándar definido por la organización
5. LEGALIZACIÓN	Legalización	Firma del Director ejecutivo
6. LIQUIDACIÓN	Liquidación	Informe de actas

5. CONCLUSIONES

- Es evidente que dentro de COOEMSSANAR IPS se encuentra documentado únicamente el proceso de Atención Ambulatoria en Salud, y se trabaja de forma informal el proceso de Recaudos.
- Las expectativas de mejora de COOEMSSANAR IPS para prestar el servicio de salud a la comunidad afiliada de EMSSANAR, se fomenta en las decepciones que tienen los usuarios al no ser tenidos en cuenta con sus quejas particulares.
- COOEMSSANAR IPS deberá tomar medidas de cambio necesarias para lograr el mejoramiento continuo de la calidad, así podrá desarrollar los procesos de mejoramiento necesarios para lograr la consecución de las metas y objetivos propuestos.
- Se mira necesario que COOEMSSANAR IPS adopte y adapte una cultura organizacional en conjunto con la satisfacción de los usuarios, donde la principal fuente de información en cuanto a la prestación del servicio son los mismos usuarios.

6. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios semestrales de satisfacción de los usuarios, en torno a la calidad de los servicios de salud que reciben en las IPS, tanto propias como contratadas.
- Realizar estudios semestrales de satisfacción de los usuarios, con respecto a la factibilidad de las herramientas utilizadas en la oficina de PQRS para recolectar información de los usuarios en torno a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
- Socializar y capacitar a todo el personal de COOEMSSANAR IPS que se encuentre involucrado en los procesos encontrados dentro de la misma institución.
- Realizar programas de capacitaciones al personal constantemente.
- Monitorear constantemente los procesos de COOEMSSANAR IPS.
- Realizar una socialización acerca de atención al usuario a todas las personas que tengan un contacto directo con éste.
- Los cambios realizados deben ser expuestos a todo el personal involucrado, al igual que deben quedar documentados en los manuales de procesos, los cuales deben estar al alcance de cualquier persona que desee consultarlos.
- Los indicadores deben actualizarse permanentemente para garantizar que monitoreen los procesos esenciales y garanticen el cumplimiento de las estrategias y políticas establecidas en COOEMSSANAR IPS.
- Dictar talleres de servicio al cliente a todas las áreas de la organización involucradas en la prestación de servicios que impactan en el cliente, con el fin de reforzar los conocimientos y las actuaciones frente al cliente.

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de Salud.

Acuerdo 228 de 2002. Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 306 de 2005. Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

Cartilla Balanced Scorecard 2006, EMSSANAR E.S.S.

Circular externa 09 de 1996. Por el cual se establecen componentes para la atención al usuario, trámite de quejas y peticiones. Superintendencia Nacional de Salud.

Circular externa 014 de 1995. Por el cual se imparten instrucciones para la atención de urgencias. Superintendencia Nacional de Salud.

Circular 030 de 2006. Por la cual se definen los indicadores del Sistema de Información para la Calidad.

Código de Buen Gobierno. Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR ESS. 2005.

Código de Comercio y Código Civil

Decreto 410 de 1971. Código de Comercio de Colombia.

Decreto 412 de 1992. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.

Decreto 624 de 1989. Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los impuestos administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales.

Decreto 1011 de 2006. Por el cual establece la Implementación del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el sector salud, así mismo implícita las condiciones mediante las cuales se deben adoptar los indicadores y estándares que permitan precisar los parámetros de calidad.

Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de

salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º del Decreto-ley 1298 de 1994.

Decreto 1804 de 1999. Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Decreto 2240 de 1996. Por lo cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Decreto 2357 de 1995. Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud

Decreto 2649 de 1993. Por el cual se reglamenta la Contabilidad en General y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.

Decreto 2753 de 1997. Por el cual se dictan normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el sistema general de seguridad social en salud. Ministerio de Salud.

ELOSUA DE JUAN, Marcelino, HIDALGO NUCHERA, Antonio, PAVON MOROTE, Julián. Dirección de Empresas Pequeñas y Medianas en el Siglo XXI. 2001. LID Editorial Empresarial.

Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Braulio Mejia García. Cuarta Edición Ampliada. ECOE Ediciones
Ley 09 de 1979. Por el cual se dictan medidas sanitarias. Congreso de la República de Colombia.

Ley 100 de 1993

PEACH, Robert W. Manual de ISO 9000. Tercera Edición (primera edición en español). McGraw-Hill.

Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 741 de 1997. Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal para usuarios de IPS. Ministerio de Salud.

Resolución 1043 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Único de Habilitación de prestadores de Salud.

Resolución 1343 de 1991. Por el cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes. Ministerio de Salud.

Resolución 1446 de 2006. Por la cual se establece el sistema de Información para la Calidad.

Resolución 1995 de 1998 por la cual se establece el comité de Historias clínicas

Resolución 3384 de 2000. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000. Ministerio de Salud.

Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Ministerio de Salud.

Resolución 4445 de 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del título IV de la ley 09 de 1979, en los referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Ministerio de Salud.

Resolución 5039 de 1994. Por el cual se desarrolla el Artículo 88 del Decreto 1298 de 1994, Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo referente a la evaluación de tecnología Biomédica.

Resolución 5261 de 1994. Por el cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

REVISTA GESTARSALUD. Edición 9. 2006.

REVISTA NORMAS Y CALIDAD. Cuarta Edición. Número 75. Pagina 50.

SALLENAVE, Jean-Paul. Gerencia y Planeación Estratégica. 1991. Grupo Editorial Norma.

NETGRAFÍA

www.saludcolombia.com/actual/Organización

www.cca.org.mx/ec/cursos/ap44/contenido/contenidos/m3/tema3/principios.htm

<http://gerenciaprocesos.comunidadcoomeva.com/blog/>

http://es.wikipedia.org/wiki/Cadena_de_valor

<http://www.monografias.com/trabajos28/cadena-de-valor/cadena-de-valor.shtml>

http://andresnaranjo.typepad.com/implementando/2007/03/la_cadena_de_va.html

<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/fin/14/cadenavalor.htm>

ANEXOS

**ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR
E.S.S**

Anexo A. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO:	
1.1 NOMBRE:	
1.2 UNIDAD DE NEGOCIO O AREA:	
1.3 CODIGO:	
1.4 OBJETIVO:	
1.5 INICIO:	
1.6 FIN:	
1.7 GERENTE DEL PROCESO:	
1.8. TIPO:	PRIMARIO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> APOYO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
1.9 ENTRADAS:	
1.10 PROVEEDORES:	
1.11 SALIDAS:	
1.12 CLIENTES:	
1.13. ESTADO:	DOCUMENTADO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> IMPLANTADO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> ESTANDARIZADO <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> % <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo B. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

ALINEACION ESTRATEGICA

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

MALA

2.1 TEMAS ESTRATÉGICOS RELACIONADOS

PROCESO

INDICADOR

META

RESULTADOS

BRECHA

OBSERVACIONES

2,004

2,005

2,006

2,007

PROCESO

INDICADOR

META

RESULTADOS

BRECHA

OBSERVACIONES

2,008

2,009

2,010

2,011

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo C. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

[illegible]

**ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR
E.S.S**

Anexo D. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

NIVEL DE AUTOMATIZACIÓN				
Califique de 0 - 4 cada uno de los siguientes item, donde 1 es nulo, 2 bajo, 3 medio, 4 alto				
ITEM	1	2	3	4

OPORTUNIDADES DE MEJORA _____

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo E. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

NIVELES DE INTERRELACIÓN				
	Procesos	Puntaje	Descripción	Propuesta de Mejora
PRIM. ARS	Recaudos			
	Afiliación y Registro			
	Administración de la contratación			
	Servicio al usuario			
	Postventa			
PRIM. SF	Adquisiciones y Almacenamiento			
	Ventas y Distribución			
	Recaudos			
	Posventa			
PRIM IPS	Atención ambulatoria en salud			
	compras			
	postventa			
PRIM. FUNDACION	Gestion de proyectos			
	Asistencia al desarrollo Empresarial Solidario			
	Innovación de productos y Servicios			
	Recaudo			
	Postventa			
DE APOYO	Direccionamiento estratégico			
	Gestión de calidad			
	Gestión tecnológica			
	Gestión presupuestal y contable			
	Gestión jurídica			
	Mercadeo			
	Gestión social			
	Desarrollo talento humano			
	Salud ocupacional			
	Administración de activos y suministros			

8. NIVELES DE INTERRELACIÓN				
Califique de 1 - 4 cada uno de los siguientes item, donde 1 nulo, 2 bajo, 3 medio, 4 alto				
ITEM	1	2	3	4
1. El proceso genera salidas a otros procesos				
2. El proceso requiere de insumos de otros procesos para su ejecución				
3. El proceso esta estrechamente relacionado con otros procesos				
4. Los resultados del proceso impactan en los resultados de otros procesos				
TOTAL				

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo F. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

CAPACIDAD INSTALADA	
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	100
7	100
8	100
9	100
10	100
11	100
12	100
13	100
14	100
15	100
16	100
17	100
18	100
19	100
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25	100
26	100
27	100
28	100
29	100
30	100
31	100
32	100
33	100
34	100
35	100
36	100
37	100
38	100
39	100
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	100
51	100
52	100
53	100
54	100
55	100
56	100
57	100
58	100
59	100
60	100
61	100
62	100
63	100
64	100
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

SECUENCIA

[illegible]

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo G. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

[illegible]

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo H. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

[illegible]

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo I. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

PUNTOS DE CONTROL

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E.S.S

Anexo J. FICHA TÉCNICA DE CONTROL DE PROCESOS

[illegible]

FIRMA DEL AUDITADO

FIRMA DEL EVALUADO

**Anexo K. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PRIMARIOS
EMSSANAR E.S.S.**

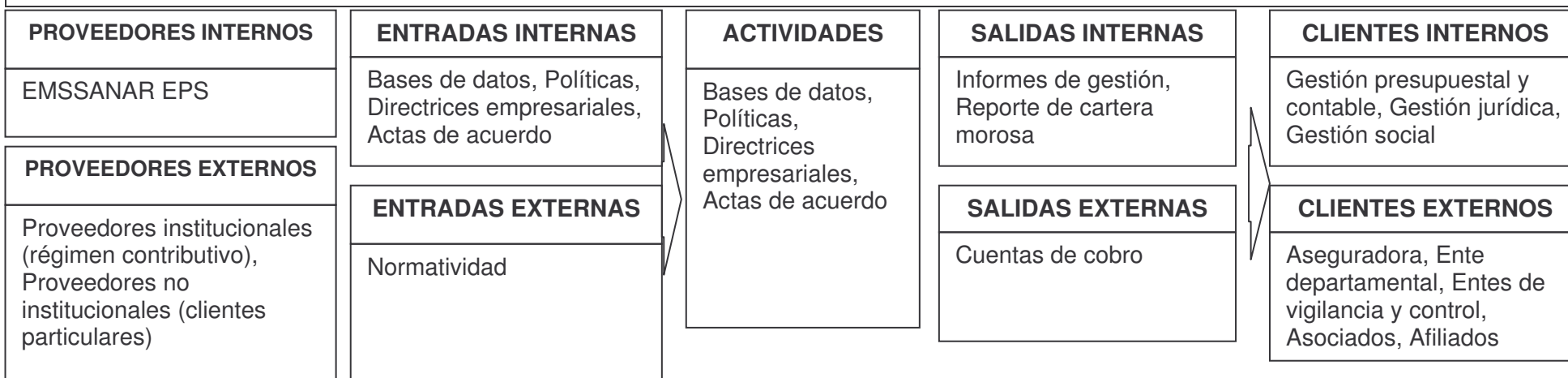
UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS	MACROPROCESO:
PROCESO: RECAUDOS	CODIGO:

OBJETIVO: Propender por un flujo de caja que permita atender oportunamente las obligaciones de la I.P.S.

INICIO: Contratación

FIN: Causación

Gerente: Director Ejecutivo



FAMILIAS ESTRATÉGICAS
Director Ejecutivo, Coordinador Municipal, Coordinador de Facturación, Facturador, Auxiliar de Facturación, Contador, Asistente de Contabilidad, Contador

INTERRELACIONES PROCESOS	Peso R
1. Atención ambulatoria en salud	5
2. Gestión presupuestal	4
3. Gestión contable	4
4. Gestión de mercadeo	4
5. Gestión social y solidaria	5
6. Gestión tecnológica	5
7. Administración de activos y suministros	4
8. Gestión de Calidad	4

NORMATIVIDAD
Decreto 2649 de 1993, Decreto 410 de 1971, Decreto 684 de 1989
PUNTOS DE CONTROL
Contratos exitosos, Servicios contratados, Administración eficiente del efectivo, Consignación dinero facturado, Cobro efectivo

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PRIMARIOS

EMSSANAR E.S.S.

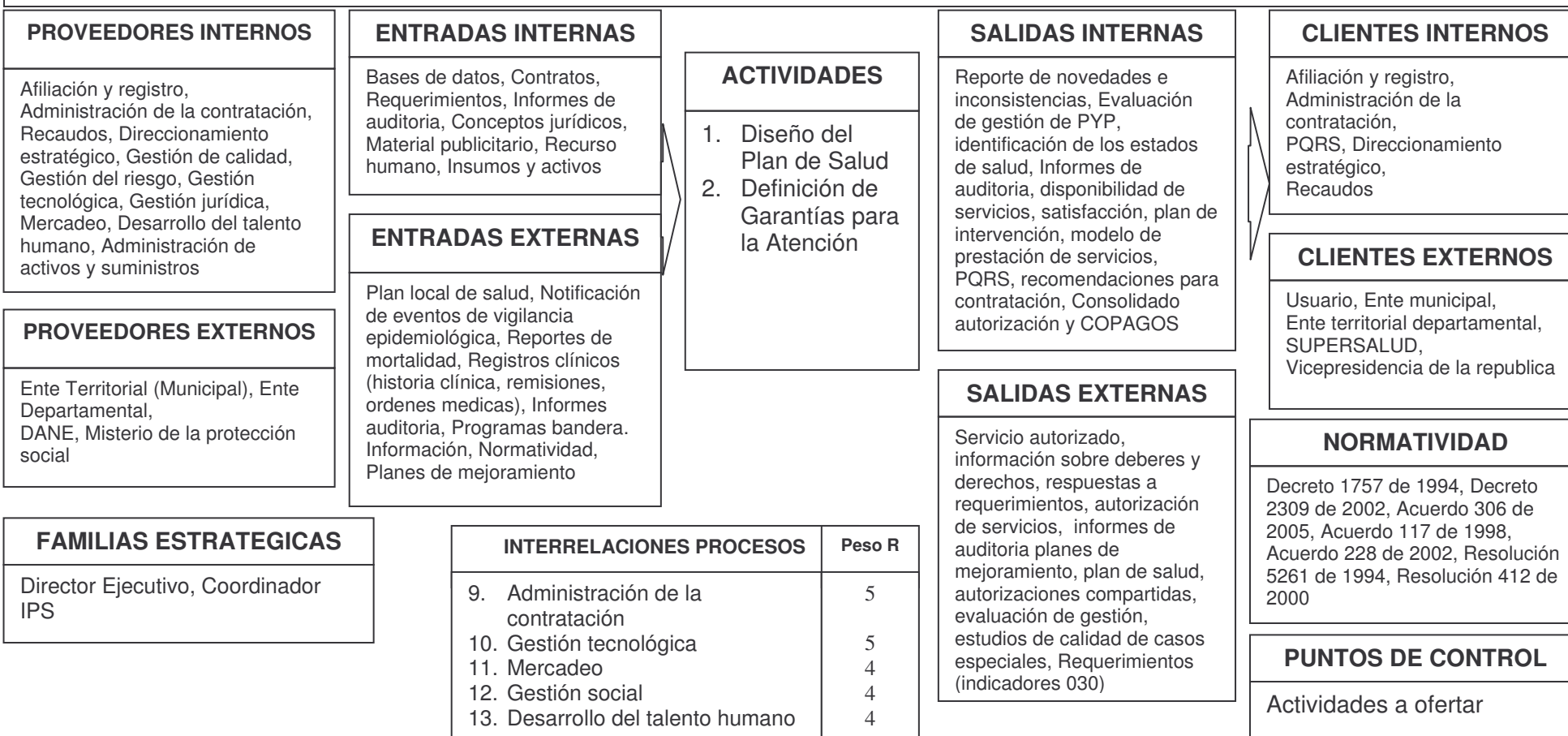
UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS	MACROPROCESO:
PROCESO: PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	CODIGO:

OBJETIVO: Diseñar el plan de salud y actividades propias de planeación de la atención, así también, el de organizar los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda en salud con base en el diagnostico

INICIO: Diseño del Plan de Salud

FIN: Definición de las Garantías para la Atención

Gerente: Director Ejecutivo



CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PRIMARIOS

EMSSANAR E.S.S.

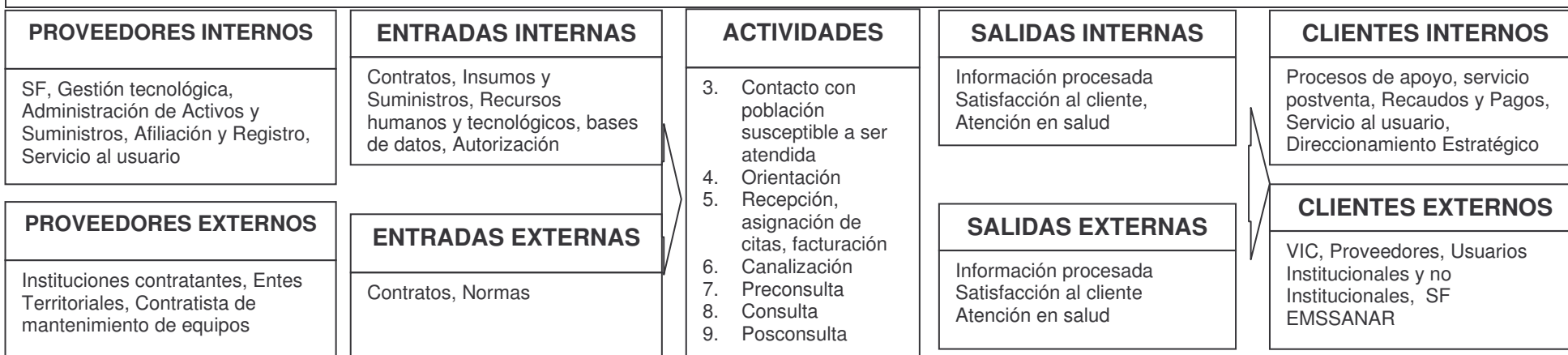
UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS	MACROPROCESO:
PROCESO: CONSULTA EXTERNA	CODIGO:

OBJETIVO: Garantizar satisfacción a nuestros clientes, mediante la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad con parámetros de calidad, con oportunidad, confiabilidad, pertinencia, accesibilidad y precios que se ajusten a sus necesidades; según portafolio.

INICIO: Contacto con población susceptible a ser atendida

FIN: Posconsulta

Gerente:



FAMILIAS ESTRATÉGICAS
Coordinador IPS, Portero, Auxiliar de atención al usuario, Aux. de odontología, Enfermera Jefe, Médicos, Odontólogos, Higienistas, Auxiliar enfermería

INTERRELACIONES PROCESOS	Peso R
1. Compras	5
2. Posventa	4
3. Direccionamiento estratégico	5
4. Gestión de calidad	5
5. Gestión presupuestal y contable	5
6. Gestión jurídica	3
7. Mercadeo	4

PUNTOS DE CONTROL
Población contactada, Cumplimiento al plan de mejoramiento, Orientación, Clientes, Cantidad de reclamos por mala prestación del servicio, Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica general, Oportunidad en la asignación de cita en la consulta odontológica general, Oportunidad en la atención de servicios de imagenología, Uso del servicio, Tiempo de respuesta, Total tiempo de respuesta, Usuarios atendidos

NORMATIVIDAD

Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1446 de 2006, Resolución 1995 de 1998, Acuerdo 117 d 1998, Circular externa 014 de 1995, Circular 02 de 1995, Circular 09 de 2006, Decreto 412 de 1992, Decreto 2240 de 1996, Decreto 2753 de 1997, Ley 09 de 1979, Resolución 1343 de 1991, Resolución 3374 de 2000, Resolución 3384 de 2000, Resolución 4445 de 1996, Resolución 5039 de 1994, Resolución 741 de 1997, Circular 030 de 2006

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PRIMARIOS

EMSSANAR E.S.S.

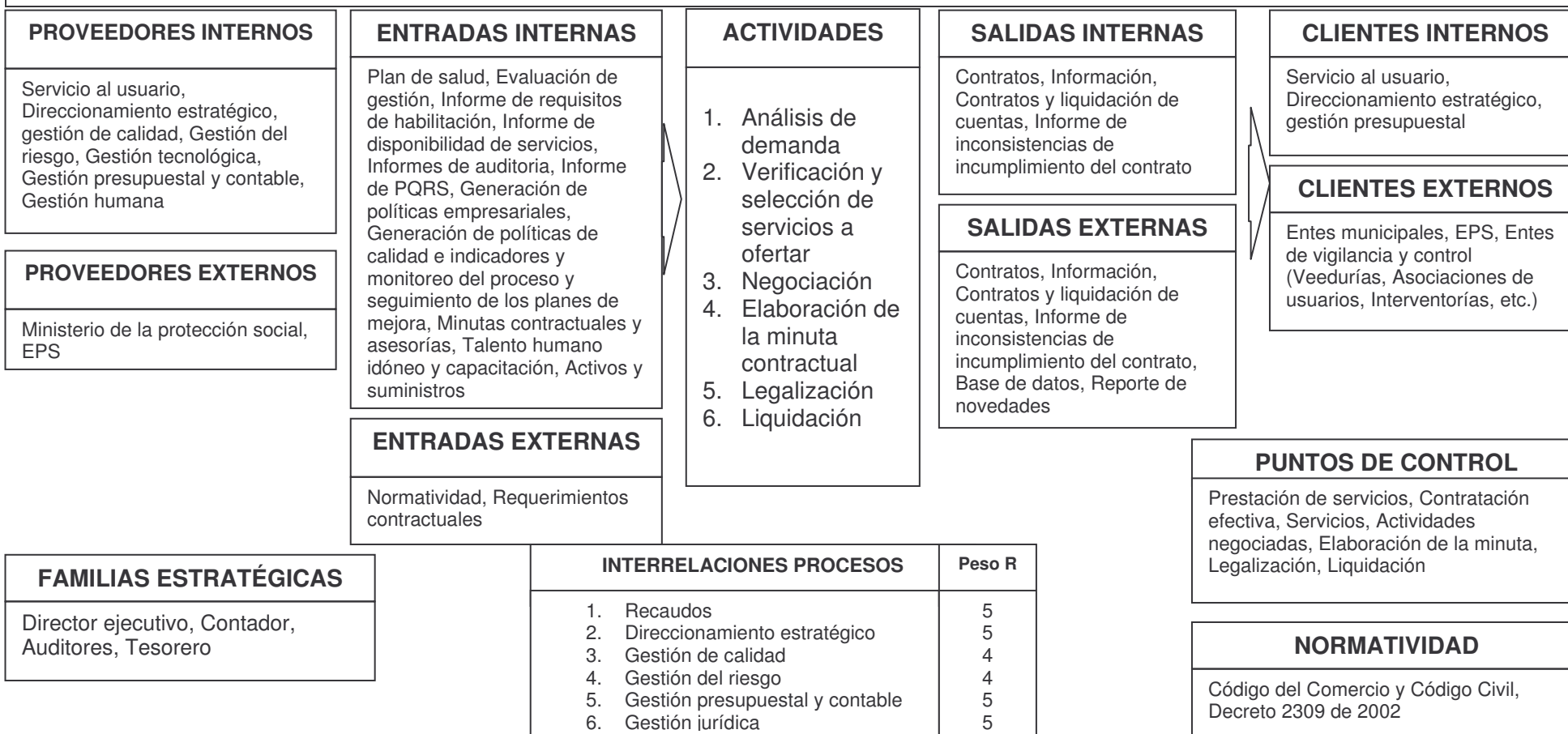
UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO: COOEMSSANAR IPS	MACROPROCESO:
PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CODIGO:

OBJETIVO: Garantizar la prestación de servicios de salud con calidad a los afiliados de EMSSANAR E.S.S., a través de una contratación adecuada de la red prestadora.

INICIO: Análisis de Demanda

FIN: Liquidación

Gerente:



CARACTERIZACIÓN PROCESOS PRIMARIOS EMSSANAR E.S.S.

UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO:	MACROPROCESO: POSTVENTA
PROCESO: POSTVENTA	CODIGO:

OBJETIVO: Agregar valor al servicio prestado, mediante el contacto directo y continuo con el usuario, que permita el mantenimiento y resarcimiento de las relaciones. Garantizando el paso a un nivel superior de calidad.

INICIO: Planeación del Servicio

FIN: Seguimiento del Plan de Mejora

Gerente:

