

**ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA
CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE
AUTORIZACIONES Y REMISIONES DE SELVASALUD EPS-S DURANTE EL
PERIODO SEPTIEMBRE DE 2007 – JUNIO DE 2008**

**ANGELA PATRICIA LEYTON
CAROLINA CORREA CARDONA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA – HUILA
2008**

**ESTADO ACTUAL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA
CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE
AUTORIZACIONES Y REMISIONES DE SELVASALUD EPS-S DURANTE EL
PERIODO SEPTIEMBRE DE 2007 – JUNIO DE 2008**

**ANGELA PATRICIA LEYTON
CAROLINA CORREA CARDONA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Asesor
PEDRO REYES GASPAR
Médico Especialista en Gerencia de Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA – HUILA
2008**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Febrero de 2009

DEDICATORIA

Este trabajo lo queremos dedicar primero a Dios, que nos permitió llegar a este momento con las bendiciones que hoy tenemos, a las personas que en este tiempo han sido nuestro apoyo constante, y gracias a sus consejos, compañía, dedicación y amor, permitieron que hoy estemos culminando un sueño que empezó con mucho sacrificio pero que a partir de hoy son una realidad, realidad que compartiremos a lo largo de nuestras vidas con los seres que mas queremos.

*Angela Patricia
Carolina*

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

A Dios nuestro señor porque él es quien guía e ilumina nuestras vidas.

A la Universidad Surcolombiana, por el respaldo académico a la investigación.

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

A cada una de las personas que participaron en la investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACION	16
3. ANTECEDENTES	20
4. OBJETIVOS	23
4.1 OBJETIVO GENERAL	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5. MARCO DE REFERENCIA	24
6. DISEÑO METODOLOGICO	31
7. ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO	32
8. CRONOGRAMA	35
9. CONCLUSIONES	36

	pág.
10. RESULTADOS/ PRODUCTOS	40
11. RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. La sede de Selvasalud en su municipio esta ubicada en un sitio de fácil acceso para solicitar los servicios requeridos	47
Gráfica 2. Las instalaciones de Selvasalud son adecuadas para la atención	48
Gráfica 3. Selvasalud cuenta con una oficina de atención, orientación e información al usuario	48
Gráfica 4. La atención prestada por los funcionarios de Selvasalud es:	49
Gráfica 5. Las ordenes de autorización de los servicios que le competen a Selvasalud:	50
Gráfica 6. Selvasalud consigue citas de remisiones en:	53
Gráfica 7. El trámite de los procedimientos NO POSS con el ente territorial son gestionados en:	54
Gráfica 8. Las quejas que usted presenta son resueltas oportunamente por los funcionarios de Selvasalud	55
Gráfica 9. Conoce los derechos y deberes que adquiere al pertenecer al régimen subsidiado	55
Gráfica 10. Considera que el horario de atención al público que ofrece Selvasalud es adecuado	56
Gráfica 11. Ha participado de las capacitaciones que realiza Selvasalud	57
Gráfica 12. Se siente satisfecho con los servicios que ofrece Selvasalud	57

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. ACTA COMITÉ OPERATIVO CALIDAD	64
Anexo B. ACTA COMITÉ OPERATIVO CALIDAD (2)	68
Anexo C. ACTA COMITÉ OPERATIVO CALIDAD -SESIÓN EXTRAORDINARIA-	70
Anexo D. MANUAL DE AUTORIZACIONES	73
Anexo E. SELVASOFT 2008, SELVASALUD EPS-S	84
Anexo F. AUTORIZACIONES	111
Anexo G. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	112
Anexo H. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC 2007)	113
Anexo I. PAMEC 2008, PLAN ANUAL DE MEJORAMIENTO	157
Anexo J. MAPA PROCESAL SELVASALUD	167
Anexo K. ENCUESTA GLOBAL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR ATENCIÓN PRESTADA EN SELVASALUD S.A. EPS-ARS	169

RESUMEN

Dado el compromiso que tiene la Empresa Prestadora de Salud SELVASALUD EPS-S de elevar sus niveles de calidad en la prestación de servicios, especialmente en la unidad funcional de Autorizaciones y Remisiones, se adelantó el presente estudio para confrontar el cumplimiento de los procesos de acuerdo a la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el periodo comprendido entre septiembre de 2007 a junio de 2008, para lo cual se utilizaron diferentes herramientas entre las que se encuentran, la encuesta para medir la satisfacción del usuario frente a los servicios y la lista de chequeo según documentos de la superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de la Protección Social.

Como resultado se destaca que el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la unidad funcional estudiada presenta muchas debilidades y falencias frente a los requerimientos mínimos del decreto 515 de 2004 y 1011 del 2006 para la habilitación de esta empresa; entre las que se encuentran la no implementación de los procesos y procedimientos de autorizaciones de servicios de salud, para la atención programada y urgencias, además de la falta de estandarización y unificación de un sistema integrado de información que opere como una herramienta de administración de las autorizaciones generadas por parte de la entidad.

Una recomendación propuesta es la realización de un Plan de Mejoramiento que retome las debilidades y falencias encontradas por este estudio teniendo en cuenta la normatividad vigente en cuanto al sistema obligatorio de garantía de la calidad, que le permita a esta empresa brindar servicios de salud con calidad, garantizando satisfacción, oportunidad, seguridad, accesibilidad y continuidad a sus afiliados.

PALABRAS CLAVES: Estado actual, Sistema obligatorio de garantía de la calidad, Unidad funcional autorizaciones y remisiones, SELVASALUD.

SUMMARY

Given the commitment that has the Company Prestadora of Health SELVASALUD EPS-S of elevating their levels of quality in the benefit of services, especially in the functional unit of Authorizations and Remissions, he/she was ahead the present study to confront the execution of the processes according to the effective normatividad of the Obligatory System of Guarantee of the Quality in the period understood among September from 2007 to June of 2008, for that which different tools were used among those that are, the survey to measure the user's satisfaction in front of the services and the checkup list according to documents of the National superintendence of Health and the Ministry of the Social Protection.

As a result he/she stands out that the obligatory system of guarantee of the quality of the studied functional unit presents many weaknesses and falencias in front of the minimum requirements of the ordinance 515 of 2004 and 1011 of the 2006 for the qualification of this company; among those that are the non implementation of the processes and procedures of authorizations of services of health, for the scheduled attention and urgencies, besides the lack of standardization and unification of an integrated system of information that it operates like a tool of administration of the authorizations generated on the part of the entity.

A proposed recommendation is the realization of a plan of improvement that recaptures the weaknesses and falencias found by this study keeping in mind the effective normatividad as for the obligatory system of guarantee of the quality that allows to this company to offer services of health with quality, satisfaction, opportunity, accessibility and continuity to their members.

PASSWORD: current State, obligatory System of guarantee of the quality, Unit functional authorizations and remissions, SELVASALUD.

INTRODUCCION

Para formular acciones tendientes al fortalecimiento de los procesos en un área de una Administradora de Planes de Beneficio, como es la unidad funcional de autorizaciones y remisiones, primero es importante saber que tan bien se está realizando este proceso, y sobre este diagnóstico inicial, establecer un optimo, al cual se va llegando mediante interacciones del ciclo PHVA. No obstante, en las organizaciones de salud es precisamente en este primer paso donde el ciclo se estanca o nunca empieza.

Se pretende la gestión de un sistema de calidad donde tenga cabida las principales normas que sirvan de guía para la puesta en marcha de un proceso de autorizaciones y remisiones que preste servicios de salud que satisfagan las necesidades del usuario.

La Bibliografía que servirá de base para este proyecto, es la norma técnica ICONTEC, el documento CONPES, Decreto 1011 y las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, expedida por el Ministerio de la Protección Social, entre otras sin demeritar su importancia.

En SELVASALUD S.A EPS del Régimen Subsidiado como toda aseguradora dentro de su conjunto esta conformada por un área Misional que es la Gerencia de Servicios de Salud, Aseguramiento y su área de apoyo por administración y Talento Humano, entre otros.

Para el desarrollo de este trabajo se ha fijado como objeto de estudio, el área funcional de Remisiones y Autorizaciones, puesto que es un punto álgido de la empresa, ya que el nivel de satisfacción y el mejoramiento de la calidad de vida de

los usuarios esta muy relacionada con las barreras mínimas puestas por el Sistema de Salud a nivel de Remisiones, autorizaciones, referencia y contrarreferencia.

Para tal situación, se pretende identificar los principales problemas de esta unidad, mediante la realización de un diagnostico que permita visualizar las acciones realizadas por la institución en lo referente a la Gestión de Calidad, identificar los principales obstáculos y poder formular una serie de recomendaciones y conclusiones que permita alcanzar acciones que generen un aumento en la satisfacción del usuario y la disminución de complicaciones por remisiones extemporánea.

La Gestión integral por calidad combina tres elementos, el direccionamiento estratégico, la gerencia del día a día y la transformación de la cultura. Y tiene como propósito el desarrollo de la organización de forma integral y armónica entendido esto como un logro de un mayor beneficio y satisfacción para sus clientes, para sus empleados y para la sociedad en general.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Tomando como referencia la normatividad vigente para el proceso de habilitación entre las que se encuentra el Decreto 1011 de 2006, 4747 de 2007 y 515 de 2004, los cuales contemplan un conjunto de requisitos y procedimientos que deben cumplir las EPS_S para implementar acciones de registro, verificación y control al cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, que garantice la prestación con calidad en el servicio.

Teniendo en cuenta lo anterior y como base para la formulación del problema se ha identificado las siguientes falencias en la unidad funcional de autorizaciones y remisiones de SELVASALUD, cada una de estas se convierte en un obstáculo para la prestación de servicios con calidad, las cuales se relacionan a continuación:

- Baja oportunidad debido a que no existe una coordinación institucional que permita establecer un canal de comunicación directo con las instituciones prestadoras de servicios de salud y con las secretarías de salud Departamental encargada de la administración de los recursos para la prestación de servicios con cargo a la oferta.
- Se presenta represamiento en las solicitudes realizadas por los usuarios para la autorización de servicios de mediana, alta complejidad y procedimientos No-Pos, debido a la falta de profesionales idóneos y a la contratación de profesionales de acuerdo a la Demanda de los servicios como también autorizaciones dadas de manera extemporánea y desordenada en ocasiones sin una secuencia lógica, que puede afectar y deteriorar la calidad de vida de los usuarios.

- Falta de continuidad en la prestación de servicios de salud, debido a que se realiza autorizaciones de procedimientos en diferentes IPS que conforman su red, debido al cierre de servicios de salud por no cumplimiento en los acuerdos de pago pactados previamente.
- Realización de pagos anticipados por cada procedimiento a la red no contratada, debido al cierre de servicios de las instituciones que conforman la red de la empresa, con esta actividad se genera un sobre costo en la prestación de los servicios y un desgaste administrativo por parte de todas las áreas vinculadas a tal proceso. Lo cual se refleja en la insatisfacción por parte de los usuarios ya que no reciben servicios con calidad, oportunidad, continuidad y seguridad.

El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de la unidad funcional de autorizaciones y remisiones, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados, el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, no se han tenido en cuenta a la hora de la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2. JUSTIFICACION

SELVASALUD S.A EPS-S, es una empresa administradora de régimen subsidiado de economía mixta, según escritura publica 765 de 28 de Agosto 1995, fue autorizada en 1997 para operar como Entidad Promotora de Salud mediante resolución No. 0395 del 13 de Mayo. Ratificada en la Resolución 1108 de 2001 de la Superintendencia de Salud, hace presencia en 13 departamentos de la Región Sur, Norte y Noroccidente del País. La Empresa cuenta con una Asamblea de accionistas conformada por la red hospitalaria pública del Departamento, la Gobernación del Putumayo y un porcentaje minoritario por el sector privado conformado por los cabildos Indígenas, Feselva, Empsa S.A y Selvavivir. Esta empresa a pesar de tener miembros en su mesa accionista de las dos partes del sistema de salud, las cuales son los prestadores de servicios y la administradora de estos recursos, no le ha sido de gran contribución ya que hasta la actualidad no cuenta con un sistema de gestión de calidad que aporte a la mejora de los procesos que esta institución maneja, entre los que se encuentra la de la unidad de Remisiones y autorizaciones.

La estructura funcional de la administradora esta compuesta por una asamblea de accionistas, siendo la ESE Hospital José Maria Hernández (brinda servicios de mediana complejidad) y la Gobernación del Putumayo los mayores inversionistas, además cuenta con un Gerente General elegido por un periodo de 3 años, Asesores en las áreas de Jurídica, Asuntos Indígenas y la oficina de Planificación; dos Gerencias misionales; Aseguramiento y Servicios de Salud y una de apoyo Gerencia Administrativa y Financiera

Sus funciones están encaminadas a garantizar la contratación y la prestación de servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud del régimen

Subsidiado, además se ha creado un plan de beneficios ampliado para la población indígena que hace referencia a la ley 691 del 2001, el acuerdo 306 del 2005 y el acuerdo 326 del 2006, la población indígena afiliada a la empresa esta representada en un 13% que equivale al 54.000 afiliados de un total de afiliados de 499.559.

La superintendencia Nacional de salud mediante resolución 0314 del 21 de febrero de 2006, resolvió sobre la solicitud de habilitación de SELVASALUD, para administrar y operar el Régimen subsidiado del sistema General de Seguridad Social en salud, sujeta al cumplimiento de un plan de mejoramiento de actividades; y la resolución 0725 del 20 de abril de 2006, por el cual se resolvió el recurso de reposición, autoriza una capacidad de afiliación de 499.559 afiliados y cobertura geográfica en los Departamentos , de Antioquia, Amazonas, Atlántico, Caldas, Caquetá, Cauca, Córdoba, Choco, Magdalena, Nariño, Putumayo, Sucre y Valle del Cauca.

En desarrollo del anterior acto administrativo, la Superintendencia estableció los términos para que la EPS acreditara el cumplimiento del plan de mejoramiento o desempeño fijando como fecha limite para allegar los soportes del cumplimiento de la documentación e implementación para el 1 de septiembre y 9 de octubre de 2006, respectivamente.

Conforme a lo dispuesto en la Resolución 3734 de octubre de 2005 expedida por el Ministerio de la Protección social, por medio de la cual se conforma la lista definitiva de las EPS para la operación regional del Régimen Subsidiado, SELVASALUD obtuvo el cupo y fue seleccionada para operar en las regiones Norte, Noroccidental y sur definidas estas de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1013 de 2005, expedida por el Ministerio de la Protección social.

Por su parte, dentro del proceso de habilitación la entidad acreditó las condiciones de operación y de permanencia de los procesos relacionados con la prestación de servicios, cumpliendo así con el presupuesto exigido en la circular 049 de 1997 expedida por la superintendencia.

En la investigación realizada a la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones de SELVASALUD S.A EPS del Régimen subsidiado, es importante resaltar que mediante el PAMEC 2007, se priorizó los procesos de mayor impacto en cada una de las unidades de la empresa; en la Unidad de Autorizaciones y remisiones, entre los que se encuentra la Autorización de Servicios de Salud y gestión del Comité Técnico Científico. Para el PAMEC 2008 se realizó teniendo en cuenta estos procesos, un plan de mejoramiento a través de la metodología 5 W.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario realizar un seguimiento al Plan de Mejoramiento, diseñado por el profesional a cargo de esta unidad en este momento.

Aun cuando la unidad en cuestión, cuenta con una serie de acciones cotidianas para cumplir los requisitos mínimos de habilitación, no cuenta con indicadores que la vigilen para hacerle monitoreo a su cumplimiento. Además, aun se hacen esfuerzos para brindar información a los usuarios, por lo general son procesos reactivos dado que esto no se basa en un análisis previo de las necesidades de los usuarios, como tampoco la planificación de la red de prestadores y el presupuesto es realizado sin ninguna investigación previa, lo que ocasiona grandes desdén a los asegurados y déficit económico a la Empresa.

Para el mejoramiento de los resultados de la unidad en cuestión se requiere la formulación e implementación de estrategias que ayuden en su eficiencia, como la estructuración e implementación de procesos reales de calidad en la prestación de servicios recibidos por parte del usuario.

Para la realización de este proyecto se pretende iniciar con la aplicación del Decreto 1011 de 2006, implementando un sistema que permita la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud que reciben los usuarios de una aseguradora y que deberá contar con los siguientes Componentes contenidos en este decreto, los cuales son:

El Sistema Único de Habilitación.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

El Sistema único de Acreditación.

El Sistema de Información para la Calidad.

Este Sistema se iniciara en el área funcional de Remisiones y Autorizaciones con aplicación de una encuesta que permita medir la satisfacción de los usuarios frente a la prestación de este Servicio.

Se pretende también incorporar las pautas dadas por el Comité Nacional de Política Económica y Social, a tener en cuenta en la habilitación y la posterior acreditación como requisitos para la calidad en la prestación de Servicios de Salud de los usuarios de SELVASALUD.

3. ANTECEDENTES

En Colombia existen entidades del sector salud que a la fecha se encuentran habilitadas y algunas certificadas, pero es de relevancia aclarar que no se encuentra disponible esta información para lo que respecta a su socialización, consulta y aplicación por parte de otros actores del Sistema General de Salud que se encuentran interesadas en diseñar e implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad al interior de sus instituciones.

A nivel Departamental, se encuentra el Departamento Administrativo de Salud, siendo el ente rector y controlador de las Empresas Administradoras de Plan de Beneficio, IPS, entre otros actores del sistema de Salud, las cuales en el momento no cuentan con información aplicada ni en el interior ni como guía para las empresas del sistema.

En el Municipio de Mocoa, las instituciones de salud no cuentan con bibliografía sobre el tema de habilitación e implementación del Sistema de Garantía de la calidad que permita el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios.

Para el año 2006- 2007 En la Empresa SELVASALUD a nivel nacional, existe la oficina de Auditoria de calidad y el comité operativo de calidad, los cuales se han relegado a cumplir con los requerimientos de información exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular 030 y a la revisión de procesos y sus respectivos formatos respectivamente.

SELVASALUD cuenta con el manual para el mejoramiento de la calidad, denominado PAMEC (versión enero 2007) en el describe el despliegue del sistema obligatorio de garantía de la calidad, se evidencia el cumplimiento de los

requerimientos reglamentarios que tienen que ver con las metas y políticas en materia de calidad de la entidad, pero no se acoge al cumplimiento de los requisitos legales vigentes, en lo referente al cumplimiento de los lineamientos establecidos en el decreto 1011 del 2006 en materia de calidad.

Al realizar la revisión general de los documentos emitidos por la superintendencia nacional de salud respecto al sistema de garantía de calidad de la atención en salud de esta empresa se encuentra los siguientes hallazgos:

El estándar tecnológico científico plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad SELVASALUD presuntamente no tiene implementados en forma integral el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, de otra parte no se evidencia implementación alguna de los estándares de calidad quedan cumplimiento a los requisitos legales y reglamentarios en ninguna de las diferentes áreas de la entidad.

La labor de auditoria esta reglamentada desde el nivel central de la EPS a través de lineamientos básicos establecidos, es decir SELVASALUD tiene documentado e implementado un instrumento de auditoria por servicios a procesos de atención del usuario. No hay soporte de algún acto administrativo (resolución o circular) mediante el cual adopte el manual de auditorias, implementación de indicadores de calidad y estándares, solo existe actas de concertación de estándares e indicadores de calidad con las IPS.

No obstante la existencia de lineamientos para auditoria, la entidad no cuenta con un plan de auditorias establecido y aplicado tanto en el nivel nacional como en el seccional acorde con la política de mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Tampoco se observa la existencia de procesos de seguimiento y monitoreo a los mismos procesos de auditoria, fruto de la inexistencia de dicho plan.

SELVASALUD no tiene un consolidado semestral de los informes Auditorias, ni un documento que contenga el análisis de los hallazgos y la adopción de correctivos por parte de la empresa.

No se realiza un monitoreo a los “planes de mejoramiento en la calidad en la atención en salud”, verificando que los planes de acción correspondan a la evaluación y análisis de los estándares de calidad esperados y los encontrados. No se cuenta con un proceso de auditoria externa que le permita evaluar los procesos de atención a los usuarios en sus características de oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad y continuidad.

Para el año 2007- 2008 periodo de estudio de esta investigación SELVASALUD demuestra con documentos soportes a la superintendencia Nacional la resolución N0. 3698 de fecha noviembre de 2007 a través de la cual se adopto el manual de auditoria o manual de procedimientos para auditoria de calidad de la prestación del servicio, procesos de auditoria medica. De igual forma se presento el plan de auditoria en observancia a los procesos de auditoria, la entidad emite desde el nivel nacional los lineamientos de auditorias. Además se programan las visitas a la red contratada, mediante la planeación de cronogramas y visitas de auditoria.

En referencia al consolidado semestral de los informes de auditoria y el documento con los análisis de los hallazgos y la adopción de correctivos por parte de la entidad.

Entre las auditorias que realiza la EPS se observan condiciones de habilitación de la Red contratada, también se realizan las auditorias que van dirigidas a los procesos de atención del usuario, en especial los que evalúan la satisfacción de la atención como el suministro de medicamentos, la oportunidad en los servicios de medicina general.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar diagnóstico en la Unidad funcional de Autorizaciones y Remisiones que responda a las acciones realizadas de acuerdo al sistema de garantía de calidad en salud en SELVASALUD EPS en el periodo de Septiembre 2007 a Junio 2008.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento implementado por la Empresa PAMEC 2008 en referencia a la Unidad de Autorizaciones y Remisiones

Realizar la aplicación, recolección y análisis de los datos de la encuesta de medición de satisfacción de los afiliados frente a la prestación de los servicios de la EPS, específicamente los datos por la unidad funcional de Autorizaciones y Remisiones.

Hacer una lista de chequeo de acuerdo a la normatividad y documentos de calidad emitidos por la superintendencia nacional de salud, la cual será aplicada a la unidad funcional de Autorizaciones y remisiones.

Realizar las respectivas conclusiones y recomendaciones para el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la unidad funcional de autorizaciones de Selvasalud.

5. MARCO DE REFERENCIA

El Sistema de autorizaciones y remisiones es un sistema muy interesante dentro de las latitudes de la prestación de los servicios ya que mediante este esquema se busca la calidad de vida de los usuarios y cuyo término gramatical a la luz de la norma ISO 9001 es el más acertado y el equivalente a cliente.

La prestación de los servicios de salud tradicional independientemente de que tengan un sistema de gestión de calidad implementado, su enfoque se sale del carácter social engordando el área financiera de las empresas promotoras de salud, sin importar la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Sin embargo y pensando en lo que encierra el sistema de salud en Colombia, hoy en día las empresas del sector Salud buscan estar a la vanguardia, generando servicios y productos a unos costos fácilmente accesibles a una población cuyos ingresos económicos en la mayoría de los casos son mínimos y que en contraprestación estas empresas sienten y acompañan el sentir de los usuarios.

Es por esta razón que este proyecto quiere alinear todas las actividades tanto asistenciales como las administrativas de la unidad Funcional de autorizaciones y remisiones con el ánimo de que se mejoren y se mantenga la prestación esmerada de los diferentes servicios que actualmente se ofrecen, pretendiendo así satisfacer las necesidades de todos los usuarios de la empresa promotora de salud SELVASALUD, ya que si se mira la generalidad del sector son muy pocas y casi que contadas las promotoras de salud que tiene implementado y fortalecido el sistema de gestión de la calidad.

La auditoría en particular y el sistema de garantía en calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se presta al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de Promoción y Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presta a toda la población¹”.

En la normatividad existente sobre los deberes en la prestación de los servicios de salud emanados en la Ley 1122 de 2007, exige claramente la calidad de la prestación de los servicios en la que se hace indispensable el seguimiento y evaluación al sistema de gestión de calidad de cada empresa, para conocer de que manera están funcionando y de este partir a formular estrategias de mejora para la empresa concatenadamente con la satisfacción de los usuarios de la administradora de planes de beneficio.

Es así como el decreto 1011 del 2006 del Ministerio de protección social, define la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.²

La calidad de la atención en salud, se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios³.

¹ Decreto 1011 de 2006, artículo 2

² Decreto 1011 de 2006, artículo 2 Definiciones.

³ Decreto 1011 de 2006, artículo 2 Definiciones.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) desarrolla acciones orientadas al mejoramiento de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen un prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.⁴

Según el Decreto 1011 de 2006 en su Artículo 4° describe los Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

Y en su Artículo 6° describe el Sistema Único de Habilitación, como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB):

Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Condiciones de capacidad técnico-administrativa

Registro especial de prestadores de servicios de salud

⁴ Decreto 1011 de 2006, artículo 3. Características.

En su artículo 32. Se describe la Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud y sus respectivos programas los cuales deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

En el sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar

decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En su Artículo 46, se definen los objetivos del Sistema de Información para la Calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- **Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- **Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

El Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 del Ministerio de la protección social, reglamenta la prestación de urgencias, autorizaciones, Nuevo marco legal para el proceso de atención: triage, verificación de derechos, no exigencia de copias o fotocopias, manejo de inconsistencias, procedimientos para las autorizaciones, referencia y contrarreferencia y tiempos establecidos para la prestación de servicios de la siguiente manera:

Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, para el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- ❖ Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

- ❖ Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

6. DISEÑO METODOLOGICO

Para alcanzar el objetivo del proyecto es necesario ejecutar un plan de trabajo, en el cual se tracen unas actividades que permitan conocer el estado del SOGCS en la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones:

- Revisión de documentación referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en relación con Autorizaciones y Remisiones.
- Elaborar lista de chequeo basada en el Decreto 1011 de 2006, en donde se establecen el debe de la norma, frente a lo que la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones tiene o está cumpliendo en el momento de la verificación.
- Aplicación lista de chequeo a la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones de la seccional Putumayo.
- Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento implementado por la Empresa PAMEC 2008 en referencia a la Unidad de Autorizaciones y Remisiones
- Aplicación de la Encuesta de medida de satisfacción de los usuarios frente a los procesos de autorizaciones y remisiones. (Muestra de 600 usuarios del Municipio de Mocoa, escogidos de forma aleatoria después de la solicitud y atención del servicio),
- Recolección, tabulación y análisis de la información recopilada en la aplicación de la encuesta de satisfacción.
- Posterior a la realización de las actividades mencionadas anteriormente, se procederá a la realización de conclusiones y recomendaciones para el mejoramiento del SOGCS en la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones.

7. ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO

PLAN DE TRABAJO							
Tarea	Resultado Esperado	% Logro	Responsable / Apoyos	Inicia (aa/mm/dd)	Termina (aa/mm/dd)	Recursos / insumos	Supuestos básicos
Revisión de documentación referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en relación con Autorizaciones y Remisiones.	Identificar los requerimientos mínimos exigidos por la norma en el tema de Autorizaciones con miras a definir los pasos y actividades a realizar en la propuesta de trabajo de grado.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Primera semana de Septiembre 2007	Tercera semana de Septiembre 2007	Documentos expedidos por el Ministerio de protección social, Consejo Nacional de Seguridad Social y bibliografía encontrada por medio de Internet.	Computadores, Internet, Documentación en general.
Aplicación de la Encuesta de medida de satisfacción de los usuarios frente a los procesos de Autorizaciones y remisiones. (Muestra del 600 usuarios del Municipio de Mocoa, escogidos de forma Aleatoria después de la recibir el servicio).	Conocer el punto de vista de satisfacción con la prestación de los servicios de autorizaciones y remisiones por parte de los usuarios.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Primera semana de Marzo 2008	Cuarta semana Marzo 2008	3 encuestadores	Computadores, Internet, Documentación en general
Recolección, tabulación y análisis de la información recopilada en la aplicación de la encuesta de satisfacción.	Graficas de la encuesta aplicada a los usuarios que permita conocer a primera vista la apreciación de los usuarios frente a los servicios de salud prestados por la unidad funcional de autorizaciones y remisiones.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Primera semana de Abril 2008	segunda Semana de Abril 2008	2 personas encargados de realizar el análisis.	Computadores.

Tarea	Resultado Esperado	% Logro	Responsable / Apoyos	Inicia (aa/mm/dd)	Termina (aa/mm/dd)	Recursos / insumos	Supuestos básicos
Elaboración lista de chequeo. Basada en el Decreto 1011 de 2006, en donde se establecen el debe de la norma, frente a lo que la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones tiene o está cumpliendo en la actualidad.	Establecer en qué estado del Sistema de Garantía de Calidad de atención en salud se encuentra esta unidad funcional de autorizaciones y remisiones.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Segunda semana de Abril 2008	Cuarta semana de Abril 2008	Documentos expedidos por el Ministerio de protección social, Consejo Nacional de Seguridad Social y bibliografía encontrada por medio de Internet.	Computadores, Internet, Documentación en general.
Aplicación lista de chequeo en la unidad funcional de autorizaciones y remisiones de la seccional Putumayo, en la ciudad de Mocoa.	Evidenciar el estado actual de la unidad de autorizaciones y remisiones frente al SOGC. (procesos, aplicación de la norma, documentación, instrumentos, entre otros)	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Primera semana de Mayo 2008	Segunda semana de Mayo 2008	2 personas encargados de realizar la aplicación.	Visita a la unidad funcional de autorizaciones y remisiones.
Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento PAMEC 2008, implementado por la Empresa en referencia a la Unidad de Autorizaciones y Remisiones, en los procesos priorizados según documento PAMEC 2007, enviado a la superintendencia nacional de salud: Comité técnico científico y autorización de servicios de salud.	Conocer el cumplimiento de los compromisos para el mejoramiento de la prestación de los servicios en cada uno de los procesos referidos y planteados mediante PAMEC 2007.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Tercera semana de Mayo 2008	Primera semana de junio 2008	2 personas encargados de realizar la aplicación y documentación existente.	Visita a la unidad funcional de autorizaciones y remisiones.

Tarea	Resultado Esperado	% Logro	Responsable / Apoyos	Inicia (aa/mm/dd)	Termina (aa/mm/dd)	Recursos / insumos	Supuestos básicos
Aplicación de la Encuesta de medida de satisfacción de los usuarios frente a los procesos de Autorizaciones y remisiones. (Muestra del 600 usuarios del Municipio de Mocoa, escogidos de forma Aleatoria después de la recibir el servicio).	Conocer el punto de vista de satisfacción con la prestación de los servicios de autorizaciones y remisiones por parte de los usuarios.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Segunda semana de Noviembre 2008	Cuarta semana de Noviembre 2008	3 encuestadores	Computadores, Internet, Documentación en general
Recolección, tabulación y análisis de la información recopilada en la aplicación de la encuesta de satisfacción.	Graficas de la encuesta aplicada a los usuarios que permita conocer a primera vista la apreciación de los usuarios frente a los servicios de salud prestados por la unidad funcional de autorizaciones y remisiones.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Primera Semana de Diciembre 2008	Cuarta Semana de Diciembre 2008	2 personas encargados de realizar el análisis.	Computadores.
Posterior a la realización de las actividades enunciadas anteriormente, se procederá a la realización de sugerencias y recomendaciones para el mejoramiento del SOGC en la Unidad Funcional de Autorizaciones y Remisiones.	Conocer en que fase del sistema de garantía de calidad en salud se encuentran falencias, dificultades y las posibles maneras de mejorar este déficit.	100%	CAROLINA CORREA ANGELA LEYTON	Primera Semana de Enero de 2009.	Tercera Semana de Enero de 2009	Documentos expedidos por el Ministerio de protección social, Consejo Nacional de Seguridad Social y bibliografía encontrada por medio de Internet.	Computadores.

8. CRONOGRAMA

ACCIÓN	Septiembre del 2008				Octubre del 2008				Noviembre del 2008				Diciembre del 2008				Enero del 2009				Febrero del 2009				Marzo del 2009			
Planificación de actividades	x	x	x	x	x																							
Sensibilización en el tema de implementación (compromiso alta dirección)				x	x	x	x	x																				
Presentacion de anteproyecto de grado				x	x	x	x	x																				
Etapas de documentación del proceso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Revisión de procesos de la unidad					x	x	x	x																				
Revisión de formatos e instrumentos de la unidad según procesos confrontados con la normatividad (lista de Chequeo)					x	x	x	x																				
Diseño y aplicación de encuestas									x	x	x	x																
presentación de avances, observado en el segundo periodo de 2008													x	x	x	x												
tabulación de la información observada, obtenida y sus respectivo analisis													x	x	x	x												
Presentacion de proyecto de grado																					x	x						
Correcciones finales																								x				
Presentacion final																									x			

9. CONCLUSIONES

Una vez culminado el trabajo investigativo en la unidad de Autorizaciones y remisiones de la EPS Selvasalud se concluye, que la empresa en la unidad objeto de estudio no tiene implementados los procesos y procedimientos de Autorizaciones de servicios de salud, para la atención programada y urgencias, se evidencia la falta de estandarización y unificación de un sistema integrado de información que opere como una herramienta de administración de las autorizaciones generadas por parte de la entidad.

Se observa la falta de oportunidad en la generación de los procesos de autorización, generando una brecha de 15 días hábiles, el cual no se encuentra congruente con la circular 030 de 2005, enviada a la superintendencia.

En cuanto a la negación de la prestación de servicios No Pos, se observa el traslado de la responsabilidad de la EPS en cuanto al trámite de dichos eventos por parte del ente territorial.(La negación no esta suficientemente soportada, puesto que si bien el servicio no esta incluido en el POS, se debería plantear al usuario las opciones de entrega de medicamentos No Pos-s por el CTC de la empresa). En cuanto a procedimientos se debe guiar al usuario a la red contratada para la prestación de servicios por parte de EPS.

Al realizar la visita a la unidad funcional de Autorizaciones y remisiones de la EPS SELVASALUD en su proceso de referencia y contrarreferencia, este se encuentra documentado a través de un manual de procesos y procedimientos pero no es implementado como tampoco actualizado, lo que afecta en los resultados del proceso como también en el desgaste del personal que participa en él.

Las dependencias municipales no cuentan con autonomía para la remisión, cuyo procedimiento de autorización es asumido en primera instancia por la oficina de Selvasalud Mocoa y en segunda Instancia por la Oficina Nacional de Autorizaciones y remisiones de esta EPS, cuando se trata de servicios que no son urgencias.

El control sobre el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia se observa limitado, ya que se realiza sobre las remisiones y autorizaciones, los indicadores hacen referencia a la eficiencia del proceso y la eficacia de la referencia y contrarreferencia, pero no se ha incorporado estándares de oportunidad y accesibilidad a los procedimientos de servicios y a la capacidad resolutoria de la IPS.

La EPS no cuenta con un sistema de información que permita evaluar la eficiencia del sistema en cuanto a la oportunidad, suficiencia de la red de prestadores y la efectividad del CRUE.

La EPS no realiza el análisis respecto de la organización y capacidad de atención de la IPS, con el fin de establecer si la capacidad es adecuada frente a los volúmenes de afiliación en cada municipio y departamento; es decir en la relación de la oferta-demanda de servicios, no se encontró soporte que la EPS realiza un análisis de forma mensual ni documentos que indiquen gestión frente a los hallazgos y recomendaciones plasmadas en aquellos.

La EPS no tiene establecidos procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones prestadoras de servicios de salud de su red prestadora.

La EPS cuenta con la herramienta tecnológica, pero no se observa exclusividad y disposición de equipos para la aplicación del módulo de autorizaciones, por tanto la autorización para procedimientos de II nivel y medicamentos se realiza de manera manual, trayendo consigo la desintegración de la información, lentitud en el proceso y autorizaciones con enmendaduras.

En cuanto al proceso de autorización por medio de Comité técnico Científico no se evidencio en forma documental la entrega de medicamentos autorizados por medio de este comité, como tampoco existe soporte escrito de las reuniones realizadas de manera mensual para dar curso a la solicitud de estos medicamentos y al seguimiento de estos en patologías crónicas.

La falta de planeación de los recursos financieros de la Empresa a llevado a esta a incumplir repetitivamente en los acuerdos de pago a la red de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, lo que a generado la prestación de servicios de estas instituciones, lo cual se ha tratado de mejorar esta situación con el pago anticipado de servicios con las mismas instituciones u otras, ocasionando traumas en la calidad, continuidad, oportunidad y eficiencia en el tratamiento, como también insatisfacción de los usuarios y perdidas económicas a la empresa.

Con respecto a la implementación de los canales de información respecto a los tramites, red de prestadores, donde pueden elegir ser atendidos, así como los procedimientos de autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para tramites administrativos y para el contacto en los casos de servicios de urgencias y programados, procedimientos de atención donde pueden acudir en casos de enfermedad, contenidos del plan de beneficios de así como las obligaciones y derechos no se evidencio implementación alguna, identificándose falencias como inconsistencias en cuanto la información de la red de prestadores, desactualización de los plegables informativos de la red de prestadores, falta de

estrategias para brindar la información básica y donde se evidencio desconocimiento por parte de estos, acerca de los tramites reglamentarios para acceder a los servicios de la red prestadora en los casos de que la red no suple la demanda, tanto para consultas medicas como para el suministro de medicamentos ambulatorios incumpliendo así lo estipulado en el decreto 515 de 2004 del ministerio de protección social del capitulo II, condiciones de operación Art. 4 capacidad técnico administrativa.

10. RESULTADOS/ PRODUCTOS

Durante el periodo Septiembre de 2007 a junio de 2008, se realizaron actividades de consulta, observación, aplicación y análisis de información encontrada en la unidad funcional de autorizaciones y remisiones de la EPS-S SELVASALUD en la sede Nacional ubicada en el municipio de Mocoa, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente en el periodo enunciado.

Se anexan como evidencia formatos implementados durante este proceso, lo que permite constatar que esta empresa realizo mejoras que indican los esfuerzos por alcanzar un plan de mejoramiento que apunta al sistema de garantía de la calidad.

A continuación se anexan documentos enunciados:

- ❖ **Actas de reuniones de comité operativo** realizadas con el objetivo de Analizar y ajustar el documento “Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones”. (Ver anexo A, B, C).
- ❖ **Manual de autorizaciones** Documento que describe los lineamientos generales de las autorizaciones, los responsables y niveles de competencia. Con el que se pretende Implementar un modelo de autorizaciones, con criterios normativos y políticas internas para garantizar a los afiliados la prestación de los servicios, procedimientos y suministros con cobertura en los diferentes niveles de complejidad que contempla el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) con el propósito de mantener y recuperar su salud. Se observa que a pesar de darse inicio al proceso a través de la herramienta tecnológica, este manual no se construyo en su totalidad. (Ver anexo D).

- ❖ **Software Selvasoft** para el manejo del sistema de información para la calidad de Selvasalud.

Diseñado para administrar eficientemente la información de los procesos críticos misionales y adaptarse a las particularidades de la empresa.

Está habilitado para mantener la comunicación permanente desde cualquier Gerencia Seccional y la sede central, para la administración tanto de los afiliados, como de los servicios a los que tienen derecho de acuerdo con el POS-S. En el periodo de supervisión se encuentra que la Herramienta tecnológica no es utilizada en su totalidad debido a la falta de compromiso por parte del talento humano y de un doliente de tal proceso pero además se puede evidenciar que esta oficina no cuenta con la dotación necesaria de para obtener los resultados esperados, lo que conlleva a que la autorización del procedimiento o medicamento se genere de manera manual e impide llevar un control real de las autorizaciones dadas y el monto económico utilizado en estas. (Ver anexo E).

- ❖ **Modulo de Autorizaciones selvasoft:** Este módulo fue diseñado para llevar el registro ordenado y completo de todas las autorizaciones dadas a los afiliados desde cualquier seccional. El trámite de ingreso de solicitudes y la autorización final se realiza todo a través del módulo, incluyendo la generación e impresión de la orden de servicios para pago anticipado. (Ver anexo F).
- ❖ **Formulario de autorizaciones utilizado para selvasoft:** Formato diseñado para llevar un control real de las autorizaciones, el cual contiene un número consecutivo en su borde superior izquierdo e impresión en hoja forma continua, aplicado a partir del mes de febrero de 2008, como respuesta al plan de mejoramiento impuesto por la Superintendencia Nacional de Salud. Para mayor seguridad de la impresión de las autorizaciones se utiliza un sello seco

con el logotipo de Selvasalud, para de esta manera evitar el plagio. (Ver anexo G).

- ❖ **PAMEC 2007 Y PAMEC 2008:** Documento por el cual esta empresa reporta a la súper intendencia de salud las acciones encaminadas a cumplir la normatividad y garantizar la prestación de los servicios de salud del POS-S con características de Continuidad, Oportunidad, Pertinencia Accesibilidad y Seguridad a los usuarios de SELVASALUD S.A. EPS, a través de la ejecución sistemática de un programa de auditoria y verificación de procesos prioritarios, con el propósito de implementar acciones que propicien el mejoramiento continuo. Es importante tener en cuenta que aunque se plantearon acciones de mejoramiento no se han llevado a cabalidad. (ver anexo H y I).

- ❖ **MAPA PROCESAL:** Se encuentra que a la recolección de la información, los documentos no estaban actualizados como tampoco el cargo definido, ya que aparece el nombre de un funcionario siendo en la actualidad otro y el tipo de vinculación ya no era contratista sino profesional Universitario. (Ver anexo J).

EVALUACION DE GESTION PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS 2008 SELVASALUD S.A EPS: Instrumento seguimiento elaborado por control interno Hospital Universitario del Huila, ajustado por la autoras para realizar seguimiento al Plan de mejoramiento implementado por la Empresa PAMEC 2008 en referencia a la Unidad de Autorizaciones y Remisiones.

**EVALUACION DE GESTION PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS 2008
SELVASALUD S.A EPS**

1. ENTIDAD	2. UNIDAD FUNCIONAL A EVALUAR	3. PROCESO A EVALUAR	
SELVASALUD S.A EPS	AUTORIZACIONES Y REMISIONES	Autorización de Servicios de Salud	
4. OBJETIVO INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Realizar mediante la aplicación de indicadores de calidad, la evaluación de metas establecidas en cuanto a la demanda y oferta de los servicios de salud cuando se compare lo observado con lo deseado.			
5. OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO Garantizar al afiliado el acceso a los servicios de salud cubiertos por el pos-s en cualquier nivel de complejidad.			
6. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	7. MEDICION DE COMPROMISOS		
	7.1 INDICADOR	7.2 RESULTADO (%)	7.3 ANALISIS DEL RESULTADOS
Teniendo en cuenta la necesidad de crear una central de autorizaciones, se dio cumplimiento a esta, ya que la empresa cuenta con una oficina ubicada en la ciudad de Mocoa con 2 profesionales y 2 técnicos.	Nº. de central creada/ Nº de central requerida	100%	Teniendo en cuenta la necesidad de crear una central de autorizaciones, se dio cumplimiento a esta, ya que la empresa cuenta con una oficina ubicada en la ciudad de Mocoa con 2 profesionales y 2 técnicos.
Actualizar y aprobar el manual de autorizaciones de acuerdo a la normatividad vigente y a los nuevos requerimientos de los procesos.	Nº. de Manual actualizado/ Nº manual requerido	50%	Dado que se inicio el proceso de actualización del manual de autorizaciones a principios del segundo semestre de 2007, este hasta la actualidad no se encuentra terminado.
Definir la metodología para el Recapacitar y brindar asistencia a los funcionarios responsables del nivel seccional en el proceso, en normatividad vigente, en servicio al cliente y la utilización del modulo de autorizaciones de selvasoft version 2.	Metología definida	100%	Se define la metología a utilizar para la nueva capacitación y asistencia técnica de los responsables del nivel seccional en el proceso, en normatividad vigente, en servicio al cliente y la utilización de selvasoft.
Adelantar pruebas técnicas y poner en operación el modulo de autorizaciones de selvasoft version 2	Pruebas técnicas adelantadas	50%	Se adelantan las pruebas técnicas del modulo de selvasoft, pero se encuentra una serie de inconsistencias que no permiten el total funcionamiento del modulo de autorizaciones en las seccionales. Modulo utilizado en un 50 %.
Diseñar e implementar el formato de autorizaciones, preimpreso para mejorar el control y seguimiento de las autorizaciones a nivel	Nº de Formatos implementados/ Nº de formatos requeridos	50%	Se diseña formato para autorizaciones pero solo en algunas seccionales se implementa debió a la falta de herramientas como computador e impresora.

nacional.			
Integrar el proceso de autorizaciones, referencia y contrarreferencia a la operación de la línea gratuita nacional.	Unidad funcional de Autorizaciones y remisiones articulada a la línea gratuita de SELVASALUD.	100%	Se integraron los dos procesos pero existe ciertas dificultades derivadas de no tener una red de servicios de salud en su totalidad abierta.
Evaluar y definir los mecanismos para la atención prioritaria y oportuna a los afiliados mayores de 62 años y personas discapacitadas.	No existe mecanismo para la atención de estos grupos poblacionales.	0%	No existe una estrategia para la atención de esta población.
Mejorar los canales de comunicación y mecanismos de coordinación con entes territoriales y red de prestadores para la gestión de la autorización de los servicios pos y no pos.	No existe tal articulación, ni se ha definido mecanismo o estrategia que permita facilitar tal relación en el tema de autorizaciones de los servicios pos y no pos.	0%	No existe tal articulación ni la estrategia que permita su coordinación.
<p>6. EVALUACIÓN A LOS COMPROMISOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE AUTORIZACIONES: Al realizar la totalización de los porcentajes, podemos observar que tienen un cumplimiento del 56% de los compromisos adquiridos en su plan de mejoramiento, lo que nos lleva a pensar que la unidad funcional en estudio con 44% de no cumplimiento, tiene muchas cosas que mejorar y otras que necesitan ser implementadas y mejoradas en el menor tiempo posible para su buen funcionamiento y mantenimiento de la habilitación.</p>			
<p>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE AUTORIZACIONES Y REMISIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complementar, perfeccionar e implementar el Manual de Autorizaciones y Remisiones - Continuar con el perfeccionamiento de la herramienta tecnológica - Facilitar la adquisición de equipos de computo e Internet para la puesta en marcha del modulo de autorizaciones de SELVASOFT - Implementar una estrategia que permita la oportunidad y accesibilidad de los grupos mas vulnerables de la población, con su respectiva articulación al ente territorial y las otras unidades funcionales de la empresa. 			
<p>8. FECHA: Mayo de 2008</p>			
<p>9. FIRMA: CAROLINA CORREA Y ANGELA LEYTON.</p>			

1. ENTIDAD	2. UNIDAD FUNCIONAL A EVALUAR	3. PROCESO A EVALUAR
SELVASALUD S.A EPS	AUTORIZACIONES Y REMISIONES	Gestión del Comité técnico científico
<p>4. OBJETIVO INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Realizar mediante la aplicación de indicadores de calidad, la evaluación de metas establecidas en cuanto a la demanda y oferta de los servicios de salud cuando se compare lo observado con lo deseado.</p>		
<p>5. OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO Garantizar la continuidad y la accesibilidad al suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS a través de la conformación y seguimiento del comité técnico científico en cada seccional.</p>		
6. COMPROMISOS ASOCIADOS AL	7. MEDICION DE COMPROMISOS	

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	7.1 INDICADOR	7.2 RESULTADO (%)	7.3 ANALISIS DEL RESULTADOS
Revisar y evaluar los documentos que soportan la conformación y certificación de los CTC.	Nº de comités técnicos científicos conformados y certificados/ Nº de comités técnicos científicos según seccionales	50%	Se puede observar que a pesar de estar funcionando el comité técnico científico en cada una de las seccionales solo en unas cumplía con las exigencias de la superintendencia nacional de salud, como son: Putumayo, Cauca, Córdoba y choco.
Programar y realizar auto evaluación del proceso Gestión del Comité técnico científico	Nº de auto evaluaciones realizadas del proceso de gestión del CTC / Nº de auto evaluaciones programadas del proceso de gestión del CTC.	0%	En el periodo de estudio la unidad de autorizaciones y remisiones de SELVASALUD, no realizó ninguna autoevaluacion al proceso de gestión del CTC.
Adelantar actividades de capacitación y entrenamiento a los funcionarios EPS e IPS y usuarios en el manejo e implementación del proceso de Gestión del Comité técnico científico	Nº de capacitaciones realizadas/ Nº de capacitaciones programadas	0%	En el periodo de estudio la unidad de autorizaciones y remisiones de SELVASALUD, no realizó ninguna capacitación en relación al proceso de gestión del CTC.
Fortalecer el seguimiento y control del uso del formato justificación del medico tratante para el uso de medicamentos NO POS por parte de la IPS.	Nº de visitas realizadas a las IPS en semestre/ Nº de visitas programadas a las IPS en el semestre	0%	En el periodo de estudio la unidad de autorizaciones y remisiones de SELVASALUD, no realizó ninguna visita de seguimiento y control al uso del formato para la autorización de medicamentos no pos.
Revisión, aprobación e implementación del formato Acta de Comité Técnico Científico para mejorar el control y seguimiento del proceso a nivel nacional.	Nº de formatos diseñados/ Nº de formatos requeridos Nº de formatos implementados/ Nº de formatos requeridos	50%	Se diseño formato de acta de comité técnico científico, pero no se socializo, no se distribuyo, como tampoco se implemento en las diferentes seccionales y coordinaciones municipales de la empresa SELVASALUD.
6. EVALUACIÓN A LOS COMPROMISOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE AUTORIZACIONES:			
Al realizar la totalización de los porcentajes, podemos observar que tienen un cumplimiento del 10% de los compromisos adquiridos en su plan de mejoramiento, lo que nos lleva a pensar que la unidad funcional en estudio con 90% de no cumplimiento, tiene muchas cosas que mejorar y otras que necesitan ser implementadas y mejoradas en el menor tiempo posible para su buen funcionamiento y mantenimiento de la habilitación.			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE AUTORIZACIONES Y REMISIONES:			
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la conformación y certificación del total de los comités técnico científico a nivel nacional. - Programar y ejecutar reuniones y visitas a las seccionales que permitan realizar una autoevaluacion i del estado actual del proceso de gestión del comité técnico científico. 			

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar capacitaciones a los funcionarios de IPS, EPS y representantes de los usuarios miembros del CTC en la gestión del comité. - Realizar seguimiento semestral a los formatos de justificación de solicitud de medicamentos de no pos. - Socializar e implementar con las seccionales y los municipios el formato del acta del comité técnico científico.
<p>8. FECHA: Mayo de 2008</p>
<p>9. FIRMA: CAROLINA CORREA Y ANGELA LEYTON.</p>

❖ **FORMATO DE ENCUESTA PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION**

DEL USUARIO: Instrumento implementado por la unidad funcional de atención al usuario de la empresa, para medir el grado de satisfacción de los afiliados frente a la prestación de los servicios de salud de la unidad de autorizaciones y remisiones. Para este estudio fue necesaria la aplicación de este instrumento por parte de las autoras, se tomo una muestra de 600 usuarios en el Municipio de Mocoa, información que fue consolidada y analizada con el fin de dar a conocer la percepción que tiene el usuario frente a este servicio. (Ver anexo K).

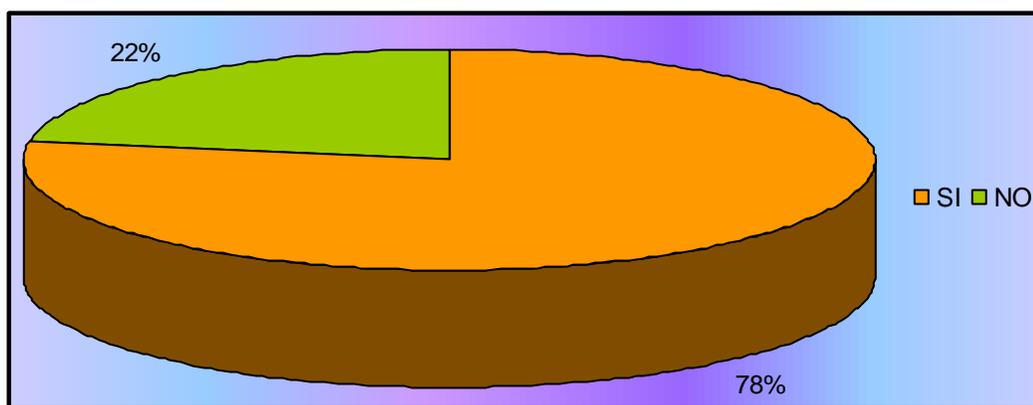
❖ **CONSOLIDADO Y ANALISIS DE ENCUESTA GLOBAL DE MEDICION SATISFACCION DEL USUARIO**

DEPARTAMENTO:	PUTUMAYO	AÑO:	2008
MUNICIPIO:	MOCOA	MES:	MARZO
TOTAL			
ENCUESTAS:	600		

Teniendo en cuenta la variable capacidad de respuesta y su atributo de calidad la satisfacción del usuario, se realizo una serie de preguntas en busca de lograr datos que llevaran a conocer la perspectiva que tenían los usuarios frente a los servicios de la unidad funcional de autorizaciones y

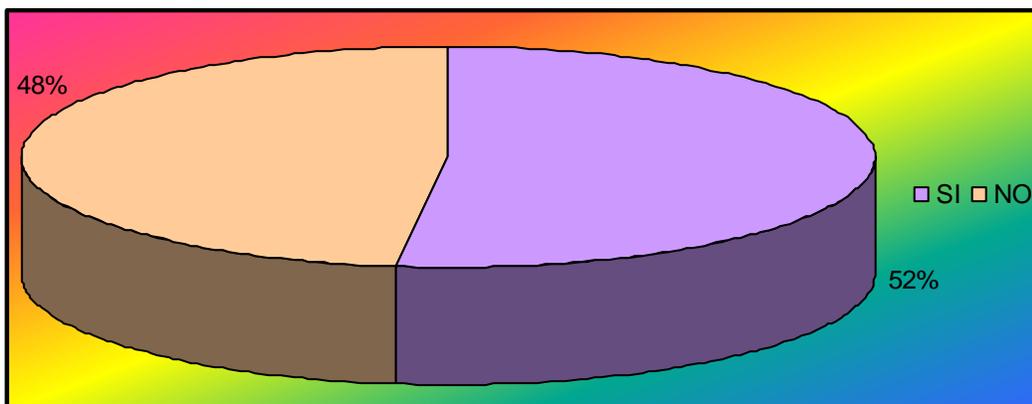
remisiones de la empresa SELVASALUD, la cual fue representada gráficamente de la siguiente manera:

Grafica 1. La sede de Selvasalud en su municipio esta ubicada en un sitio de fácil acceso para solicitar los servicios requeridos



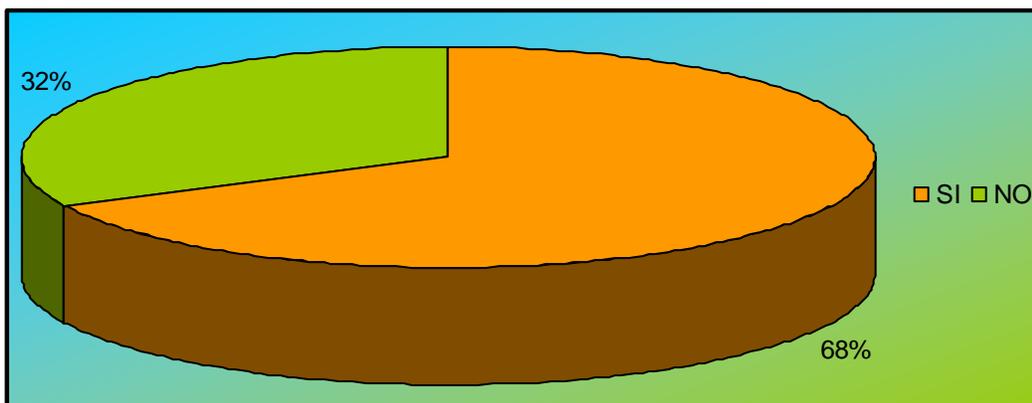
Según encuesta de satisfacción encontramos que el 22% del 100% de los usuarios considera que la sede de selvasalud Mocoa esta ubicada en un lugar de difícil acceso ya que para ingresar a la instalación es necesario la utilización de gradas que en personas discapacitadas o con algún problema corporal se dificulta, contrario a la mayoría de los usuarios que conforman el 78% quien consideran que las instalaciones son de fácil acceso.

Grafica 2. Las instalaciones de Selvasalud son adecuadas para la atención



Según encuesta de satisfacción se encuentra que el 52% de 100% usuarios de selvasalud considera que las instalaciones designadas para la atención de los servicios es adecuada, ya que la infraestructura es amplia y permite una buena movilización de funcionarios y usuarios, contrario al 48% que considera que las instalaciones no son adecuadas, debido a que el espacio es muy reducido y no cuenta con una sala de espera adecuada que se ajuste a la demanda de servicios del usuario.

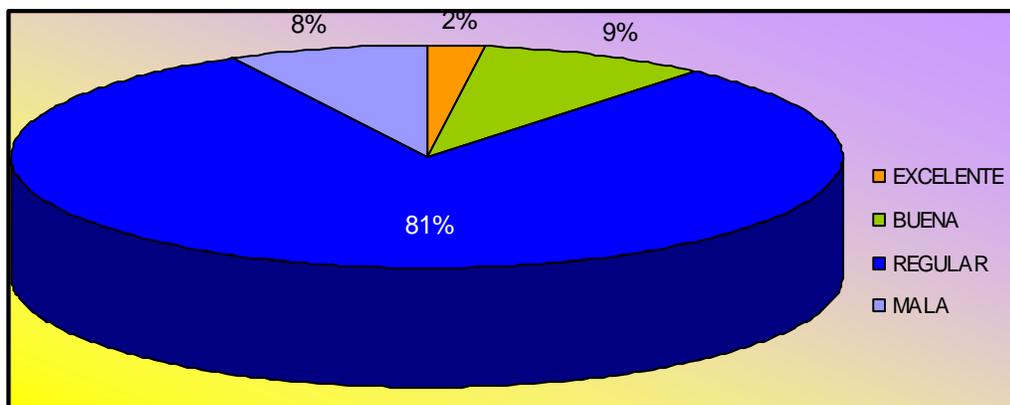
Grafica 3. Selvasalud cuenta con una oficina de atención, orientación e información al usuario.



El 32 % de los usuarios considera que selvasalud no cuenta con un espacio físico apropiado para la atención, orientación e información contrario al 68%, siendo la

mayoría quienes consideran que las instalaciones de la empresa cuenta con un espacio físico adecuada para tales funciones.

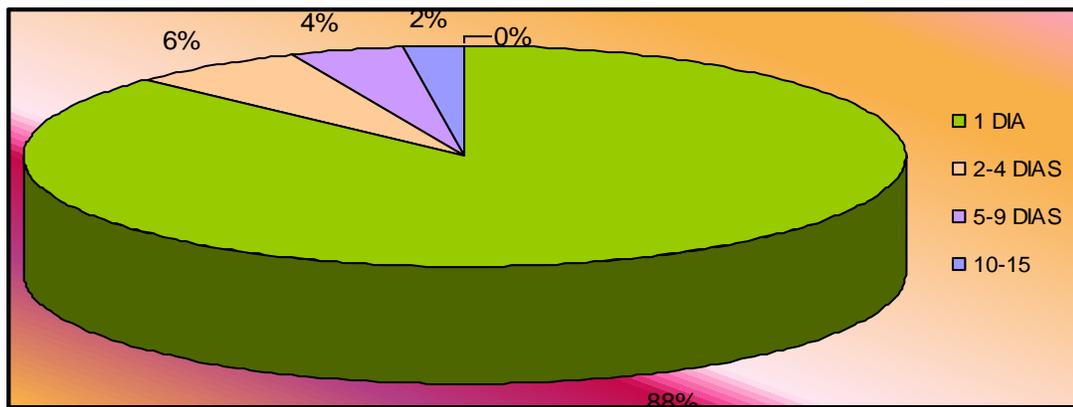
Grafica 4. La atención prestada por los funcionarios de Selvasalud es:



Del 100% de los usuarios encuestados el 81% manifiesta que la atención dada por los funcionarios es regular ya que hay pérdida interna de documentos, no existe buena capacitación a los funcionarios para las instrucciones necesarias a los usuarios y la cantidad de personas de atención al público no son las suficientes para la demanda de los afiliados. El 9% de los usuarios considera que la atención es buena, un numero poco significativo en comparación con los que refieren que la atención es regular. El 8% refiere que la atención brindada por los funcionarios de selvasalud es mala y un 2% considera que es excelente a pesar que más del 50% considera que la atención es regular.

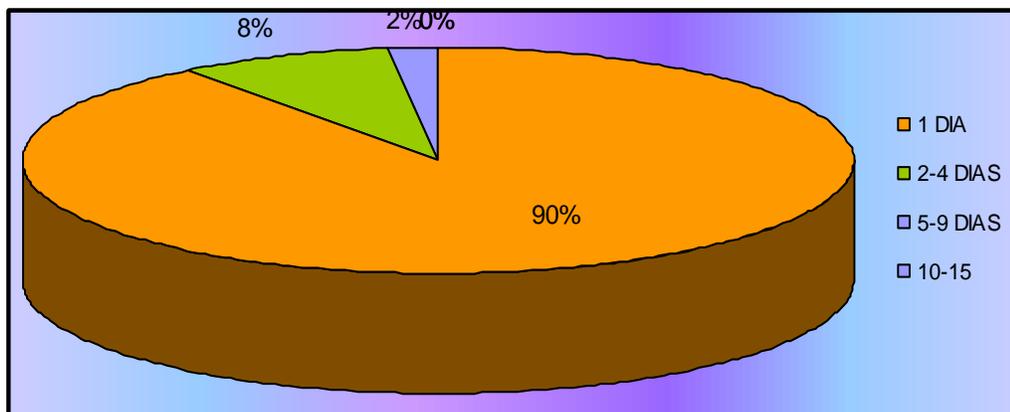
Grafica 5. Las ordenes de autorización de los servicios que le competen a Selvasalud:

Apoyo Diagnóstico, son entregadas en:



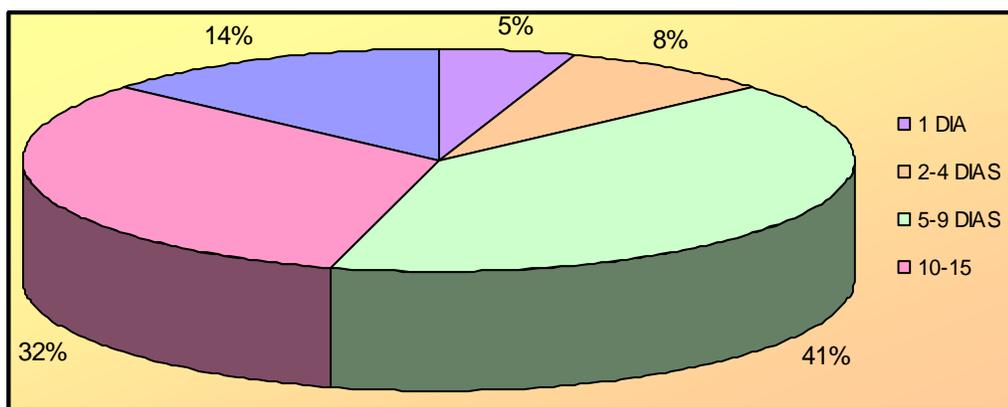
De 100% de personas encuestadas el 88% refieren que la autorización de servicios de apoyo diagnostico son entregadas en el transcurso de 24 horas, lo que demuestra que en este tipo de autorizaciones la empresa tiene buena capacidad resolutive, 7 usuarios manifiestan que este tipo de procedimiento demora de 2 a 4 días siendo un valor bajo en referencia con los que reciben estas autorizaciones en 24 horas, 4 afiliados reciben estas autorizaciones después de 4 días y un 2 argumentan que este proceso demora mas de 15 días.

Apoyo Terapéutico, son entregadas en:



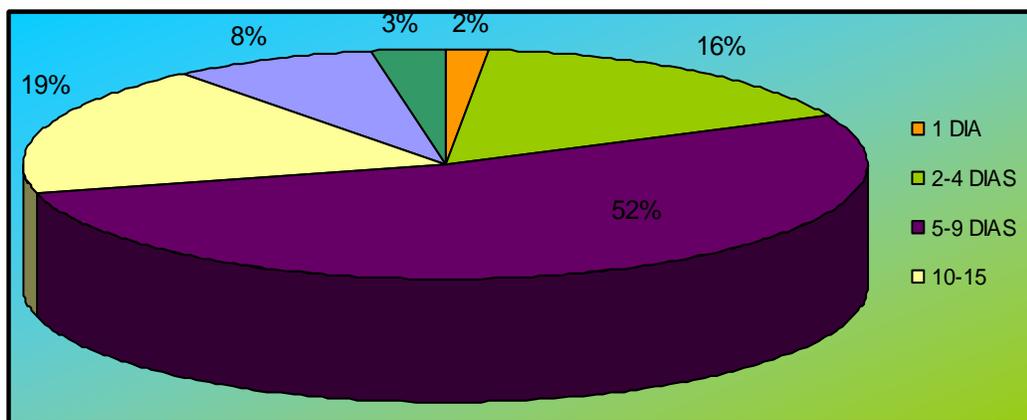
Del 100% personas encuestadas el 90% refieren que las autorizaciones de servicios de apoyo terapéutico son entregados en el transcurso de 1 día posterior a la solicitud del servicio, demostrando capacidad resolutive, el 8% usuarios manifiestan que este tipo de procedimiento demora de 2 a 4 días y el 2% de personas argumentan que la autorización para este procedimiento es de mas de 5 días, esto demuestra que las autorizaciones en general son dadas en 24 horas.

Cirugía Programada, son entregadas en:



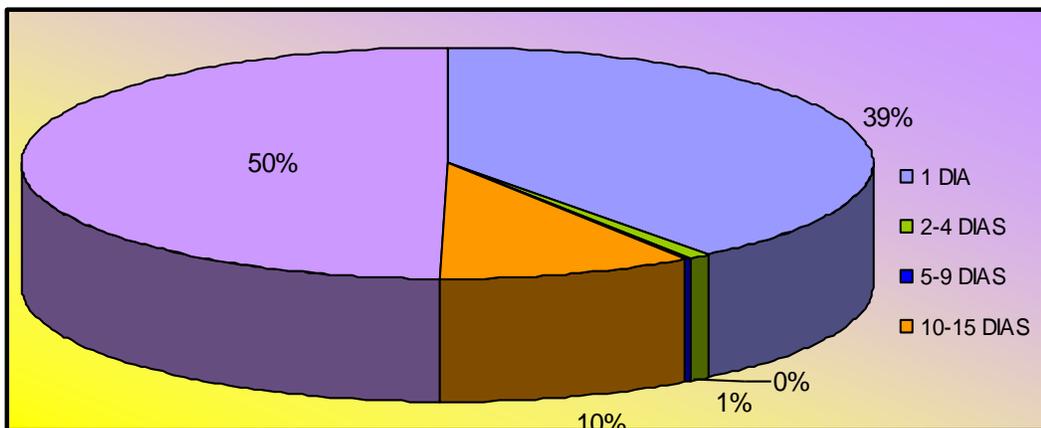
El 41% de los usuarios de selvasalud refiere que para la autorización de cirugías programadas se requiere de 5 a 9 días para su autorización, esta demora es debido a la cantidad de solicitudes y a la necesidad de análisis de manera particular, teniendo en cuenta la normatividad existente, un 32% manifiesta que este procedimiento tarde de 10 a 15 días para su autorización, lo que demuestra baja capacidad resolutive, al igual que el 16%

Consulta Especializada, son entregadas En:



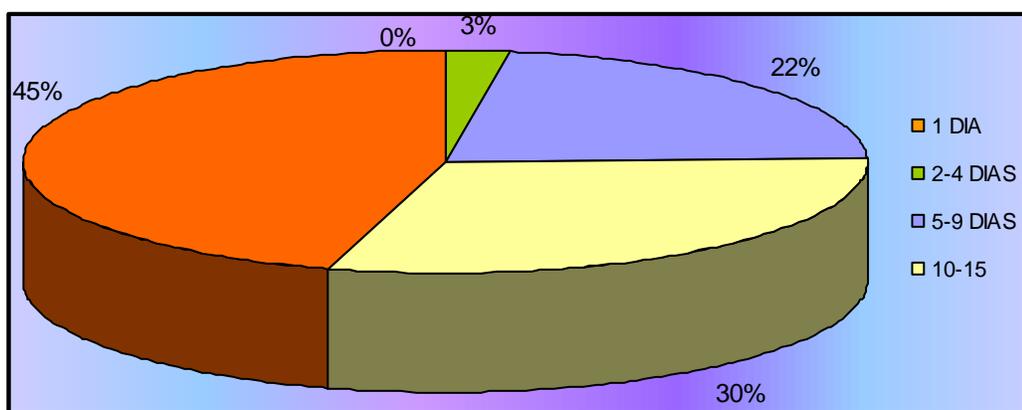
El 52% de los usuarios de selvasalud refieren que la autorización de servicios de consulta especializada es realizada de 5 a 9 días posterior a su solicitud, lo que demuestra que el proceso es dispendioso, demostrando baja capacidad resolutoria, dada la cantidad de solicitudes y la existencia de un solo profesional para tal función, El 19% de los afiliados manifiesta que este procedimiento demora de 10 a 15 días para su autorización, un 7% afirma que las autorizaciones de este tipo son entregadas después de 15 días, lo que refuerza que tiene una baja capacidad resolutoria además de encontrar que solo un 2% de los asegurados manifiestan que esta tramitología solo tiene una duración de 24 horas.

Entrega de Medicamentos, son entregadas en:



Del 100 % de usuarios encuestados el 50% refieren que la entrega de medicamentos se realiza de 2 a 4 días, dado que el horario de atención no son las 24 horas del día, como tampoco los sábados y domingos. La Atención de la Farmacia se resume a 8 horas diarias, lo que se refleja en la demora en la entrega de medicamentos, 39% de las personas encuestadas manifiestan que la entrega se realiza en 24 horas, dado que un gran numero de personas afiliadas a selvasalud son atendidas en consulta Externa, servicio que es afín en el horario con la Farmacia encargada de la entrega de medicamentos. El 11% de estas personas manifiestan que la entrega tarda entre 10 y mas de 15 días, esto es debido a que los medicamentos no contemplados en el pos, requieren una traumatología diferente a los del Plan Obligatorio de salud, que es solicitado al ente territorial y de no ser aprobado por este, será cubierto por la EPS, con recobro al FOSYGA, para tal hecho la solicitud y análisis realizado por DASALUD Putumayo, tarda de 10 a 15 días, mas los días que demora en la reunión y autorización por parte de la EPS, puede superar los 30 días.

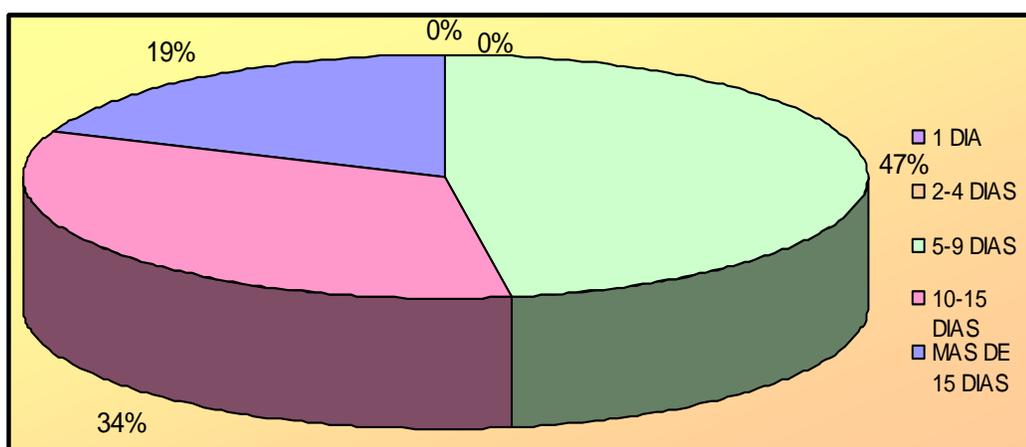
Grafica 6. Selvasalud consigue citas de remisiones en:



El 45% de las personas encuestadas manifiesta que selvasalud tarda en conseguir citas en hospitales e instituciones de mediana y alta complejidad mas de 15 días, debido al pago inoportuno de la prestación de servicios brindados a esta EPS, un

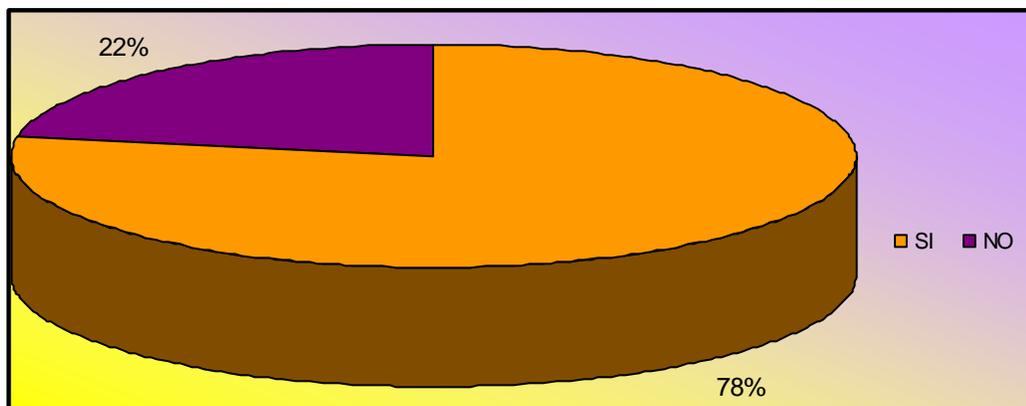
30 % afirma que para este proceso se tardan de 10 a 15 días, lo cual es compatible con lo anteriormente expuesto, 22% refiere que demora de 5 a 9 días, esto demuestra que la empresa tiene poca capacidad resolutive debido problemas financieros y a personal idóneo para tales funciones. Contrario a esto solo un 2% manifiesta que tarda en conseguir citas de 2 a 4 días.

Grafica 7. El trámite de los procedimientos NO POSS con el ente territorial son gestionados en:



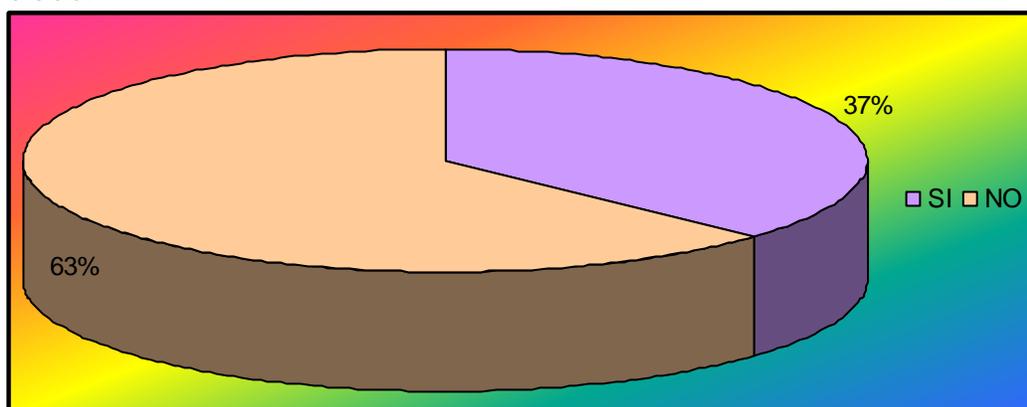
Del 100% un 47% refiere que la gestión de lo no pos realizada por selvasalud ante el ente territorial demora de 5 a 9 días, teniendo en cuenta los procedimientos básicos que requieren de poco análisis y comparación en la norma, un 34% de los usuarios encuestados manifiestan que la tramitología demora de 10 a 15 días y un 19% refiere que tarda mas de 15 días, lo que se justifica con la demora en el envío de la solicitud por parte de la EPS, la cual debe diligenciar un formato, que debido a la gran cantidad de solicitudes y a la falta de personal entrenado y al numero de funcionarios dedicados a tal fin no da a basto para la atención, diligenciamiento y seguimiento de las solicitudes no pos, contrario a esto no existe respuesta a estas solicitudes en menos de 4 días.

Grafica 8. Las quejas que usted presenta son resueltas oportunamente por los funcionarios de Selvasalud



Del 100% de las personas encuestadas que se encuentran aseguradas a Selvasalud, el 78% refieren que sus quejas son resueltas oportunamente por los funcionarios de la empresa en cabeza de la profesional de atención al usuario, pero otras 22% de personas manifiestan que las quejas presentada de toda índole no son resueltas a tiempo, lo que se ve reflejado en la presencia de tutelas interpuestas por usuarios que no son atendidos de acuerdo a su necesidad.

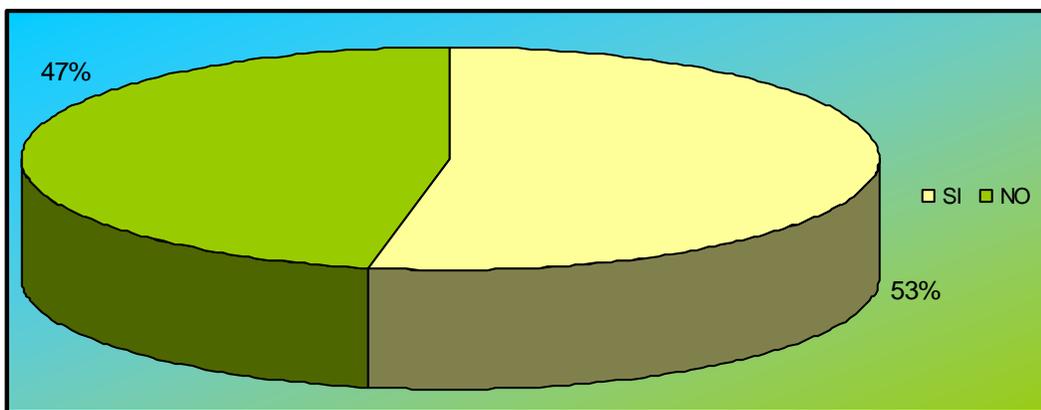
Grafica 9. Conoce los derechos y deberes que adquiere al pertenecer al régimen subsidiado.



Del 100% de las personas encuestadas se encuentra que 63 usuarios encuestados refieren que conocen los derechos y deberes que tiene una persona

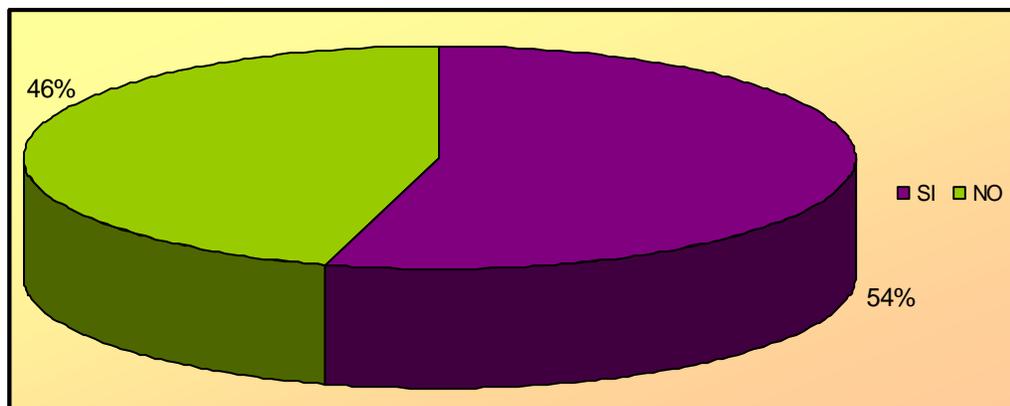
al pertenecer a un régimen de salud subsidiado, esto esta soportado con un sistema de información basado en plegables, manual del usuario, perifoneo, cuñas radiales e información persona a persona en las oficinas de atención al usuario de la empresa, contrarrestado con un 37% de usuarios que manifiestan que no conocen a que tienen derecho y que deberes tienen con la aseguradora.

Grafica 10. Considera que el horario de atención al público que ofrece Selvasalud es adecuado.



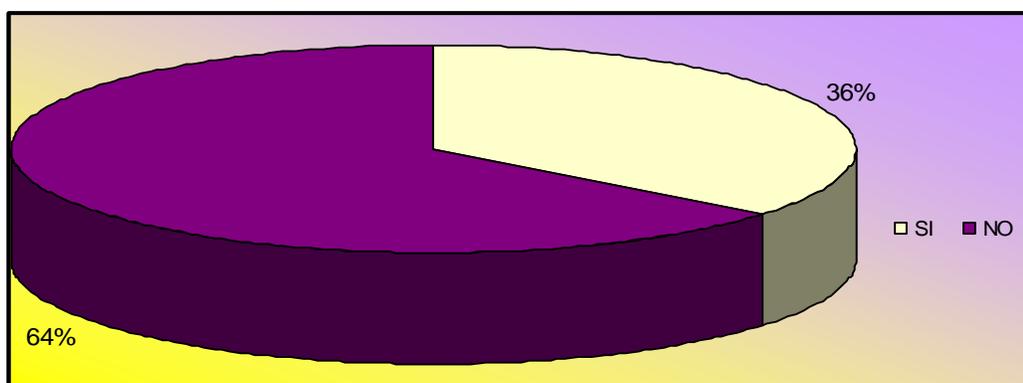
Del 100% de usuarios encuestados un 47% refiere no estar de acuerdo con el horario ofrecido por Selvasalud para la atención al usuario, debido a que se encuentran situaciones prioritarias que deben ser atendidas en un mismo día, pero que dado que la empresa solo atiende 8 horas y medias, no da a basto para dar solución y respuesta a la cantidad de solicitudes, pero existe un 53% que refiere que el horario de mas de 8 horas es el necesario para dar respuesta a sus inquietudes y necesidades.

Grafica 11. Ha participado de las capacitaciones que realiza Selvasalud



El 54% de usuarios encuestados refieren que han asistido alguna vez a las capacitaciones realizadas por Selvasalud, la cual se hacen los primeros días de cada mes en el que se tratan temas relacionados, con deberes y derechos de los usuarios y la resolución de inquietudes presentadas por los usuarios, en esas reuniones se realizan actas de lo desarrollado en el día, pero existe un 46% que manifiesta que no ha existido a ninguna capacitación, que podemos aducir a que no existe un buen sistema de información y motivación lo cual no representa una acción de importancia para el asegurado.

Grafica 12. Se siente satisfecho con los servicios que ofrece Selvasalud.



De las personas encuestadas un 64% manifiesta que esta satisfecho con los servicios ofrecidos por Selvasalud, aun cuando es mas del 50% de los asegurados, existe un 36% que presenta insatisfacción con lo ofrecido por la empresa, esto es debido a que no hay una red de servicios de salud acorde con la cantidad de usuarios y a las necesidades de estos, además de tener una baja capacidad resolutive, entre otras causas anteriormente expuestas.

LISTA DE CHEQUEO: Formato realizado por las autoras con el fin de conocer el estado de la unidad de autorizaciones y remisiones de Selvasalud teniendo en cuenta una lista que contiene ítems a evaluar y que debe tener cada aseguradora para su habilitación, para esta fue necesaria la revisión de RESOLUCIÓN NO. 1962 y 314 de 2006, Plan de Mejoramiento para la habilitación y varios documentos impuestos por la superintendencia Nacional de Salud a la empresa. De esta aplicación se sacan conclusiones acerca el estado de esta unidad funcional y las respectivas recomendaciones para su mejoramiento.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD UNIDAD FUNCIONAL DE AUTORIZACIONES Y REMISIONES DE SELVASALUD EPS-S AUDITORIA INTERNA		
PAGINA	1 a 3	VERSIÓN 01
		Fecha: 04/2008
LISTA DE CHEQUEO		

RESPONSABLE	DEPENDENCIA	MODO DE VERIFICACIÓN	Cumple		OBSERVACIONES
			SI	NO	
P.U Talento Humano	Talento Humano	Implementar la estructura organizacional, el mapa de procesos y el manual de funciones y cargos, que garanticen los responsables de cada uno de los procesos y subprocesos en todas las sedes de la entidad		X	En el momento de aplicada la lista de chequeo se encontró que la estructura organizacional, mapa de procesos y manual de procesos y subprocesos no se encuentran actualizados.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	En el mapa de procesos, se encuentra definido y/o implementado el responsable del proceso de autorización de servicios complementarios con el nombre y el cargo que ocupa.		X	la persona que registra como responsables en el momento de la visita no coincide con el profesional que se ha contratado para tales funciones en este tiempo.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	En el mapa de procesos, se encuentra definido y/o implementado el responsable del proceso de diseño e implementación del sistema de referencia y contra referencia con el nombre y el cargo que ocupa.		X	la persona que registra como responsables en el momento de la visita no coincide con el profesional que se ha contratado para tales funciones en este tiempo.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	En las modificaciones que presenta la institución al sistema de calidad el proceso presentado cumple con los criterios autorizados por la norma.		X	El sistema no se halla adaptado a la normatividad
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	el documento de procesos tiene definidos específicamente los puntos y procedimientos de referencia de pacientes en caso de que las condiciones clínicas de un paciente superen la capacidad tecnológica de la oferta de servicios de los municipios donde pretende operar en los casos de urgencias.		X	No existe un protocolo de referencia a niveles de atención superiores a los que ofrece la Institución contratada.

RESPONSABLE	DEPENDENCIA	MODO DE VERIFICACIÓN	Cumple		OBSERVACIONES
			SI	NO	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento de procesos tiene definidas las instrucciones a los prestadores de servicios de salud para el manejo de las remisiones de los pacientes.		X	No existe un protocolo de referencia a niveles de atención superiores a los que ofrece la Institución contratada.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento del sistema de calidad tiene definidas políticas, planes y metas de calidad para la atención de sus afiliados desde el direccionamiento estratégico.		X	Estos datos no se encuentran actualizados.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento del sistema de calidad tiene definidos los procesos de reporte y análisis de información.		X	Estos datos no se encuentran actualizados.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento del sistema de calidad, cuenta con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.		X	Estos datos no se encuentran actualizados.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	específicamente tiene definidas acciones de tipo preventivo, de seguimiento y coyuntural?		X	Estos datos no se encuentran actualizados.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	específicamente tiene definidos niveles de autocontrol, auditoria interna y de control de segundo orden?		X	No existen documentos.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	específicamente tiene definidos los mecanismos para la conformación del comité técnico científico?		X	No existen documentos.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Mecanismos para la obtención de la información sobre los prestadores de servicios de salud mediante los cuales prestará los servicios del plan de beneficios.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Formularios de captura con las instrucciones para su diligenciamiento, los procedimientos de captura, actualización y disponibilidad de los datos de la información sobre los prestadores de servicios de salud mediante los cuales prestará los servicios del plan de beneficios.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Mecanismos para la obtención de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud a los afiliados, en congruencia con las normas vigentes sobre reporte de la información.			Existe la Herramienta pero no la actualización de datos.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Procedimientos de validación de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud de los afiliados, en congruencia con las normas vigentes sobre reporte de información.		X	Existe la Herramienta pero no la actualización de datos.

RESPONSABLE	DEPENDENCIA	MODO DE VERIFICACIÓN	Cumple		OBSERVACIONES
			SI	NO	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Procesos de análisis de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud a los afiliados.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Proceso de reporte de la información sobre la autorización y prestación de servicios de salud a los afiliados.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Tiene diseñado los mecanismos de seguimiento y control de aplicación de copagos en oportunidad y topes para cada afiliado y/o evento en cada periodo de tiempo, cuando así se delegue a los prestadores de su red.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	La aplicación y cobro de los copagos se encuentra dentro de lo estipulado por la norma vigente.	x		
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	Cuenta con los mecanismos para la divulgación efectiva al afiliado sobre la aplicación de los copagos.	x		se realizan capacitaciones, medios impresos y programa radiales.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento de procesos tiene definidos y/o implementados los mecanismos de verificación de derechos.	x		
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento de procesos tiene definidos y/o implementados específicamente los puntos y procedimientos de referencia de pacientes en caso de que las condiciones clínicas de un paciente superen la capacidad tecnológica de la oferta de servicios de los municipios donde pretende operar en los casos de urgencia y casos programados.		X	no esta actualizado.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento de procesos tiene definidas y/o implementadas las instrucciones a los prestadores de servicios de salud para el manejo de las remisiones de los pacientes.		X	no esta actualizado.
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento del modelo de prestación de servicios del plan tiene definida y/o implementada la gestión de la demanda que incluye: Control de la utilización de servicios.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El documento de procesos tiene definidos y/o implementados los mecanismos para el acceso a la red de prestadores por niveles de complejidad de servicios de urgencias y servicios programados		X	no esta actualizado.

RESPONSABLE	DEPENDENCIA	MODO DE VERIFICACIÓN	Cumple		OBSERVACIONES
			SI	NO	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	En las modificaciones que presenta la institución al mapa de procesos, el proceso sistema de Referencia y Contrarreferencia cumple con los mismos criterios que los utilizados con la autorización.		X	
P.U Autorizaciones y remisiones	Autorizaciones	El Documento de procesos tiene definidos o implementados las instrucciones a los prestadores de servicios de salud para el manejo de las remisiones de los pacientes.		X	no esta actualizado.
P.U atención al usuario	Servicios de salud	La Recepción y respuesta a las quejas deben garantizar la consolidación e identificación de los principales aspectos recibidos por quejas y evaluar si las acciones ejecutadas han disminuido su ocurrencia buscando la adecuada prestación de los servicios, bajo los principios de eficiencia, celeridad y oportunidad.		X	no se evalúa si las acciones ejecutadas han disminuido su ocurrencia buscando la adecuada prestación de los servicios.
P.U atención al usuario	Servicios de salud	Desarrollar flujo de actividades teniendo en cuenta: servicios sujetos al cobro de copagos de acuerdo a lo establecido a los artículos 6 y 7 del acuerdo 260 de 2004. Responsables del cobro: IPS- EPS, Mecanismo de seguimiento al tope de copagos. Interrelación con otros procesos.		X	
P.U atención al usuario	Servicios de salud	Implementar los Instrumentos para el registro, conservación, control y sistema de archivo.		X	

ELABORO	CARGO	APROBO
Carolina Correa Cardona	Estudiante Especialización Gerencia de S.S y S.S	
Ángela Patricia Leyton Becerra	Estudiante Especialización Gerencia de S.S y S.S	
FIRMA	FIRMA	FIRMA
FECHA		FECHA

11. RECOMENDACIONES

Según las conclusiones anteriormente expuestas se considera prudente proponer una serie de recomendaciones que podrían ayudar a mejorar o a corregir la falencia, déficit o dificultad en el área de Autorizaciones y Remisiones:

Se recomienda la actualización de los datos consignados en la estructura organizacional, el mapa de procesos y el manual de funciones y cargos, garantizando de esta manera un responsable de cada uno de los procesos y subprocesos en todas las sedes de la entidad, además ajustar los procesos a los cambios de la normatividad vigente y la dinámica de la empresa.

Es de importancia que los Lineamientos de Autorizaciones y remisiones que se pretende establecer sean terminados y dados a conocer a los funcionarios que tienen que ver con este proceso y a los usuarios para de esta forma garantizar los principios de calidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y satisfacción de los servicios brindados por la institución.

Actualizar los procesos de Autorizaciones y remisiones de acuerdo con lo propuesto en los Lineamientos de Autorizaciones.

Actualizar el manual del proceso de Referencia y Contrarreferencia, el cual mantiene una serie de inconsistencias debido a la falta de utilización de la norma.

Implementación y puesta en marcha de Selvasoft II, en todas las Seccionales de Selvasalud en la unidad funcional de Autorizaciones y Remisiones.

Diseño, impresión e implementación de formatos en hojas continuas, enumeradas y con sello seco, como mecanismo de control de plagio de autorizaciones presentadas ante la red prestadora de servicios de salud.

Integrar en la Herramienta Tecnológica Selvasoft II modulo de autorizaciones, toda la información que se encuentra actualmente en medio físico y en la base de Excel, para de esta manera alcanzar una mejor administración de los resultados de este proceso.

Se Recomienda que la manipulación, custodia y almacenamiento de las autorizaciones y sus documentos soportes sean responsabilidad de una sola persona de la unidad funcional de Autorizaciones y Remisiones.

Además es de gran importancia que la unidad funcional de autorizaciones cuente con una oficina propia, que le permita al profesional garantizar la custodia de las solicitudes y sus soportes, de igual manera se requieren dotarlas de estanterías, equipos de cómputo, Internet y línea telefónica.

Es relevante dar mayor autonomía a las oficinas de autorizaciones de los Municipios, con el fin de garantizar la oportunidad en las autorizaciones y descongestionar las seccionales en lo relacionado con este proceso.

BIBLIOGRAFIA

ICONTEC. NTC - ISO 9000 Sistemas de gestion de la calidad. fundamentos y vocabulario.

ICONTEC. NTC - ISO 9001 Sistemas de gestion de la calidad. requisitos.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN ISO 9001 – Guía básica para las empresas comprometidas con la competitividad y la generación de valor / asteq – cyga.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se modifica la normatividad en la prestacion de los servicios.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 5261 de 1994. descripcion de lo contemplado en el pos por niveles de complejidad y su respectiva remision.

_____ Decreto 1011 del 03 de abril de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

_____ Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS 2007 SELVASALUD EPS-S

OFICINA DE CONTROL INTERNO, Auditoria al proceso de autorizaciones y remisiones seccional putumayo, fecha 19 al 21 de noviembre de 2007. 4 pág.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Resolución No.. 0314 de 2006 Por medio de la cual se resuelve sobre la solicitud de habilitación de SELVASALUD, para administrar y operar el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

_____ Resolución No.. 1962 de 2006 Por medio de la cual se autoriza la ampliación de cobertura poblacional y geográfica a SELVASALUD para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

_____ NURC. 8022-1-8321 de fecha 26 de Diciembre de 2007. Solicitud de información.

_____ NURC 4008-2-194 de Fecha 26 de mayo de 2006. Plan de mejoramiento según Resolución 314 y 725 de 2006

_____ NURC 8025-1-0335804 de fecha 21 de septiembre de 2007. Envío de información.

_____ NURC 3004-2-0020571 fecha 22 de octubre de 2007. Remisión de informe de visita realizada a Selvasalud EPS 02 de agosto de 2007.

_____ NURC 3006-2-47 de fecha 01 de Octubre de 2007. Solicitud de Información..

_____ NURC 2044-3-000421224 de fecha 29 de septiembre de 2008. Informe final de visita de inspeccion 2007.

ANEXOS

Anexo A. ACTA COMITÉ OPERATIVO CALIDAD

OBJETIVO	Analizar y ajustar el documento “Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones”.
ASISTENTES	Soledad Cáceres, Comunicación Corporativa Alexandra Mora, Auditoría Nacional en Salud Leonardo Marín, Red de Prestadores Santiago Osorio, Sistemas de información Eliana Rivadeneira, Autorizaciones Juan Pablo Jamioy, Autorizaciones Marina Vargas, Auditor Nacional de Cuentas
FECHA	Jueves 14 de febrero de 2008 14:20 horas. Oficina de Planificación y Control Interno

TEMAS

- Revisar e integrar las contribuciones realizadas por las Seccionales al documento “Propuesta de Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones”.

DESARROLLO

Siendo las 14.20 horas del 14 de febrero, se dio inicio a la sesión, se constata la existencia de quórum para deliberación. Se deja evidencia de la ausencia de la Dra. Liliana Romo Buchelli y el Dr. Juan Carlos Niño.

Soledad Cáceres asumió la coordinación de la sesión y propuso el siguiente orden para dar cumplimiento del objetivo de las reuniones del comité sobre este tema en particular.

1. Revisar las contribuciones realizadas por las Seccionales durante el Encuentro Nacional SELVASALUD 2008.
2. Definir los asuntos pendientes sobre la modificación de los documentos de los procesos de autorizaciones.
3. Proponer las modificaciones a los procesos de autorizaciones.

La propuesta fue aprobada. A continuación Soledad Cáceres, explicó brevemente el proceso que se debe realizar para la revisión de los documentos a ser aprobados por el Comité Directivo de Calidad, responsabilidad principal éste comité.

Para lograr una sesión mas objetiva, propuso tener en cuenta los siguientes documentos:

- 1) Lineamientos para la autorización de Servicios de salud (Anexo A)
- 2) Contribuciones realizadas por las Seccionales durante el Encuentro Nacional de SELVASALUD. (Anexo B)

Se puso en consideración la propuesta, la cual fue aceptada por unanimidad.

A continuación, Soledad Cáceres con base en la presentación efectuada en el evento, expuso los lineamientos de autorizaciones, los cuales fueron evaluados y ajustados para su consolidación y posterior presentación ante Comité Directivo para su aprobación, para constancia de lo anterior se realizaron los siguientes ajustes:

- 1) Cuando el usuario se ubique en algunas de los puntos de referencia de la entidad y requiera la prestación de algún servicio, este se autorizará en la ciudad donde se ubique en ese momento el usuario.
- 2) La sede Nacional brindará la capacitación, entrenamiento y acompañamiento debido para la ejecución de la autorización.
- 3) Para las autorizaciones de terapia ambulatoria, se realizará la autorización por cada 5 sesiones. Para la nueva autorización se solicitará la evolución por parte del terapeuta, como mecanismo para controlar el tratamiento y garantizar la recuperación del usuario, hasta cumplir la orden del médico tratante.
- 4) Para el proceso de Referencia y contrarreferencia, se deberá solicitar los documentos clínicos para determinar la pertinencia médica
- 5) Cinco días después del pago del anticipo enviar la orden de servicios original a IPS para la firme del gerente.

De igual forma se establecieron tareas y recomendaciones para los procesos a cargo de la Central de autorizaciones:

1. Modificar los procesos conforme a las referencias existentes. Responsable: Central de Autorizaciones.
2. Revisar y Ajustar los documentos referentes del proceso (Resolución de Albergue, Plan de Beneficios, etc.). Responsable: Central de Autorizaciones.
3. Definir el alcance de la autorización en los niveles de la entidad. Responsable: Central de Autorizaciones.
4. Parametrizar el módulo para que permita realizar el control sobre las autorizaciones. Responsable: Central de Autorizaciones/Sistemas de Información
5. Consultar en la norma sobre el transporte en los departamentos con UPC diferencial. Control Interno.
6. Integrar los procesos de Call Center a los procesos de autorizaciones. Responsable: Gerencia de Servicios de Salud/Autorizaciones y Atención al usuario.

Para finalizar se expusieron recomendaciones para aumentar la efectividad del proceso:

1. Integrar el contenido del proyecto de albergue al documento estudiado.
2. Integrar los beneficios adicionales de la población indígena a los documentos.
3. Estudiar la viabilidad de aplicar las directrices de la dirección sobre la autorización de procedimientos NO POS-S. En caso que se apruebe su aplicación, se deberá definir en qué casos se realizaría.
4. Incluir en el contrato los casos de terapia domiciliaria, definir los términos y el valor.

PROXIMA REUNIÓN:

Por la prioridad de definir estas políticas y su socialización a las Seccionales, se aprobó por unanimidad realizar una reunión extraordinaria el día martes 19 de febrero de 2008 a las 14.00 horas en la Oficina de Planificación y Control Interno.

Se da por terminada la sesión a las 17.06 horas.

En constancia firman los asistentes.

COMITÉ OPERATIVO DE CALIDAD

Análisis y Ajuste de los lineamientos del proceso de Autorizaciones



Anexo B.

ACTA COMITÉ OPERATIVO CALIDAD

OBJETIVO	Analizar y ajustar el documento "Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones".
ASISTENTES	Ángela Leyton, Gerente Seccional Putumayo Soledad Cáceres, Comunicación Corporativa Alexandra Mora, Auditoría Nacional en Salud Leonardo Marín, Red de Prestadores Eliana Rivadeneira, Autorizaciones Juan Pablo Jamioy, Autorizaciones Paola Riascos, Control Interno Haylen Aros, Atención al Usuario Putumayo Yanet Chapal, Atención al Usuario Putumayo
FECHA	Jueves 21 de febrero de 2008 14:17 horas. Oficina de Planificación y Control Interno

TEMAS

- Revisar el documento "Propuesta de Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones".

DESARROLLO

Siendo las 14.17 horas del 21 de febrero, se dio inicio a la sesión, se constató la existencia de quórum para deliberación. Como invitadas a la sesión estuvieron: Haylen Aros y Yanet Chapal de la Oficina de Atención al Usuario de la Seccional Putumayo.

Soledad Cáceres hizo de moderadora de la sesión. La licenciada Eliana Rivadeneira continúa con la exposición del la propuesta de Manual de Autorizaciones y paralelamente se resolvieron las inquietudes y efectuaron las siguientes observaciones:

- La instancia inicial para aclarar y definir la pertinencia en una autorización será el equipo de autorizaciones del nivel central. Para aquellos casos especiales se conformará y sesionará el Comité Técnico de Autorizaciones.
- La responsabilidad de los profesionales de salud estará amparada por una póliza de manejo cuyo valor se estimará en función del costo de los servicios autorizados y la cobertura de afiliados.



COMITÉ OPERATIVO DE CALIDAD

Análisis y Ajuste de los lineamientos del proceso de Autorizaciones

- Sin perjuicio del derecho de los afiliados a la libre escogencia, el responsable de autorizaciones deberá afectar equitativamente los contratos de prestadores que brinden el mismo servicio de salud.
- Se recomienda tener en cuenta lo establecido en la circular única en la implementación del proceso.

TAREA

1. Definir la instancia quien debe dirimir las autorizaciones de difícil resolución.
Responsable: Oficina de Autorizaciones – Gerencia de Servicios de Salud.

Siendo las 18.07 horas, se da por terminada la sesión y se informa que por la prioridad del proceso por la Jornada de Capacitación sobre Selvasoft a iniciar el 28 de febrero de 2008, se realizará una sesión extraordinaria el día 22 de febrero a las 14.000 horas en las instalaciones la Oficina de Planificación y Control Interno.

En constancia firman:

NOMBRE	FIRMA

ANEXO C. ACTA COMITÉ OPERATIVO CALIDAD**-SESIÓN EXTRAORDINARIA-**

OBJETIVO	Analizar y ajustar el documento "Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones".
ASISTENTES	Liliana Romo, Gerente Seccional Putumayo Soledad Cáceres, Comunicación Corporativa Alexandra Mora, Auditoría Nacional en Salud Leonardo Marín, Red de Prestadores Santiago Osorio, Sistemas de información Eliana Rivadeneira, Autorizaciones Juan Pablo Jamioy, Autorizaciones Paola Riascos, Control Interno Ángela Leyton, Promoción y Prevención Seccional Putumayo
FECHA	Jueves 19 de febrero de 2008 14:20 horas. Oficina de Planificación y Control Interno

TEMAS

- Revisar el documento "Propuesta de Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones".

DESARROLLO

Siendo las 14.20 horas del 19 de febrero, se dio inicio a la sesión, se constató la existencia de quórum para deliberación.

La Dra. Liliana Romo, presidente del Comité informó que no tuvo conocimiento de la reunión efectuada el 14 de febrero de 2008, motivo por el cual no asintió. De igual forma comunicó a los presentes que se ausentará temporalmente de las funciones de Gerente Seccional, y que en su reemplazo la licenciada Ángela Leyton asumirá esta responsabilidad, motivo por el cual se encuentra como invitada en esta sesión.

Soledad Cáceres asumió la coordinación de la sesión y propuso para un mejor resultado de la sesión la siguiente metodología:

1. Revisar el documento "Propuesta de Lineamientos generales del proceso de Autorizaciones", que en adelante se denominará Proyecto Manual de Autorizaciones versión 1.
2. Intervención escrita al documento.

3. Realizar una Ronda de Observaciones sobre las inquietudes u observaciones realizadas.

La propuesta fue aprobada por unanimidad.

La licenciada Eliana Rivadeneira, hizo lectura del Proyecto de Manual de Autorizaciones versión 1. Una vez terminada la lectura, se hicieron las siguientes observaciones:

1. La Dra. Liliana Romo sugirió no perder el enfoque de la necesidad del usuario, porque percibe la tendencia hacia la parte financiera.
2. Se estableció que el Plan de Beneficios 2005 hará parte del documento Manual de Autorizaciones.
3. Soledad Cáceres sugirió definir un mapa de autorizaciones por seccionales y municipio que le permita a la empresa tener mayor claridad y control sobre el proceso, manejando de forma específica su aplicación en situaciones particulares.
4. Se estableció que el personal responsable de autorizaciones, independiente del nivel de complejidad o sitio donde se ubique debe ser personal de la salud.
5. Se dejó claro la delegación de funciones para autorizar se realiza mediante acto administrativo generado por la Gerencia General.
6. Se estableció que para las autorizaciones de servicios en los puntos de referencias se tendrá en cuenta lo siguiente:
 - a. Autorización de servicios electivos. Adicionales de acuerdo al nivel competencia.
 - b. Servicios atención posterior a urgencias. No estableció matriz alguna.

Para finalizar se propuso la implementación de las siguientes tareas:

1. Incluir o revisar si quedan las responsabilidades en la autorización de los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias en lugares diferentes al municipio de residencia del usuario.
2. Revisar con el Dr. Juan Carlos Niño sobre la necesidad de solicitar póliza de manejo a los autorizadores.

Siendo las 17:05 horas, se da por terminada la sesión y se informa que la próxima reunión será el día 21 de febrero de 2008 a las 14:00 horas en las instalaciones la Oficina de Planificación y Control Interno.

En constancia firman:

NOMBRE	FIRMA

COMITÉ OPERATIVO DE CALIDAD

Análisis y Ajuste de los lineamientos del proceso de Autorizaciones



Anexo D.

CONTROL DE VERSIONES

VERSION	FECHA MODIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
01	Marzo de 2008	Documento que describe los lineamientos generales de las autorizaciones, los responsables y niveles de competencia.

Documento aprobado por el Equipo Directivo MECI, instancia responsable de direccionar el Sistema de Gestión de Calidad, en atención a los procesos de Autorizaciones.

Para su elaboración fue necesario sintetizar los siguientes elementos: i) diversos aportes documentales, ii) Taller con los gerentes seccionales y responsables de autorizaciones y iii) sesiones de trabajo con el Equipo Operativo MECI .

El documento es propiedad intelectual de SELVASALUD SA EPS'S. Puede ser reproducido por cualquier medio previa autorización y citando a la fuente. Para su corrección, ajuste o actualización trátase con la Gerencia General.

EQUIPO DIRECTIVO MECI

Dr. William Orlando Galarza Mera	Gerente General
Dr. Alexander Rodríguez	Gerente Nacional Administrativa y Financiera
Dra. Cruz Elena Flórez	Gerente Nacional Servicios de Salud
Dr. Buanerges Rosero	Gerente Nacional de Aseguramiento
Dra. Sandra Patricia Calderón	Jefe Oficina Jurídica
Dra. María Isabel Jacanamejoy	Jefe Oficina Asuntos Indígenas
Dr. Uriel Fernando Gaviria Serna	Jefe Oficina de Planificación
Ing. Jorge Luís Guzmán Rocha	Jefe Oficina de Planificación

CONTENIDO

pág.

	INTRODUCCIÓN	1
1.	OBJETIVOS	1
1.1.	OBJETIVO GENERAL	1
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
2.	ALCANCE	2
3.	NORMATIVIDAD	2
4.	LINEAMIENTOS PARA LAS AUTORIZACIONES	2
4.1.	NIVELES DE OPERACIÓN PARA AUTORIZACIONES	2
4.1.1.	NIVEL NACIONAL	2
4.1.2.	NIVEL SECCIONAL	3
4.1.3.	NIVEL MUNICIPAL	3
4.2.	INSTRUCCIONES GENERALES	3
4.3.	RESPONSABILIDADES Y NIVELES DE COMPETENCIA	6
4.3.1.	NIVEL MUNICIPAL	6
4.3.1.1	PARA SUBSIDIOS 5.TOTALES	6
4.3.1.2.	PARA SUBSIDIOS PARCIALES	7
4.3.2.	AUTORIZACIONES NIVEL SECCIONAL	7
4.3.2.1.	PARA SUBSIDIOS TOTALES	7
4.3.2.2.	PARA SUBSIDIOS PARCIALES	7
4.3.3.	AUTORIZACIONES NIVEL NACIONAL	8
4.3.3.1.	PARA SUBSIDIOS TOTALES	8
4.3.3.2.	PARA SUBSIDIOS PARCIALES	8

INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Autorizaciones, es un documento, que pretende compilar los lineamientos de las autorizaciones, sus procesos, formatos y en general las instrucciones que permitan normalizar los criterios y mecanismos de la prestación de los servicios de salud y complementarios en todos los niveles de Selvasalud.

Cabe anotar que la responsabilidad de los actores institucionales, en términos de gestión, exige excelencia cotidiana en los procesos de la cadena de valor, en cuanto a la eficacia, eficiencia y efectividad; para lograr el cabal cumplimiento de la Misión y la Visión institucional.

Por los requerimientos normativos del Sistema, Selvasalud como EPS Subsidiada además de administrar los recursos para garantizar el plan de beneficios subsidiado descrito por el Acuerdo 306 de 2005, debe administrar el riesgo de enfermar y morir de la población afiliada. Un reto que implica centrar los esfuerzos por parte de todo el equipo de funcionarios de la empresa para mantener el equilibrio económico imprescindible para la permanencia. Es indudable el papel que desempeñan en primera instancia los Gerentes Seccionales y los Responsables de las autorizaciones, para la implementación y el mejoramiento del proceso, bajo la supervisión, control y coordinación del Nivel Nacional.

En razón de lo anterior se hace necesario por parte de la Gerencia de Servicios de Salud, emitir y socializar este Manual, que propenda por la calidad de la atención en salud y por la contención de los costos para contribuir a la rentabilidad financiera y social.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar un modelo de autorizaciones, con criterios normativos y políticas internas para garantizar a los afiliados la prestación de los servicios, procedimientos y suministros con cobertura en los diferentes niveles de complejidad que contempla el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) con el propósito de mantener y recuperar su salud.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un mecanismo que permita la generación de autorizaciones bien diligenciadas, con soportes correspondientes, con responsabilidad definida, y con la agilidad y oportunidad necesaria.
- Garantizar el acceso racional a los servicios de salud que por ley y política institucional le corresponda a nuestros afiliados.
- Comprometer la participación de todos los funcionarios de Selvasalud en la prestación de la atención integral en salud.
- Empoderar a las Gerencias Seccionales de la gestión de procesos de autorizaciones, para contribuir al equilibrio económico de la empresa.

- Evitar ambigüedades en términos de pertinencia POS-S y en la operación de los procesos determinantes en la contención del costo, inherentes a la autorización de servicios de salud y complementarios, que puedan generarse por parte de los responsables de las autorizaciones en los diferentes niveles de operación de la empresa.

2. ALCANCE

Este documento normativo aplica a nivel nacional, seccional y municipal.

3. NORMATIVIDAD

- Acuerdo 306 de 2005.
- Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS).
- Decreto 228 DE 2002.
- Decreto 4747 de 2007.
- Circular Única de 2007.
- Acuerdo 267 de 2004.

4. LINEAMIENTOS PARA LAS AUTORIZACIONES

Durante el periodo de transición durante el cual la Empresa implementará el Módulo de Autorizaciones de Selvasoft en todos los niveles y se logre garantizar las condiciones básicas de operación necesarias para el manejo sistematizado del proceso; la expedición de autorizaciones u órdenes de apoyo de servicios de salud y complementarios, se regirá de acuerdo a las generalidades que a continuación se describen.

Cabe anotar que en el nivel Nacional, Seccional y Municipal, existirán responsables del Proceso de autorizaciones quienes deben velar porque la prestación de los servicios reflejen resultados costo-efectivos en la medida en que los afiliados a la Empresa reciban la atención con criterios de calidad y se ajuste de manera estricta al Plan de Beneficios para los subsidios totales o parciales.

4.1. NIVELES DE OPERACIÓN PARA AUTORIZACIONES

4.1.1 NIVEL NACIONAL

Se conformará una Central de Autorizaciones con disponibilidad de profesionales de la salud las 24 horas, integrada a la operación del Centro de Contacto (Call Center) a través de la línea gratuita 018000934040, con el propósito de atender las solicitudes de autorización de servicios de acuerdo con lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 y garantizar la oportunidad en la atención de nuestra población afiliada.

4.1.2 NIVEL SECCIONAL

El responsable en este nivel será el profesional de la salud designado al área de Autorizaciones quien tendrá a su cargo los auxiliares del proceso.

4.1.3 NIVEL MUNICIPAL

El responsable del proceso de autorizaciones en este nivel, será el profesional de salud del nivel seccional, con el apoyo operativo del coordinador y/o Auxiliar Municipal.

4.2. GENERALIDADES

- A. Los responsables para emitir autorizaciones serán designados mediante acto administrativo directamente por la Gerencia general y no podrán delegar sus funciones salvo por razones de fuerza mayor, ante lo cual se deberá responsabilizar por escrito a otra persona por el tiempo que dure la ausencia del titular.
- B. La persona responsable de la autorización será el profesional de la salud destinado para tal fin a nivel nacional y/o seccional.
- C. La responsabilidad de los profesionales de la salud encargado de autorizar los servicios de salud y complementarios, estará amparada por una póliza de manejo cuyo valor se estimara en función del costo de los servicios autorizados y la cobertura de afiliados.
- D. La instancia inicial para definir pertinencia en la autorización de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad será la central de autorizaciones y para aquellos casos especiales se conformara un comité técnico de autorizaciones el cual sesionara una vez a la semana y/o de acuerdo a la necesidad.
- E. Para que la autorización del servicio sea válida, esta deberá diligenciarse en el formato pre impreso en papel químico PSS-AS-P01-F01, los cuales se entregarán inicialmente mediante acta al responsable de cada seccional, especificando el consecutivo serial; posteriormente se entregarán mediante oficio de acuerdo a las necesidades que se presenten en cada seccional. Se deberá generar la autorización de manera impresa en los sitios donde se cuente con todas las condiciones técnicas para realizarlo: Impresoras, software, etc.
- F. Los responsables del proceso de autorizaciones a nivel municipal, seccional y nacional garantizarán el ingreso de la información al modulo de autorizaciones versión 2, donde se cuente con la herramienta tecnológica. En las sedes municipales, que no cuente con el módulo, se ingresará la información en BD Access –suministrada por Sistemas de Información-, generando un archivo plano quincenal que se reportará al profesional de autorizaciones de cada seccional; quien se encargará de cargarlo al Módulo de autorizaciones. El profesional y/o auxiliar municipal autorizado directamente por la Gerencia General que incumpla esta directriz será objeto de investigación y sanciones procedentes.

- G. La autorización de servicios adicionales corresponderá a En los casos en los cuales el usuario de SELVASALUD S.A EPS se encuentre en alguno de los puntos de referencia de la entidad y requiera de la prestación de servicios electivos adicionales, la autorización corresponderá teniendo en cuenta el nivel de competencia.
- H. Para los casos en los cuales el usuario de SELVASALUD S.A EPS requiera un servicio posterior a la atención de urgencias, este se autorizara de acuerdo al nivel de competencia (municipal, seccional, nacional).
- I. La Central de autorizaciones tendrá a su cargo la programación y ejecución de las actividades de capacitación, entrenamiento y acompañamiento a las sedes seccionales en los procesos de autorizaciones de servicios de salud; y a su vez, la sede seccional tendrá a su cargo estas actividades frente al nivel municipal.
- J. La autorización de medicamentos POSS formulados por especialista y por evento únicamente será aprobado por el profesional de autorizaciones en el nivel Seccional o Nacional según sus competencias, previa revisión de los soportes de la historia clínica que descarte que el suministro de los productos no correspondan a la capitación de medicamentos de primer nivel, utilizando el formato pre impreso, en consecuencia queda prohibido la autorización mediante la colocación de un sello en la formula.
- K. Cuando exista expresamente el documento de contra referencia emitida por el especialista de cualquier rama o cuando el paciente acuda a ínter consulta y le sean formulados medicamentos para continuar el tratamiento que ha venido recibiendo en el primer nivel para patologías como hipertensión, diabetes, entre otras consideradas de prescripción regular y continua, el suministro deberá dirigirse a la farmacia o Droguería que tiene la capitación en el respectivo municipio al que pertenece el afiliado.
- L. El profesional de autorizaciones del nivel Seccional debe llevar un control de lo autorizado vs. lo presupuestado para cada nivel de atención de su área de influencia en función de la ejecución por doceavas hasta por el 95% del valor de la contratación de servicios que se haya planificado previamente. Esta información se consolidara mensualmente y el responsable la enviara a la Central de autorizaciones.
- M. Sin perjuicio de la vigencia del derecho de la libre escogencia, el responsable de autorizaciones deberá afectar equitativamente los contratos de prestadores que brinden un mismo servicio de salud.
- N. El formato de negación de servicios lo diligenciará únicamente el profesional de autorizaciones del nivel seccional y nacional según sus competencias, es de obligatoria aplicación si el servicio se niega por no corresponder a los contenidos del POS-S.
- O. Las Gerencias Seccionales deberán gestionar de manera oportuna las solicitudes de eventos no contemplados en el POS-S ante el ente territorial para su correspondiente auditoria y autorización por parte del mismo; para lo anterior se tendrá un plazo no mayor a 72 horas a la radicación de la remisión en las

- oficinas de Selvasalud a nivel Seccional y/o Municipal y en caso de urgencias se tramitara dentro de las siguientes 24 horas una vez la IPS reporte la urgencia.
- P. En los eventos en que IPS no contratadas presten servicios y posteriormente soliciten la correspondiente autorización para presentar la cuenta, no se deberá expedir orden de atención; por cuanto la IPS puede presentar la facturación con sus soportes de historia clínica para su respectiva auditoria y pago.
- Q. El servicio de albergue no se encuentra incluido en el POS-S, sin embargo por política institucional se autorizará este servicio exclusivamente a usuarios de SELVASALUD S.A. EPS de los departamentos de Putumayo y Chocó remitidos para procedimientos o con patología cubierta por el POS-S y para la población indígena de acuerdo a los convenios suscritos con las comunidades indígenas. La autorización máxima de estancia será tres (3) días.
- R. La autorización del servicio de albergue a menores de edad se hará así:
- niños de 0 a 4 años se autorizara al acompañante
 - menores de 4 a 18 años, se autorizara al menor y su acompañante (padre o madre o adulto responsable).
- S. La autorización del servicio de albergue a personas mayores de 65 años se hará al paciente y su acompañante.
- T. El servicio de albergue se autorizará al paciente con edades entre los 18 y 65 años en los siguientes eventos: intervenciones quirúrgicas, pacientes de alto costo en tratamiento, mujeres gestantes y pacientes con enfermedad mental según criterio médico. En estos casos se autorizara al acompañante cuando las condiciones clínicas y físicas del usuario lo ameriten.
- U. La prórroga de la estancia mayor a 3 días en albergue se hará previa justificación del médico tratante. El responsable de esta gestión para su control y seguimiento será el responsable de la oficina de referencia donde funcionen los albergues.
- V. Para la autorización de los servicios de salud y complementarios el usuario deberá presentar la remisión o epicrisis, el documento de identidad y el carné de afiliación vigente. Si en algún momento se requiere copia de estos documentos, la empresa los tramitará. Para el servicio de albergue y transporte además de los documentos anteriores se requiere copia del documento de identidad del acompañante.
- W. La población indígena afiliada a SELVASALUD tendrá beneficios adicionales como el transporte y albergue en los eventos POS Y NO POS-S. Se autorizarán estos servicios para todas las edades al paciente y su acompañante de acuerdo con lo reglamentado en la Ley 691 del 2001, el Acuerdo 306 del 2005 y los convenios institucionales con las comunidades indígenas afiliadas.
- X. Los responsables del proceso de autorización de servicios de salud y complementarios deberán conocer a cabalidad la contratación vigente con la Red de Prestadores antes de generar cualquier autorización.

4.3. RESPONSABILIDADES Y NIVELES DE COMPETENCIA

4.3.1 NIVEL MUNICIPAL

4.3.1.1 PARA SUBSIDIOS TOTALES. Los responsables de emitir autorizaciones en el nivel municipal tendrán a cargo la autorización de los siguientes eventos: Eventos de II nivel como:

- Atención ambulatoria de primera vez por Ginecobstetricia para gestantes, ecografía obstétrica abdominal y transvaginal ordenada por especialista, exámenes de laboratorio ordenados por especialistas contenidos en el artículo 106 de la Resolución 5261 de 1994.
- atención ambulatoria por pediatría para menores de 1 año.
- consulta de primera vez por optometría y oftalmología para menores de 20 años y mayores de 60 años por cualquier causa.
- ayudas visuales para menores de 20 años y mayores de 60 años con suministro de la montura una vez al año por un valor equivalente al 10% del Salario Mínimo Legal vigente y suministro de lentes cada vez que por razones medicas sea necesario.
- sesiones de terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia respiratoria las cuales se autorizaran de acuerdo a la prescripción inicial del médico tratante, pero se autorizaran cada 5 sesiones y para una nueva autorización se solicitara la evolución por parte del profesional o terapeuta, como mecanismo para controlar el tratamiento y garantizar la recuperación del usuario, hasta cumplir la orden del médico tratante.
- en caso necesario para los anteriores eventos el nivel municipal autorizara el transporte del usuario al municipio o ciudad donde se prestara el servicio.
- Para el suministro de medicamentos POS-S de I nivel, se encuentran capitados con la IPS respectiva y no será necesario generar autorización para la entrega de los mismos, y para el suministro de los medicamentos POS-S de II nivel ordenados por especialista requiere de previa autorización en el formato único de autorizaciones. En cuanto a los medicamentos NO POSS, estos deberán ser tramitados en la oficina del nivel Seccional. Para los casos en los cuales el usuario requiera oxigeno domiciliario, este deberá ser suministrado por la IPS que tenga capitado el suministro de medicamentos de primer nivel, siempre y cuando este especificado en el respectivo contrato, de lo contrario la EPS proporcionará la bala y los accesorios pertinentes y la IPS realizará la carga del oxigeno.
- Todos los eventos no contemplados en este numeral deberán remitirse al nivel nacional.

4.3.1.2 PARA SUBSIDIOS PARCIALES. Los responsables de emitir autorizaciones en el nivel municipal tendrán a cargo la autorización de los siguientes eventos:

- Valoración de primera vez por ortopedia.
- Atención ambulatoria por Ginecobstetricia para gestantes, ecografía obstétrica abdominal y transvaginal ordenada por especialista, exámenes de laboratorio ordenado por especialistas contenidos en el Artículo 106 de la Resolución 5261 de 1994.
- Atención ambulatoria por pediatría para menores de 1 año.

4.3.2 AUTORIZACIONES NIVEL SECCIONAL

4.3.2.1 PARA SUBSIDIOS TOTALES. Los responsables de emitir autorizaciones en el nivel seccional tendrán a cargo la autorización de los siguientes eventos:

- Atención del proceso de gestación, parto y puerperio. Atención ambulatoria por ginecobstetricia y atención hospitalaria quirúrgica (incluyendo el legrado obstétrico) y/o no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.
- Autorización en la especialidad de ginecobstetricia para los procedimientos de colposcopia mas biopsia según el acuerdo 282 de 2004.
- Autorización para entrega de medicamentos según lo contemplado en los acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS y ordenados por las especialidades referidas en el acuerdo 306 de 2005. para los casos en los cuales el usuario requiera oxígeno domiciliario, este deberá ser suministrado por la IPS que tenga capitado el suministro de medicamentos de primer nivel, siempre y cuando este especificado en el respectivo contrato, de lo contrario la EPS proporcionara la bala y los accesorios pertinentes y la IPS realizara la carga del oxígeno. Dra. Viafara

4.3.2.2 PARA SUBSIDIOS PARCIALES. Los responsables de emitir autorizaciones en el nivel seccional tendrán a cargo la autorización de los siguientes eventos:

.... Pendiente (...)

4.3.3 AUTORIZACIONES NIVEL NACIONAL

- Alto costo.
- Red no contratada.

- Servicios superiores a 10 millones.
- Albergue pacientes alto costo.
- Transporte aéreo.
- Prótesis y medicamentos alto costo.

4.3.3.1 PARA SUBSIDIOS TOTALES. Los responsables de la central de autorizaciones en el nivel nacional tendrán a cargo la autorización de los siguientes eventos:

4.3.3.2 PARA SUBSIDIOS PARCIALES. Los responsables de la central de autorizaciones en el nivel nacional tendrán a cargo la autorización de los siguientes eventos:

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SUBSIDIOS PARCIALES: (ACUERDO 267 DE 2004)

Artículo 6°. Beneficios. Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

a) Atención integral de enfermedades de alto costo según lo señalado en los literales c) numeral 5, y d) numeral 1 del artículo 1° del Acuerdo 072 del CNSSS;

b) Atención integral en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el literal c) numerales 3 y 4 del artículo 1° del Acuerdo 072 del CNSSS. Para la atención ambulatoria en el segundo y tercer nivel de atención los procedimientos serán los contemplados en el artículo 68 de la Resolución 5261 de 1994;

c) La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier complejidad;

d) Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología;

e) Los medicamentos incluidos en el Acuerdo 228 que sean formulados como parte de las atenciones señalada en los literales anteriores;

f) Los medicamentos incluidos en el Acuerdo 228 que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubiertas por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica. (para revisar e integrar este tema en el nivel de competencias).

AUTORIZACION DE SERVICIOS POR FALLO DE TUTELAS

La autorización de servicios que se deba asumir por fallo de tutela serán autorizados por los profesionales a nivel nacional o seccional una vez se haya recibido la sentencia del juez y el mismo será responsable de llevar el archivo de los casos que son necesarios para el recobro ante el FOSYGA. (Para revisar e integrar en las competencias del nivel nacional).

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS NO POS

La autorización para el suministro de medicamentos NO POS-S, es responsabilidad del profesional de autorizaciones del nivel nacional y seccional, quienes se basarán en los siguientes criterios:

- Se suministrarán medicamentos NO POS-S para tratamiento de las patologías POS-S, los incluidos en fallos de Tutela, los aprobados por Comité Técnico Científico y los autorizados a población indígena según acuerdos establecidos con estas comunidades, en cumplimiento de normatividad vigente para las etnias.

- La fórmula debe estar soportada con la epicrisis, resumen de la atención de urgencia u hoja de evolución medica de consulta externa y el acta del Comité Técnico Científico debidamente diligenciada y firmada. (Para revisar e integrar en las competencias del nivel nacional).

SELVASOFT 2008



SELVASALUD EPS-S



Software para el manejo del sistema de información para la calidad de Selvasalud.

Diseñado para administrar eficientemente la información de los procesos críticos misionales y adaptarse a las particularidades de la empresa.

Está habilitado para mantener la comunicación permanente desde cualquier Gerencia Seccional y la sede central, para la administración tanto de los afiliados, como de los servicios a los que tienen derecho de acuerdo con el POS-S.



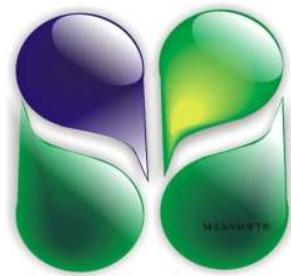
Aplicativo	Años	Descripción	Imple.	Seccional
SOFEPS	1997-2006	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se adquirió la aplicación y su código fuente. ✓ Módulos régimen Subsidiado: i) Contrato, ii) Afiliación, iii) Informes, iv) Consultas, v) Administrador y, vi) Importar. ✓ Módulos régimen Contributivo i) Afiliaciones, ii) Aportes, iii) Consultas y, iv) Informes. ✓ Lenguaje de programación <i>Clarión 5</i>. ✓ Solo realizaba procesos básicos. ✓ No funcionaba en red. ✓ No manejaba una base de datos única de afiliados. 	10%	<ul style="list-style-type: none"> •Central •Cauca desde 2005
SAGITTA	2001-2004	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de información diseñado para el manejo de las EPS y ARS. ✓ Módulos: i) Afiliados, ii) Contratos Administrativos, iii) Servicios Médicos, iv) Red de Servicios, v) Auditoria, vi) Alto Costo, vii) P y P, viii) Órdenes de Apoyo y, ix) Reportes. ✓ Actualizaciones constantes. ✓ Gran volumen de capacitaciones. ✓ Requería parametrización demasiado minuciosa y exigente. ✓ Solo funcionaba en redes locales 	5%	<ul style="list-style-type: none"> •Central
INTEGRA	2006-2007	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseñado para ARS-S ✓ Trabajaba a través de Internet ✓ Módulos: i) Afiliados, ii) Contratos Administrativos, iii) Servicios Médicos, iv) Red de Servicios, v) Auditoria, vi) Alto Costo, vii) P y P, viii) Órdenes de Apoyo ✓ Fue adquirido en arriendo mientras se desarrollaba Selvasoft ✓ Se realizaron jornadas intensas de capacitación. ✓ Se responsabilizó directamente a los responsables de los procesos a nivel nacional su implementación. ✓ No se actualizó la información completa de afiliados ✓ Presentó problemas con los formatos 1 y 2, y no generaba matrices de P & P individuales por contrato de prestación de servicios. 	15%	<ul style="list-style-type: none"> •Central •Chocó •Antioquia •Córdoba



SELVASOFT 2008

ANTECEDENTES

Aplicativo	Años	Descripción	Imple.	Seccional
PYPRIIPS	2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validador de RIPS y módulo de P&P. ✓ Se adquirió marzo pero se está utilizando desde diciembre de 2007. ✓ Apoya el proceso de recepción de cuentas ✓ Realiza los procesos propios de P&P ✓ Se han realizado capacitaciones a todos los funcionarios de P&P de las seccionales y la central 	100%	Central, Putumayo, Cauca, Antioquia, Córdoba. Valle del Cauca y Chocó (Solo cuentas) Atlántico (Solo P&P).
SELVASOFT 1	2006-2007	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseñado específicamente para Selvasalud ✓ Trabajaba en Internet ✓ Única base de datos para todas las seccionales ✓ Herramientas de desarrollo gratuitas. ✓ Costo año 2006: 48.400.000 de pesos ✓ Talento humano del Putumayo ✓ Módulos: i) Afiliaciones, ii) Autorizaciones, iii) Quejas y Reclamos, iv) Encuestas de Satisfacción y, v) Ingreso y radicación de cuentas médicas. ✓ Se capacitaron todas las seccionales. 	20%	Central Putumayo Cauca Antioquia Chocó Córdoba Atlántico Autorizaciones solo Córdoba.
SELVASOFT 2	2007-2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambio de lenguaje de programación. ✓ Asesoría de un experto en desarrollo de aplicaciones cliente servidor. ✓ Se adquirió la licencia del lenguaje de desarrollo ✓ Se migró la base de datos a un motor más actualizado. ✓ Se cambia de servicio de hosting en 2007 y luego en 2008. ✓ Costo año 2007: 67.800.000 de pesos. ✓ Módulos: i) Contratos de Aseguramiento, ii) Recaudo de Aportes de Aseguramiento, iii) Afiliaciones, iv) Contratos de Prestación de Servicios de Salud, v) Pago a Prestadores (Cuentas), vi) Quejas y Reclamos, vii) Encuestas de Satisfacción al Usuario y, viii) Call Center. ✓ Se capacitó en todas las seccionales. 	86%	Central Putumayo Cauca Antioquia Chocó Córdoba Atlántico Amazonas Bogotá Nariño



SELVASOFT 2008

MÓDULOS DESARROLLADOS

CONTRATOS CON LA RED DE PRESTADORES

Servicios de Salud
Id contrato Servicios de Salud: **6415** Número del Contrato: Registro: 5882 de 7977 **POR LEGALIZAR**

Numero del Contrato: 080184001091 Subvención: PLENO Tipo de Contrato: SERVICIOS MEDICOS Nivel de Contrato: Modalidad de Contratación: CAPITACION Fecha Inicio: 2008/01/01 Fecha Finalización: 2008/03/31 N. CTTO Interadministrativo: Valor Especificado: \$ 41883157 (100%) Saldo: \$ 0

Valor del Contrato: 41883157 Valor en Letras: CUARENTA Y UNO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO C W Mensual Contrato: 13857719

Forma de Pago: (Mes Anticipado) Código: P540201 Rubro: I NIVEL FUTURAYO Valor UPC: 24908240 % UPC: 6 Nº de Afiliados: 11152

Nº Doc Identidad Interventor: 30746039 Interventor: PARAGOT LILIANA ROMO BUCHELI Nº Doc Identidad Contratador: 5348533 Contratador: WILLIAM ORLANDO GALARZA PER

Municipio de Firma CTTO: Fecha Firma CTTO: 2008/01/01 Objeto de Contratación: HOSPITALIZACIÓN DE SALA COMPLEJIDAD para patologías en: complejas atendidas por médico general según capacidad hospitalaria y protocolos de atención, incluye entrega de medicamentos, materiales e insumos, ATENCIÓN MÉDICA DE MORBILIDAD GENERAL, asistencia a protección de maternidad y establecimientos de Calidad Nacional, procedimientos ambulatorios del primer nivel quirúrgicos y no quirúrgicos que no requieren de

Nombre Ips	Municipio	Contaju_Reges	CDP	Fecha de CDP	Valor CDP	CRP
ESSE HOSPITAL JOSE MAR	FUERTO GUAMAH		00016	01/01/2008	41883157	0001

Registro: 69005740 Fecha de Registro: 12/02/2008 08:45:39 AM

Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO Gerencia: CENTRAL Fecha: 01/07/2008 Dependencia: ADMINISTRACION

- Administra totalmente la información de los contratos de prestación de servicios de salud
- Realiza seguimiento a la legalización de los contratos (Documentos y firmas)
- Realiza seguimiento a la ejecución de los contratos según las cuentas ingresadas y las autorizaciones emitidas
- Identifica los contratos que están próximos a quedarse sin presupuesto
- Permite manejar la información de las IPS (El manejo de las sucursales se encuentra actualmente en desarrollo)
- Permite manejar la información del resto de variables de parametrización de los contratos.
- Genera el número del contrato de acuerdo al formato establecido por la Gerencia de Servicios de Salud.

Módulo para el manejo de la información relacionada con los contratos de prestación de servicios de salud.

Implementado entre el 90% y 100% en la sede central, la información de este módulo es insumo para el ingreso de la cuentas por concepto de servicios de salud prestados



SELVASOFT 2008

MÓDULOS DESARROLLADOS

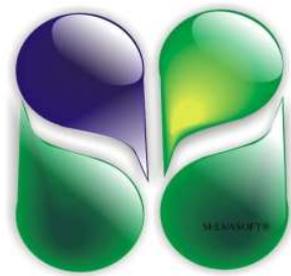
PAGO A PRESTADORES (CUENTAS)

Número	Fecha	Valor	Glosa	Glosa Aceptada	Copagos	Reserva	Clase
1024544	18/01/2008	33300.00		0.00	0.00	0.00	
1016955	23/01/2008	125700.00		0.00	0.00	0.00	

- Realiza seguimiento estricto a las cuentas
- Identifica su ubicación física
- Exige que las cuentas se carguen al contrato correspondiente
- Permite realizar seguimiento a la ejecución de los contratos de prestación de servicios de salud
- Valida que el valor de la cuenta corresponda con los soportes que la acompañan
- Exige el ingreso individual de las facturas con el fin de evitar la posterior pérdida de alguna de ellas, y el pago de facturas repetidas
- Permite identificar claramente el valor por conceptos de copagos, debitaciones y glosas
- Guarda la información del pago de la cuenta, número, fecha y valor del CP
- * Permite ingresar al afiliado por cada factura ingresada para validar a que afiliado se le prestó el servicio

Módulo creado como hoja de ruta de para las cuentas médicas que posteriormente se mejoró para brindar apoyo en el manejo de la información de las mismas.

Implementado en todas las seccionales a excepción de Amazonas.



SELVASOFT 2008

MÓDULOS DESARROLLADOS

PAGO A PRESTADORES (CUENTAS)

Radicar Cuentas

Consecutivo Buscar

Ver cuentas: Cuentas por pagar Cuentas pagadas

Consecutivo	Nº Cuenta	Nº Ips	Ips	Departamento	Municipio	Fecha recepción	Valor
PUT08-01274	1785	881200878	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	PUTUMAYO	MOCOA	17/01/2008	****
PUT08-01271	1633	881200878	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	PUTUMAYO	MOCOA	32/05/2008	****
PUT08-01216	0254	881200878	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	PUTUMAYO	MOCOA	38/04/2008	****
PUT08-01188	0253	881200878	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	PUTUMAYO	MOCOA	38/04/2008	****

id cuenta: **PUT08-01274** Nº: 891209879 Ips: ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ Numero de contrato: 2007168070

Nº Cuenta: 1785 Fecha deas: 31/01/2008 Año: 2007 Valor: 273883.00

Mes: Diciembre

Mra. Factura: 8

Código de control: 8

Mra. Factura: 8

Código de control: 8

Pronta.asen: 06

Cod Transportadora: 06

Transportadora: 06

Mp Guia: 06

Fecha de inicio: 01/07/2008

Valor Debitaciones: 0.00

Valor Gastos: 469788.00

Valor Gastos: 0.00

Observaciones:

Nº Factura	Fecha	Valor
1529016	12/12/2007	31.998.00
1533473	07/12/2007	31.998.00
1541479	07/12/2007	31.998.00
1549120	07/12/2007	31.998.00

Historial

Dependencia	Radicación	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Forma entrega	Oc
ARCHIVO	03/05/2008	JOSE	ALFREDO	ANACONA	PERSONAL	
TESORERÍA	21/05/2008	XUAN	PABLO	MUNOZ	PERSONAL	
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	20/05/2008	JAIRO	IVAN	SISSA	PERSONAL	
CONTABILIDAD	19/05/2008	EDGAR	JAVIER	BERNAVIDES	PERSONAL	

Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO
Fecha: 01/07/2008

Gerencia: CENTRAL
Dependencia: ADMINISTRACION

- Genera de manera automática el reporte para pasar la cuenta de la oficina de liquidación en las seccionales a la empresa de auditoria externa
- Genera el reporte físico para radicar las cuentas entre las dependencias internas de Selvasalud
- Identifica unívocamente al funcionario que radicó la cuenta en cada dependencia
- Presenta informes detallando las facturas de cada una de las cuentas filtradas por departamentos, municipios, o IPS
- Permite identificar las cuentas por edades
- Genera reportes de pago desde cualquier seccional

A este módulo se le ha realizado la mayor cantidad de modificaciones y mejoras para garantizar que la información sea confiable y completa.

Se mejoró y adicionaron herramientas para garantizar que la información sea confiable y completa



SELVASOFT 2008

MÓDULOS DESARROLLADOS

QUEJAS Y RECLAMOS

Queja No. **86001-0127**

Departamento: PUTUMAYO Municipio: MOCCOA

Queja Generada por: Id del Afiliado: 1124682375 Nombre del Afiliado: DAYRA MELINA NARANJO GONZALEZ Edad: Sexo:

Fecha: 2008/04/08

Registro: 152 de 152

Queja - Reclamo: Copiar los Campos

Nombre: DAYRA MELINA NARANJO GONZALEZ

Motivo: Fecha de Ingreso: 2008/04/08

Queja - Reclamo: Familiar del señor EDILBERTO NAVASOY pide que el jefe tenga un cuidado con los papeles ya que vino a sacar una orden el 27/02/2008 y no ha sido entregada por el Jefe Andres Castro en DASALLIO PUTUMAYO y es de mayor importancia ya que es para un deber por favor exigirle un cuidado con los papeles que los entregue no los pierdan.

Propuesta: Propongo que las ordenes sean entregadas lo mas pronto posible y que le asistan al jefe un mayor cuidado.

Fecha de Registro: 23/04/2008

Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO Dependencia: ADMINISTRACION

Fecha del Servidor Web: 01/07/2008 Generado: CENTRAL

Módulo de Selvasoft que permite registrar y seguir cada una de las quejas, reclamos, sugerencias y peticiones recibidas en cualquier seccional de la empresa.

- Permite ingresar y hacer seguimiento a las quejas reclamos, sugerencias o peticiones
- Permite ingresar y hacer seguimiento a las soluciones, respuestas y/o la atención prestada a cada una de las anteriores
- Permite establecer el tiempo transcurrido entre la interposición de las quejas y la solución efectivamente dada.
- Arroja reportes en forma de consolidados y estadísticas gráficas listas para su análisis

Está en producción en el 100% de las seccionales, incluyendo la oficina de Call Center



SELVASOFT 2008

MÓDULOS DESARROLLADOS

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Encuestas de Satisfacción

Departamento: ATLANTICO Municipio: SOLEDAD Fecha encuesta: 2007/04/18 Registro: 1 de 19573

AUSM-04 **AUSM-05**

Fecha de nacimiento: 10/10/1980 Sexo: Masculino Femenino Encuesta No: 19

1. La sede de Selvasoft en su municipio está ubicada en un sitio de fácil acceso para solicitar los servicios requeridos SI No

2. Las instalaciones de Selvasoft son adecuadas para la atención SI No

3. Selvasoft cuenta con una oficina de atención, orientación e información al usuario SI No

4. La atención prestada por los funcionarios de Selvasoft es: Buena

Por qué? NO ME HAN SALIDO CON GROSERIAS Y SOLUCIONAN

5. Los órdenes de autorización de los servicios que le competen a Selvasoft en (Seleccione uno o más):

Apoyo diagnóstico Origen programado Entrega de medicamentos Apoyo terapéutico Consulta especializada No aplica

Son entregados en: 2-4 días

6. Selvasoft consigue las citas de remisiones en: 2-4 días

7. El trámite de los procedimientos NO PODS-ase al otro territorial son gestionados en: No aplica

8. Las quejas que usted presenta son resueltas oportunamente por los funcionarios de Selvasoft: No aplica

9. Conoce los derechos y deberes que adquiere al pertenecer al régimen subsidiado: SI No

10. Considera que el horario de atención al público que ofrece Selvasoft es adecuado: SI No

Si la respuesta es NO, ¿cuál es su propuesta?

11. Ha participado en las capacitaciones que ofrece Selvasoft: SI No

12. Se siente satisfecho con los servicios que ofrece Selvasoft: SI No

Por qué? PORQUE TIENE BUEN ATENDIMIENTO

Observaciones: UN TELEVISOR, CERCA A LA OPCION DE ATENCION AL USUARIO DIVIDE LAS LABORES DE LOS TRABAJADORES

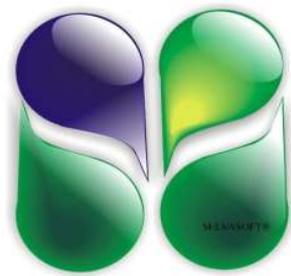
Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO Dependencia: ADMINISTRACION
Fecha: 01/07/2008 Gerencia: CENTRAL



14:29:31

Este módulo permite registrar las encuestas de satisfacción del usuario AUSM-04 y AUSM-05, y arroja como resultado los consolidados y las estadísticas gráficas para su posterior análisis.

Está en producción en el 100% de las seccionales a excepción del Amazonas



SELVASOFT 2008

MÓDULOS DESARROLLADOS

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Id llamada No.: **7124**

Fecha llamada: 2008/05/13

Id llamada No.: Buscar

Registro: 1 de 8237

Datos Llamante

Identificación Mt	Tipo Doc	Nombres ó Entidad	Apellidos y/o Representante
890303461-2	NÚMERO DE	HOSP. UNIVERSITARIO	

Dirección: Teléfono: Departamento: VALLE Municipio: CALI

Agregar Modificar

Motivo

Descripción del Asunto: Verificar derechos de una usuaria y código Dx: Cardio patias congénitas

Respuesta por Funcionario: Activa en el sistema; subsidio total nivel 1; código es EPS 031

Tipo Doc Afiliado	Identificación	Nombres	Apellidos
NÚMERO D	1107841003	MARIA JOSE	LÓPEZ CHAVERRA

Dirección: SAN JUAN DE VILLOBO Teléfono: Departamento: CAUCA Municipio: SANTA ROSA

Estado Afiliado: ACTIVO Tipo Subsidio: PLENO Nivel Afiliado: NIVEL I

Registró: anamaria Fecha de Registro: 13/05/2008 09:56:32 AM

Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO Gerencia: CENTRAL

Fecha: 01/07/2008 Dependencia: ADMINISTRACION

Quejas y Reclamos

Encuestas

Consolidados

Atenciones

Mediante este módulo se registran todas las llamadas recibidas en la Oficina del Call Center de la empresa

Genera las estadísticas y reportes pertinentes para su posterior análisis

Está en producción en el 100% en la oficina de Call center



AUTORIZACIONES

Autorizaciones 09:13

Autorización No. **PUT08-00105** Estado **AUTORIZADO** Estado **AC** Subsidio **PLENO**

Tipo de afiliado: REGISTRO CTU Identificación afiliado: 1524852404 Sexo: M Fecha Nacimiento: 2006/12/29 Edad: 3 : 6 : 5 Cont. Aseguramiento: 200701201 Estrato: 1

Nombre y Apellidos: CRISTIAN LILEINER ORTIZ ORTIZ Departamento: PUTUMAYO Municipio: MOCOA

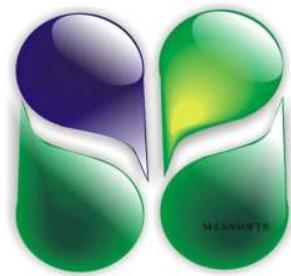
Autorizado por: ROSA LILIAN OROOÑEZ

Datos de la Autorización		Maternidad	Autorización	Pago anticipado	Historial de Autorizaciones	Negación de Servicios
Motivo de la autorización: ORDEN MEDICA	Número CTC:	Fecha Remisión: 2008/04/30	Fecha de Radicación: 2008/05/02	Fecha de la Autorización: 2008/05/08		
JPS que remite: 891208679	HELE HOSPITAL JUDY MARISA PEÑANDEZ	Nó. de la remisión:	<input type="checkbox"/> No Psa			
Entidad Autorizada: 519377488	SANTANA HERNANDEZ	Maneja tarifas: ROAT 2008				
Ciudad: MOCOA	Teléfono:	Dirección: 11,737,998.000 Contrato (Seguridad SB-25%)				

Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO Dependencia: ADMINISTRACION
Nivel: ----- Gerencia: CENTRAL
Fecha del Servidor Web: 01/07/2008

- Maneja tres niveles de seguridad
 1. El primero se asigna a los auxiliares de autorizaciones - Autorizan procedimientos de primer nivel
 2. El segundo nivel se asigna a los gerentes seccionales – Autorizan servicios de mayor complejidad que las primeras, autorizan IPS` s sin contrato
 3. El tercer nivel de seguridad corresponde únicamente al profesional responsable de las autorizaciones a nivel nacional, este puede autorizar todos los servicios además de todas las solicitudes ingresadas por los funcionarios del nivel 1 y 2 de seguridad.
- El trámite de ingreso de solicitudes y la autorización final se realiza todo a través del módulo, incluyendo la generación e impresión de la orden de servicios para pago anticipado.

Este módulo fue diseñado para llevar el registro ordenado y completo de todas las autorizaciones dadas a los afiliados desde cualquier seccional.



AUTORIZACIONES

Autorizaciones 10 | 48

Autorización No: **ANTOS-00431** Estado: **AUTORIZADO** Estado: **RE** Subsidio: **PLENO**

Tipo Id afiliado: CÉDULA DE CI Identificación afiliado: 35603154 Sexo: F Fecha nacimiento: 1972/12/22 Edad: 35 - 6 : 9 Cost. Asesoramiento: 280798701 Estrato: I

Nombres y Apellidos: JACY YAMETH MENA BARGUEN Departamento: CHOCO Municipio: QUIBOO

Autorizado por: SOR ANGELA HERNANDEZ

Datos de la Autorización | Movilidad | Autorización | Pago anticipado | Historial de Autorizaciones | Negación de Servicios

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unit	Valor Copago	Valor Total	Estado
901840	VIN CARGA VIRAL CUALQUIER TECN	1	0.00	0.00	0.00	Activo
903744	LINFOCITOS T. CUANTIFICACION CD	1	0.00	0.00	0.00	Activo
904127	Toxoplasma con sé ANTICUERPOS Ig	1	0.00	0.00	0.00	Activo

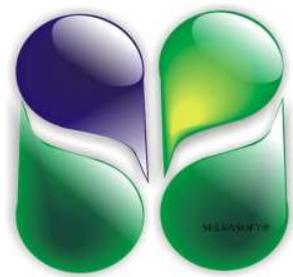
Total Autorizado Estimado (\$): **40,006.00** Copago (%) **0** Total Copago Estimado (\$): **0.00**

Observaciones: Trámite

Usuario: SANTIAGO ALFREDO OSORIO Dependencia: ADMINISTRACION
Nivel: --- Gerencia: CENTRAL
Fecha del Servidor Web: 01/07/2008

se encuentra en producción en todas las seccionales a excepción de Valle del Cauca, Amazonas, Nariño y Bogotá

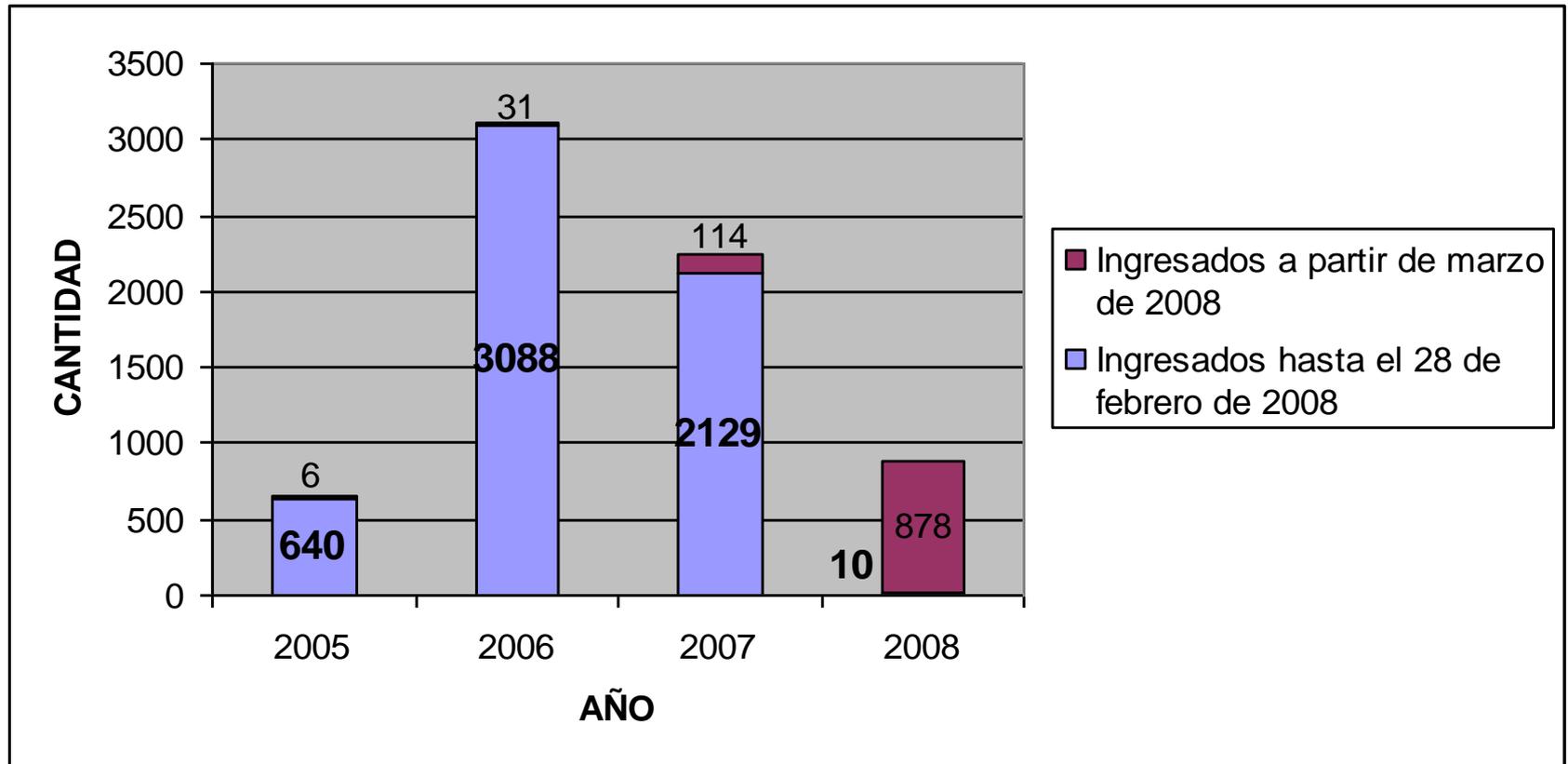
- Realiza autorizaciones de servicios de salud
- Autoriza servicios complementarios
- Emite órdenes de servicios con red no contratada
- Controla el proceso de pago anticipado
- Controla en línea y en tiempo real el límite de Copagos de los afiliados - Habilitación
- Autoriza servicios, intervenciones, procedimientos, actividades, medicamentos de alta complejidad y pasajes directamente desde la sede nacional en tiempo real
- Verifica en tiempo real el estado de ejecución de los contratos de prestación de servicios
- Niega servicios e imprimir el formato correspondiente
- Imprime las autorizaciones en el formato preimpreso adecuado para tal fin
- Controla las autorizaciones emitidas
- Calcula valores estimados para las solicitudes autorizadas – Permite estimar las provisiones por concepto de autorizaciones (En desarrollo)
- Realizar auditoria a las autorizaciones emitidas antes de generarlas

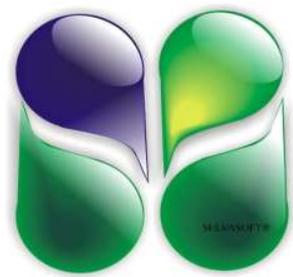


SELVASOFT 2008

ESTADÍSTICAS DE USO

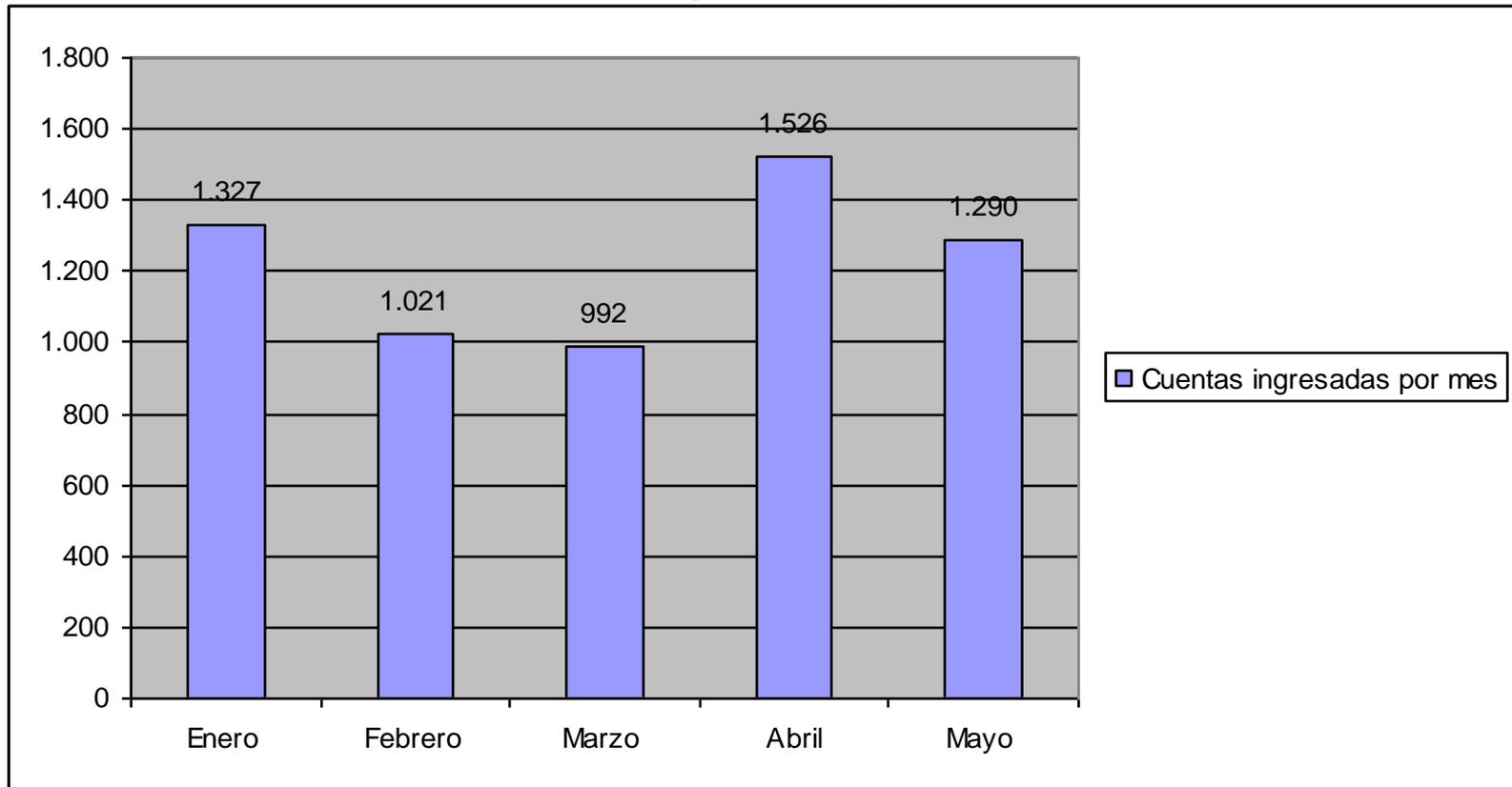
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

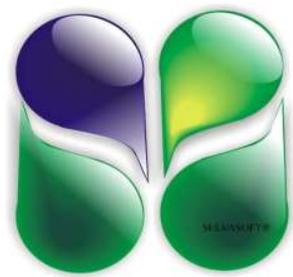




PAGO A PRESTADORES

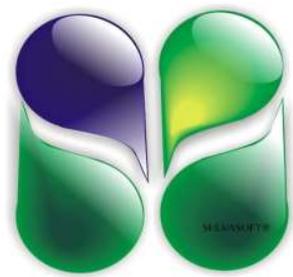
Cuentas ingresadas por mes





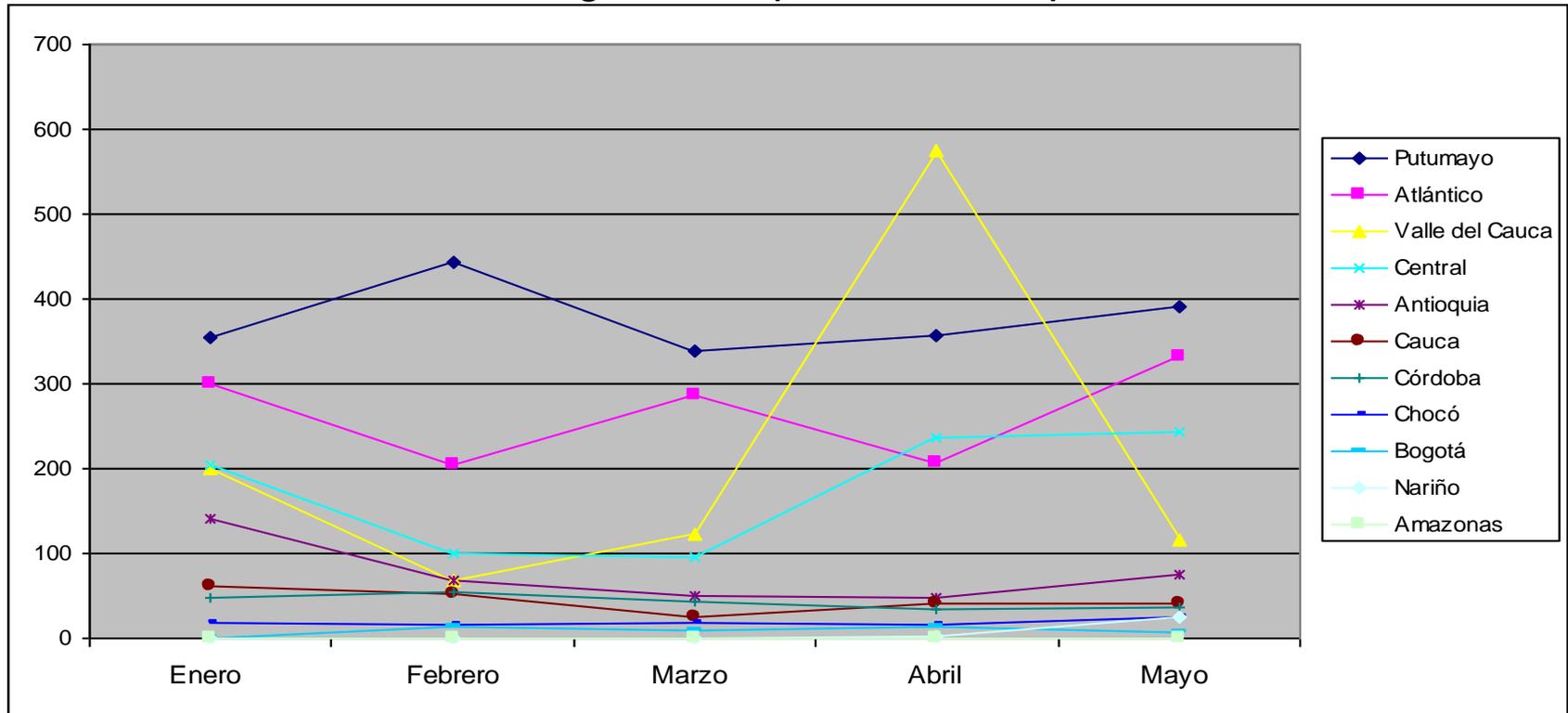
PAGO A PRESTADORES

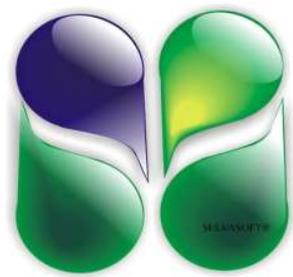




PAGO A PRESTADORES

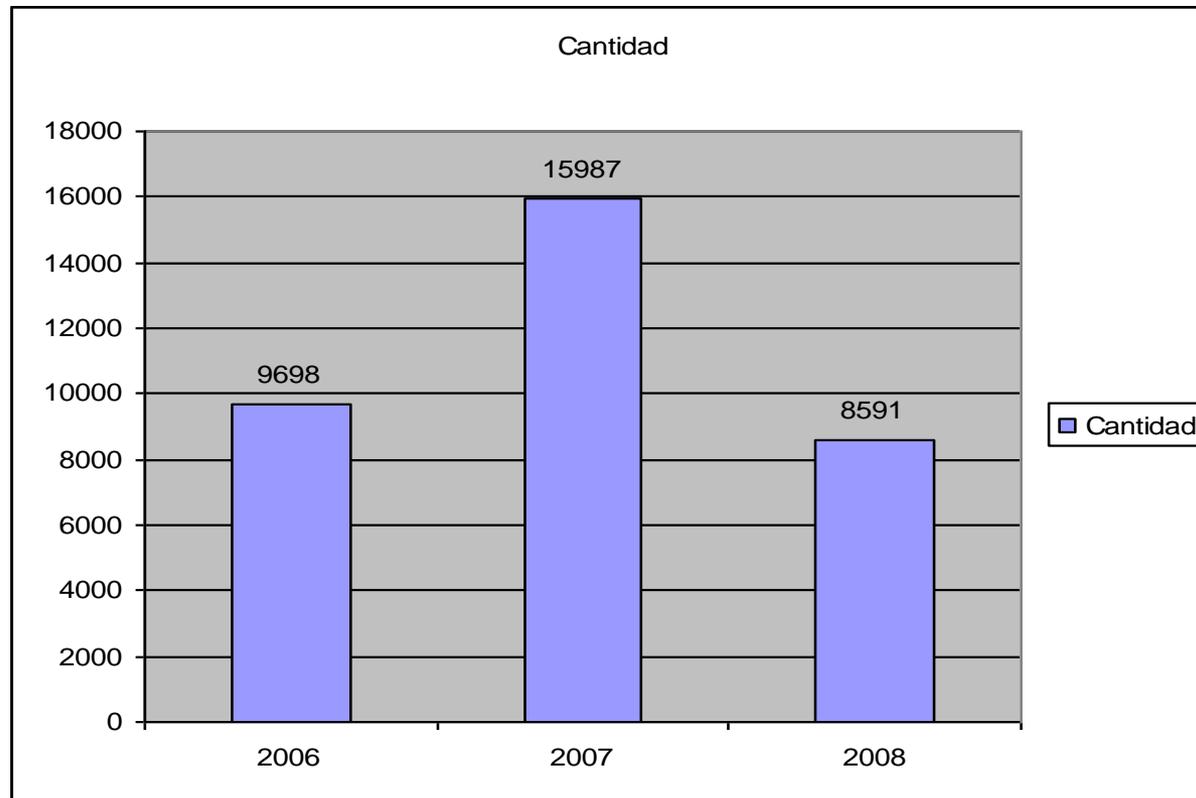
Cuentas ingresadas por seccional por mes

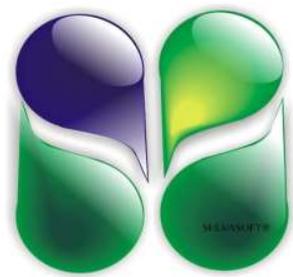




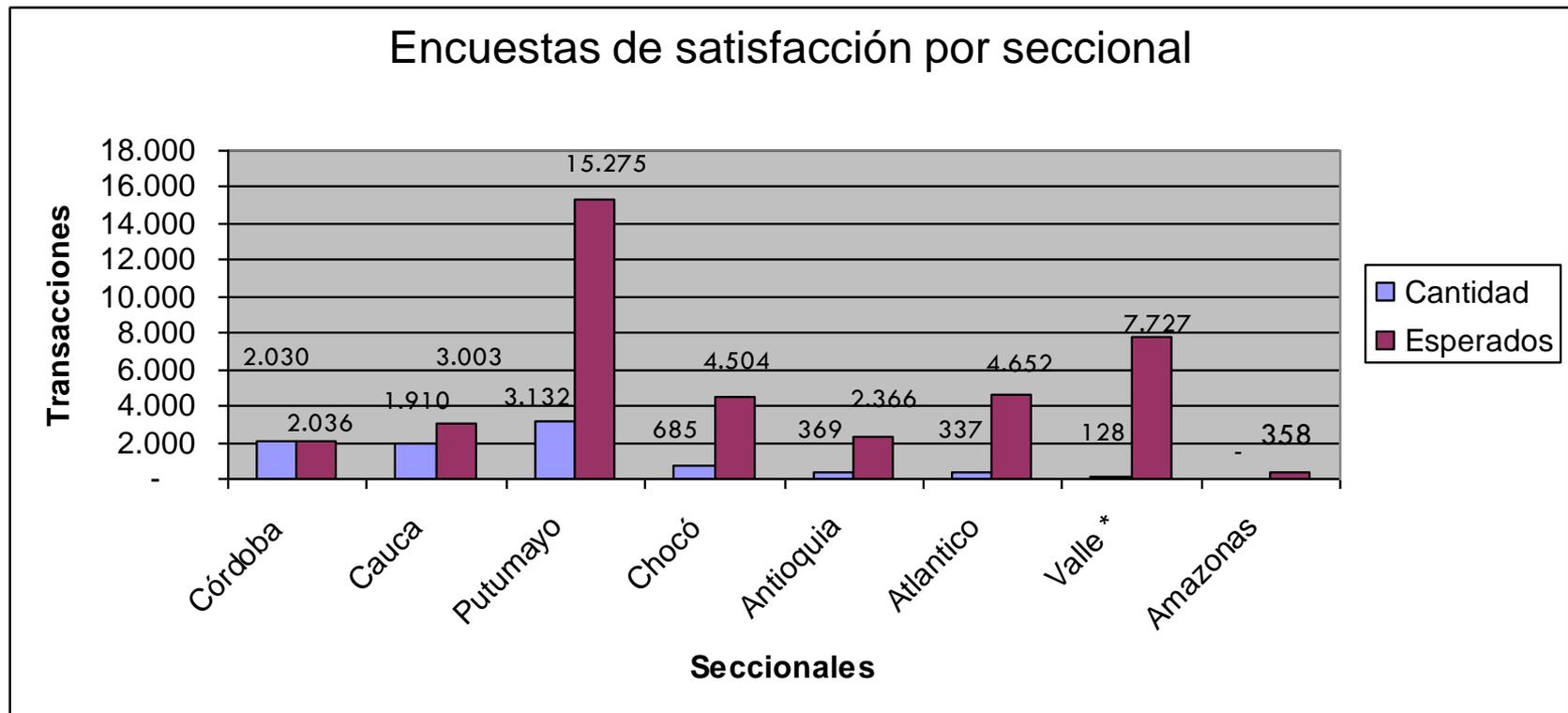
ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

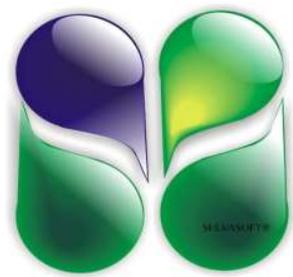
Encuestas de satisfacción ingresadas por años



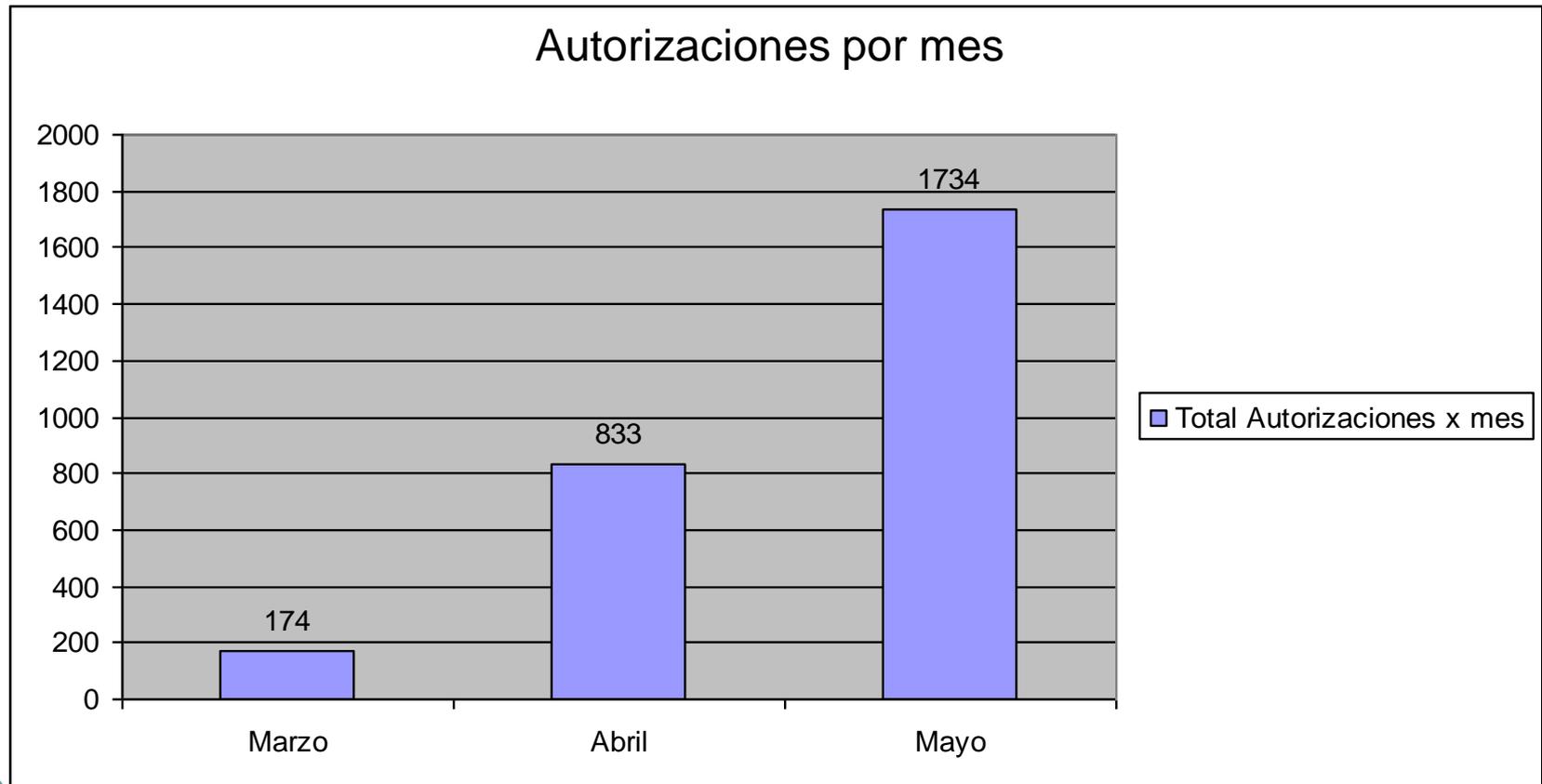


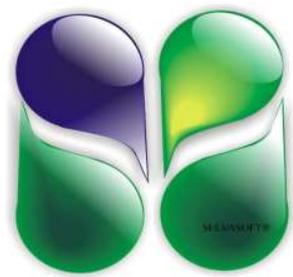
ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN



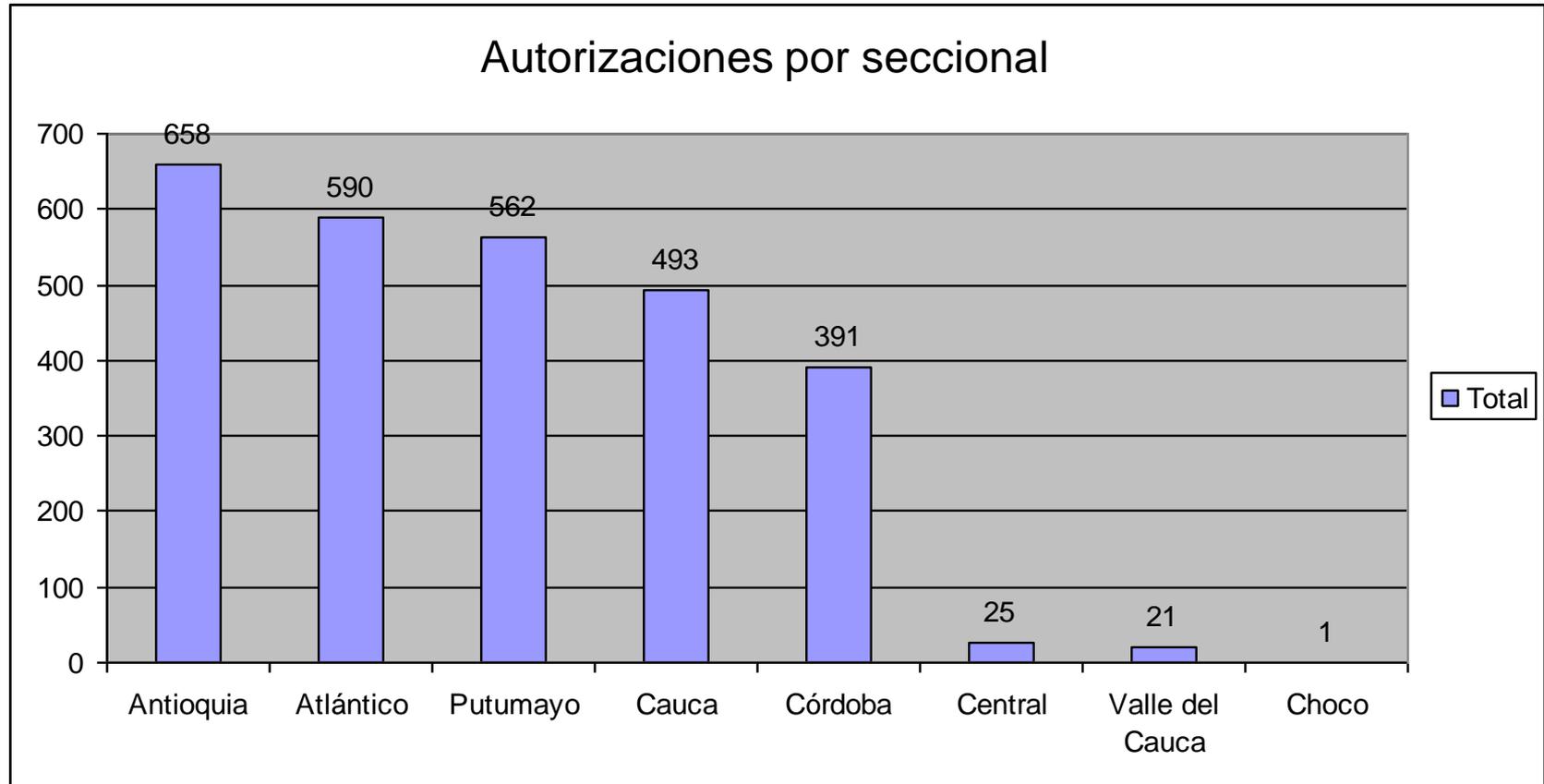


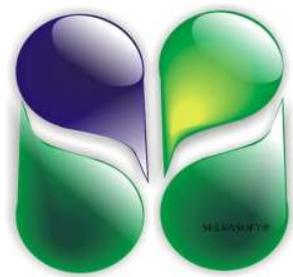
AUTORIZACIONES





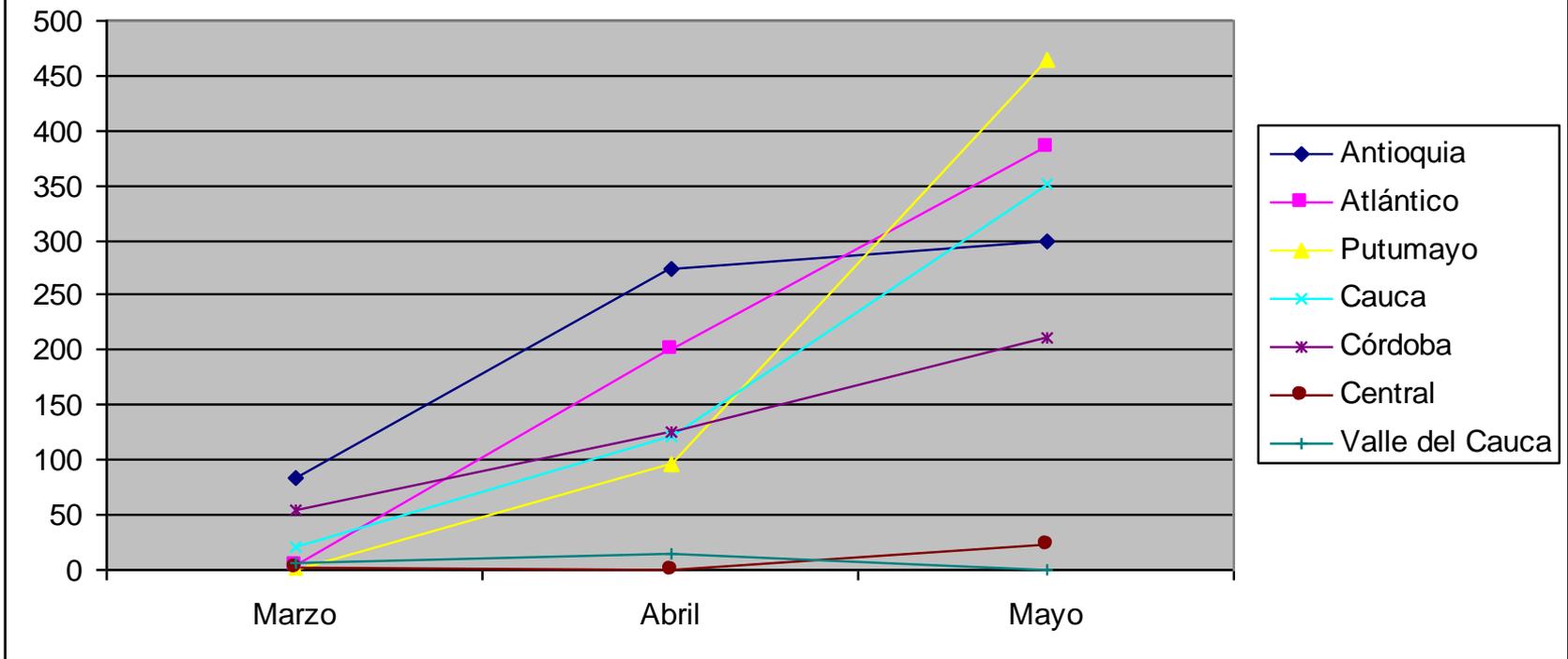
AUTORIZACIONES





AUTORIZACIONES

Autorizaciones por seccional por mes





DIFICULTADES

- Mala actitud de los usuarios directos del software – El software no sirve
- Falta de compromiso de los responsables a nivel nacional de los procesos que apoyan los módulos desarrollados – Indiferencia Res. 4020
- Falta de compromiso del personal operativo encargado de manipular cada uno de estos módulos – Es muy difícil de manejar y me quita tiempo
- Falta de elementos tecnológicos necesarios para el desempeño de sus labores (Computadores, Banda ancha)– Cauca y Chocó
- Información incompleta y de la Mala calidad
- La seccional Valle no ha subido la información de Afilados – Afecta otros módulos y procesos relacionados (Multiafiliados)



QUE SE HA HECHO?

- Pruebas constantes del funcionamiento del software con los responsables a nivel nacional de los procesos
- Correcciones y ajustes requeridos por los funcionarios
- Análisis de procesos prioritarios
- Mejoramiento del servidor de la base de datos y ampliación de los canales de comunicación
- Acompañamiento en la instalación e implementación
- Soporte al instante de solicitarlo



PROYECCIÓN 2008

- Presupuesto de 236 millones
- Análisis, Diseño y Desarrollo de los módulos de acuerdo a estándares internacionales
- Contratación de desarrolladores especializados
- Convenios con instituciones especializadas en desarrollo del software
- Capacitación al equipo de Selvasoft en nuevas tecnologías



PARA CONCLUIR

En 20 meses y con recursos limitados — se han desarrollado dos versiones de Selvasoft que han llegado a ofrecer apoyo para optimizar la gestión de información en el 30% de los procesos de aseguramiento propios de las EPS del Régimen Subsidiado.

El desarrollo del software depende en más del 95% de la Oficina de Sistemas de Información y está relacionada directamente con la herramienta tecnológica que da soporte a algunos procesos de la empresa

La implementación del software cuenta con el apoyo permanente de la Oficina de Sistemas de Información, pero es obligación directa de los responsables de los procesos a nivel nacional en cabeza de los gerentes nacionales, - resolución 4020 del 2006.

“¿Porque no está dando los resultados esperados Selvasoft?”,



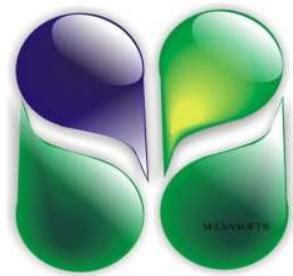
PARA TENER EN CUENTA

Desde su puesta en funcionamiento el módulo de cuentas ha permitido identificar cuentas que ingresan en más de una ocasión a Selvasalud para su pago por un valor de 718.956.900 pesos.

Al menos 250.000.000 pesos ya se habían pagado en más de una ocasión.

A este módulo se le ha realizado un seguimiento continuo en su implementación y **se han detectado errores y omisiones por parte de los funcionarios** encargados de su manejo.

Esto ha obligado a la Oficina de Sistemas de Información por sugerencia de la Gerencia General y de la Oficina de Control Interno, a realizar continuos ajustes que permitan ejercer controles cada vez más estrictos en el uso del mismo, sin embargo estos se siguen presentando aunque en menor medida



SELVASOFT 2008

GRACIAS

OFICINA DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN

SELVASOFT 2008

Anexo F.

Autorizaciones

13 : 39



Autorización No.

PUT08-00105

Estado

AUTORIZADO

Estado

AC

Subsidio

PLENO

Tipo Id afiliado	Identificación afiliado	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Cont. Aseguramiento	Estrato
REGISTRO CIV	1124852404	M	2006/12/26	1 : 6 : 5	200701201	1
Nombres y Apellidos			Departamento		Municipio	
CRISTIAN LLILEINER ORTIZ ORTIZ			PUTUMAYO		MOCOA	

Autorizado por : ROSA LILIAN ORDOÑEZ

Datos de la Autorización	Morbilidad	Autorización	Pago anticipado	Historial de Autorizaciones	Negación de Servicios
Motivo de la autorización	Número CTC	Fecha Remisión	Fecha de Radicación	Fecha de la Autorización	
ORDEN MEDICA		2008/04/30	2008/05/02	2008/05/06	
IPS que remite	ESE HOSPITAL JOSE MARTA HERNANDEZ		No. de la remisión	<input type="checkbox"/> No Pos	
891200679					
Entidad Autorizada	SANDPA HIDALGO		Manual tarifario	SOAT 2008	
519377488					
Ciudad	Teléfono	Dirección			
MOCOA		8,737,998.00 Contrato Ejecutado(58.25%)			

Usuario: **SANTIAGO ALFREDO OSORIO**

Nivel:

Fecha del Servidor Web: **01/07/2008**

Dependencia: **ADMINISTRACION**

Gerencia: **CENTRAL**

Anexo G.

PSS-AS-PO1-F01

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS



DEPARTAMENTO: CIUDAD:

N° 36682

IPS REMITENTE

NIT: NOMBRE: REMISIÓN N°: NIVEL: HORA: FECHA DE EXPEDICIÓN:

INFORMACIÓN AFILIADO:

NOMBRE: TIPO: IDENTIFICACIÓN: SEXO: EDAD: ESTRATO: SUBSIDIO: TOTAL PARCIAL

IPS AUTORIZADA:

NIT: NOMBRE: CIUDAD: DIRECCIÓN:

INFORMACIÓN COPAGO:

MÁXIMO COPAGO ANUAL: MÁXIMO POR EVENTO: PORCENTAJE COPAGO: IMPORTANTE NO COBRAR MÁS DE: Para no exceder el límite de copago del Afiliado. CODIGO DE VERIFICACIÓN

DIAG. PRINCIPAL: DIAG. RELA 1: DIAG. RELA 2: DIAG. RELA 3: ESPECIALIDAD:

PROCEDIMIENTOS Y/O MEDICAMENTOS:

Table with columns: CÓDIGO, DESCRIPCIÓN, CANT., NIVEL COMPLEJIDAD, VALOR ESTIMADO, VALOR COPAGO

SERVICIOS OBJETO DE RECUBRO: SI NO ALTO COSTO: EVENTOS TUTELA MED. NO POS PROC. NO POS TOTAL. VÁLIDO POR 30 DIAS

OBSERVACIONES:

ELABORADO POR: NOMBRE AUTORIZADOR: NOMBRE AFILIADO: FIRMA: FIRMA AUTORIZADOR: FIRMA AFILIADO

Anexo H.



PAMEC 2007
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD

WILLIAM ORLANDO GALARZA MERA
GERENTE GENERAL

MOCOA, DICIEMBRE DE 2007

Documento preparado por el Equipo MECI, instancia responsable de direccionar el Sistema de Gestión Ética de la empresa, en atención al requerimiento de la Circular Instructiva 045 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Para su elaboración fue necesario sintetizar los siguientes elementos: i) diversos aportes documentales y ii) discusiones conjuntas con la alta dirección, Jefes de Oficina y coordinadores de Unidades Funcionales.

El documento es propiedad intelectual de SELVASALUD SA EPS'S. Puede ser reproducido por cualquier medio previa autorización y citando a la fuente. Para su corrección, ajuste o actualización trátase con la Gerencia General.

EQUIPO MECI

William Orlando Galarza Mera
Fulvio Alexander Herrera
Dra. Cruz Elena Flórez
Hernando Noe Tovar Banavides
Sandra Patricia Calderón
Maria Isabel Jacanamejoy
Uriel Fernando Gaviria Serna
Jorge Luis Guzmán Rocha

Gerente General
Gerente Nacional Administrativa y Financiera
Gerente Nacional Servicios de Salud
Gerente Nacional de Aseguramiento
Jefe Oficina Jurídica
Jefe Oficina Asuntos Indígenas
Jefe Oficina de Planificación
Jefe Oficina de Planificación

CONTROL DE VERSIONES

VERSION	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	Enero de 2005	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad
02	Diciembre 2007	Revisión y ajuste de la primera versión según nuevos lineamientos, sugerencias y requerimientos.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Comité de Calidad	Uriel Gaviria Serna Jefe Oficina Control Interno Jorge Luis Guzmán Jefe Oficina de Planificación	William Galarza Mera Gerente General

CONTENIDO**pág.**

	PAMEC 2007	0
1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO NORMATIVO	2
3.	MARCO CONCEPTUAL	3
4.	MARCO ESTRATÉGICO	6
4.1.	VISIÓN	6
4.2.	MISIÓN	6
4.3.	LA CALIDAD COMO GARANTÍA OBLIGATORIA: ESTRATEGIA	6
4.4.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2006—2010	7
	PARTE I. PAMEC 2007	8
1.	OBJETIVOS DEL PAMEC 2007	9
1.1.	GENERAL	9
1.2.	ESPECIFICOS	9
2.	ALCANCES	9
3.	ORGANIZACIÓN Y RESPONSABLES	9
4.	AUTOEVALUACIÓN	10
5.	PRIORIDADES	15
6.	CALIDAD ESPERADA	19
7.	CALIDAD OBSERVADA	29
7.1.	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	29
7.2.	CENTRO DE CONTACTO 018000 934040	29
7.3.	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	29
7.4.	GESTIÓN DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO	30
7.5.	AUDITORÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	30
7.6.	ATENCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y PETICIONES	30
7.7.	GESTIÓN ASOCIACIÓN DE USUARIOS	31
7.8.	CONTRATACION DE LA RED DE PRESTADORES	31
8.	MEJORAMIENTO	33
9.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	34
	GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS	34

1. INTRODUCCIÓN

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y es entendida como un "mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

Con este documento SELVASALUD pretende establecer el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como una herramienta de gestión de la calidad que promueva, evalúe y mejore la atención de salud de sus usuarios en armonía con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En este orden de ideas el documento compendia el conjunto de orientaciones, acciones y resultados que, en materia de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, ha realizado Selvasalud 2007. Con su preparación y redacción la empresa ha tenido la oportunidad de adelantar en varios propósitos. Por una parte, en el ajuste del Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC, observando con detenimiento disposiciones, recomendaciones y requerimientos de los entes que norman, regulan y controlan el sistema a nivel nacional. En particular, los requerimientos de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud dispuestos en la comunicación NURC 3006-2-47 de 2007 relativa al PAMEC de Selvasalud.

Con la atención a este requerimiento, la empresa también ha querido: a) documentar de una manera más ordenada, coherente y completa, los esfuerzos realizados en diferentes aspectos de la auditoría del mejoramiento de la calidad; b) evaluar el estado del mejoramiento realizado y establecer una línea de base más apropiada para la orientación del PAMEC en 2008; y c) mejorar la competencia de las dependencias, profesionales e instancias que, como el Comité de Calidad, tienen responsabilidad en el desarrollo del tema.

Para efectos de lo anterior se ha organizado este documento en tres partes. En la Parte I, se compendian las orientaciones que en el curso del año se han materializado como Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC. Esto se estructura observando las indicaciones sugeridas en el documento *Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*, publicado por el Ministerio de la Protección Social. La sección comprende entonces los objetivos, alcances, acciones, organización y demás aspectos indicados en la ruta crítica de las guías mencionadas.

En la Parte II, se relacionan las actividades de mejoramiento adelantadas alrededor de los procesos prioritarios relacionados con: suficiencia de la red de prestadores, desempeño de la referencia y contrarreferencia, verificación de los requisitos de habilitación de la red de prestadores, control a la calidad del técnico científico y satisfacción de los usuarios. Se incluyen los instrumentos utilizados para compendiar las actividades de mejoramiento realizadas en cada caso.

De otro lado, la Parte III presenta los resultados del monitoreo al plan de mejoramiento en los procesos prioritarios identificados y se cierra con anexos que detallan algunos aspectos tratados en el cuerpo del documento. Así, de este modo, Selvasalud resume en

este texto el programa de auditoría llevado a cabo en 2007, describiendo acciones de mejoramiento y resultados observados en la vigencia, todo esto en el marco del Plan Estratégico 2006-2010 y sus objetivos.

2. MARCO NORMATIVO

Este capítulo hace un breve recuento de las normas vigentes relacionadas con el contexto y especificidades de la auditoría del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Con la Ley 100 de 1993, Colombia modificó su modelo de prestación de servicios de salud, reestructurando el Sistema nacional de salud (definido anteriormente por el Decreto 056 de 1975) mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-. Los cambios introducidos implican la universalización del aseguramiento en salud a través de la transformación de subsidios de oferta a demanda y la concurrencia de los subsectores público, privado y de la seguridad social.

Esto significa que los dineros que antes financiaban el funcionamiento de las instituciones públicas pasan ahora al subsidio de la población más pobre y vulnerable identificada a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) y cuyos recursos los manejan las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Según el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), estas ARS deben implementar las estrategias necesarias para la identificación de la población del riesgo y desarrollar en conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) las actividades de prevención y control de la morbilidad y mortalidad evitable con el fin de lograr un cambio positivo en la población.

La Resolución 0412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta 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.

En el decreto número 1280 de 2002 se define el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control donde se resalta entre otros objetivos el fortalecer la capacidad técnica, financiera, administrativa y operativa de los organismos y agentes que ejercen dichas funciones, estandarizando procesos críticos e indicadores para evaluar tanto la gestión de las entidades vigiladas y de las propias integrantes del sistema que mediante el presente decreto se organiza, así como el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y demás regulaciones que rigen para el Sector Salud.

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

El decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, establece el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que busca mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, podrán realizar visitas de seguimiento a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que integran su red de servicios, para verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales y para constatar las condiciones de calidad

en las cuales se están prestando los servicios dentro de los parámetros que defina el Ministerio de Salud.

Además, deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios.

3. MARCO CONCEPTUAL

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD, SOGCS

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. "Es el conjunto de instituciones, norma, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país"

PAMEC

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios" . El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

AUDITORIA

Las definiciones sobre el asunto son múltiples, sin embargo en el área de salud, de acuerdo a la legislación vigente se define a la Auditoría como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios" .

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

NIVELES DE AUDITORIA

6. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
7. Auditoría interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
8. Auditoría externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

TIPOS DE ACCIONES

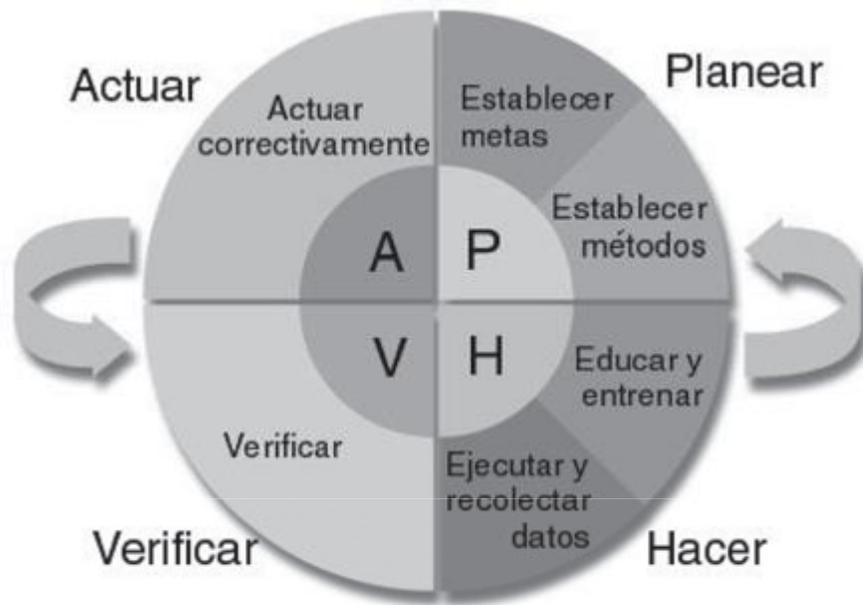
El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

CICLO GERENCIAL PHVA

Observando las pautas del Ministerio de la Protección Social se confirma que el PHVA se considera un método gerencial básico, versátil y un instrumento útil para iniciar la formulación de planes de mejoramiento de calidad. A la fase de PLANEAR sigue el HACER, que consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos. Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR, hacer monitoreo periódico y ACTUAR correctiva y oportunamente las fallas detectadas, identificando las causas y definiendo soluciones oportunas. La siguiente ilustración, precisa lo anterior.

Ilustración 1. Esquema del Ciclo Gerencial PHVA



Fuente. Guías básicas del Ministerio de la Protección Social para el PAMEC

4. MARCO ESTRATÉGICO

A continuación se presentan los principales referentes para el PAMEC 2007, tomados del Plan Estratégico 2006-2010. Se describen aspectos claves de la plataforma estratégica de la empresa, en particular, la estrategia general que desarrollan los objetivos.

4.1. VISIÓN

Convertirnos en el año 2010, en la empresa de salud más destacada en las regiones que operamos por la calidad e integralidad de nuestros servicios, los niveles de satisfacción de nuestros clientes y el equilibrio entre nuestra rentabilidad económica y social.

4.2. MISIÓN

Somos una organización especializada en la satisfacción de las necesidades de salud de la población colombiana. Ofrecemos los mejores planes de beneficio de manera oportuna, integral y eficiente, respetando la diversidad cultural y *formas* de vida de nuestros afiliados. Además de nuestros empleados, son nuestros clientes las direcciones territoriales de salud, los proveedores de bienes y servicios del sector, los organismos de control y demás integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.3. LA CALIDAD COMO GARANTÍA OBLIGATORIA: ESTRATEGIA

“La Calidad como Garantía Obligatoria” es la expresión de la estrategia para la sobrevivencia, consolidación, crecimiento y desarrollo de la empresa.

Es un imperativo que la empresa supere sus debilidades en materia de procesos y procedimientos; sistemas de información, planificación, control interno y gestión de la calidad; descentralización de la gestión, planta de personal y comunicaciones entre todos los niveles territoriales. La búsqueda de la calidad en los procesos, sistemas y servicios puede considerarse una estrategia pertinente por los siguientes motivos:

- La garantía de la calidad convertirá las debilidades en fortalezas y mejorará la respuesta de la empresa frente a los cambios del Sistema: se neutralizarán amenazas;
- Al mejorar la calidad de los servicios Selvasalud consolidará su imagen corporativa entre sus afiliados, la población y demás clientes: consolidará una fortaleza);
- Al fortalecer la imagen corporativa, la empresa tendrá mayores oportunidades de crecer en el régimen subsidiado, prestar otros planes de beneficios, proveer bienes y servicios complementarios y capitalizarse: aprovechará oportunidades;
- Al mejorar la satisfacción de sus afiliados, contará con aliados para enfrentar la incertidumbre y la injerencia política, la coacción del mercado y la competencia desleal.

4.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2006—2010

Los objetivos del Plan Estratégico 2006-2010 están encaminados a fortalecer la posición en el mercado de los servicios de salud y, en general, atienden a la estrategia de desarrollar la empresa institucionalmente con el fin de mejorar la calidad de sus procesos y procedimientos, consolidar su posición en la región de origen, posicionar la empresa a nivel nacional y participar en otros mercados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son 6 objetivos:

- Obtener la acreditación de calidad en salud.
- Ampliar y diversificar el mercado de bienes y servicios de salud.
- Fortalecer la cultura organizacional y la gestión del talento.
- Fortalecer las comunicaciones y la imagen corporativa.
- Desarrollar proyectos de infraestructura y dotación.
- Fortalecer la capacidad financiera de la empresa

Si bien los objetivos estratégicos refieren a la calidad en muchos aspectos, el Plan Estratégico 2006-2010 hace evidente, en el primero de ellos, el interés por mejorar la calidad y, en concreto, en lograr la acreditación en salud. El Plan evidencia la convicción de que para permanecer en el mercado del aseguramiento es fundamental que la empresa desarrolle procesos y estándares de calidad en los servicios, en una dinámica organizacional mediada por un programa de mejoramiento continuo orientado al mejoramiento de procesos y procedimientos, al fortalecimiento de los sistemas de información y comunicaciones y el mejoramiento de los sistemas de planificación, control interno, gestión de calidad y, específicamente, del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.



PARTE I. PAMEC 2007

1. OBJETIVOS DEL PAMEC 2007

1.1. GENERAL

Garantizar la prestación de los servicios de salud del POS-S con características de Continuidad, Oportunidad, Pertinencia Accesibilidad y Seguridad a los usuarios de SELVASALUD S.A EPS, a través de la ejecución sistemática de un programa de auditoría y verificación de procesos prioritarios, con el propósito de implementar acciones que propicien el mejoramiento continuo.

1.2. ESPECIFICOS

- Definir los procesos prioritarios de la empresa con base en la aplicación de criterios técnico centrados en el usuario.
- Aplicar un proceso permanente de seguimiento a los procesos prioritarios tendientes a lograr el aprendizaje organizacional.
- Formular planes de mejoramiento para los procesos priorizados constituyéndose, en un mecanismo para el logro de niveles superiores de calidad.
- Estimular y propiciar la participación del cliente interno en el enfoque de la cultura de la calidad y el autocontrol.

2. ALCANCES

La evaluación del seguimiento comprende el periodo enero a octubre 2007. Se aplicará el enfoque de autocontrol para todos los procesos calificados como prioritarios. Se aplicará el enfoque de Auditoría Interna al proceso de Autorización de Servicios de Salud y el proceso de Centro de Contacto, dentro de los procesos prioritarios. Otros procesos a evaluarse con este enfoque son: Contratación Red de Prestadores y Pago a la Red de Prestadores. Con enfoque de Auditoría externa, se evaluará el proceso de Suficiencia de Red.

3. ORGANIZACIÓN Y RESPONSABLES

En 2007 Selvasalud se propuso mejorar la auditoría de la calidad de la atención en salud implementando las normas sobre calidad y ajustando la estructura organizacional de manera más apropiada para su mejoramiento. En este orden de ideas se realizaron esfuerzos para poner en práctica las disposiciones de:

- La Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios (NTCGP 1000:2004);
- El Decreto 1599 de 2005, por el cual se adopta el modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen

normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado (MECI 1000:2005);

- Y la Circular No.1000-002-07 de 2007, del Departamento Administrativo de la Función Pública que recomienda centrar la responsabilidad de la implementación del MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004 en un solo equipo al interior de la entidad y, en particular, que el Comité de Coordinación de Control Interno sea la máxima instancia decisoria en materia de calidad.
- En consecuencia se emitió la resolución ____ mediante la cual se creó y puso en marcha el Comité de Calidad, en sus niveles directivo y operativo, como máximo responsable del mejoramiento de la calidad en la empresa y del PAMEC en particular. Este Comité vincula a las Oficinas de Control Interno y Planificación y formaliza el rol que vienen desempeñando en la materia.

Además de lo anterior, en 2007 la empresa ha invertido mayores esfuerzos y recursos para poner en operación y fortalecer una unidad de Auditoría en Salud, encargada de los procesos de auditoría sobre la prestación de servicios y adscrita a la Gerencia de Servicios de Salud. Desde esta dependencia se orienta la ejecución de los procesos de auditoría de la calidad, la prestación de servicios de salud y complementarios, y la gestión de los recobros¹.

4. AUTOEVALUACIÓN

Como primer paso para ajustar el PAMEC 2007 la empresa realizó un diagnóstico general de la atención en salud, identificando problemas, fallas o aspectos de la calidad relevantes por su impacto sobre el usuario. Para estos efectos se realizó monitoreo a los procesos, a través de la metodología MATRIZ DOFA con el propósito de identificar los problemas y definir los objetivos estratégicos para el abordaje de los mismos. Se identificaron entonces los problemas y se definieron objetivos para subsanarlos como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 1. Aspectos de la calidad a mejorar por su impacto sobre el usuario

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	OBJETIVOS
1. Falta Provisión de recursos (económicos, humanos, logísticos, capacitación y entrenamiento). 2. Sistema de información insuficiente (atención al usuario, autorizaciones, copagos, Red de servicios, . 3. Baja Capacidad para la Comunicación con clientes internos y externos.	1. Gestionar y provisionar recursos para actividades que mejoren la calidad de la atención. 2. Definir y ajustar un sistema de información con capacidad de funcionar de manera eficiente con los procesos críticos de la organización 3. Gestionar la creación de mecanismos que nos permitan conocer las necesidades y

¹ Entre los primeros se encuentran: Planeación de actividades de auditoria, Auditoría de cuentas de servicios de salud, Auditoría de la prestación de servicios de salud, Control de calidad de auditoría de cuentas, Control de calidad de auditoría de servicios de salud, Gestión de indicadores de calidad de los servicios de salud. Entre los segundos Reconocimiento de reembolsos, Gestión de Comité Técnico Científico, Gestión de tutelas en la prestación de servicios de salud. Y los terceros: Recobros a ARP, Recobros a las prestadoras, Recobros al ente territorial, Recobros al FOSYGA, Recobros de alto costo, Gestión de indicadores de calidad de los servicios de salud.

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	OBJETIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 4. Deficiencias en la Gestión, definición, interrelación y control de procesos 5. Debilidades en el flujo de recursos. 6. Aumento de autorizaciones por pago anticipado con red no contratada. 7. Aumento en instauración de tutelas. 8. Falta de Modelo de Atención 9. Desarticulación de métodos 10. Falta planificación de actividades 11. Baja Definición metodológica, selección, evaluación y control de oferentes. 12. Baja Capacidad adaptativa a cambios en el SGSSS 13. Baja Definición y verificación de metas y controles a prestadores 14. Red no suficiente en algunos municipios 15. Bajo Conocimiento de perfiles sociodemográficos y epidemiológicos. 16. Baja Capacidad gestión de EPS-S entes municipales 17. Baja Capacidad de gestión con red (dominante) contratación y gestión de información 18. baja gestión documental. 19. Deficiencias en capacitación, formación y entrenamiento. 20. Baja gestión afiliación (selección adversa) 21. Alta dispersión geográfica. 22. Trámites administrativos excesivos por ausencia de manual de contratación. 23. Deserción del personal por pagos. 	<p>expectativas de nuestros clientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Definir, ajustar y estandarizar los procesos de gestión, misionales y de apoyo 5. Definir estrategias que permitan realizar una gestión efectiva del flujo de recursos del régimen subsidiado. 6. Conformar una red suficiente y con la capacidad necesaria para enfrentar la demanda de servicios de salud con características de calidad. 7. Definir e implementar el modelo de atención de la EPS-S 8. Definir políticas y métodos de selección, evaluación, control y verificación de metas de los prestadores. 9. definir estrategias que permitan gestionar el cambio organizacional y el enfoque integrado y sistémico. 10. definir estrategias para asegurar los servicios de salud a la población dispersa y con red insuficiente. 11. Fortalecer mecanismos de coordinación, cooperación entre la EPS-S y los entes municipales facilitar y mejorar el flujo de recursos e información. 12. Definir estrategias que permitan gestión de información y negociación con prestadores. 13. Definir métodos y procedimientos encaminados a realizar una eficiente gestión documental. 14. Fortalecer el talento humano mediante el ajuste del programa de capacitación, formación y entrenamiento. 15. Implementar y socializar el manual de contratación. 16. Implementar estrategias para cumplimiento de pagos al personal.

Para complementar la Autoevaluación se practicó también la verificación de los estándares de habilitación del siguiente modo: el responsable del proceso, programó verificó y evaluó el cumplimiento de las actividades relacionadas en los estándares de habilitación. Para el caso, el responsable de los procesos de Atención al Usuario nacional, adelantó esta actividad de autoevaluación, en las oficinas de atención al usuario de las seccionales, a través de la lista de chequeo para registrar y evaluar el grado de cumplimiento de las

actividades propuestas, de los soportes documentales y otros productos. A continuación se describe la lista de chequeo.

Tabla 2. Lista de chequeo para la verificación de los estándares de Habilitación.

TEMA	OBLIGACIÓN	CHEQUEO	% AVANCE	FORMATOS Y OTROS	OBSERVACIONES
Mecanismos para la divulgación de información sobre copagos	Disponer de material informativo sobre copagos: servicios sujetos y exentos de copagos, tarifas de cobro según nivel de sisben y grupo poblacional, topes de cobro por evento y por año, soportes de entrega de información.	Revisar si se tiene soportes de entrega de información a los usuarios sobre copagos. Dejar originales y traer copia de soportes a la central.		Formato como soporte de entrega del material de copagos.	Utilizar la tabla de copagos como material informativo.
Mecanismos para la divulgación de información sobre copagos	Actas de capacitación a los afiliados sobre copagos	Recopilar las actas de capacitación con planillas sobre copagos. Originales en la seccional y traer copias a la central.		Formato acta de capacitación.	Si no se tienen, se organizarían las actas de acuerdo al formato con la planilla de asistencia. Tiene que ver con el proceso de información al afiliado, sólo que la Superintendencia anota en el estándar 10 la divulgación de copagos.
Del proceso de información a los afiliados (previa a la afiliación).	Disponer del material informativo y de trabajo utilizado por los responsables de brindar esta información	Revisar si se tiene soportes de entrega de material: manual de usuario o plan de beneficios en traslados o en ampliaciones de cobertura. (Con el área de afiliaciones)		Formato de carnetización.	Pendiente enviar de la central a las seccionales nuevo material para informar a los usuarios potenciales.
Del proceso de información a los afiliados	Facturas de cuñas radiales que incluyan información suministrada a los potenciales beneficiarios.	Pendiente (Chocó) solicitar facturas y certificado emisoras (de la contratación radial en el período de traslados).			Revisar en las otras seccionales si ya se enviaron las facturas de las cuñas a Carolina.
Información sobre procedimientos de afiliación, coberturas económicas y trámites, red de servicios y otros	Disponer de material informativo y de trabajo utilizado por los responsables de brindar esta información, así como documentos que soporten la entrega de la información a los usuarios sobre los aspectos concernientes al SGSSS.	Revisar si se tiene soportes de entrega de información sobre derechos y deberes, sobre plan de beneficios, red de servicios.			Pendiente enviar de la central a las seccionales nuevo material para informa a los afiliados.
Información sobre procedimientos de afiliación, coberturas económicas y trámites, red de	Planilla de entrega de información y actas de capacitación a los afiliados.	Recopilar las actas de capacitación con planillas de asistencia sobre los diferentes temas de interés para los usuarios. Originales		Formato de acta, formato de planilla de asistencia.	

TEMA	OBLIGACIÓN	CHEQUEO	% AVANCE	FORMATOS Y OTROS	OBSERVACIONES
servicios y otros.		en la seccional y traer copias a la central.			
Procedimientos de recepción y respuesta a quejas y de defensa del usuario	Informe de quejas del último trimestre y trámite a las mismas.	Revisar informe del último trimestre de quejas. Traer formato excel diligenciado.		Base de datos de quejas y reclamos.	
Procedimientos de recepción y respuesta a quejas y de defensa del usuario	Cuadro consolidado de quejas con seguimiento y solución final.	Traer consolidado de quejas con seguimiento y solución final.			
Procedimientos de recepción y respuesta a quejas y de defensa del usuario	Realización de informes de gestión por periodo de tiempo determinado.	Revisar los informes de gestión que se tengan de la asociación de usuarios. (De acuerdo al formato de informe de gestión de las asociaciones de usuarios)			
Procedimientos de recepción y respuesta a quejas y de defensa del usuario	Actas de conformación y reuniones del último semestre por municipio.	Revisar actas de conformación y reuniones del último semestre por municipio. Si no se tienen adelantar trabajo para recopilar documentos. La idea es traer evidencias del proceso.		Formatos de actas de conformación y de reuniones de asociación de usuarios. Y formatos de junta de asociación.	OK. Quibdó. Pendientes productos 12 municipios
Procedimientos para entrenar a trabajadores de la ARS e IPS para informar a los usuarios.	Plan de capacitación anual e informe de ejecución del mismo.	Consolidado de capacitación por mes.			
Procedimientos para entrenar a trabajadores de la ARS e IPS para informar a los usuarios.	Programas de planeación y ejecución de actividades de capacitación.	Documento que prepara Atención al Usuario del nivel central.			
Procedimientos para entrenar a trabajadores de la ARS e IPS para informar a los usuarios.	Certificación de asistencia.	Revisar y traer copias de recibidos de entrega de certificados a funcionarios de la ARS y de la Red.		Formato de certificado.	

TEMA	OBLIGACIÓN	CHEQUEO	% AVANCE	FORMATOS Y OTROS	OBSERVACIONES
Procedimientos para entrenar a trabajadores de la ARS e IPS para informar a los usuarios.	Acta de capacitación con planillas de asistencia.	Revisar y recopilar actas de capacitación a los funcionarios de la ARS y de la red con planillas de asistencia. Se traen copias y se dejan en la seccional los originales.		Formato de acta y convocatoria.	OK. Quibdó. Pendientes productos 12 municipios

Además de la lista de chequeo, y para efectos de seguimiento a la implementación de procesos, se aplicó en esta fase de auditoría para el mejoramiento, una prueba piloto a los procesos del Sistema de Información y Atención al Usuario, a través de la Matriz de seguimiento de procesos, para que el responsable del proceso a nivel nacional, estableciera el porcentaje de avance en la implementación en un período de tiempo determinado, como se muestra para el caso de Gestión de Asociaciones de Usuarios:

Tabla 3. Matriz de seguimiento a la implementación de procesos

MATRIZ SEGUIMIENTO IMPLEMENTACION DE PROCESOS		
GESTION DE ASOCIACIONES DE USUARIOS I SEMESTRE 2007		
FASE	COMPONENTE	%
PREPARATORIA/ CONDICIONES BÁSICAS	Equipo de trabajo	
	Presupuesto disponible	60%
	Cargo/contratación definida	20%
	Personal responsable vinculado	60%
	Responsable capacitado y entrenado	60%
	Estructura actualizada y formalizada	50%
	Implementación Software	
	Presupuesto disponible	70%
	Equipamiento disponible	25%
	Software desarrollado y probado	0%
	Ingreso de datos básicos	0%
	Uso del módulo en prueba	0%
		Promedio Fase
OPERACIÓN	Software en operación	0%
	Programación /tiempos definidos	100%
	Recursos disponibles	0%
	Actividades en ejecución	30%
	Uso de indicadores	25%
	Productos actualizados disponibles	40%
	Promedio Fase	32,5%
TOTAL		33,5%

5. PRIORIDADES

Una vez identificados las oportunidades de mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios, el ajuste del PAMEC 2007 de la empresa conllevó la identificación de los procesos involucrados para, en seguida, proceder a su análisis y priorización según su impacto sobre la calidad de la atención a los afiliados. En esta priorización participaron los equipos que participaron en el ejercicio de autodiagnóstico.

Se elaboró entonces una lista de priorización de procesos a través de una matriz donde se relacionaron con los objetivos de calidad indicados en la tabla anterior. Los procesos priorizados finalmente siguen siendo los observados en el PAMEC anterior y están relacionados con:

1. La suficiencia de la red de prestadores.
2. El desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia.
3. La verificación de los requisitos de habilitación de la red de prestadores.
4. El control a la calidad del técnico científico y
5. La satisfacción de los usuarios

Para establecer las prioridades según su relación con los objetivos de calidad se estableció la siguiente escala:

1. Relación baja
2. Relación media baja
3. Relación media
4. Relación media fuerte
5. Relación fuerte

De esta primera priorización de extrajeron 5 macroprocesos, los cuales se extrajeron calificando la matriz con un puntaje dentro de una escala de 1 a 5. A continuación se exponen los resultados.

Tabla 4. Relación de objetivos de calidad y macroprocesos

RELACION MACROPROCESOS/ OBJETIVOS DE CALIDAD		MPR 1	MPR 2	MPR 3	MPR 4	MPR 5	MPR 6	MPR 7	MPR 8	MPR 9	MPR 10	MPR 11	MPR 12	MPR 13	MPR 14	MPR 15
		Gestión de recursos de aseguramiento	Pago a prestadores	Gestión administrativa	Afiliación y registro	Promoción de la afiliación	Carnetización	Contratación de aseguramiento	Liquidación de aseguramiento	Atención al usuario	Planeación de la atención	Contratación de la red de prestadores	Liquidación de servicios de salud	Auditoría de la calidad	Prestación de servicios de salud y complementarios	Gestión Comité Técnico Científico
OBJ 1	Gestionar y provisionar recursos para actividades que mejoren la calidad de la atención.	3	3	2	3	3	3	3	2	5	5	5	2	5	5	1
OBJ 2	Definir y ajustar un sistema de información con capacidad de funcionar de manera eficiente con los procesos críticos de la organización	2	3	3	4	3	3	3	2	5	5	5	3	5	5	5
OBJ 3	Gestionar la creación de mecanismos que nos permitan conocer las necesidades y expectativas de nuestros clientes.	1	1	1	1	3	2	1	1	5	5	3	1	3	5	5
OBJ 4	Definir, ajustar y estandarizar los procesos de gestión, misionales y de apoyo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
OBJ 5	Definir estrategias que permitan realizar una gestión efectiva del flujo de recursos del régimen subsidiado.	5	5	4	4	2	2	4	3	2	3	5	4	4	4	4
OBJ 6	Conformar una red suficiente y con la capacidad necesaria para enfrentar la demanda de servicios de salud con características de calidad.	2	3	3	2	3	3	3	2	3	5	5	3	5	5	2
OBJ 7	Definir e implementar el modelo de atención de la EPS-S	1	3	1	2	2	2	2	1	5	5	5	3	5	5	3
OBJ 8	Definir políticas y métodos de selección, evaluación, control y verificación de metas de los prestadores.	1	4	3	3	3	3	3	3	4	5	5	3	5	4	3
OBJ 9	Definir estrategias que permitan gestionar el cambio organizacional y el enfoque integrado y sistémico.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

RELACION MACROPROCESOS/ OBJETIVOS DE CALIDAD		MPR 1	MPR 2	MPR 3	MPR 4	MPR 5	MPR 6	MPR 7	MPR 8	MPR 9	MPR 10	MPR 11	MPR 12	MPR 13	MPR 14	MPR 15
		Gestión de recursos de aseguramiento	Pago a prestadores	Gestión administrativa	Afiliación y registro	Promoción de la afiliación	Carnetización	Contratación de aseguramiento	Liquidación de aseguramiento	Atención al usuario	Planeación de la atención	Contratación de la red de prestadores	Liquidación de servicios de salud	Auditoría de la calidad	Prestación de servicios de salud y complementarios	Gestión Comité Técnico Científico
OBJ 10	Definir estrategias para asegurar los servicios de salud a la población dispersa y con red insuficiente.	2	2	3	4	3	4	3	2	5	5	5	3	5	5	5
OBJ 11	Fortalecer mecanismos de coordinación, cooperación entre la EPS-S y los entes municipales facilitar y mejorar el flujo de recursos e información.	5	3	4	5	5	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4
OBJ 12	Definir estrategias que permitan gestión de información y negociación con prestadores.	3	5	4	3	3	3	3	3	3	4	5	3	5	5	4
OBJ 13	Definir métodos y procedimientos encaminados a realizar una eficiente gestión documental.	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4
OBJ 14	Fortalecer el talento humano mediante el ajuste del programa de capacitación, formación y entrenamiento.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
TOTAL		44	51	47	50	49	49	49	43	61	66	67	47	66	67	55

Luego de realizar la matriz, se pudo concluir que los cinco macroprocesos que tienen mayor relación con los objetivos de calidad indicados son:

1. Planeación de la atención en salud
2. Auditoría y mejoramiento de la calidad
3. Contratación de la red prestadora de servicios de salud
4. Atención al usuario
5. Prestación de servicios de salud

Una descripción detallada de los procesos que integran cada macroproceso priorizado puede consultarse en el Anexo 1.

Tras identificar los cinco macroprocesos, se realizó una segunda priorización. Se extrajo cada uno en una matriz de calificación de priorización donde se incluyeron los procesos que le pertenecen y se comenzó a dar una puntuación en una escala de 1 a 5, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Impacto en el usuario
- Impacto en cliente interno
- Impacto financiero (en términos de costos de no calidad)
- Impacto en imagen y organización

Con el ánimo de establecer una segunda priorización, SELVASALUD S.A. EPS-S, seleccionó un grupo focal, el cual estuvo conformado por los equipos de la Gerencia de Servicios de Salud, las Oficinas de Control Interno y Planificación, algunos Gerentes y Coordinadores Seccionales. El grupo focal definió y estableció los procesos de mayor impacto según los criterios señalados con los resultados que indica la siguiente tabla.

Tabla 5. Procesos de mayor impacto priorizados

PROCESO	IMPACTO EN EL USUARIO	IMPACTO EN EL CLIENTE INTERNO	IMPACTO FINANCIERO	IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORATIVA	TOTAL
Autorización de Servicios de Salud	5	5	5	4	500
Centro de contacto 018000934040	5	4	4	5	400
Definición de la red de prestadores de servicios de salud	4	5	5	4	400
Contratación de la red de prestadores de servicios de salud	5	5	4	4	400
Referencia y Contrarreferencia	5	4	4	4	320
Información y Educación al Usuario	5	3	5	4	300
Gestión del Comité Técnico Científico	4	5	5	3	300
Auditoría de la Prestación de servicios de Salud	5	3	5	4	300
Calculo de la capacidad de oferta y demanda de servicios de salud	4	4	4	4	256
Planeación de la Atención en salud	4	4	4	4	256
Capacitación a funcionarios de ARS y Prestadores	4	4	4	4	256
Control de calidad en Auditoría de los servicios de salud	5	2	5	4	200

Puede observarse en esta tabla que las mayores prioridades están asignadas a procesos que son básicos para establecer la suficiencia de la red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, la verificación de los requisitos de habilitación de la red de prestadores, el control a la calidad del técnico científico y la satisfacción de los usuarios.

6. CALIDAD ESPERADA

Se definieron los estándares de calidad conducentes a obtener mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y por traducir necesidades especificaciones de productos, servicios y procesos para monitorear a través indicadores.

En concordancia con lo anterior se establecieron los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.

Se definieron los indicadores que permitirán evaluar los procesos y las metas esperadas de los mismos y se construirá la respectiva ficha técnica.

En términos del resultado del ejercicio descrito anteriormente, a continuación se presentan las fichas técnicas de indicadores de calidad a procesos prioritarios.

- Autorización de Servicios de Salud
- Centro de contacto 018000934040
- Definición de la red de prestadores de servicios de salud
- Contratación de la red de prestadores de servicios de salud
- Referencia y Contrarreferencia
- Evaluación de la satisfacción del usuario
- Gestión del Comité Técnico Científico
- Auditoría de la Prestación de servicios de Salud
- Calculo de la capacidad de oferta y demanda de servicios de salud
- Planeación de la Atención en salud
- Gestión de las Asociaciones de Usuarios.
- Control de calidad en Auditoría de los servicios de salud
- Atención de quejas reclamos, peticiones y sugerencias.
- Autorización de Servicios de Salud



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Autorizaciones de servicios de salud
NOMBRE DEL INDICADOR: OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EAPB
DEPENDENCIA: AUTORIZACIONES NACIONAL

DESCRIPCIÓN: Hace referencia al Promedio de la Sumatoria del numero de transcurridos entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB

FÓRMULA:
$$\frac{\text{Sumatoria del numero de transcurridos entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB}}{\text{Total de solicitudes de referencia}}$$

UNIDAD DE MEDIDA: DIAS

FUENTES: EAPB: Archivo del Registro de autorizaciones de servicios

RESPONSABLE(S): EAPB: Auditor seccional

PERIODICIDAD: SEMESTRAL: Remisión de la información (obligatoria)

NIVEL DE META **SATISFACTORIO**
5 días

OBSERVACIONES:



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Centro de Contacto 018000934040
NOMBRE DEL INDICADOR: PROPORCION DE RESPUESTAS INMEDIATAS
DEPENDENCIA: Unidad Funcional de Atención al Usuario

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir el conocer la oportunidad en la Atención y respuesta de los requerimientos de información realizados por los usuarios las 24 horas todos los días de la semana.

FÓRMULA:
$$\frac{\text{Nro. de respuestas inmediatas emitidas a los usuarios del servicio} * 100}{\text{Nro. de llamadas recibidas en un mes}}$$

UNIDAD DE MEDIDA: PORCENTAJE

FUENTES: MODULO CALL CENTER

RESPONSABLE(S): Operadora Línea Gratuita Oficina de Atención al Usuario Nacional.

PERIODICIDAD: Semanal
FECHA DE ENTREGA: los primeros cinco días de cada mes
ENTREGAR A: Gerente.

NIVEL DE META **SATISFACTORIO**
100%

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Medición de la satisfacción del usuario
NOMBRE DEL INDICADOR: TASA DE SATISFACCION GLOBAL
DEPENDENCIA: Unidad Funcional de Atención al Usuario

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios brindados por la EPS así como la capacidad de transformar las oportunidades de mejoramiento en fortaleza institucional. Esta enmarcado dentro del objetivo estratégico Satisfacción del Usuario

FÓRMULA:
$$\frac{\text{NO. de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la EAPBs}}{\text{Numero total de afiliados encuestados la EAPB}} * 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: PORCENTAJE

FUENTES: FORMULARIO AUSM-04
Reporte Mensual de las Seccionales Herramienta Tecnológica

RESPONSABLE(S): Auxiliar de la Oficina de Atención al Usuario Municipal

PERIODICIDAD: MENSUAL
FECHA DE ENTREGA: los primeros cinco días de cada mes
ENTREGAR A: Gerente.

NIVEL DE META SATISFACTORIO
 100%

OBSERVACIONES:



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de comité técnico científico
NOMBRE DEL INDICADOR: Conformación y Certificación de los CTC
DEPENDENCIA: Unidad de Autorizaciones y Remisiones Seccional

DESCRIPCIÓN: Hace referencia al porcentaje de CTC, debidamente conformados y certificados por la SUPERSALUD.

FÓRMULA:
$$\frac{\text{Sumatoria del numero de CTC, debidamente conformados y certificados por la SUPERSALUD.}}{\text{Total de CTC regionales que deben conformarse y certificarse por SUPERSALUD.}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: Porcentaje de CTC.

FUENTES: EAPB: Archivo del Registro de documental de CTC conformados y Certificados.

RESPONSABLE(S): EAPB: Auditor seccional

PERIODICIDAD: SEMESTRAL

NIVEL DE META **SATISFACTORIO**

100%
CTC

OBSERVACIONES:



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: 4.5.3. Auditoría de la prestación de servicios de salud
NOMBRE DEL INDICADOR: Cumplimiento en la verificación de estándares de habilitación
DEPENDENCIA: Unidad de Auditoría Nacional en Salud

DESCRIPCIÓN: Hace referencia al porcentaje de IPS en las que se realizó verificación de estándares de habilitación.

FÓRMULA:
$$\frac{\text{Número de IPS con verificación de estándares de habilitación}}{\text{Total de IPS objeto de verificación de estándares de habilitación}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: Porcentaje de IPS

FUENTES: EAPB: Registro de documental de auditorias a la prestación de los sevicios de salud.

RESPONSABLE(S): EAPB: Auditor seccional

PERIODICIDAD: CUATRIMESTRE

NIVEL DE META SATISFACTORIO
100%

OBSERVACIONES:

HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Atención de Quejas y Reclamos
NOMBRE DEL INDICADOR: PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS
DEPENDENCIA: Unidad Funcional de Atención al Usuario

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios brindados por la EPS y la Red Contratada, así como identificar el nivel de corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos.

FÓRMULA:
$$\frac{\text{NO. de quejas resueltas a satisfacción del usuario antes de 15 días}}{\text{Número de quejas recibidas}} * 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: PORCENTAJE

FUENTES: Formulario AUSM-01
Reporte Mensual de las Seccionales Herramienta Tecnológica

RESPONSABLE(S): Auxiliar de la Oficina de Atención al Usuario Municipal

PERIODICIDAD: MENSUAL
FECHA DE ENTREGA: los primeros cinco días de cada mes
ENTREGAR A: Gerente.

NIVEL DE META **SATISFACTORIO**
90%

OBSERVACIONES:



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Asociación de Usuarios
NOMBRE DEL INDICADOR: TASA DE PARTICIPACION GLOBAL
DEPENDENCIA: Unidad Funcional de Atención al Usuario

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir el nivel de participación de los usuarios en las capacitaciones programadas y realizadas por la EPS , entendido como la oportunidad que tiene el afiliado de adquirir mecanismos que garanticen la defensa de sus derechos. Este indicador esta enmarcado dentro de los principios Corporativos de SELVASALUD

FÓRMULA:
$$\frac{\text{Total de capacitaciones programadas} * 100}{\text{total de capacitaciones realizadas}}$$

UNIDAD DE MEDIDA: PORCENTAJE

FUENTES: Consolidado de Gestion de las Asociaciones de Usuarios
Actas de capacitación con sus soportes

RESPONSABLE(S): Auxiliar de la Oficina de Atención al Usuario Municipal

PERIODICIDAD: MENSUAL
FECHA DE ENTREGA: los priemos cinco días de cada mes
ENTREGAR A: Gerente.

NIVEL DE META SATISFACTORIO
80%

OBSERVACIONES:



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Contratación de la red de prestadores
NOMBRE DEL INDICADOR: **GESTION DE LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD**
DEPENDENCIA: Auditoria nacional de la calidad

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir le eficacia en la legalización y perfeccionamiento de contratos de servicios de salud

FÓRMULA:
$$\frac{\# \text{ de contratos perfeccionados y legalizados durante el primer mes de la vigencia}}{\# \text{ de contratos elaborados por vigencia}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: PORCENTAJE

FUENTES: Base de datos de contratación 2007

RESPONSABLE(S): Coordinador Red de Servicios

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL
FECHA DE ENTREGA: Al final de cada trimestre
ENTREGAR A: Gerente de Servicios de salud

NIVEL DE META SATISFACTORIO
60%

OBSERVACIONES:



HOJA DE VIDA DE INDICADORES POR PROCESO

NOMBRE DEL PROCESO: Contratación de la red de prestadores
NOMBRE DEL INDICADOR: **GESTION DE LA CONTRATACION CON LA RED PUBLICA**
DEPENDENCIA: Auditoria nacional de la calidad

DESCRIPCIÓN: Este indicador nos permite medir y cumplir con los estandares minimos de contratación con la red pública a nivel nacional

FÓRMULA:
$$\frac{\text{Valor contratado con la red publica}}{\text{Valor total contratado}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: PORCENTAJE

FUENTES: Base de datos de contratación 2007

RESPONSABLE(S): Coordinador Red de Servicios

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL
FECHA DE ENTREGA: Al final de cada trimestre
ENTREGAR A: Gerente de Servicios de salud

NIVEL DE META SATISFACTORIO

60%

OBSERVACIONES:

7. CALIDAD OBSERVADA

Se refiere a los resultados de la medición periódica de cada uno de los indicadores de gestión, de acuerdo con lo establecido en la ficha técnica respectiva, para cada uno de los procesos definidos como prioritarios en el nivel de autocontrol. A continuación los detalles en cada caso.

7.1. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN DEL INDICADOR		
FECHA	Agosto 30 de 2007	
NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad de la referencia en la APB	
LINEA DE BASE 2007	3.4%	
META PROPUESTA 2007	5%	
ALCANCE PROMEDIO SEGUNDO SEMESTRE DEL 2006	VERIFICACIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO
	3,4%	
ALCANCE PROMEDIO PRIMER SEMESTRE 2007	4,3%	

7.2. CENTRO DE CONTACTO 018000 934040

INFORMACIÓN DEL INDICADOR	
FECHA	Sep-07
NOMBRE DEL INDICADOR	PROPORCION DE RESPUESTAS INMEDIATAS
LINEA DE BASE 2007	90%
META PROPUESTA 2007	100%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER TRIMESTRE	97,3
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO TRIMESTRE	97,1
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	97,3
ALCANCE PROMEDIO PERIODO CUARTO TRIMESTRE	

7.3. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

INFORMACIÓN DEL INDICADOR	
FECHA	Sep-07
NOMBRE DEL INDICADOR	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL
LINEA DE BASE 2007	90%
META PROPUESTA 2007	100%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER TRIMESTRE	96,28
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO TRIMESTRE	91,56
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	97,12
ALCANCE PROMEDIO PERIODO CUARTO TRIMESTRE	

7.4. GESTIÓN DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

INFORMACION DEL INDICADOR		
FECHA	30 de octubre de 2007	
NOMBRE DEL INDICADOR	Conformación y Certificación de los CTC	
LINEA DE BASE 2007	17%	
META PROPUESTA 2007	100%	
ALCANCE PROMEDIO PRIMER SEMESTRE DEL 2007	VERIFICACIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO
	16,7%	
ALCANCE PROMEDIO SEGUNDO SEMESTRE 2007	33,3%	

7.5. AUDITORÍA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN DEL INDICADOR	
FECHA	15 de noviembre de 2007
NOMBRE DEL INDICADOR	Visitas de verificación de las condiciones de habilitación a las IPS.
LINEA DE BASE 2007	100%
META PROPUESTA 2007	100%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER CUATRIMESTRE	136%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO CUATRIMESTRE	129%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER CUATRIMESTRE	37%

7.6. ATENCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y PETICIONES

INFORMACIÓN DEL INDICADOR	
FECHA	Sep-07
NOMBRE DEL INDICADOR	EFICACIA EN RESPUESTA AL USUARIO
LINEA DE BASE 2007	80%
META PROPUESTA 2007	90%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER TRIMESTRE	80%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO TRIMESTRE	75,3%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	80,2%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO CUARTO TRIMESTRE	

7.7. GESTIÓN ASOCIACIÓN DE USUARIOS

INFORMACIÓN DEL INDICADOR	
FECHA	Jun-07
NOMBRE DEL INDICADOR	TASA DE PARTICIPACIÓN GLOBAL
LINEA DE BASE 2007	70%
META PROPUESTA 2007	80%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER TRIMESTRE	28%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO TRIMESTRE	40%
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	

7.8. Contratación de la red de prestadores

INFORMACIÓN DEL INDICADOR		
FECHA		
NOMBRE DEL INDICADOR	GESTION DE LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	
LINEA DE BASE 2007	90%	
META PROPUESTA 2007	100%	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER TRIMESTRE	VERIFICACIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO
	60%	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO TRIMESTRE	75%	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	68%	

NOMBRE DEL PROCESO: CONTRATACION DE RED DE PRESTADORES

INFORMACIÓN DEL INDICADOR		
FECHA		
NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE UPC CONTRATADO CON LA RED PUBLICA	
LINEA DE BASE 2007	60%	
META PROPUESTA 2007	65%	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO PRIMER TRIMESTRE	VERIFICACIÓN	PLAN DE MEJORAMIENTO
	62%	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO SEGUNDO TRIMESTRE	67%	
ALCANCE PROMEDIO PERIODO TERCER TRIMESTRE	61%	

En otro nivel de auditoría, de primer orden, En la entidad se desarrollaron acciones piloto de auditoría interna para la evaluación retrospectiva y concurrente de algunos procesos prioritarios, como el caso del proceso de Autorización de servicios de salud. Esta auditoría se aplicó desde Control Interno, teniendo como referente el proceso vigente, sus productos, insumos e indicadores. Se revisó una muestra representativa de 517 autorizaciones realizadas en el mes de octubre de 2007. Su resultado fue un informe descriptivo que considera aspectos como: problemas detectados, conclusiones y recomendaciones.

Entre las recomendaciones para plantear acciones correctivas se destacan: i) integrar toda la información sobre autorizaciones en el módulo de Selvasoft, ii) mejorar la custodia

en los espacios de trabajo, iii) evaluar y ajustar el proceso de autorizaciones de servicios de salud, iv) documentar e implementar el proceso entrega de medicamentos de alto costo, v) realizar un estudio de tiempos y movimientos para el proceso, vi) Fortalecer las oficinas municipales de la entidad. Otro ejercicio de auditoría interna a procesos prioritarios se aplicó para evaluar los avances en la implementación del proceso de Centro de Contacto 018000934040 en su fase preparatoria y operativa, a través de la revisión semanal de las actividades programadas desde Planificación y Control Interno. Se elaboraron dos informes de avance, con los hallazgos y recomendaciones de la fase preparatoria a corte 23 de abril y de la fase operativa a 15 de junio de 2007.

Cabe mencionar que la empresa también ha concentrado la atención del mejoramiento en procesos relacionados con el margen de solvencia. Para ello se programó la verificación y monitoreo a la implementación de mejoras en el pago de las cuentas de servicios de salud que cursan trámite en la sede nacional de Selvasalud. El equipo de Control Interno y Planificación aplicó esta auditoría reflejada en informe de avance con corte abril de 2007, que contiene actividades realizadas, descripción de las auditorías adelantadas en el período, hallazgos sobre los aciertos y debilidades, conclusiones y recomendaciones. Y otro informe de avance en el mismo sentido con corte 8 de noviembre. Así mismo se realizó auditoría interna al proceso de contratación con la red de prestadores con corte a septiembre 7 de 2007.

8. MEJORAMIENTO

Tras la realización de las fases anteriores, siguiendo la ruta crítica sugerida por el Ministerio de la Protección Social, el ajuste del PAMEC condujo a establecer las acciones de mejoramiento de la calidad a partir de los hallazgos observados. Este ejercicio permite describir, además de las acciones establecidas, las responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha. Para esto se hace uso del siguiente instrumento y se toma como referente el Ciclo Gerencial PHVA.

6 Formato para la formulación de los planes de mejoramiento de los procesos prioritarios.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2007							 Selvasalud <small>EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO</small>	
NOMBRE DEL PROCESO: AREA FUNCIONAL: UNIDAD FUNCIONAL: RESPONSABLE DEL PROCESO: OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO:								
QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN	META	CONTROL

QUE: Actividades a realizar para bloquear la causa

CÓMO: Pautas para la realización de la actividad

QUIÉN: Responsable de ejecutarla

DONDE: Lugar donde se realiza la actividad

CUÁNDO: Fecha de terminación de la actividad

9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

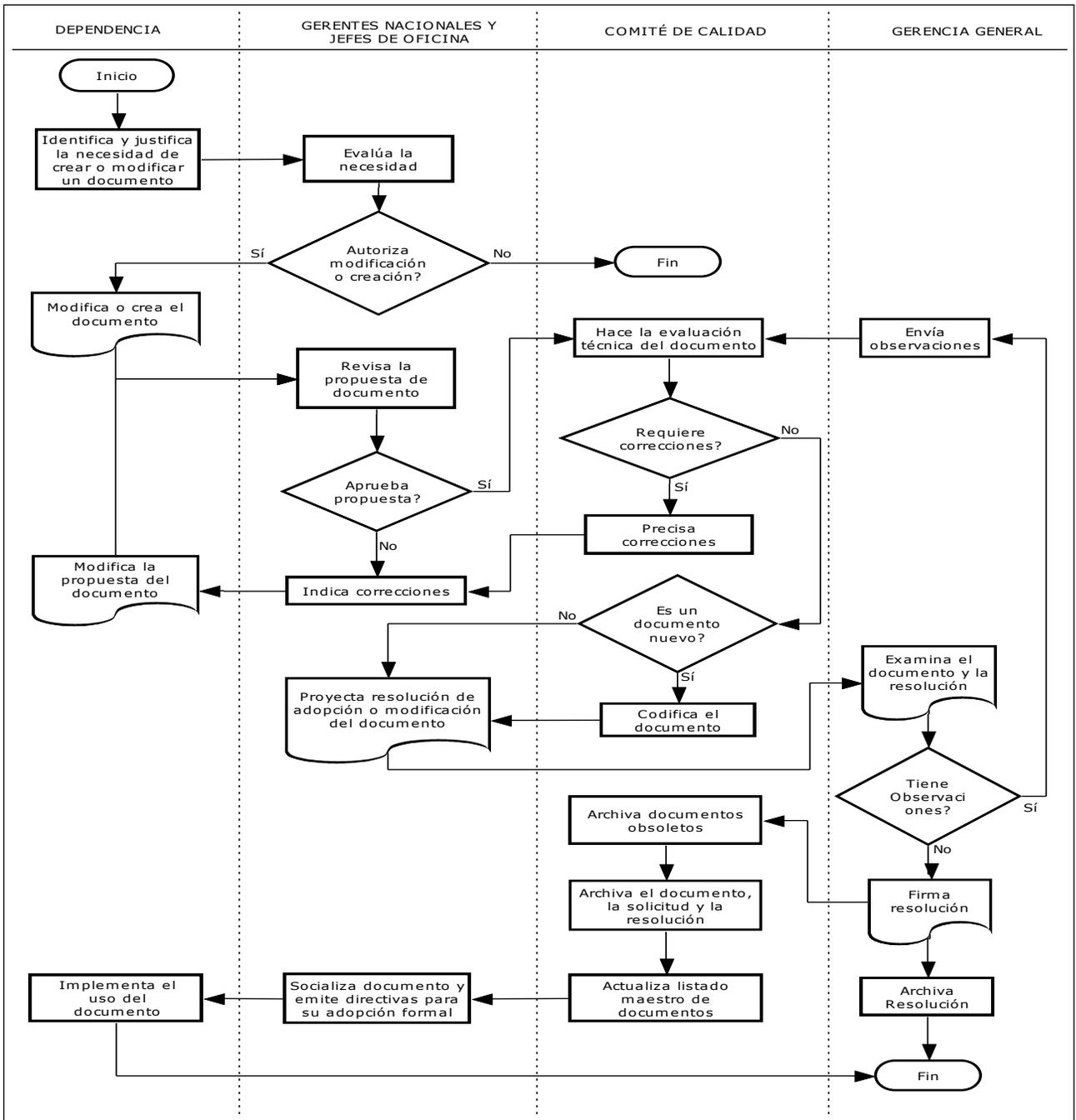
La práctica alrededor del PAMEC 2007 ha resultado de utilidad para generar una mayor conciencia sobre la importancia de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. En particular, ha servido para impulsar el entrenamiento y capacitación para alcanzar estándares en condiciones que permitan monitorear periódicamente los procesos, identificar brechas entre la calidad esperada y la observada y actuar hasta reducirlas progresivamente. Lo que se pretende con la noción y aplicación del aprendizaje organizacional es mantener y mejorar los resultados alcanzados en los procesos priorizados e intervenidos en el marco del mejoramiento continuo.

Queda claro que quienes gerencian los procesos, junto con el equipo de auditoría facilitador de las metodologías, tienen la responsabilidad de proponer los procedimientos estándar de operación que aseguren el mantenimiento y mejora de la calidad esperada. Para esto es clara la necesidad de entrenar y capacitar a los ejecutores en la metodología escogida por la organización para estandarización de los procesos prioritarios.

Como estrategia inicial pero transversal se adelanta la formulación del proceso Gestión y Control de Documentos y como mecanismos de divulgación de los compromisos avanza las publicaciones del Boletín Plan de Mejoramiento. En este sentido conviene puede destacar dentro de la cultura del autocontrol en Selvasalud, la publicación del Boletín "Primer Plano" sobre el Plan de Mejoramiento que pretende comunicar a las dependencias del nivel central y seccional las prioridades de la agenda institucional, los avances de las actividades del mejoramiento de los procesos y diferentes temas que orientan la gestión de la calidad.

GESTIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

Macroproceso: CONTROL INSTITUCIONAL		Fecha: 04-10-2007
Dependencia: Gerencias y Oficinas	Código del Proceso: CIN-GD-P01	
Objetivo: Ordenar la producción, modificación, archivo e implementación de los documentos de la empresa.		
Dependencia Central Responsable: Gerencias y Oficinas Nacionales		
Dependencia seccional responsable: Gerencias Seccionales		



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

ACTOR	DESCRIPCIÓN
Dependencia	Inicio
	El funcionario de la dependencia identifica y sustenta, ante el Gerente Nacional o el jefe de Oficina correspondiente, la necesidad de crear o modificar un documento. Cuando la necesidad se origina en una seccional esta debe transmitirse al responsable del proceso pertinente en el nivel nacional.
Gerente Nacional o Jefe de Oficina	Evalúa la necesidad de crear ó modificar un documento y autoriza a la dependencia si lo encuentra conveniente. De lo contrario rechaza la solicitud y finaliza el proceso.
Dependencia	El funcionario autorizado crea un nuevo documento con su respectivo instructivo ó modifica uno existente y su instructivo. Luego entrega al Gerente Nacional ó al Jefe de Oficina para su revisión y aprobación.
Gerente Nacional o Jefe de Oficina	El Gerente o Jefe de Oficina estudia el documento propuesto y su instructivo. Si ve la necesidad de correcciones las comunica a la dependencia para que se practiquen.
Dependencia	El funcionario realiza las correcciones al documento según las indicaciones recibidas y lo entrega nuevamente para su revisión y aprobación.
Gerente Nacional o Jefe de Oficina	Cuando finalmente aprueba la propuesta remite al Comité de Calidad el documento, el instructivo cuando corresponde y la justificación de la necesidad de su creación ó modificación.
Comité de Calidad o quien haga sus veces	El Comité de Calidad Operativo del MECI hace una evaluación técnica del proceso donde verifica que el documento cumpla con lo estipulado en la guía para la elaboración de documentos de Selvasalud
	Si ve la necesidad de correcciones, las precisa y envía a la gerencia u oficina correspondiente para su aplicación.
Gerente Nacional o Jefe de Oficina	El Gerente de Área transmite las correcciones a la dependencia de origen para su ajuste.
Comité de Calidad o quien haga sus veces	Si no hay observaciones sobre el documento y se trata de un nuevo documento le asigna un código.
	Devuelve toda la documentación examinada a la gerencia u oficina con su aprobación.
Gerente Área ó	Proyecta la resolución de adopción ó modificación del documento con asesoría de la Oficina Jurídica

Jefe de Oficina	Luego remite el proyecto de resolución de adopción ó modificación y el documento a la Gerencia General para su revisión y aprobación.
Gerente General	Examina el documento y la resolución proyectada.
	Si tiene observaciones lo regresa al Comité de Calidad para que sea modificado
	De lo contrario firma la resolución y envía copia al Comité de Calidad y a la gerencia u oficina correspondiente
	Envía copia al Comité de Calidad y al Gerente de Área ó al Jefe de Oficina
	Archiva la resolución
Comité de Calidad o quien haga sus veces	Archiva los documentos que resulten obsoletos
	Archiva el documento, el instructivo, la solicitud y la resolución de adopción ó modificación firmada.
	Y actualiza el listado maestro de documentos
Gerencia de Área ó Jefe de Oficina	Socializa el documento y emite directivas para su adopción formal
Dependencia	Realiza la implementación del documento en la empresa.
	Fin

Insumos	Documentos existentes y nuevos
Productos o Resultados	Documentos existentes actualizados y nuevos estandarizados y en uso en las dependencias correspondientes.
Indicadores de Gestión	Documentos estandarizados: total de documentos creado o modificados / Total de documentos en uso de la empresa.
	Documentos implementados: total de documentos estandarizados en uso / Total de documentos en uso de la empresa.



ANEXOS. PAMEC 2007

ANEXO 1. RELACIÓN DE PROCESOS POR MACROPROCESO

MACROPROCESO	PROCESO	CODIGO
ATENCIÓN AL USUARIO	Atención de quejas, Reclamos, Sugerencias y Peticiones	AUS01
	Capacitación a funcionarios de ARS y Prestadores	AUS02
	Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios	AUS03
	Gestión de Asociaciones de Usuarios	AUS04
	Información y Educación al Usuario	AUS05
	Centro de contacto 018000934040	AUS06
PLANEACION DE LA ATENCION	Elaboración de perfiles socioeconómicos , de género y etéreos	PAT01
	Elaboración de perfiles epidemiológicos	PAT02
	Calculo de la capacidad de oferta y demanda de servicios de salud	PAT03
	Cálculo del Riesgo de la Enfermedad	PAT04
	Planeación de la Atención en salud	PAT05
	Evaluación del modelo de prestación de servicios	PAT06
CONTRATACION DE LA RED DE PRESTADORES	Definición de la red de prestadores de servicios de salud	CRP01
	Contratación de la red de prestadores de servicios de salud	CRP02
	Interventoría de Contratos con IPS	CRP03
LIQUIDACION DE SERVICIOS DE SALUD	Liquidación de contratos con la red de prestadores	LSS01
	Liquidación unilateral de contratos de servicios de salud	LSS02
AUDITORIA DE LA CALIDAD	Planeación de actividades de Auditoría	ACA01
	Auditoria de cuentas de servicios de salud y complementarios	ACA02
	Auditoría de la Prestación de servicios de Salud	ACA03
	Control de calidad en Auditoría de cuentas de servicios de salud y complementarios	ACA04
	Control de calidad en Auditoría de los servicios de salud	ACA05
	Gestión de indicadores de calidad en los servicios de salud	ACA06
	Auditoría Interna	ACA07
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIOS	Reconocimiento de Reembolsos	PSS01
	Autorización de Servicios Complementarios	PSS02
	Autorización de Servicios de Salud	PSS03
	Control Límite de Copagos	PSS04
	Emisión de ordenes de servicios con red no contratada	PSS05
	Referencia y Contrarreferencia	PSS06
	Gestión Comité Técnico Científico	PSS07

MACROPROCESO	PROCESO	CODIGO
	Recaudo de Copagos	PSS08
	Gestión de tutelas en la prestación de servicios de salud	PSS09
	Gestión de actividades de demanda inducida	PSS10
	Administración de Programas especiales	PSS11
	Administración de matrices de programación en actividades de protección específica y detección temprana	PSS12
	Gestión y seguimiento de eventos de notificación obligatoria	PSS13
	Verificación de cumplimiento de metas de Promoción y prevención	PSS14
RECOBROS	Recobros a la ARP y Entes Territoriales	REC01
	Recobros a la Capitación	REC02
	Recobros al FOSYGA por fallos de tutela y medicamentos no POSS	REC03
	Recobros a la Aseguradora	REC04

Anexo I.



PAMEC 2008
PLAN ANUAL DE MEJORAMIENTO

MARZO DE 2008

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008								
NOMBRE DEL PROCESO: AUDITORIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD								
AREA FUNCIONAL: SERVICIOS DE SALUD								
UNIDAD FUNCIONAL: AUDITORIA NACIONAL EN SALUD								
RESPONSABLE DEL PROCESO: Profesional Especializada Auditoría en Salud								
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: Garantizar las características de continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad, para la prestación de servicios de salud a los afiliados de SELVASALUD EPS-S; a través de la realización de auditorías periódicas con el fin de medir el cumplimiento de los estándares de habilitación por parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad.								
OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Verificar los requisitos de habilitación de la red contratada mediante un programa de auditoría oportuna y eficiente, que permita establecer la veracidad de la información presentada por los prestador.								
QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Planificar la Verificación de los requisitos de habilitación de las IPS de acuerdo al nivel de meta para el año.	Elaboración del Plan de Auditoría en salud de visitas a realizar a las IPS que hacen parte de la red de prestadores contratada y socializarlo al equipo de auditoría para definir el cronograma.	Auditoría Nacional en Salud / Equipo Auditoría	Auditoría Nacional en Salud	Marzo, Junio y Octubre.	Para organizar y priorizar las IPS que van a ser objeto de verificación, para dar instrucciones sobre la metodología de las visitas, para programar el mínimo de visitas a realizar en el año.	1 semana por trimestre	100% plan elaborado y socializado cada trimestre.	Lista de chequeo para seguimiento al plan de auditoría para verificación de estándares de habilitación.
Cualificar al equipo Auditor a nivel Nacional y seccional en manejo del proceso de verificación de habilitación.	A través de jornadas de capacitación o envío de instrucciones a los auditores en la normatividad, metodología y manejo de herramientas de auditoría.	Auditoría Nacional en Salud/Gerencia Servicios de Salud	En la sede nacional y en las seccionales.	Trimestral	Para cualificar el equipo y mejorar la implementación del proceso.	1 día por trimestre	El 80% de los auditores capacitados.	Actas de capacitación y listado de asistencia realizadas durante el período. Reporte electrónico de información enviada a auditores.
Revisar y ajustar el proceso de Auditoría de la prestación de los servicios de salud, sus formatos e instructivos.	El equipo de servicios de salud identifica las modificaciones y en Comité Operativo MECI, se revisa la propuesta.	Auditoría Nacional en Salud/Equipo Gerencia Servicios de Salud/ Comité Operativo MECI	Gerencia Servicios de Salud.	Mayo a Junio	Para evaluar la funcionalidad del proceso y sus responsables, ajustar los formatos, crear instructivos, y precisar las actividades propias de la verificación de habilitación, dentro del proceso.	2 meses	100% del proceso, formatos e instructivos, revisados y ajustados.	Actas de Comité Operativo MECI y Manual de Auditoría actualizado, registrado y aprobado.
Establecer mecanismos de coordinación y seguimiento entre la EPS y la IPS sobre los compromisos y acuerdos definidos en los planes de mejoramiento.	Sesiones conjuntas y periodicas para revisar, evaluar y ajustar los avances y dificultades en la puesta en operación de los planes de mejoramiento y hacer los ajustes y recomendaciones del caso.	Equipo Auditoría/ Auditoría Nacional en Salud, Gerentes IPS.	IPS Verificadas.	Trimestral	Para evaluar, ajustar y hacer seguimiento a los avances y dificultades de los compromisos y actividades conjuntas que se trazan en el plan de mejoramiento.	4 horas por IPS	Seguimiento al 100% de IPS con planes de mejoramiento.	Matriz de seguimiento a planes de mejoramiento.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008								
NOMBRE DEL PROCESO: ATENCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS, PETICIONES Y SUGERENCIAS.								
AREA FUNCIONAL: GERENCIA SERVICIOS DE SALUD								
UNIDAD FUNCIONAL: ATENCIÓN AL USUARIO								
RESPONSABLE DEL PROCESO: PROFESIONAL ATENCIÓN AL USUARIO								
OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROCESO: Desarrollar la gestión para recepción y resolver con oportunidad las quejas y reclamos que contribuya al mejoramiento de la calidad de la atención a los usuarios.								
OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Establecer una cultura organizacional en todas las dependencias de SELVASALUD en las cuales se desarrolle el compromiso estratégico de la calidad, encaminado a brindar una atención cálida, segura, continua y eficiente como punto de partida a la satisfacción del usuario.								
QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Adelantar actividades de capacitación, para entrenamiento a los funcionarios de atención al usuario seccionales sobre el proceso de atención de quejas y reclamos.	A través de Jornadas de capacitación, para dar instrucciones, entrenamiento y asistencia técnica del proceso.	Profesional Atención al usuario nacional y seccional/Sistemas de Información	Sede nacional y sedes seccionales de acuerdo a la programación.	Trimestral	Dar directrices e instrucciones sobre la operación del proceso de quejas y reclamos y retroalimentar las observaciones y recomendaciones para el mejoramiento de la atención y resolución de las quejas.	1 día por trimestre	Funcionarios de SIAU seccionales capacitados al 100%.	Actas de capacitación, listas y certificados de asistencia.
Definir mecanismos de información y socialización para facilitar el acompañamiento, el seguimiento al proceso de quejas.	A través de comunicación por correos electrónicos, aplicativo de quejas Selvasoft, uso de fax, manejo de Messenger o vía telefónica.	Profesional Atención al usuario nacional y seccional/Sistemas de Información	Sede nacional, seccional y municipal.	Anual	Mejorar la oportunidad en el acompañamiento y seguimiento al proceso de atención de quejas.	Diario	Mecanismos de información y comunicación para el acompañamiento del proceso disponibles en 100%	Reporte y soportes de quejas trimestral. Informes de seguimiento del proceso.
Programar y realizar actividades de capacitación sobre los derechos y deberes de los usuarios y mecanismo de atención de quejas y peticiones dirigido a los funcionarios de las IPS y de la EPS.	A través de la elaboración de cronogramas de capacitación anual en cada seccional, de las convocatorias a los funcionarios de cara al usuario y la ejecución de los talleres.	Funcionarios atención al usuario nivel central, seccional y municipal.	En las oficinas de atención al usuario del nivel municipal, salones comunitarios, etc.	bimensual	Para cualificar a los funcionarios de cara al usuario y disminuir los factores de insatisfacción generados en el informe de quejas y reclamos 2007.	1 capacitación bimensual por municipio.	Talleres a nivel nacional programados y ejecutados en 100%.	Los reportes bimensuales de los consolidados de capacitación.
Fortalecer mecanismos de recepción y canalización de quejas y reclamos a través del call center y del sitio web.	A través de la línea de atención gratuita nacional las 24 horas, todos los días de la semana y de formularios de quejas en el sitio web.	Los operadores (auxiliares de enfermería) de call center/Sistemas de información.	Oficina Atención al Usuario Sede Nacional.	Mayo - Julio	Para facilitar el acceso a recepción y atención de las quejas y peticiones.	3 meses	Mecanismos de comunicación para atención de quejas disponibles en 100%.	Pruebas técnicas y operativas a estos mecanismos de atención de quejas.
Realizar visitas para autoevaluación del proceso de quejas y reclamos.	Visitas a las seccionales para observar, verificar e instruir sobre las actividades y productos del proceso.	Responsables Atención al Usuario Nacional.	Oficinas Atención al usuario sedes seccionales.	Semestral	Para evaluar en terreno los resultados de los procesos y retroalimentar con el responsable seccional sobre acciones e instrucciones de mejoramiento.	2 visitas al año	Visitas de autoevaluación realizadas al 100% de las seccionales.	Instrumentos como lista de chequeo y matriz de auditoría.
Programar y realizar actividades de capacitación sobre los derechos y deberes de los usuarios y mecanismo de atención de quejas y peticiones dirigido a los usuarios de la EPS.	A través de la elaboración de cronogramas de capacitación anual en cada seccional, de las convocatorias a los usuarios y la ejecución de los talleres.	Funcionarios atención al usuario nivel central, seccional y municipal.	En las oficinas de atención al usuario del nivel municipal, salones comunitarios, etc.	Bimensual	Para orientar a los usuarios sobre sus derechos y deberes y sobre el uso adecuado de las quejas, peticiones o sugerencias.	1 capacitación bimensual por municipio.	Sesiones de capacitación con usuarios programados y ejecutados a nivel nacional en 100%	Los reportes mensuales de los consolidados de capacitación.
Fortalecer las actividades de seguimiento y control frente a las quejas interpuestas por los usuarios por la no entrega de medicamentos.	A través de las auditorías externas para evaluar y hacer seguimiento a las quejas o recomendaciones por la prestación de los servicios. Y a través de comunicación escrita (Circular Externa) para recordar acuerdos contractuales.	Profesional Atención al Usuario/Auditoría Nacional de Salud, Equipo de Auditores/ Gerencia Servicios de Salud, Gerentes Seccionales.	En las IPS y/o droguerías contratadas.	Semestral	Para establecer los avances y dificultades en las acciones del mejoramiento en el servicio de medicamentos.	1 visita de seguimiento semestral por IPS y/o droguería con Plan de Mejoramiento.	100% de IPS y/o droguerías con plan de mejoramiento visitadas para seguimiento a las acciones de mejoramiento.	Actas de visita de auditoría IPS o droguerías contratadas que prestan el servicio de medicamentos.
Establecer mecanismos periódicos para revisar y considerar los resultados de las quejas presentadas por los usuarios, en la elaboración de los planes de mejoramiento de la EPS y la IPS contratadas.	A través de comités técnicos para presentar, analizar e incorporar las quejas o recomendaciones por la prestación de los servicios. Y a través de comunicación escrita (Circular Externa) para recordar acuerdos contractuales.	Profesional Atención al Usuario/Auditoría Nacional de Salud, Equipo de Auditores/ Gerencia Servicios de Salud, Gerentes Seccionales.	En las IPS contratadas. En las sedes Seccionales de Selvasalud.	Trimestral	Para incorporar en las acciones del mejoramiento de la prestación de los servicios las recomendaciones y sugerencias presentadas por los usuarios y las deficiencias detectadas en las visitas de auditoría de calidad.	1 sesión de seguimiento trimestral por IPS con deficiencia en avances del Plan de mejoramiento.	100% de sesiones programadas realizadas con IPS y/o droguerías con plan de mejoramiento	Actas de las sesiones adelantadas y matrices de planes de mejoramiento de la EPS e IPS ajustadas.
Divulgar a los usuarios a través de los medios de comunicación disponibles sobre los mecanismos para la atención de quejas y reclamos.	A través de cuñas radiales, de información publicada en el sitio web, de orientación en call center, de material impreso como afiches informativos.	Profesional Comunicación Corporativa y Atención al Usuario Nacional.	Emisoras contratadas, sitio web de la entidad, línea gratuita nacional, cartelera de las sedes municipales.	Mayo-diciembre	Para informar y educar a los usuarios en el acceso y uso de los mecanismos de quejas y reclamos.	7 meses	100% de los medios de comunicación disponibles con información sobre quejas y reclamos.	Factura de cuñas radiales, reportes de atención de llamadas de call center, pruebas de material impreso.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008								
NOMBRE DEL PROCESO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO								
AREA FUNCIONAL: GERENCIA SERVICIOS DE SALUD								
UNIDAD FUNCIONAL: ATENCION AL USUARIO								
RESPONSABLE DEL PROCESO: PROFESIONAL ATENCIÓN AL USUARIO								
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: Evaluar el grado de satisfacción de los afiliados respecto a los servicios que brinda la EPS y la Red prestadora.								
OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Establecer una cultura organizacional en todas las dependencias de SELVASALUD S.A. EPS-S en las cuales se desarrolle el compromiso estratégico de la calidad, encaminado a brindar una atención cálida, segura, continua y eficiente como punto de partida a la satisfacción del usuario.								
QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Evaluar y modificar las encuestas de satisfacción que se aplica en el proceso, para facilitar su aplicación y mejorar su información.	A través de sesiones con el equipo de Servicios de Salud y del Comité Operativo MECI para la revisión técnica de la propuesta.	Atención al Usuario Nacional/Comité Operativo MECI	Sede nacional	Mayo	Para diseñar un instrumento más ágil y con mejor contenido para evaluar la satisfacción de usuario tanto en la EPS como en la IPS.	1 mes	Encuestas de satisfacción revisadas y ajustadas en 100%	Revisado y aprobado en Comité Operativo y Directivo MECI
Programar y fortalecer los mecanismos de aplicación de la encuesta de satisfacción.	A través de un instructivo de aplicación por seccional para establecer el conograma, muestreo y los recursos necesarios.	Atención al Usuario y Seccional/ Estadística.	Oficinas Atención al usuario sedes seccionales y municipales.	Febrero - marzo	Para Evaluar el grado de satisfacción de los afiliados respecto a los servicios que brinda la EPS y la Red prestadora	2 meses	Plan de trabajo e insumos para la aplicación de encuestas disponible en 100% de las seccionales.	Pruebas técnicas y operativas realizadas al módulo de atención al usuario de Selvasoft.
Adelantar actividades de capacitación y entrenamiento a los funcionarios de atención al usuario seccionales sobre el proceso medición de la satisfacción.	A través de Jornadas de capacitación, para dar instrucciones, entrenamiento y asistencia técnica del proceso.	Profesional Atención al usuario nacional y seccional/Sistemas de Información	Sede nacional y sedes seccionales de acuerdo a la programación.	Trimestral	Dar directrices e instrucciones sobre la operación del proceso para el mejoramiento de la medición de la satisfacción.	1 día por trimestre	Funcionarios de SIAU seccionales capacitados al 100%.	Actas de capacitación, listas y certificados de asistencia.
Programar y realizar actividades de capacitación dirigida a los funcionarios de las IPS y de la EPS sobre atención al cliente e información del sistema de salud.	A través de la elaboración de cronogramas de capacitación anual en cada seccional, de las convocatorias a los funcionarios de cara al usuario y la ejecución de los talleres.	Funcionarios atención al usuario nivel central, seccional y municipal.	En las oficinas de atención al usuario del nivel municipal, salones comunitarios, etc.	Bimensual	Para cualificar a los funcionarios de cara al usuario porque los resultados de la encuesta de satisfacción, reflejan deficiencias en la orientación de los servicios.	1 capacitación bimensual por municipio.	Talleres a nivel nacional programados y ejecutados en 100%	Los reportes mensuales de los consolidados de capacitación.
Establecer mecanismos periódicos para revisar y considerar los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios, como insumos para los planes de mejoramiento y sostenimiento de la EPS y la IPS	A través de comités técnicos para presentar y analizar los resultados de la encuesta y recomendar actividades para incluirlas a los planes de mejoramiento. Y a través de comunicación escrita para hacer recomendaciones a las IPS sobre la prestación	Profesional Atención al Usuario/Auditoría Nacional de Salud, Equipo de Auditores/ Gerencia Servicios de Salud, Gerentes Seccionales.	En las IPS contratadas. En las sedes Seccionales de Selvasalud.	Trimestral	Para incorporar en las acciones del mejoramiento de la prestación de los servicios los hallazgos encontrados en las encuestas de satisfacción.	1 sesión de seguimiento trimestral por IPS seleccionada.	100% de sesiones programadas realizadas con IPS seleccionadas.	Actas de las sesiones adelantadas y matrices de planes de mejoramiento de la EPS e IPS ajustadas.
Realizar visitas para autoevaluación del proceso de Medición de la satisfacción del usuario.	Visitas a las seccionales para observar, verificar e instruir sobre las actividades y productos del proceso.	Responsables Atención al Usuario Nacional.	Oficinas Atención al usuario sedes seccionales.	Semestral	Para evaluar en terreno los resultados del proceso y retroalimentar con el responsable seccional sobre acciones e instrucciones de mejoramiento.	1 visita semestral por seccional	Visitas de autoevaluación realizadas al 100% de las seccionales.	Instrumentos como lista de chequeo, matriz de auditoría.
Mejorar los mecanismos de información y educación a los usuarios sobre el acceso a los servicios.	A través de cuñas radiales, de información publicada en el sitio web, de orientación en call center, de orientación en las oficinas municipales, de entrega de material educativo, como Manual de usuario.	Profesional Comunicación Corporativa/ Atención al Usuario Nacional y Seccional.	Emisoras contratadas, sitio web de la entidad, línea gratuita nacional, oficinas municipales.	Mayo-diciembre	Para informar y educar a los usuarios sobre los planes de beneficios, acceso a los servicios, derechos y deberes entre otros.	7 meses	100% de las seccionales con mecanismos de información y comunicación disponibles.	Factura de cuñas radiales, reportes de atención de llamadas de call center, pruebas de material impreso.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008

NOMBRE DEL PROCESO: GESTION ASOCIACIÓN DE USUARIOS

AREA FUNCIONAL: GERENCIA SERVICIOS DE SALUD

UNIDAD FUNCIONAL: ATENCION AL USUARIO

RESPONSABLE DEL PROCESO: PROFESIONAL ATENCIÓN AL USUARIO

OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: Propiciar la participación ciudadana para la vigilancia y gestion de la calidad del servicio y la defensa del usuario.

OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Establecer una cultura organizacional en todas las dependencias de SELVASALUD S.A. EPS-S en las cuales se desarrolle el compromiso estratégico de la calidad, encaminado a brindar una atención cálida, segura, continua y eficiente como punto de partida a la satisfacción del usuario.

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Programar, convocar y capacitar a los miembros de junta directiva de la asociación de usuarios en especial los elegidos este año.	A través del cronograma de capacitación, convocatorias escritas y en los espacios de la asamblea.	Profesional Atención al Usuario Nacional y Seccional.	Oficinas atención al usuario municipales.	Mensual	Para garantizar la formación de los miembros de las asociaciones de usuarios sobre aspectos SGSSS.	1 capacitación mensual por municipio	100% de las juntas directivas capacitadas.	Cronograma y reporte actas de capacitación.
Diseñar y socializar con los funcionarios de atención al usuario el formato de gestión para las asociaciones de usuarios.	Sesiones con equipo de atención al usuario para el diseño del formato, de la revisión técnica en Comité Operativo MECI, y del envío a través de correo electrónico una vez aprobado.	Atención al Usuario Nacional/Comité Operativo MECI.	Oficina Atención al Usuario Nacional.	Febrero	Para mejorar la calidad del registro de la información sobre las gestiones que adelanta la asociación de usuarios.	1 mes	Formato diseñado, aprobado y socializado en 100%	Revisado y aprobado en Comité Operativo y Directivo MECI.
Adelantar actividades de capacitación, entrenamiento y acompañamiento a los funcionarios de atención al usuario de las seccionales en el proceso de asociaciones de usuarios.	A través de jornadas de capacitación, vía electrónica (sitio web), telefónica y comunicaciones escritas.	Atención al Usuario Nacional y Seccionales.	Espacio definido para capacitación, correo electrónico y a través de internet.	Bimensual	Para cualificar a los funcionarios responsables de apoyar la gestión de las asociaciones de usuarios.	1 capacitación bimensual por seccional.	100% Funcionarios atención al usuario seccional capacitados.	Actas de capacitación y listado de asistencia verificadas.
Fortalecer el apoyo y acompañamiento en la gestión que adelanten las asociaciones de usuarios en su función de velar por la calidad de los servicios y la defensa de los usuarios.	A través de espacios de seguimiento, de contactos interinstitucionales, de asistencia para definir las solicitudes que la asociación adelante ante los diferentes actores del sistema.	Atención al Usuario Seccionales y Municipales.	Oficinas de atención al usuario municipales y espacios de asambleas.	Mensual	Para facilitar, orientar y documentar la gestión de las asociaciones de usuarios en la veeduría y en la defensa de los afiliados.	1 sesión de acompañamiento por mes	Acompañamiento en el 50% de las asociaciones de usuarios.	Formato de gestión de asociaciones de usuarios diligenciado.
Realizar visitas para autoevaluación del proceso de gestión de asociaciones de usuarios.	Visitas a las seccionales para observar, verificar e instruir sobre las actividades y productos del proceso.	Responsable Atención al Usuario Nacional.	Oficinas Atención al usuario sedes seccionales.	Semestral	Para evaluar en terreno los resultados del proceso y retroalimentar con el responsable seccional sobre acciones e instrucciones de mejoramiento.	2 visitas al año	Visitas de autoevaluación realizadas al 100% de las seccionales.	Instrumentos como lista de chequeo y matriz de auditoría.
Adelantar gestión para la orientación y capacitación de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana en el proceso.	Comunicación escrita, programación del acompañamiento, organización y desarrollo de la agenda de capacitación.	Responsable Atención al Usuario Nacional.	Oficinas Atención al Usuario o sede donde se programe la actividad.	Mayo a Agosto	Para realizar ajustes al proceso, cualificar a los responsables en el desempeño en el acompañamiento y para definir acciones de mejoramiento del proceso.	1 sesión en el año	Actividad programada y ejecutada en 100%.	Soportes que evidencien la gestión y la capacitación.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008								
NOMBRE DEL PROCESO: CENTRO DE CONTACTO 018000934040								
AREA FUNCIONAL: GERENCIA SERVICIOS DE SALUD								
UNIDAD FUNCIONAL: ATENCIÓN AL USUARIO								
RESPONSABLE DEL PROCESO: PROFESIONAL ATENCIÓN AL USUARIO								
OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: Atender y resolver con oportunidad y calidez los requerimientos de información de los usuarios en cuanto a atención de quejas, verificación de afiliación, red de servicios, orientación sobre trámite y plan de beneficios e información institucional, las 24 horas todos los días de la semana.								
OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Establecer una cultura organizacional en todas las dependencias de SELVASALUD S.A. EPS-S en las cuales se desarrolle el compromiso estratégico de la calidad, encaminado a brindar una atención cálida, segura, continua y eficiente como punto de partida a la satisfacción del usuario.								
QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Revisar y modificar el proceso Call center para integrar los procesos de Autorizaciones y referencia y contrarreferencia.	A través de sesiones con el Equipo Gerencia Servicios de Salud y Comité Operativo MECI para revisión técnica.	Equipo Gerencia Servicios de Salud/Comité Operativo MECI	Gerencia Servicios de Salud sede nacional	Mayo a Junio	Para integrar a la operación del servicio call center los procesos de autorizaciones y referencia y contrarreferencia.	2 meses	Proceso de call center revisado, ajustado y aprobado en 100%.	Actas comité operativo MECI, proceso documentado y aprobado.
Preparar y desarrollar actividades de capacitación para continuar con el entrenamiento y cualificación del personal que opera el Call Center en temas que mayor demanda tenga el servicio.	A través de sesiones magistrales, análisis de casos, inscripciones escritas.	Responsable atención al usuario nacional/Equipo Gerencia Servicios de Salud, Comunicación Corporativa, Sistemas de Información.	Oficina de Call Center Sede Nacional.	Bimensual	Para cualificar al personal en temas del sistema de salud, de información institucional e instrucciones sobre mejoras en el proceso.	1 capacitación por bimestre.	100% del personal que opera el call center capacitado.	Actas de capacitación, listados y certificados de asistencia.
Evaluar y establecer la disponibilidad del personal (médico) para atender los requerimientos del servicio en asuntos relacionados con autorizaciones y referencia y contrarreferencia.	A través de un acto administrativo que incluya las funciones correspondientes al personal que se designe para atender este servicio. Revisión técnica a través de Comité Operativo MECI; Comité Directivo MECI, para aprobación.	Gerente Servicios de Salud/Comité Operativo y Directivo MECI.	Gerencia Servicios de Salud sede nacional.	Febrero a Marzo	Para mejorar la oportunidad y la capacidad de respuesta del servicio sobre los procesos de referencia y contrarreferencia y autorizaciones.	2 meses	100% Personal profesional de salud asignado para acompañar la operación del servicio call center.	Actas Comité Operativo y Directivo MECI, Acto administrativo.
Continuar con la promoción de la Línea Gratuita Nacional a través de los medios de comunicación disponibles.	A través de material impreso, de cuñas informativas y de información directa en las oficinas de atención al usuario.	Comunicación Corporativa/ Sistemas de Información/ Atención al Usuario seccional y municipal	Sitio web, emisoras contratadas, cartelera de las oficinas municipales.	Marzo-diciembre	Para que todos los usuarios de los municipios donde opera la empresa conozcan la línea gratuita.	9 meses	100% de medios de comunicación disponibles para promover la línea gratuita nacional 018000934040.	Facturas de cuñas radiales, pruebas de material impreso, pantallazo del sitio web donde se promociona el servicio.
Actualizar información de la Base de datos de preguntas frecuentes como insumo del servicio del call center.	A través de la actualización de la Base de datos de Access diseñada para ingresar la información de preguntas frecuentes.	Atención al Usuario Nacional/Comunicación Corporativa	Oficina atención al usuario Nacional	Abril a Julio	Para disponer de información actualizada que permita orientar con oportunidad y claridad al usuario.	3 meses	Información preguntas frecuentes actualizada en 100%.	BD Preguntas frecuentes.
Analizar y realizar ajustes al Módulo de Call Center de Selvasoft para integrar los procesos de autorizaciones y referencia y contrarreferencia.	A través de sesiones de análisis con equipo de Gerencia Servicios de Salud y programadores de Selvasoft. A través de ajustes al desarrollo del Módulo de Call Center y de pruebas técnicas para garantizar su operación.	Equipo programadores Selvasoft/Atención al Usuario Nacional/ Equipo Gerencia Servicios de Salud.	Sede nacional Selvasalud	Mayo a agosto	Para contar con una herramienta tecnológica que permita operar con todos los componentes que requiere el servicio.	3 meses	Aplicativo de Call Center Selvasoft diseñado y ajustado en 100%.	Módulo Call Center Selvasoft con ajustes en prueba.
Mejorar los mecanismos de comunicación del servicio para disponer e intercambiar la información de la entidad o de la red de servicios contratada que se requiera.	A través del uso de correos institucionales, de consultas al web institucional, Messenger, del uso de celular corporativo, del manejo de fax, entre otros.	Responsable atención al usuario nacional/ Personal que opera Call Center.	Oficina de Call Center Mocoa	Febrero a Junio	Para agilizar la capacidad de respuesta del servicio y remitir las quejas y recomendaciones que presenten los usuarios a las dependencias o entidades que correspondan.	4 meses	Mecanismos de información y comunicación para el agilizar el proceso disponibles en 100%.	Seguimiento al uso de los mecanismos de comunicación e informe de monitoreo del indicador proporción de respuestas inmediatas.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008

NOMBRE DEL PROCESO: AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

AREA FUNCIONAL: GERENCIA SERVICIOS DE SALUD

UNIDAD FUNCIONAL: AREA DE AUTORIZACIONES

RESPONSABLE DEL PROCESO: Profesional de Autorizaciones

OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: Garantizar al afiliado el acceso a los servicios de salud cubiertas en el POS-S en cualquier nivel de complejidad.

OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Realizar mediante la aplicación de indicadores de calidad, la evaluación de metas establecidas en cuanto a la demanda y oferta de los servicios de salud cuando se compare lo observado con lo deseado.

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Conformar la central de Autorizaciones Nacional.	A través de la organización y disposición de recurso humano, tecnológico y logístico para su operación.	Gerencia General/ Gerencia Servicios de Salud	Sede Nacional Selvasalud	Febrero a abril	Para mejorar la operación del proceso y facilitar el acceso a los servicios en cualquier nivel de complejidad a nivel nacional.	3 meses	Central de autorizaciones conformada en 100%	Seguimiento a las actividades programadas para la conformación de la central.
Actualizar y aprobar el Manual de autorizaciones de acuerdo a la normatividad vigente y a los requerimientos de los procesos.	A través de sesiones de trabajo con el Equipo Servicios de Salud y Comité Operativo MECI	Profesional Autorizaciones/Equipo Servicios de Salud y Comité Operativo MECI	Sede Nacional Selvasalud	Febrero a Junio	Para dar instrucciones a los responsables de autorizaciones y dependencias relacionadas sobre la operación del proceso en todos sus niveles	4 meses	Manual de Autorizaciones actualizado y aprobado en 100%.	Resolución de aprobación del Manual de Autorizaciones.
Capacitar y brindar asistencia a los funcionarios responsables del nivel seccional en el proceso, en normatividad vigente, en servicio al cliente y en la utilización del Módulo de autorizaciones de Selvasoft Versión 2.	A través de sesiones presenciales, instrucciones vía mail, msn, telefónica y escrita.	Responsable autorizaciones Nivel Nacional/Sistemas de Información, Equipo Servicios de Salud.	Sede Nacional y Sedes Seccionales	Bimensual	Para cualificar y entrenar a los responsables del proceso.	1 capacitación bimensual.	100% de los responsables seccionales capacitados en el manejo del proceso, en el Módulo de autorizaciones y en temas relacionados.	Actas de capacitación y listados de asistencia.
Adelantar pruebas técnicas y poner en operación el Módulo de Autorizaciones de Selvasoft Versión 2.	A través del apoyo técnico de los programadores de Selvasoft, del seguimiento y monitoreo en línea del uso del Módulo de autorizaciones.	Equipo Sistemas de Información/Autorizaciones Nacional.	Sede Nacional	Marzo-diciembre	Para identificar dificultades en la operación del módulo, realizar pruebas, hacer los ajustes y brindar la asistencia técnica para su puesta en operación.	9 meses	100% de las Seccionales con el Módulo de Autorizaciones implementado.	Estadísticas del uso del Módulo de Autorizaciones a nivel central, seccional y municipal.
Diseñar e implementar el formato de autorizaciones preimpreso para mejorar el control y seguimiento de las autorizaciones a nivel nacional.	A través de sesiones con el equipo de Servicios de Salud y Comité Operativo MECI para el diseño del formato e instructivo; instrucciones y entrega del formato a los responsables para su uso; seguimiento y monitoreo para su correcta aplicación.	Equipo autorizaciones Sede Nacional/Comité Operativo MECI/ Responsables autorizaciones seccionales.	Central de Autorizaciones/ Autorizaciones Seccional y municipal.	Enero a Abril	Para estandarizar el registro del proceso, para mejorar la información de las autorizaciones y controlar su operación.	3 meses	Formato diseñado y disponible para su uso en 100% de Autorizaciones Nacional, Seccional y Municipal.	Muestra del formato preimpreso, instructivo documentado y Acta de entrega de formatos a los responsables del nivel seccional y Municipal.
Integrar el proceso de autorizaciones y referencia y contrarreferencia a la operación de la línea gratuita Nacional.	A través de sesiones con el Equipo Gerencia Servicios de Salud y Comité Operativo MECI para revisión técnica.	Equipo Gerencia Servicios de Salud/Equipo Operativo MECI	Gerencia Servicios de Salud sede nacional	Mayo a Agosto	Para mejorar la capacidad de respuesta del servicio call center frente a la prestación de los servicios.	3 meses	Procesos de autorizaciones y referencia y contrarreferencia integrados al call center en 100%	Procesos documentados, resoluciones de aprobación.
Evaluar y definir los mecanismos para la atención prioritaria y oportuna a los afiliados mayores de 62 años y personas discapacitadas.	Con un plan de acción que permita definir las actividades y recursos que se requieren para mejorar la atención de este grupo de afiliados.	Gerencia Servicios de Salud/Equipo Autorizaciones/Atección al Usuario.	Sedes municipales	Mayo a Octubre	Para dar cumplimiento a la Ley 1171 de 2007 y a las instrucciones de la Circular Unica sobre la materia.	5 meses	Plan de acción definido en 100%	Actas de reuniones para definir el plan de acción y matriz de planificación.
Mejorar los canales de comunicación y mecanismos de coordinación con entes territoriales y red de prestadores para la gestión de la autorización de los servicios POS y NO POS.	A través de Comité Técnico de Autorizaciones para evaluar casos, del manejo del call center, de uso de correos electrónicos, de fax, de reuniones de seguimiento interinstitucional.	Gerencia Servicios de Salud/Equipo Central Autorizaciones/ Sistemas de Información.	Centra Autorizaciones/ Autorizaciones Seccional y municipal	Marzo a diciembre	Para mejorar la gestión y la oportunidad de respuesta en la autorización de servicios POS y NO-POS	9 meses	Canales de comunicación y mecanismos de coordinación definidos y operando en 100%	Actas de comité técnico de autorizaciones, reportes de call center, reporte de información reportada por correos institucionales, actas de reuniones interinstitucionales etc.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008

NOMBRE DEL PROCESO: GESTIÓN DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO**AREA FUNCIONAL: GERENCIA SERVICIOS DE SALUD****UNIDAD FUNCIONAL: AREA DE AUTORIZACIONES****RESPONSABLE DEL PROCESO: Profesional de Autorizaciones****OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO:** Garantizar la continuidad y la accesibilidad al suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS a través de la Conformación y seguimiento del Comité Técnico Científico en cada Seccional**OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO:** Realizar mediante la aplicación de indicadores de calidad, la evaluación de metas establecidas en cuanto a la demanda y oferta de los servicios de salud cuando se compare lo observado con lo deseado.

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUÉ	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Revisar y evaluar los documentos que soportan la conformación y certificación de los CTC.	A través de los soportes físicos ubicados en la sede nacional.	Responsable de autorizaciones sede nacional.	Central de Autorizaciones sede nacional.	Mayo	Para identificar las debilidades y avances en el proceso de conformación en cada seccional.	1 mes	Documentos de conformación del CTC revisados y evaluados al 100%	Informe del estado actual de los CTC.
Programar y realizar autoevaluación del proceso Gestión de Comité Técnico Científico en todas las seccionales.	Visitas a las seccionales para observar, verificar e instruir sobre las actividades y productos del proceso.	Gerente Servicios de Salud/Gerencias Seccionales/ Equipo de Autorizaciones.	Sedes seccionales.	Semestral	Para evaluar en terreno los resultados del proceso y retroalimentar con el responsable seccional sobre acciones e instrucciones de mejoramiento.	1 visita semestral por seccional	Visitas de autoevaluación realizadas al 100% de las seccionales.	Instrumentos como lista de chequeo, actas de compromiso, matriz de auditoría.
Adelantar actividades de capacitación y entrenamiento a los funcionarios EPS e IPS y usuarios en el manejo e implementación del proceso de Gestión de Comité Técnico Científico.	A través de Jornadas de capacitación, para dar instrucciones, entrenamiento y asistencia técnica del proceso.	Equipo Central de Autorizaciones.	Sede nacional y sedes seccionales de acuerdo a la programación.	Trimestral	Dar directrices e instrucciones sobre la operación del proceso para el mejoramiento de la gestión de los Comités Técnico Científico.	1 día por trimestre	Funcionarios de la EPS, IPS y usuarios miembros del CTC capacitados al 100%.	Actas de capacitación, listas y certificados de asistencia.
Fortalecer el seguimiento y control del uso del formato justificación del médico tratante para el uso de medicamentos NO POS por parte de la IPS.	A través de evaluación de formatos diligenciados, comunicaciones oficiales y auditorías de concurrencia.	Responsables Central Autorizaciones/ Autorizaciones Seccionales/ Equipo Auditoría.	Central Autorizaciones/ Autorizaciones Seccional/ IPS.	Semestral	Para garantizar la aplicación del formato de justificación del médico tratante como insumo del CTC.	1 visita semestral por IPS seleccionada.	Seguimiento y control del uso del formato adelantado en 100%.	Actas de auditoría, comunicaciones escritas a las IPS.
Revisión, aprobación e implementación del formato Acta de Comité Técnico Científico para mejorar el control y seguimiento del proceso a nivel nacional.	A través de: sesiones con el equipo de Servicios de Salud y Comité Operativo MECI para el diseño del formato e instructivo; instrucciones y entrega del formato a los responsables para su uso; seguimiento y monitoreo para su correcta aplicación.	Equipo autorizaciones Sede Nacional/ Comité Operativo MECI/ Responsables Gerencias y autorizaciones seccionales.	Central de Autorizaciones/ Gerencia y Autorizaciones Seccional.	Abril a Julio	Para estandarizar el registro del proceso, para mejorar la información de las autorizaciones de medicamentos NO POS y controlar su operación.	3 meses	Formato aprobado y disponible para su uso en 100% de las sedes seccionales.	Muestra del formato preimpreso, instructivo documentado y Acta de entrega de formatos a los responsables del nivel seccional y Municipal.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008

NOMBRE DEL PROCESO: DEFINICIÓN RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

AREA FUNCIONAL: GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

UNIDAD FUNCIONAL: RED DE PRESTADORES

RESPONSABLE DEL PROCESO: P.U. Red de Prestadores.

OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROCESO: Seleccionar la red de prestadores de servicios de salud para garantizar la prestación de servicios de salud integrales, accesibles y oportunos a los afiliados en todo el territorio nacional.

OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Evaluar los estándares de calidad de nuestros prestadores de servicios de salud como una forma continua y dinámica en el tiempo, estableciendo mejoras mediante indicadores de gestión que permitan evaluar la optimización de la red.

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Definir metodología y políticas de selección y evaluación de prestadores	Revisión de normatividad y documentos referentes a la selección y evaluación de prestadores	Coordinación Nacional de Red de Prestadores	Oficina Coordinación Nacional de Red de Prestadores	JUNIO DE 2008	Elaborar el Manual de Evaluación y contratación de Prestadores.	3 MESES	Documentación completa del proceso.	Revisión de documentos por Comité de Calidad y Aprobación por Gerencia de servicios de salud y Gerencia general.
Analizar el estado de oferta y demanda de servicios de salud de la Red.	Evaluación de la nota técnica. Cálculo de demanda potencial. Evaluación de capacidad instalada. Evaluación de los indicadores de accesibilidad y oportunidad	Coordinación Nacional de Red de Servicios	Oficina Coordinación Nacional de Red de Servicios	Periodicamente	Efectuar un diagnóstico de global y específico de la suficiencia de la red.	3 MESES	Informe de suficiencia de red en 100%	Gerencia Servicios de salud
					Identificar factores que afectan la producción de los servicios.		Conocimiento de factores de riesgo en 100%	Gerencia Servicios de salud
					Estimar la demanda de atención de salud de la población.		Demanda de atención identificada.	Indicadores de uso, epidemiológicos
					Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios.		Identificación de la capacidad de la oferta	Indicadores de atención, capacidad resolutiva
Evaluar red de prestadores a contratar.	Registro de la oferta de servicios de salud (Capacidad Instalada. Verificación de las condiciones de habilitación)	Red de servicios nacional	Oficina Coordinación Nacional de Red de Servicios	Periodicamente	Resultados evaluación de criterios de selección de oferentes y capacidad instalada.	3 MESES	Conocimiento de disponibilidad de IPS en 100%.	# de IPS con requerimientos de habilitación/ total de IPS habilitadas.
Verificar la suficiencia de red y equilibrio financiero por cada seccional.	Análisis de la oferta (Medición de los servicios), determinación de la demanda, Identificación de las brechas de atención.	Coordinación Nacional de Red de Servicios	Oficina Coordinación Nacional de Red de Servicios	Periodicamente	Informe de inconsistencias presentadas en el proceso.	3 MESES	Coherencia de la red proyectada con la disponibilidad financiera	Seguimiento proyección presupuestal Vs Red proyectada para la prestación de servicios de salud.
Realizar ajustes y renegociaciones para complementación de red de servicios.	Realizar acciones de seguimiento y coyuntural para ajustar los desvíos o fallas producidos.	Coordinación Nacional de Red de Servicios	Oficina Coordinación Nacional de Red de Servicios	Periodicamente	Red de prestadores de servicios evaluada y seleccionada a nivel nacional.	3 MESES	Disminución de fallas en un 80%	Coordinación Nacional de Red de prestadores.
	Realizar acciones preventivas para evitar fallas o desvíos.	Coordinación Nacional de Red de Servicios	Oficina Coordinación Nacional de Red de Servicios	Periodicamente	Informe de costos de Red a contratar.	3 MESES	100% de servicios	Coordinación Nacional de Red de prestadores.

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS - PAMEC 2008

NOMBRE DEL PROCESO: CONTRATACIÓN RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

AREA FUNCIONAL: GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

UNIDAD FUNCIONAL: RED DE PRESTADORES

RESPONSABLE DEL PROCESO: Profesional Red de Prestadores.

OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROCESO: Conformar una red suficiente y con la capacidad necesaria para enfrentar la demanda de servicios de salud a los afiliados con integralidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad en todo el territorio nacional.

OBJETIVO INSTITUCIONAL AL CUAL CONTRIBUYE EL PROCESO: Evaluar los estándares de calidad de nuestros prestadores de servicios de salud como una forma continua y dinámica en el tiempo, estableciendo mejoras mediante indicadores de gestión que permitan evaluar la optimización de la red.

QUE	COMO	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	META	CONTROL
Actividades a realizar para bloquear la causa	Pautas para la realización de la actividad	Responsable de ejecutarla	Lugar donde se realiza la actividad	Fecha de terminación de la actividad				
Definir metodología y políticas de contratación de prestadores	A través de sesiones con el equipo de contratación.	Gerentes seccionales	Seccionales	JUNIO DE 2008	Tener lineamientos referente a la metodología y políticas de contratación, que estructuren una red calificada en todos los niveles de complejidad para la atención de nuestros afiliados con oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad dando cumplimiento a la normatividad vigente, a un costo razonable que permita obtener un equilibrio financiero.	3 MESES	Manual de Evaluación y contratación de Prestadores en 100%	Revisión de documentos por Comité de Calidad y Aprobación por Gerencia de Servicios de Salud y Gerencia General.
Revisar plantillas de minutas.	Revisión de normatividad vigente y minutas utilizadas en vigencias anteriores.				Definir parámetros de minutas acorde con la normatividad vigente.	3 MESES	Lista de chequeo de minutas en 100%	Revisión de documentos por Oficina jurídica y Aprobación por gerencia de servicios de salud y gerencia general
Preparar matriz de contratación.	Basada en presupuesto (ingresos/costos), red contratada en vigencia anterior.				Establecer la red a contratar por cada una de las seccionales.	3 MESES	Matrices de contratación en 100%	Revisión y aprobación Gerente de Servicios de Salud y Gerente general
Programar mesas de contratación.	Solicitud reunión con prestadores y establecer un cronograma de visitas				Negociar los servicios y porcentajes de contratación con la red de prestadores.	3 MESES	Plan de contratación por regionales en 100%	Revisión y aprobación Gerente de Servicios de Salud y Gerente general
Elaborar minutas contractuales.	Ingresar la información en los formatos de minutas contractuales	Red de servicios nacional	Nivel Central	Trimestral	Generar documento base de minutas contractuales.	3 MESES	Minutas elaboradas en 100%	Revisión y aprobación Oficina Jurídica
Realizar contratos.	Ingresar la información de la matriz de contratación referente a la red de prestadores.	Red de servicios nacional	Nivel Central	Trimestral	Tener minutas elaboradas. Documento a ser enviado a los prestadores para su revisión.	3 MESES	Contratos firmados y legalizados en 100%	Coordinación nacional de red de prestadores.
Verificar de red contratada, tiempos de contratación y parámetros contratado.	Informe por seccional de contratos realizados y contratos firmados.	Gerencia de servicios de salud	Nivel Central	Trimestral	Establecer la red contratada.	3 MESES	Informe de contratación en 100% (contratos perfeccionados y no conformes presentadas)	Coordinación nacional de red de prestadores.
	Revisión de observaciones presentados por los prestadores para la modificación y/o aceptación de minutas.	Gerencia de servicios de salud	Nivel Central	Trimestral	Generar documento de aceptación y/o negación de las observaciones presentadas, y ajuste del contrato.	3 MESES	Informe de correcciones en 100%	Coordinación nacional de red de prestadores.

Anexo K.



AUSM-04

ENCUESTA GLOBAL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR ATENCION PRESTADA EN SELVASALUD S.A. EPS ARS

Para SELVASALUD S.A. EPS ARS es importante su opinión de cómo ha sido la atención en la empresa en todos los niveles, buscando mejorar los diferentes procesos con el fin de satisfacer integralmente a nuestros afiliados desde el punto de vista del cumplimiento de la oportunidad, accesibilidad y calidad.

Fecha:

DIA	MES	AÑO

 Municipio: _____ Departamento: _____
 Fecha nacimiento:

DIA	MES	AÑO

 Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que Usted considere conveniente.

1. La sede de Selvasalud en su municipio esta ubicada en un sitio de fácil acceso para solicitar los servicios requeridos: SI NO
2. Las instalaciones de Selvasalud son adecuadas para la atención SI NO
3. Selvasalud cuenta con una oficina de atención, orientación e información al usuario SI NO
4. La atención prestada por los funcionarios de Selvasalud es:
 Excelente Buena Regular Mala
 ¿Por qué? _____
5. Las ordenes de autorización de los servicios que le competen a Selvasalud en (seleccione solo una opción):
 Apoyo Diagnóstico Cirugía programada Entrega de medicamentos
 Apoyo Terapéutico Consulta especializada No aplica
 Son entregadas en:
 1 día 2 – 4 días 5 – 9 días 10 – 15 días Más de 15 días No aplica
6. Selvasalud consigue las citas de remisiones en:
 1 día 2 – 4 días 5 – 9 días 10 – 15 días Más de 15 días No aplica
7. El tramite de los procedimientos NO POSS con el ente territorial son gestionados en:
 1 día 2 – 4 días 5 – 9 días 10 – 15 días Más de 15 días No aplica
8. Las quejas que usted presenta son resueltas oportunamente por los funcionarios de Selvasalud SI NO NO APLICA
9. Conoce los derechos y deberes que adquiere al pertenecer al régimen subsidiado SI NO
10. Considera que el horario de atención al público que ofrece Selvasalud es adecuado SI NO
 Si la respuesta es NO, cual es su propuesta _____
11. Ha participado de las capacitaciones que realiza Selvasalud SI NO
12. Se siente satisfecho con los servicios que ofrece Selvasalud SI NO
 ¿Por qué? _____

Observaciones: _____

GRACIAS POR SU COLABORACION