

**“ANÁLISIS, DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS
MISIONALES DE SERVIR S.A.”**

**SANTIAGO SORZANO PATIÑO
COD:1992991**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2007**

**“ANÁLISIS, DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS
MISIONALES DE SERVIR S.A.”**

SANTIAGO SORZANO PATIÑO

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE:
INGENIERO INDUSTRIAL**

**DIRECTOR:
Ing. Orlando Contreras**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2007

DEDICATORIA

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional durante toda mi vida y por enseñarme con su ejemplo la constancia y dedicación necesaria para alcanzar mis metas.

A mi novia Juliana por estar siempre a mi lado apoyándome y dándome fuerzas para continuar adelante.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a SERVIR S.A. especialmente al Dr. Camilo Londoño por el apoyo, dedicación y contribución brindada para el desarrollo del proyecto.

De la misma manera se agradece a todos los funcionarios involucrados en los diferentes procesos por su colaboración y esfuerzo que permitieron construir el presente estudio.

Finalmente se agradece al Ing. Orlando Contreras por la ayuda brindada para llevar a cabo el desarrollo del proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	1
1. Generalidades del proyecto.	3
1.1 Objetivos generales.	
1.2 Objetivos específicos.	3
2. Información de la empresa.	4
2.1 Accionistas activos en Santander.	4
2.2 Principales servicios que ofrece la empresa.	4
2.3 E.P.S a las que se les presta servicio de salud.	5
2.4 Clasificación de servir s.a. según su tamaño.	5
2.5 Aspectos legales de servir s.a.	6
2.6 Reseña histórica.	6
2.7 Direccionamiento estratégico de servir s.a.	8
2.7.1 Misión	8
2.7.2 Visión	8
2.7.3 Objetivos corporativos	8
2.7.4 Principios y valores corporativos.	9
2.8 Estructura organizacional.	10
2.9 mapa de procesos	12
2.10 Descripción de las áreas.	13
3. Metodología de mejoramiento los procesos de atención, administrativa, atención en salud y vinculación de usuarios en Servir s.a.	15
3.1 Aplicabilidad de una metodología de mejoramiento para los procesos de atención administrativa, atención en salud y Vinculación de usuarios en servir s.a.	15
3.2 Planteamiento de la metodología de mejoramiento de los procesos misionales de servir s.a.	16

3.2.1	Etapa de diagnóstico y definición de los procesos.	17
3.2.2	Etapa de análisis de los procesos.	17
3.2.3	Etapa de propuesta de mejoramiento de los procesos.	17
3.2.4	Etapa de propuesta de un sistema de indicadores.	18
3.2.5	Etapa implementación y seguimiento de las mejoras.	18
4.	Aplicación de la metodología establecida	19
4.1	Etapa de diagnóstico de los procesos de atención médica, atención administrativa y vinculación de usuarios.	18
4.1.1	Entorno Legal.	19
4.1.2	Percepción del empleado.	22
4.1.2.1	Desarrollo de la encuesta y posterior tabulación.	23
4.1.3	Matriz D.O.F.A	24
4.1.4	Descripción de las áreas donde se llevan a cabo los procesos de atención administrativa, atención médica y Vinculación de usuario.	31
4.1.5	Definición de la metodología.	35
4.2.	Etapa de definición de los procesos de atención administrativa, atención médica y vinculación de usuarios.	36
4.3	Determinación de las especificaciones de calidad.	39
4.4	Etapa de análisis de los procesos de atención administrativa, atención médica y vinculación de usuarios.	41
4.4.1	Análisis causa-efecto	42
4.5	Etapa de planteamiento de propuestas de mejoramiento.	49
4.5.1	Propuestas de mejoramiento para el proceso de atención administrativa a los usuarios.	50
4.5.2	Propuestas de mejoramiento para el proceso de atención Médica a los usuarios.	64
4.5.3	Propuestas de mejoramiento para el proceso de vinculación de usuarios.	73
4.6	Etapa de propuesta de un sistema de indicadores para los procesos de atención administrativa, atención médica y	80

vinculación de usuarios.	
4.6.1 Sistema de indicadores actual.	80
4.6.2 Sistema de indicadores propuestos.	81
4.6.2.1 Proceso de atención administrativa a los usuarios.	82
4.6.2.2 Proceso de atención médica a los usuarios.	86
4.6.2.3 Proceso de vinculación de usuarios.	92
4.6.3 Indicadores mes de Julio 2007	95
4.6.3.1 Indicadores mes de Julio 2007 Proceso atención Administrativa a los usuarios	95
4.6.3.2 Indicadores mes de Julio 2007 Proceso atención Medica a los usuarios	96
4.6.3.3 Indicadores mes de Julio 2007 Proceso atención Vinculación a los usuarios	97
4.7 Etapa de validación, implementación y seguimiento de las mejoras.	97
4.7.1 Proceso de atención administrativa al usuario.	98
4.7.2 Proceso de atención en salud al usuario.	111
4.7.3 Proceso de vinculación de usuarios.	119
4.7.4 Cumplimiento de los objetivos.	124
5. Conclusiones.	125
6. Recomendaciones.	126
Bibliografía	128
Anexos	130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama de SERVIR S.A.	11
Figura 2. Mapa de procesos de SERVIR S.A.	12
Figura 3. Diagrama de la metodología para el mejoramiento de los procesos.	34
Figura 4. Diagrama causa efecto interrogante 1.	45
Figura 5. Diagrama causa efecto interrogante 2.	46
Figura 6. Diagrama causa efecto interrogante 3.	48
Figura 7. Diagrama causa efecto interrogante 4	49
Figura 8. Sistema de indicadores de gestión de Superintendencia de salud.	77

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Levantamiento de los procesos.

ANEXO 2. Formato de Encuesta y tabulación de los resultados.

ANEXO 3. Caracterización de los procesos.

ANEXO 4. Manuales de procesos

ANEXO 5. Formatos de los procesos

ANEXO 6. Instructivos de atención administrativa de los usuarios.

ANEXO 7. Manual para el procedimiento de auditoria de la calidad en el servicio

ANEXO 8. Manual para el procedimiento de manejo de historias clínica.

RESUMEN

TÍTULO: ANÁLISIS, DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES DE SERVIR S.A.*.

AUTOR: SANTIAGO SORZANO PATIÑO**.

PALABRAS CLAVES: Documentación administrativa, especificaciones de calidad, indicadores de gestión, propuestas de mejoramiento, levantamiento de procesos.

DESCRIPCIÓN: Este documento presenta las actividades realizadas para el mejoramiento de los procesos de atención administrativa, atención médica y vinculación de usuarios de SERVIR S.A., las cuales en el momento en el que se empezó a desarrollar el proyecto se encontraban comprometidas por su falta de eficiencia y eficacia, lo cual generaba gran inconformismo entre los usuarios e iba en contra de la principal política de servir s.a., que es la atención con calidad al usuario.

La metodología aplicada fue la siguiente: recolección de la información por medio de métodos y herramientas, como la entrevista en el puesto de trabajo y el seguimiento de las diferentes actividades, análisis externo e interno de la situación actual de SERVIR S.A., elaboración de la matriz D.O.F.A para con su análisis obtener un diagnóstico de los procesos en estudio.

Se realizó un levantamiento de los procesos mencionados, se hicieron las caracterizaciones de cada uno de ellos y se implemento un sistema de indicadores.

Se llevó a acabo un análisis causa – efecto para así poder realizar las propuestas y la posterior implementación, de las mejoras necesarias para incrementar los índices de rendimiento de cada uno de estos procesos.

Como resultado se logró mejorar y simplificar cada uno de los procesos, eliminando actividades que no ofrecían valor agregado a estos, se incremento la eficiencia de la comunicación con el diseño de nuevos formatos y se implementó un ambiente de mejoramiento continuo entre el personal de los procesos.

* Trabajo de Grado-Practica empresarial en empresa.

** Facultad de Físico Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Ingeniería Industrial.
Director: Ing. Orlando Contreras.

SUMMARY

TITLE: ANALISIS AND IMPROVEMENT, OF THE USERS LINKING PROCESSES, ADMINISTRATIVE ATTENTION AND MEDICAL ATTENTION OF SERVIR S.A.*

AUTHOR: SANTIAGO SORZANO PATIÑO**.

KEY WORDS: Administrative documentation, specifications of quality, indicators of management, proposals of improvement.

DESCRIPTION: This document presents the activities carried out for the improvement of the processes of administrative attention, medical attention and linking of users of SERVIR S.A., which at the moment the project began were found compromised by its lack of efficiency and efficacy, that generated non-conformism among the users and went against the main politics of SERVIR S.A., that is the attention with quality of the user.

The methodology applied was the following one: gather of information through methods and tools, such as the interview in the job and the monitoring of the different activities, external and internal analysis of the current situation of SERVIR S.A., elaboration of the S.W.O.T. and its analysis, to obtain a diagnose of the processes in study.

Description of the processes mentioned, the characterizations of each one of them and implemented a system of indicators.

The following step was to carry out the analisis causes effect, presenting the necessary proposals and the subsequent implementation, of the necessary improvements to increase the indices of performance of each one of these processes.

As a result , each one of the processes, improved, by eliminating activities that did not offer value to these, and the efficiency of the communication with the design of new formats increased. Also, a new environment of continuous improvement among the personnel of the processes was implemented.

* Grade Works.

** Faculty of engineering Physical-Mechanical. School of industrial studies. Director: Ing. Orlando Contreras

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual la competitividad que ha causado la globalización de la economía, ha obligado a que las empresas cambien sus estrategias al momento de enfrentarse a las exigencias del mercado. Las organizaciones dedicadas a la producción de bienes y servicios, han tenido que concentrar sus esfuerzos en el mejoramiento de los procesos, para así lograr entregar a los clientes productos que satisfagan sus necesidades.

Las empresas Colombianas sin importar el sector en el que se desenvuelvan, han tenido que adoptar estas medidas de mejoramiento, para poder competir con las multinacionales, las cuales buscan penetrar las economías que se encuentran en vía de desarrollo.

SERVIR S.A. esta intentando cambiar el pensamiento que se ha establecido en la gente sobre el mal servicio y la falta de calidad en la atención de las empresa de salud en Colombia, y para ello esta dirigiendo todos sus esfuerzos al mejoramientos de los procesos, que tienen una relación directa con la atención de los usuarios.

Entre los planes de SERVIR S.A. se encuentra la certificación de la calidad, por lo que antes de empezar a realizar este proceso, se vieron en la necesidad de implementar mejoras necesarias en los procesos, para aumentar la satisfacción de los usuarios en cuanto al servicio ofrecido por las diferentes I.P.S que pertenecen al grupo empresarial, es allí donde se plantea la necesidad de definir una metodología de mejoramiento.

El presente proyecto tiene como fin el mejoramiento de los procesos considerados misionales dentro de SERVIR S.A., y es por esto que el objetivo

principal de este, es el diseño y la aplicación de una metodología adecuada que permita aumentar la efectividad y la eficacia de las diferentes actividades y procedimientos que hacen parte de cada uno de los procesos en estudio.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO.

1.1. OBJETIVOS GENERALES.

Analizar, diseñar, documentar y proponer las mejoras necesarias para que los procesos considerados misionales por SERVIR S.A., los cuales son vinculación de usuarios, atención administrativa y atención médica, puedan ofrecer la mayor eficiencia y calidad a sus usuarios y así mejorar la satisfacción general de estos.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Efectuar un diagnóstico estratégico que permita conocer de manera clara la situación actual de los procesos de vinculación, atención administrativa y atención medica de SERVIR S.A.
- Identificar, documentar y valorar los procesos actuales de vinculación, atención administrativa y atención medica de SERVIR S.A.
- Determinar las especificaciones de calidad de los servicios ofrecidos por parte de cada uno de estos procesos.
- Diseñar un sistema de indicadores de gestión para los procesos de vinculación, atención administrativa y atención medica de SERVIR S.A. con los cuales se pueda controlar el mejoramiento continuo de estos.
- Generar propuestas de mejoramiento para los procesos de vinculación, atención al usuario y atención medica de SERVIR S.A.
- Validar la efectividad de esta propuesta con los grupos de interés de SERVIR S.A.
- Llevar a cabo la implementación de las propuestas de mejoras aceptadas por el comité.

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

2.1. Accionistas activos en Santander.

Estimada como una de las principales fortalezas de SERVIR S.A., sus principales accionistas son IPS de gran prestigio dentro de la Oferta de Servicios en salud de Bucaramanga, estos son:

- ✓ Clínica Santa Teresa
- ✓ Clínica Bucaramanga
- ✓ Clínica Metropolitana de Bucaramanga
- ✓ Clínica Chicamocha
- ✓ Clínica Materno Infantil San Luis
- ✓ IOINA
- ✓ F.C.V.

2.2. Principales servicios que ofrece la empresa.

Servir ofrece a sus usuarios los siguientes servicios, para los diferentes niveles de complejidad establecidos en el MAPIPOS (Manual de Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud – POS)

- ✓ Urgencias
- ✓ Medicina General y Especializada
- ✓ Odontología
- ✓ Tratamiento quirúrgico
- ✓ Pequeña Cirugía
- ✓ Ayudas diagnósticas de laboratorio e imagenología
- ✓ Nutrición
- ✓ Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
- ✓ Suministro de medicamentos

- ✓ Terapias Física y Ocupacional
- ✓ Fonoaudiología
- ✓ Respiratoria
- ✓ Optometría
- ✓ Pediatría

2.3. EPS a las que se les presta servicio de salud.

SERVIR S.A. desde su constitución ha prestado sus servicios a las principales EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios), actualmente, a:

- ✓ Solsalud EPS
- ✓ Humanavivir EPS
- ✓ Salud Colpatría EPS
- ✓ Salud Total EPS (provincia)
- ✓ Seguro Social

2.4. Clasificación de SERVIR S.A. según su tamaño.

Empleados: 150

Ventas: Mayores a 13, 000, 000,000 de pesos por año.

Teniendo en cuenta su tamaño relativo en el medio empresarial santandereano y la complejidad del sector en el que actúa, SERVIR S.A. es considerada una gran empresa según la información proporcionada por la Cámara de Comercio en enero del 2007.

2.5. Aspectos legales de SERVIR S.A.

Servir S.A. institución prestataria de servicios de salud, constituida mediante escritura pública No. 8032 del 9 de Noviembre de 1993 de la notaria tercera del círculo de Bucaramanga y autorizada para prestar servicios de salud por la secretaría departamental de salud mediante certificado de requisitos esenciales número 6800109850 y reconocida su naturaleza comercial como sociedad anónima y registrada en la Cámara de Comercio de Bucaramanga según matrícula mercantil No. No. 05-053563-04 del 1 de Diciembre de 1993.

Sociedad activa a la fecha, con domicilio en la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia y ubicada en la Carrera 30 No. 51 - 72 y PBX 6577427.

2.6. Reseña Histórica.

SERVIR S.A. es una I.P.S. Santandereana creada en Noviembre de 1993, por prestigiosas Clínicas de Bucaramanga que vieron en su integración la oportunidad de afrontar conjuntamente nuevos modelos de atención en el sector, que les permitiera la utilización de su capacidad instalada y la creación de nuevos productos.

Su primera oportunidad de negocio fue la contratación por el sistema de capitación de los servicios de salud con la E.P.S. Cajanal.

Para el año de 1998 las E.P.S vieron en la I.P.S. Servir S.A. una herramienta para el desarrollo de principios orientadores propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como: la complementariedad y la integralidad de la red, toda vez que el grupo empresarial que conformó a Servir S.A. ofrecía

a las Promotoras servicios en salud en todos los niveles de complejidad, garantizándoles la prestación de los mismos en los términos de eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad y además con la garantía del derecho de la libre escogencia propia de los usuarios del sistema frente a una gama de prestadoras de servicios debidamente autorizadas para funcionar. Fruto de esta Gestión se dio inicio a la prestación de servicios a todos los usuarios del régimen contributivo de Saludcoop EPS (contrato que finalizó a la construcción por Saludcoop de su propia clínica) y de Humanavivir S.A. EPS

Enfoca su Gestión hacia dirigir, controlar y promover el acceso de los usuarios a la prestación de los servicios de salud a través de una extensa red articulada de prestadores de servicios de salud, principalmente con sus clínicas socias.

Como empresa líder, SERVIR S.A. hace presencia en el territorio nacional con sedes en los departamentos de: Santander y Atlántico cubriendo los IV niveles de atención en salud con su red prestadora y mantiene inversiones en sociedades comerciales del área de la salud, fortaleciendo sus servicios, estas son:

- ° Servifarma S.A.
- ° Vivir S.A. Medicina Prepagada
- ° VIP LIMITADA – IPS
- ° Clínica Villa de San Carlos S.A.
- ° ServirSeguros Limitada

2.7. Direccionamiento Estratégico de SERVIR S.A.¹

Dentro del Sistema de Gestión de Calidad, el cual persigue como uno de sus objetivos el obtener la Certificación ISO 9001:2000 en los procesos misionales de atención al usuario, SERVIR S.A. ha redefinido su Direccionamiento Estratégico, estando hoy enfocado en lo siguiente:

2.7.1 Misión

SERVIR IPS presta servicios personalizados ambulatorios de salud del primer nivel de complejidad dentro del Plan Obligatorio de Salud y autorizaciones médicas para niveles superiores, cumpliendo los requisitos de sus clientes institucionales, para recuperar la salud de los usuarios dando a la comunidad años de vida saludable.

2.7.2 Visión

SERVIR IPS en el año 2010 será la mejor Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel en el oriente colombiano, fidelizando a sus usuarios por medio de un modelo integral de atención en salud con resultados, para mantener una vida saludable.

¹ Documentos internos de Servir S.A.

2.7.3 Objetivos Corporativos

- ✓ Mantener estabilidad Financiera y obtener el retorno adecuado de las Inversiones para los Accionistas.
- ✓ Mantener para el Departamento de Santander el número de E.P.S. actual con la misma tendencia de crecimiento de Usuarios y a nivel Nacional abordar nuevos Mercados en el ámbito de la Salud por el Sistema de Capitación.
- ✓ Continuar en el Proceso de Inversión en otras Compañías del Sector de la Salud, evaluando su conveniencia o no y analizando el desarrollo de las Inversiones actuales, de tal manera que se traslade el modelo SERVIR a otras Regiones del País.
- ✓ Desarrollar Institucionalmente a SERVIR, dentro de una Cultura Corporativa orientada al servicio
- ✓ Generar mercado y valor agregado a sus Accionistas en todas las áreas de producción de los servicios que les permita mantener una estabilidad Financiera, soportado en el crecimiento continuo.
- ✓ Alcanzar los estándares definidos para los atributos de calidad de SERVIR, mejorándolos para ser competitivos en el mercado.

2.7.4 Principios y valores corporativos.

- ✓ Servir
- ✓ Satisfacer
- ✓ Ética
- ✓ Honestidad
- ✓ Calidad
- ✓ Sensibilidad social
- ✓ Innovación
- ✓ Rentabilidad

2.8. Estructura organizacional.

- Organigrama de SERVIR S.A.

(Ver Figura 1)

La estructura organizacional de SERVIR S.A. es del tipo funcional, en cabeza de la Asamblea General de Accionistas, quien delega las funciones administrativas primordiales hacia la Junta Directiva. Esta a su vez designa para períodos anuales prorrogables, al Gerente General quien así mismo es el Representante Legal de la Sociedad.

Para la operación de las actividades económicas de la empresa, se divide en dos (2) grupos principales: El Operativo Asistencial, en cabeza del Gerente Médico y el Administrativo y Financiero que recae directamente en la Gerencia General. Para dar soporte a los grandes grupos, además de atender las funciones propias de sus cargos están, la Gerencia de Garantía de Calidad (Asistencial) y la Gerencia de Planeación (Administrativa).

La parte Asistencial se soporta en Coordinadores Médicos asignados por Sede (Sede Principal, Sede Servir-San Pio y Sede Servir Humanavivir) o por Programas (Centro de Prevención Terciaria – CPT, Solsalud, Colpatría, Provincia). La parte Administrativa se soporta en tres (3) direcciones (Financiera, Administrativa y Contable) y Jefaturas de Dependencias.

2.9. Mapa de Procesos.

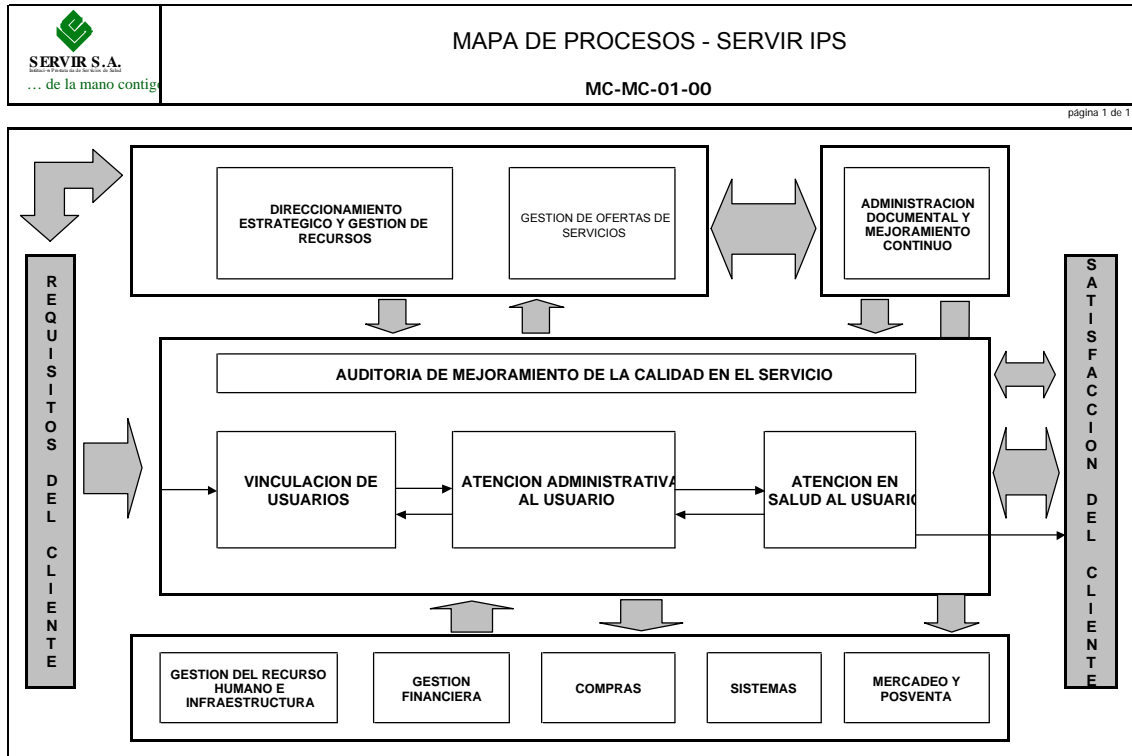


Figura 2. Mapa de procesos de SERVIR S.A.

Fuente: Documentos Internos de SERVIR S.A.

El Mapa de Procesos define como Procesos Misionales a:

- Vinculación de Usuarios
- Atención Administrativa al Usuario, y
- Atención en Salud al Usuario

Por su enfoque como generadores de satisfacción o insatisfacción y por ende impacto positivo o negativos hacia la actividad operativa y al Sistema de Garantía de Calidad de SERVIR S.A.

2.10. Descripción de los Áreas.

En consenso con el Gerente de Planeación y el Director Administrativo de SERVIR S.A., se definió, que la atención administrativa del usuario, la atención en salud del usuario y la vinculación de usuarios dentro de la empresa son considerados procesos, ya que “cada uno de ellos son un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, partiendo de uno o más inputs (entradas) los transforma, generando un output (resultado) que deberá ir encaminado a satisfacer las demandas de los usuarios”².

A continuación se definieron los procedimientos que hacen parte de cada uno de estos procesos.

Atención administrativa al usuario.

- Planificación de la atención administrativa al usuario
- Recepción y verificación de derechos del usuario
- Direccionamiento, información y apoyo al usuario
- Asignación de citas telefónicas y presenciales
- Autorización de servicios
- Cobro de cuota moderadora, copago o pago compartido
- Control de la prestación de servicios
- Validación de la prestación del servicio
- Identificación y trazabilidad
- Preservación del producto
- Seguimiento y medición del servicio
- Control de servicios no conformes
- Medición de la satisfacción del cliente

² www.aiteco.com/procesos.htm

Atención en salud al usuario.

- Planificación de la atención
- Gestión para la atención en salud
 - Consulta médica
 - Consulta odontológica
 - Actividades de promoción y prevención
 - Procedimientos de pequeña cirugía
- Verificación del diligenciamiento de la historia clínica
- Administración de la historia clínica
- Control de la prestación de servicios
- Validación de la prestación del servicio
- Identificación y trazabilidad
- Preservación del producto
- Seguimiento y medición del servicio
- Control de servicios no conformes
- Medición de la satisfacción del cliente

Vinculación de usuarios

- Realizar todos los procedimientos necesarios para la vinculación de nuevos usuarios.

3. METODOLOGÍA DE MEJORAMIENTO LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, ATENCIÓN EN SALUD Y VINCULACIÓN DE USUARIOS EN SERVIR S.A.

3.1 Aplicabilidad de una metodología de mejoramiento para los procesos de atención administrativa, atención en salud y vinculación de usuarios en SERVIR S.A.

Las empresas son hoy en día sometidas a una presión muy exigente por parte del ambiente externo, que es cada vez mas compleja y mas enfocado a la calidad y a la globalización, se han visto en la obligación de trabajar internamente en el mejoramiento de sus procesos para así lograr una mayor eficiencia en la realización de las operaciones que la componen, y así poder maximizar la capacidad y calidad de sus equipos de trabajo, cuyo resultado se vería reflejados en productos y servicios de mejor calidad donde los usuarios o clientes serian los mayores beneficiados, y al mismo tiempo ayudarían a mantenerse competitiva a la empresa dentro del mercado.

SERVIR S.A. se dió cuenta de la necesidad de hacer mejoras en los procesos que considera misionales ya que estos son los que afectan mas directamente a los usuarios quienes son la prioridad mas grande de la empresa, y considerando que al mejorar los procesos, las satisfacción de los usuarios aumentaría.

En la actualidad todos los procesos que se desarrollan dentro de la empresa se rigen y ejecutan basados en ordenes macro que presentan manuales de procedimientos diseñados para una organización ideal. Sin embargo la realidad actual se encuentra muy alejada de la realidad que presenta hoy en día la empresa, debiendo esta adaptar sus procesos sin considerar si la manera

como se están realizando es la más eficiente, o si se les está dando un enfoque que comience y termine en el cliente. Lo anterior genera como consecuencia, productos y servicios que cuestionan el logro de su satisfacción. Es por esta razón que la empresa busca mejorar la forma como se vienen dando los procesos, lo mismo que el enfoque o manejo dado a estos por sus funcionarios.

SERVIR S.A. no solo ha identificado la anterior problemática, sino también busca convertirse en una entidad capaz de adaptarse rápidamente a los constantes cambios de normatividad que se puedan presentar a través del tiempo, para lo cual la entidad considera primordial capacitar a sus empleados creando en ellos una cultura de mejoramiento continuo basada en conceptos de efectividad, calidad, riesgos y enfoque a cliente.

3.2. Planteamiento de la metodología de mejoramiento de los procesos misionales de SERVIR S.A.

Por medio de la metodología de mejoramiento a utilizar en SERVIR S.A., se busca hacer un análisis que integrando las características particulares de los procesos con las necesidades, permita reducir debilidades y afianzar fortalezas para aprovechar oportunidades, concentrando esfuerzos en optimizar la forma en que se llevan a cabo los procesos, eliminando las actividades que no generan valor. La metodología a utilizar en este caso contempla cinco etapas principales, cada una de ellas tiene un objetivo clave para finalmente llegar al desarrollo de las mejoras mas indicadas.

3.2.1. Etapa de diagnóstico y definición de los procesos.

Esta fase centra su importancia en el establecimiento de la situación actual que presentan los procesos objeto de estudio, seguido de la determinación del direccionamiento estratégico de cada uno partiendo del direccionamiento estratégico de la entidad.

Un segundo momento de esta etapa comprende el establecimiento del proceso general, seguido de la realización del inventario de los principales procedimientos que la componen, continuando con su levantamiento, actualización, diseño y descripción. Es importante también definir los clientes y proveedores para generar las especificaciones de calidad correspondientes a los insumos, productos o servicios.

3.2.2. Etapa de análisis de los procesos.

En esta etapa se analizan los resultados de las etapas anteriores, ya que estos resultados junto con la experiencia de los funcionarios y jefes de las divisiones, nos permiten detectar los puntos críticos dentro de los procesos.

Cada desempeño bajo que sea encontrado será sometido a un análisis mediante el cual se determinarán las causas raíz, dando paso a la generación de propuestas dirigidas a las debilidades encontradas para cada proceso.

3.2.3. Etapa de propuesta de mejoramiento de los procesos.

En esta fase se procede a hacer el planteamiento de las posibles ideas que nos permitan obtener unos resultados más óptimos. Estas propuestas se remiten a aprobación, serán evaluadas por los jefes de cada división y la administradora local, desde el punto de vista de los recursos, el personal y demás, implementando las mejoras más adecuadas.

3.2.4. Etapa de propuesta de un sistema de indicadores.

Se propondrá un sistema de indicadores que se ajuste a las necesidades de cada proceso. Estos indicadores deben permitir medir la verdadera realidad de

las operaciones llevadas a cabo por cada uno de los procesos, de tal forma que se hagan visibles los puntos críticos que deban ir siendo optimizados de manera continua, garantizando que el ciclo de mejoramiento nunca se cierre.

3.2.5. Etapa Implementación y seguimiento de las mejoras.

Finalmente en esta etapa se llevará a cabo la implementación de las mejoras aceptadas. Se hará un posterior seguimiento para determinar el impacto que generan dentro de los diferentes procesos y se analizará si están cumpliendo con los objetivos establecidos en el momento de la propuesta. Se establecerán pautas para llevar a cabo un mejoramiento continuo en cada uno de los procesos.

4. APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ESTABLECIDA.

4.1. ETAPA DE DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN MEDICA, ATENCIÓN ADMINISTRATIVA Y VINCULACIÓN DE USUARIOS.

Para poder realizar un diagnóstico de los procesos misionales de SERVIR S.A., es importante primero conocer los diferentes factores externos en los que se desenvuelve la salud en Colombia, para después así entrar a analizar el ambiente en el que se desarrollan los procesos dentro de la organización.

4.1.1. Entorno Legal.

En 1993 en Colombia se inició un proceso para lograr una cobertura total en salud. En esta fecha se Expidió la Ley 100³ que transformó el antiguo Sistema Nacional de Salud, en un sistema basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

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

El Régimen Contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:

³ www.minproteccionsocial.gov.co

1.- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.

2.- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.

3.- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes.

4.- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.

El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Se basa igualmente en cuatro puntos.

1.- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos.

2.- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.

3.- Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.

4.- La cobertura en servicios del seguro Subsidiado se plantea con gradualidad. Mientras tanto los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.

Con la reforma también se crearon las I.P.S Institución Prestadora de Servicios de Salud. Se constituye como el módulo ejecutor del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cual se suministrarán los servicios de salud en favor de los beneficiarios ya sea del Régimen Contributivo o Subsidiado. Su naturaleza puede ser pública, mixta o privada y podrá constituirse a través de una persona jurídica o persona natural de conformidad con las disposiciones del Código del Comercio.

Con la Ley 1122 del 9 de enero de 2007 la cual es una modificación de la ⁴ ley 100 de 1993, se busca solucionar las principales fallas que se han identificado después de estos 13 años de vigencia, entre las cuales están la regulación inadecuada por conflicto de intereses, la ausencia de promoción y prevención, el deterioro de la calidad, el inadecuado sistema de información, la corrupción, la falta de vigilancia y control y la pérdida de la dignidad de los profesionales de la salud.

⁴ www.minproteccionsocial.gov.co

Aunque tiene sus falencias la ley es muy clara y precisa en cuanto a como se deben prestar los servicios de salud en Colombia, por lo cual las I.P.S deben seguir con rigor cada una de las pautas que da la ley impone, y se deben someter a los controles que ejercen las diferentes instituciones encargadas de la vigilancia.

4.1.2. Percepción del empleado.

Antes de entrar a desarrollar el estudio de los procesos considerados misionales dentro de SERVIR S.A. es importante llevar a cabo una investigación que nos ayude a entender como ven la empresa sus empleados.

Para lograr recopilar la mayor cantidad de información sobre la percepción que tienen los jefes de los diferentes departamentos y los diferentes Gerentes, se hizo una encuesta que tenía como fin reunir información sobre diferentes temas entre los cuales estaban aspectos generales, aspectos estratégicos, aspectos administrativos, la planeación, la organización, el personal, el control y los aspectos específicos de cada área.

Aunque el proyecto que se esta realizando es sobre unos procesos específicos se decidió realizar la encuesta en todas las diferentes áreas de la empresa para así lograr un visión mucho mas completa sobre la situación actual de SERVIR S.A.

4.1.2.1 Desarrollo de la Encuesta y posterior tabulación.

ANEXO 1. Formato de Encuesta

ANEXO 2. Tabulación de los resultados.

La encuesta se hizo de forma personal e individual con cada uno de los jefes, directores y Gerentes de SERVIR S.A. Con el Gerente de planeacion se decidió que para lograr los mejores resultados posibles y que cada persona respondiera con la mayor sinceridad y objetividad, la encuesta se hiciera de carácter confidencial.

En el momento de la tabulación se dividieron las preguntas en 11 grupos dependiendo de las características de las preguntas y se agruparon las diferentes respuestas para así obtener las de mayores porcentajes.

Se realizaron 18 encuestas, las cuales fueron dirigidas a los jefes de personal, los gerentes de proyectos, el director administrativo, el gerente de planeacion, el gerente de calidad y el gerente medico, los cuales en total son efectivamente 18 personas.

Una vez obtenida la tabulación de las encuestas se procedió a definir el uso que se le iba a dar. Se pudo observar que en las diferentes áreas de la empresa se tenían sensaciones diferentes sobre la situación interna de SERVIR S.A., se decidió dejar a un lado las respuestas cuyos porcentajes no eran lo suficientemente altos, ya que estos no podían ser considerados como pensamientos generales del personal.

Las respuestas obtenidas se usaron como base para realizar la matriz D.O.F.A, la cual se encuentra desarrollada a continuación.

4.1.3 Matriz D.O.F.A

Con el fin de analizar cómo está SERVIR S.A. frente a la competencia, a su entorno y la situación interna dentro de la misma, y usando los resultados obtenidos por medio de la encuesta de diagnóstico, se construyó la matriz D.O.F.A, que va a ayudar a observar de forma más clara cuáles son las fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades, lo que será muy útil en el momento de entrar a analizar los procesos en los que se va a trabajar.

FORTALEZAS

- SERVIR S.A. en sus más de 14 años de experiencia ha obtenido reconocimiento, ante las E.P.S., lo que da una ventaja en el momento de enfrentarse a I.P.S recién constituidas.
- Trabajo en equipo (conocimiento de procesos) Servir tiene experiencia en el mercado de prestación de servicios de salud, por lo que ya tiene todos los procesos bien definidos y esto ayuda a evitar complicaciones con los usuarios.
- Conoce perfectamente el mercado lo que permite poder ofrecer un mejor

OPORTUNIDADES

- Se pueden desarrollar nuevos productos o mejorar los actuales para atender necesidades de los clientes. (Pequeñas IPS en cada barrio para atender la demanda de los usuarios de forma más directa).
- El mercado está cambiando hacia un mayor uso de los servicios de salud.
- Implementar sistemas de información dirigidos a la optimización de procesos.
- Suscribir contratos con nuevas EPS o con otras que deseen obtener los servicios que presta

servicio a los usuarios y así mantener una mejor relación con las E.P.S con las que se tienen contratos.

- Goza de excelentes instalaciones lo que permite ofrecer mayor comodidad a los usuarios.
- Tiene sucursales en los sectores mas concurridos de la ciudad por lo que el servicio se puede ofrecer de una forma mucho más cercana a los usuarios ya que SERVIR S.A. está más cerca de ellos.
- Cada sucursal maneja una EPS de manera independiente lo cual facilita la prestación de servicios para los diferentes tipos de clientes.
- Tiene vínculos con cinco de las clínicas más importantes de Bucaramanga, por lo que el servicio que se ofrece es mucho más completo y el usuario tiene la posibilidad de escoger la clínica de su preferencia.
- Muchos de los médicos mas prestantes de la ciudad prestan sus servicios a SERVIR S.A., lo que permite ofrecer al usuario mayor variedad en el momento de escoger el especialista que necesita esto

SERVIR.

- Con el mejoramiento de los procesos se espera que SERVIR alcance un óptimo nivel de calidad en la prestación de servicios.
- Se esta iniciando el proceso para llevar a cabo la implementación del proceso de certificación de calidad ISO 9000 y 9001
- Ser un grupo empresarial reconocido a nivel nacional y ampliar la cobertura de servicios a otras regiones del país por medio de contratos con nuevas EPS

ayuda a aumentar la satisfacción del usuario.

- Tiene contratos con SOLSALUD, Humana Vivir, y I.S.S, las cuales son EPS muy importantes a nivel nacional.
- Se esta implementando la documentación para el manejo de los procesos de prestación de servicios.

AMENAZAS

- Cambios en la regulación tarifaria y, en general, los cambios legislativos.
- Imposibilidad de cumplir con la demanda de medicamentos y servicios
- Posible incursión de nuevas IPS extranjeras ante la firma del tratado de libre comercio
- Decisión por parte de las EPS de tener sus propias IPS y por consiguiente terminación de contratos con SERVIR.
- Fortalecimiento de la competencia, evidenciado en un mayor numero de centros de atención alrededor de la

DEBILIDADES

- Debido al bajo mercadeo institucional SERVIR es conocida por la EPS pero no por el usuario
- Se presentan problemas en la comunicación entre el personal, no existe un flujo directo en la comunicación con los jefes ni entre los diferentes departamentos de SERVIR S.A.
- Falta motivación para el personal
- El perfil del recurso humano (muchos funcionarios temporales: Estudiantes práctica cubriendo cargos, y constante proceso de capacitación) no se realiza una

ciudad.

- Bases de datos no confiables que implica demoras en la atención de los usuarios.
 - Fallas coordinación de contratos y convenios
 - Competencia entre socios / No hay sentido de pertenencia, las clínicas socias, en su afán por obtener un mayor reconocimiento, causan disputas internas que llevan a que no se puedan desarrollar propuestas que generarían un mayor valor agregado a el servicio prestado por SERVIR S.A.
 - Retiro de personal capacitado para la competencia por mayor salario (no hay tiempo para capacitar al nuevo)
 - Inadecuado ambiente laboral (desinformación, insatisfacción salarial, falta compromiso, rumores, individualismo)
 - Normatividad cambiante
 - El desmejoramiento del ambiente laboral puede ocasionar problemas graves en la organización
- adecuada selección de personal
 - Falta capacitación del personal, tanto en el desarrollo de los procedimientos, como en la atención de los usuarios, lo que se evidencia, por las demoras en la atención y por las bajas calificaciones en las encuestas de satisfacción.
 - Alta rotación de personal.
 - Falta compromiso en el servicio al cliente
 - Falta apoyo de la oficina principal a sedes, cada sede funciona de forma muy independiente, no existe un seguimiento continuo de las actividades que allí se realizan.
 - Desconocimiento de la esencia del cargo, cada empleado se dedica a cumplir con unas actividades que le fueron asignadas, pero sin conocer el alcance de las funciones de su puesto.
 - Baja disponibilidad de citas en tiempos cortos
 - Demora en autorización de cirugías
 - Continuas quejas sobre el

servicio que presta la línea de atención al cliente y sobre la prestación del servicio dentro de la IPS, esta información fue suministrada por la Jefe de SIAU quien es la encargada de recibir las quejas de los usuarios.

- Lentitud en la solución de problemas de los clientes
- El servicio está muy burocratizado, es decir hay mucho papeleo.
- Inoportunidad y retrasos en el pago de proveedores y empleados causados por los problemas financieros actuales de la empresa.
- Retiro de personal capacitado
- No se cuenta con página Web institucional.
- No existe ningún tipo de control ni de parámetros sobre los procesos considerados misionales dentro se SERVIR S.A.
- Existen muchos cuellos de botella en el proceso de atención administrativa al usuario lo que ocasiona demoras e inconformismo de parte de los usuarios.

- No existe confianza por parte de los empleados de SERVIR S.A. en el proceso de vinculación de usuario, existe desconocimiento sobre el mismo.
- No existe un sistema de indicadores propios de la empresa, lo que no permite analizar la eficacia, eficiencia y efectividad de cada proceso.

Con la información recopilada en las encuestas y el análisis realizado en la elaboración de la matriz D.O.F.A, se estableció un diagnóstico de la situación de SERVIR S.A. tanto a nivel externo como interno.

Una vez analizada la D.O.F.A, se pudo observar de forma más clara cuales eran los factores que se podían considerar oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades para SERVIR S.A., para así enfocarse en ellas en el momento de desarrollar las propuestas de mejoras.

El análisis resultante de este diagnóstico se usó como base para desarrollar el proyecto. Cada una de las ideas que se obtuvieron de la D.O.F.A fue tenida en cuenta en el momento de realizar el análisis causa-efecto. Fue en este paso donde se logró identificar cuales eran los principales problemas que se presentaban y sobre los que se centraron las propuestas de mejoramiento, que más adelante fueron implementadas.

4.1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS USADOS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, ATENCIÓN MÉDICA Y VINCULACIÓN DE USUARIO.

Después de analizar las respuestas de los jefes, directores, y Gerentes de Servir S.A. se puede concluir que la finalidad principal de la empresa es ofrecer un servicio de muy alta calidad a los usuarios.

Lo anterior confirma que los procesos de atención administrativa, atención médica y vinculación de usuarios son los más importantes para la empresa ya que son los que tienen una relación directa con los usuarios, y por ello es que estos son considerados los procesos misionales de SERVIR S.A.

En la actualidad estos procesos no tienen una estructura establecida y se realizan sin ningún tipo de control y sin cumplir con parámetros, lo que lleva a que se cometan muchos errores que implican un desmejoramiento en la calidad de la atención, por lo que no se cumple con la misión principal de cada uno de ellos la cual es prestar un servicio con muy alta calidad a los usuarios.

La documentación de estos procesos se encuentra totalmente desactualizada, desorganizada e incompleta. Existen instructivos para algunos de los procedimientos pero están por fuera de la realidad de estos ya que utilizan un sistema diferente al que se usa hoy en día (SIHOS).

En cuanto a los formatos usados se presenta otro tipo de problema y es que cada sede lleva diferentes no hay una estandarización de estos por lo que es imposible llevar un control de la información, cada vez que se necesita uno nuevo cada quien se inventa uno lo cual es un problema porque genera desorganización.

Para poder cumplir con la misión principal de cada proceso es necesario que los diferentes recursos usados, sean los óptimos y cumplan con los requisitos mínimos para que ayuden en la consecución del objetivo principal el cual es la calidad del servicio.

RECURSOS TECNOLÓGICOS.

En cuanto a los recursos físicos cada funcionario cuenta con equipo de computación que se encuentra conectado a la sede principal por medio de la red por lo que solo se maneja una base de datos de la cual están encargados los ingenieros de sistemas de SERVIR S.A.

Cada equipo de computación tiene habilitado un programa llamado SIHOS en el cual se maneja toda la información de la empresa, maneja diferentes módulos para las diferentes necesidades de cada división, lo cual es de gran ayuda ya que todos los módulos comparten la información, por lo que existe un control continuo en cada una de las ordenes que se emiten por parte de los auxiliares de atención al usuario.

RECURSO FÍSICO.

En cuanto al espacio físico de cada una de las sedes, varía dependiendo de la población de usuarios asignados, pero cada una de ellas cuenta con un área suficientemente grande y acogedora para la comodidad tanto de los empleados como de los beneficiarios.

RECURSO HUMANO.

En cada una de las diferentes sedes, el recurso de personal es diferente dependiendo de la población total de usuarios asignados a cada una de ellas y no es constante ya que debido a la cantidad de diferentes contratos con diferentes E.P.S que maneja SERVIR S.A. la población varía lo que lleva a un incremento de personal cuando es necesario o a un traslado en caso contrario.

Cada uno de los procesos cuenta con diferente personal los cuales son encargados de cumplir con los diferentes procedimientos que se llevan a cabo, desempeñándolos de manera óptima y cumpliendo con todos los requisitos de calidad establecidos.

A continuación se hace una relación de cada proceso, con el personal que interviene en cada uno de ellos.

Atención administrativa a los usuarios

Cargo	# Puestos
Coordinador Médico (1 por cada E.P.S)	4
Auxiliar del SIAU	1
Auxiliar de Citas (Por sede)	3
Auxiliar de Autorizaciones (Por sede)	2
Auxiliar de Recepción (Por sede)	1

<p>Junta de aprobación de procedimientos (4 miembros: Gerente Médico, Gerente de Garantía de Calidad, Coordinador Medico y Auditor Medico.)</p>	1
---	---

Vinculación de usuarios

Cargo	# Puestos
Asistente de mercadeo y posventa.	1
Ingeniero de Sistemas	2
Auxiliar del SIAU (Por sede)	1
Auxiliar de Promoción y Prevención. (Por sede)	1
Coordinador de P y P	1

Atención medica al usuario.

Cargo	# Puestos
Médicos (Distribuidos entre las sedes)	12
Odontólogos (Distribuidos entre las sedes)	5
Aux. de Odontología (Distribuidas entre las sedes)	5
Enfermera Jefe (Por sede)	1

Aux. de Enfermería (Por sede)	2
Aux. de Archivo	1
Coordinador de P y P	1
Aux. De P y P (Por sede)	1

4.1.5 DEFINICIÓN DE LA METODOLOGÍA.

Antes de comenzar con la definición de los procesos, fue necesario definir la metodología a utilizar. En el siguiente diagrama se definió cada uno de los pasos a seguir en cada uno de los procesos, con el fin de llevar a cabo el mejoramiento de los mismos.

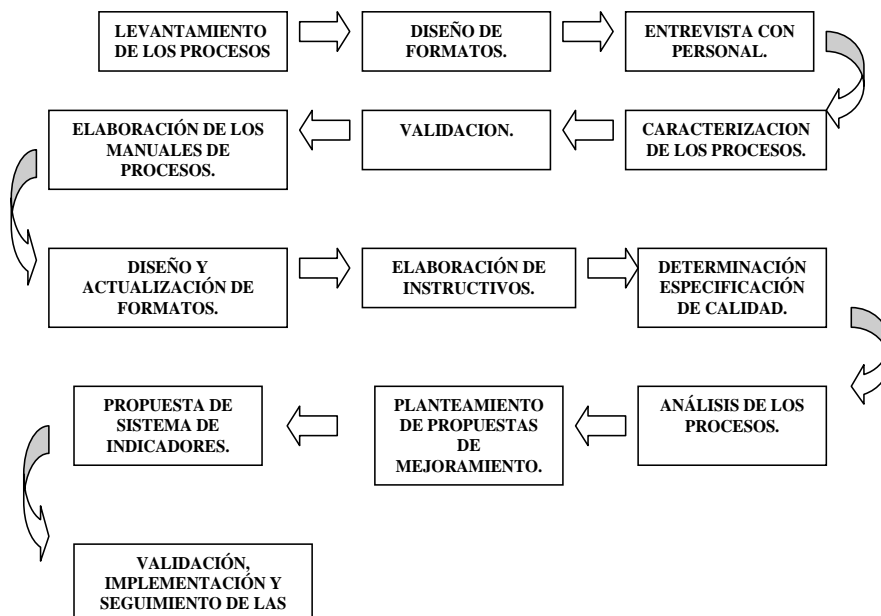


Figura.3 Diagrama de la metodología para el mejoramiento de los procesos.

4.2 ETAPA DE DEFINICIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, ATENCIÓN MÉDICA Y VINCULACIÓN DE USUARIOS.

SERVIR S.A. Como todas las empresas se dió cuenta de la necesidad que existía de realizar un mejoramiento en algunos de los procesos, sobre todo en los que eran considerados misionales, debido al contacto permanente que tienen estos con los usuarios.

Levantamiento de los procesos.

Durante esta etapa se llevó a cabo el levantamiento de cada uno de estos procesos, partiendo de la base que el único tipo de documentación que existía eran algunos formatos, los cuales eran usados durante las actividades, pero no cumplían con requisitos ni estructuración, eran diseñados por cada puesto de trabajo para cubrir las necesidades que si iban presentando.

(Anexo 3)

Diseño de los formatos usados en la caracterización de los procesos.

Lo primero que se hizo fue diseñar un formato para realizar la caracterización de cada uno de los procesos. Estos formatos servirían para recolectar la información acerca de los proveedores, las entradas, las actividades, los clientes y los productos. También aportaría información acerca del objetivo, el responsable, los recursos, los documentos, la normatividad, los mecanismos de seguimiento y los indicadores.

Entrevista con el personal.

Lo siguiente fue llevar a cabo una entrevista con todos los miembros del personal para así recolectar la información necesaria para poder llevar a cabo el levantamiento de cada uno de los procesos.

Las preguntas que se hicieron fueron:

- ¿Dónde comienza y donde termina el proceso?
- ¿Describa en orden cada una de las actividades del proceso, teniendo en cuenta a los responsables de cada una de las actividades?
- ¿Cuáles son los clientes internos y externos del proceso?
- ¿Cuales son los proveedores del proceso?
- ¿Cuales son las normas que regulan el desarrollo de las actividades del proceso?
- ¿Cuáles son los formatos que se usan para cada una de las actividades que hacen parte del proceso?
- ¿Cuál es el producto del proceso?

Caracterización de los procesos.

Ya con la información recopilada para cada uno de los procesos se procedió a realizar la caracterización de cada uno de ellos, se determinó el responsable del proceso, y con su ayuda se determinó el objetivo de este (ANEXO 4).

Validación.

Una vez terminada la caracterización se validó con el responsable del proceso para que este la aprobara, y si encontraba alguna falla se corregía, se usó el formato antes descrito. Por último se validaba con el Gerente de Planeación y

el Gerente de Auditoría de la Calidad. Una vez era corregido se hacían los cambios y se continuaba con el siguiente proceso

Elaboración de los manuales de procesos.

El siguiente paso fue la elaboración de los manuales. En cada uno de ellos se describió cada uno de los procedimientos y actividades que los conformaban. Una vez elaborado el manual, se validaba primero con el personal involucrado y después con el responsable de este. Por último se validaba con el Gerente de Planeación y el Gerente de Auditoría de la Calidad. Ya corregido se efectuaban los cambios y se continuaba con el siguiente proceso (ANEXO 5).

Una vez los manuales de funciones estuvieron terminados se continuó con el diseño y la actualización de los diferentes formatos que eran usados en cada uno de los procesos. Estos fueron diseñados a partir de los ya existentes, y los nuevos se crearon con ayuda del personal dependiendo de las necesidades identificadas en los diferentes procedimientos y actividades. Este paso está incluido entre las propuestas de mejoras planteadas para los tres procesos (ANEXO 6).

El siguiente paso fue la elaboración de algunos instructivos para el proceso de atención administrativa de los usuarios, estos se hicieron realizando un seguimiento de las actividades que conformaban algunos de los procedimientos (ANEXO 7).

También se elaboró el manual para el procedimiento de auditoría de la calidad en el servicio, que aunque no pertenece a los procesos que se encuentran en estudio, se vió la importancia de elaborarlo ya que está directamente relacionado con la atención a los usuarios (ANEXO 8).

4.3 DETERMINACIÓN DE LAS ESPECIFICACIÓN DE CALIDAD.

El mejoramiento de los procesos que será aportado por el autor, debe basarse siguiendo las especificación de calidad establecidas a continuación.

“La Política de Calidad de Servir S.A. es la de prestar con cálidez servicios personalizados de salud del primer nivel de complejidad ambulatorio, atendiendo las necesidades del usuario, enmarcadas en los requisitos legales, ofreciendo un servicio integral con resultados, contando con personal competente, soportado en tecnología adecuada y comprometido con el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad a fin de lograr el reconocimiento, satisfacción y fidelización de sus usuarios y clientes institucionales”.

“La calidad y la excelencia en el servicio son la condición absoluta del modelo de salud de Servir S.A. Lo anterior quiere decir que todos los colaboradores de la Empresa asumen el compromiso de dar lo mejor de sí cuando realizan sus actividades regulares, tomando las decisiones apropiadas para alcanzar los objetivos empresariales y del modelo de salud de la Organización, ejecutando esas decisiones con perfecta sujeción a los más elevados preceptos éticos, técnicos, científicos y administrativos, y actuando siempre en forma oportuna, diligente y justa, acatando la ley y respetando profundamente a cada uno de los usuarios de los servicios de salud, para quienes se buscará siempre el mayor beneficio con la garantía del menor riesgo posible”.⁵

⁵ Documentos internos de servir s.a.

4.3.1 LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD DE SERVIR S.A.

- Cumplir los requisitos pactados contractualmente con los clientes institucionales.
- Prestar servicios de atención en salud con resultados.
- Contar con personal competente y comprometido.
- Logra el reconocimiento y fidelización de los usuarios.
- Generar valor agregado costo-efectivo a los usuarios.
- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios en el cuidado de su salud, dentro de los parámetros establecidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud.

4.4 ETAPA DE ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, ATENCIÓN MÉDICA Y VINCULACIÓN DE USUARIOS.

En esta etapa se analizará cuáles son las causas fundamentales de los bajos niveles de desempeño de los procesos en estudio, teniendo en cuenta el gran impacto que generan sobre los usuarios y así aplicarle la solución correcta que permita brindar la mayor calidad posible a la atención.

En esta etapa se usará la herramienta de análisis conocida como diagrama de causa-efecto, debido a la característica principal de ésta que es que permite captar ideas de todos los miembros del equipo acerca de lo que creen son las causas de los diferentes problemas que afectan el desempeño de el proceso.

Se identificaron los aspectos que generan problema dentro de cada uno de los procesos y se asignará un responsable que tenga conocimiento de las actividades, que será el encargado de garantizar la efectividad del proceso controlado.

El responsable deberá verificar que los objetivos de las propuestas vayan en el mismo sentido de los objetivos del proceso, además tendrá que prever los cambios y reestructuraciones que se deban aplicar al proceso para cubrir las necesidades de los usuarios. De esta manera el va a ser el encargado de el mejoramiento continuo de cada uno de estos procesos.

4.4.1 ANÁLISIS CAUSA-EFECTO

El análisis causa – efecto es uno de los métodos de análisis mas usados, es conocido como la espina de pescado y se usa para demostrar las causas de los problemas que se presentan dentro de los procesos.

El análisis de causa –efecto debe cumplir con los pasos ya establecidos los cuales son: encontrar los procesos críticos, elaborar las preguntas y encontrarles las respuestas mediante la técnica de lluvia de ideas, ordenarlas y relacionarlas de acuerdo a las exigencias del diagrama.

A continuación se elaboran las preguntas que ayudarán a identificar las características actuales de desempeño de los procesos y permitirán determinar las causas que generan la problemática a analizar.

Estas preguntaron fueron diseñadas en coordinación con el Gerente de Planeacion.

Los interrogantes planteados fueron:

1. ¿Por qué se presentan tantos cuellos de botella en el proceso de atención administrativa al usuario?
2. ¿Por qué se presenta tanto inconformismo en el proceso de atención en salud por parte de los usuarios?

3. ¿Por qué el proceso de vinculación de usuarios tiene una imagen tan negativa dentro de SERVIR S.A.?

4. ¿Por qué se observa inconformismo y falta de motivación en el personal que labora en los procesos de atención administrativa, atención médica, y vinculación de usuarios?

Para responder cada uno de estos interrogantes se llevo a cabo una lluvia de ideas con cada grupo de trabajo en los que se incluían los gerentes de planeacion, garantía de calidad y los coordinadores médicos.

Toda la información recopilada se organizó para detectar la causa del problema y se relacionaron con los siguientes factores:

- Personas.
- Máquinas.
- Materiales.
- Método.
- Mediciones.

Examinando los problemas encontrados se entró a analizar las causas que los estaban generando, se aprovechar los conocimientos que tienen los miembros del grupo de trabajo para enumerar la mayor cantidad de causas posibles y así poder decidir cuales eran las que mayor influencia tenían sobre el problema.

Pregunta 1. Por qué se presentan tantos cuellos de botella, en el proceso de atención administrativa al usuario.

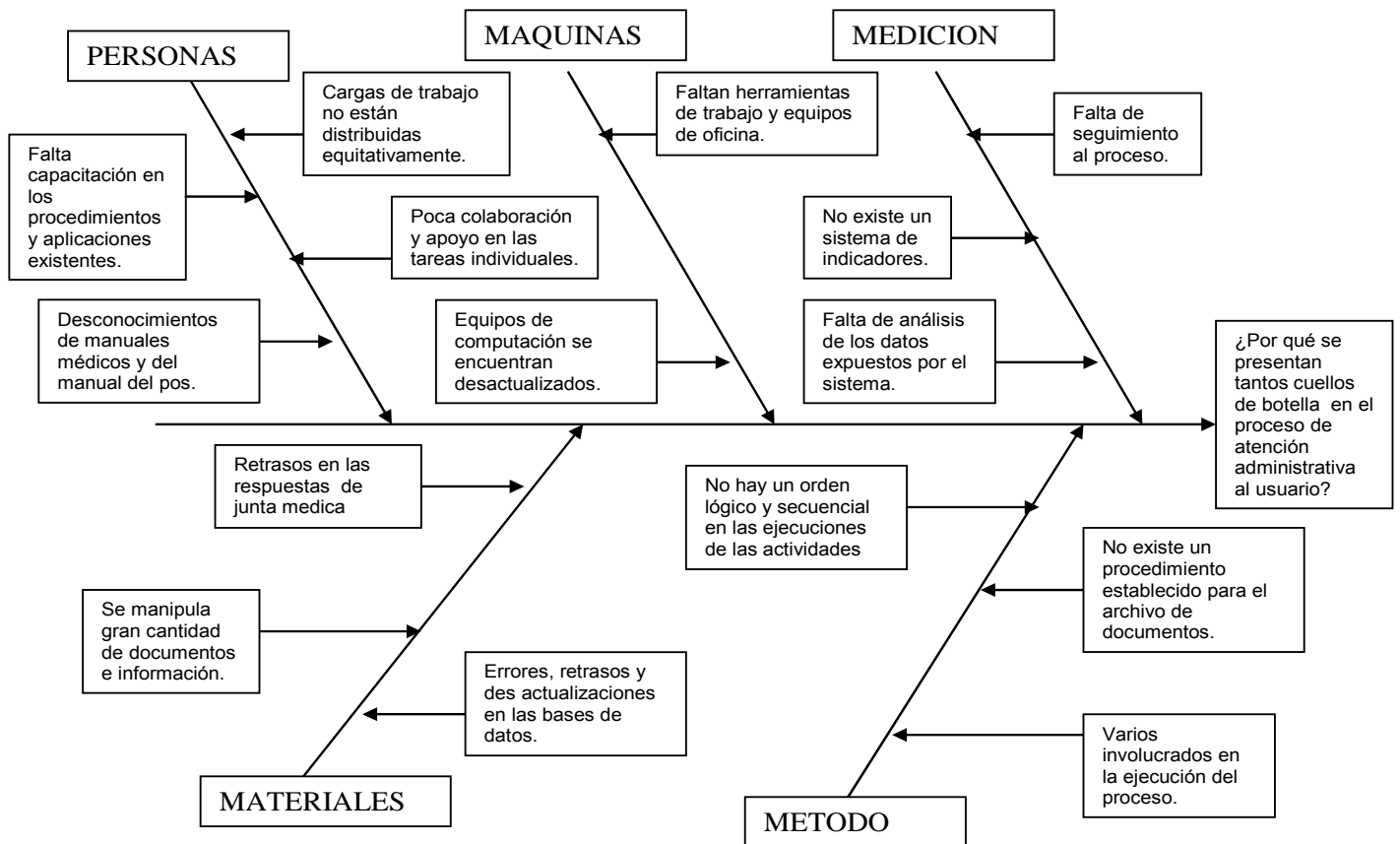


Figura 4. Diagrama causa efecto interrogante 1.

Fuente: Autor.

Las causas que mas influyen para que se presente el problema del cuello de botella en el proceso de atención administrativa al usuario son:

- Falta de capacitación y conocimientos de parte de los funcionarios de SERVIR S.A.
- Equipos de computación y herramientas de trabajo no cumplen con los requisitos mínimos para desarrollar las actividades.

- Se maneja gran cantidad de documentos en cada uno de los procedimientos y no existen procedimientos establecidos para su archivo.
- Falta de indicadores que permitan ejercer un control sobre los diferentes procedimientos.
- Falta de información de los usuarios sobre la documentación necesitada.

Pregunta 2. Por qué se presenta tanto inconformismo en el proceso de atención en salud por parte de los usuarios?

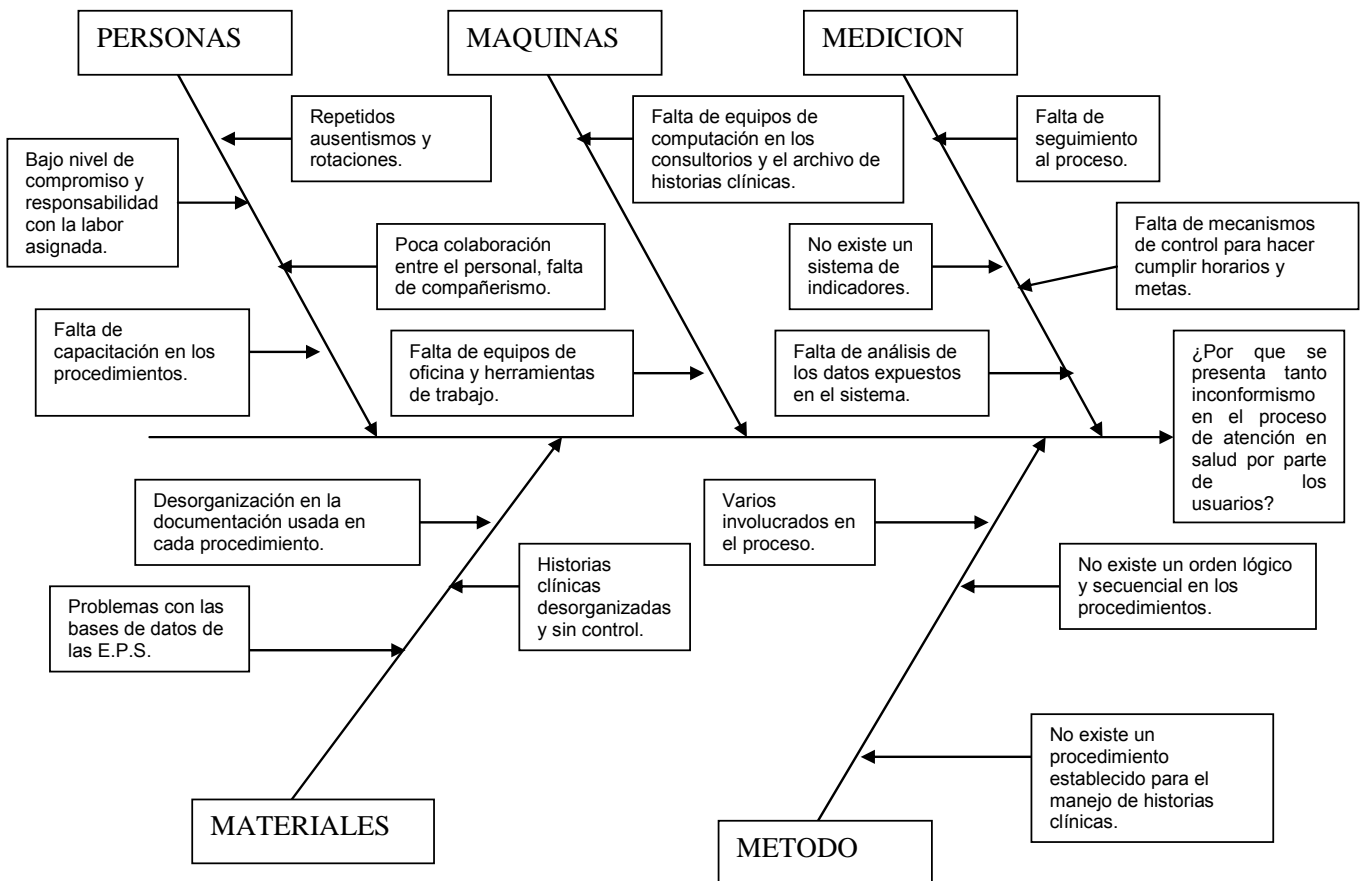


Figura 5. Diagrama causa efecto interrogante 2.

Fuente: Autor.

Las causas que mas influyen para que se presente el problema del inconformismo en el proceso de atención en salud por parte de los usuarios son:

- Falta de procedimientos establecidos para el manejo de historias clínicas.
- Desorganización en la documentación que se maneja en los diferentes procedimientos.
- Problemas con las bases de datos de las E.P.S.
- Falta de capacitación y de compromiso de parte del personal.
- Falta de equipos de computación en las diferentes dependencias.
- Falta de sistemas de indicadores que permitan llevar un seguimiento a los procesos.

Pregunta 3. Por qué el proceso de vinculación de usuarios tiene una imagen tan negativa dentro de SERVIR S.A.?

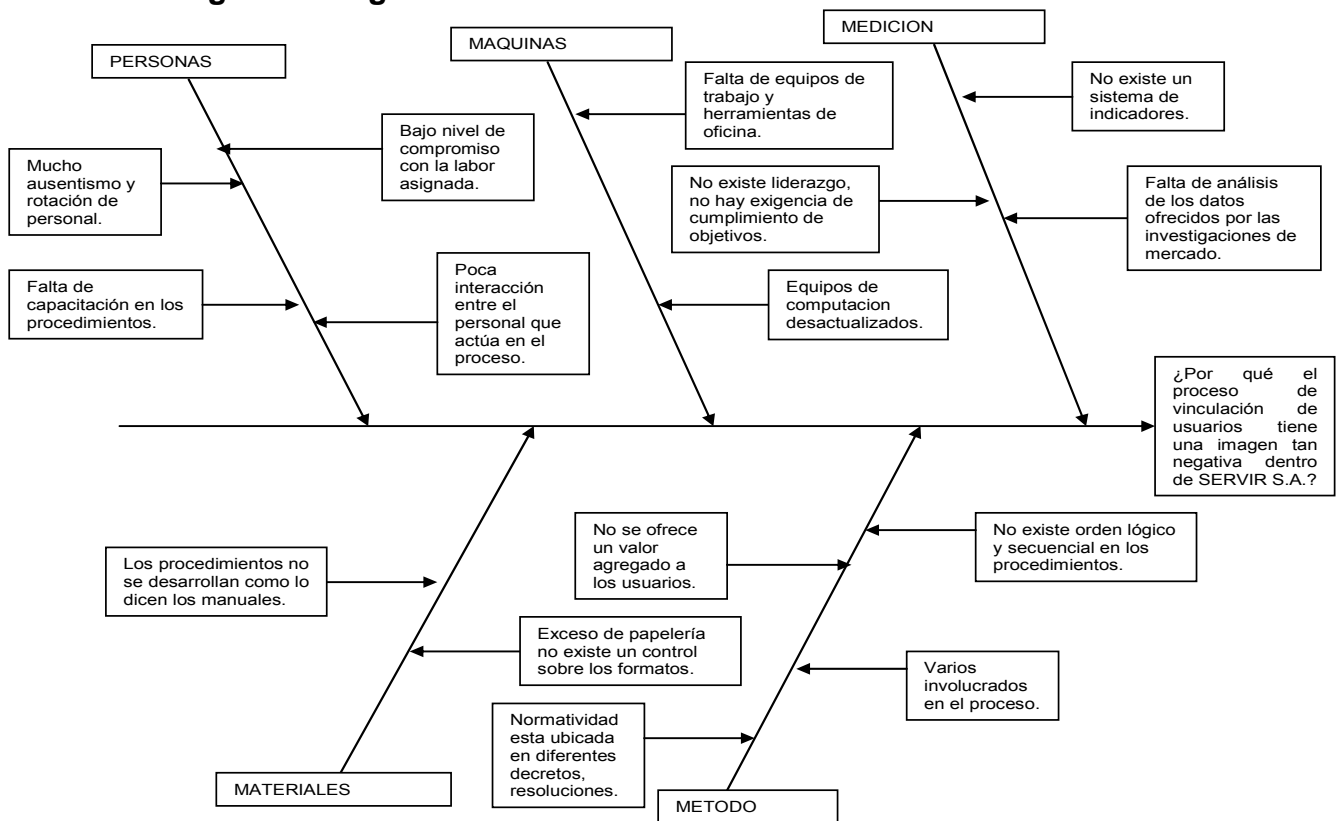


Figura 6. Diagrama causa efecto interrogante 3.

Fuente: Autor.

Las causas que mas influyen para que se presente el problema de la imagen negativa dentro de SERVIR S.A. del proceso de vinculación de usuarios son:

- No existe liderazgo dentro del proceso lo que ocasiona bajo cumplimiento de metas.
- No se le ofrece un valor agregado al usuario más allá del resultado del proceso.
- Poca interacción entre el personal involucrado en el proceso.
- Falta de capacitación del personal para el desarrollo de los procedimientos.
- No se aprovechan los resultados de investigaciones hechas por otras dependencias de la empresa.

Pregunta 4. Por qué se observa inconformismo y desmotivación en el personal que labora en los procesos de atención administrativa, atención médica y vinculación de usuarios?

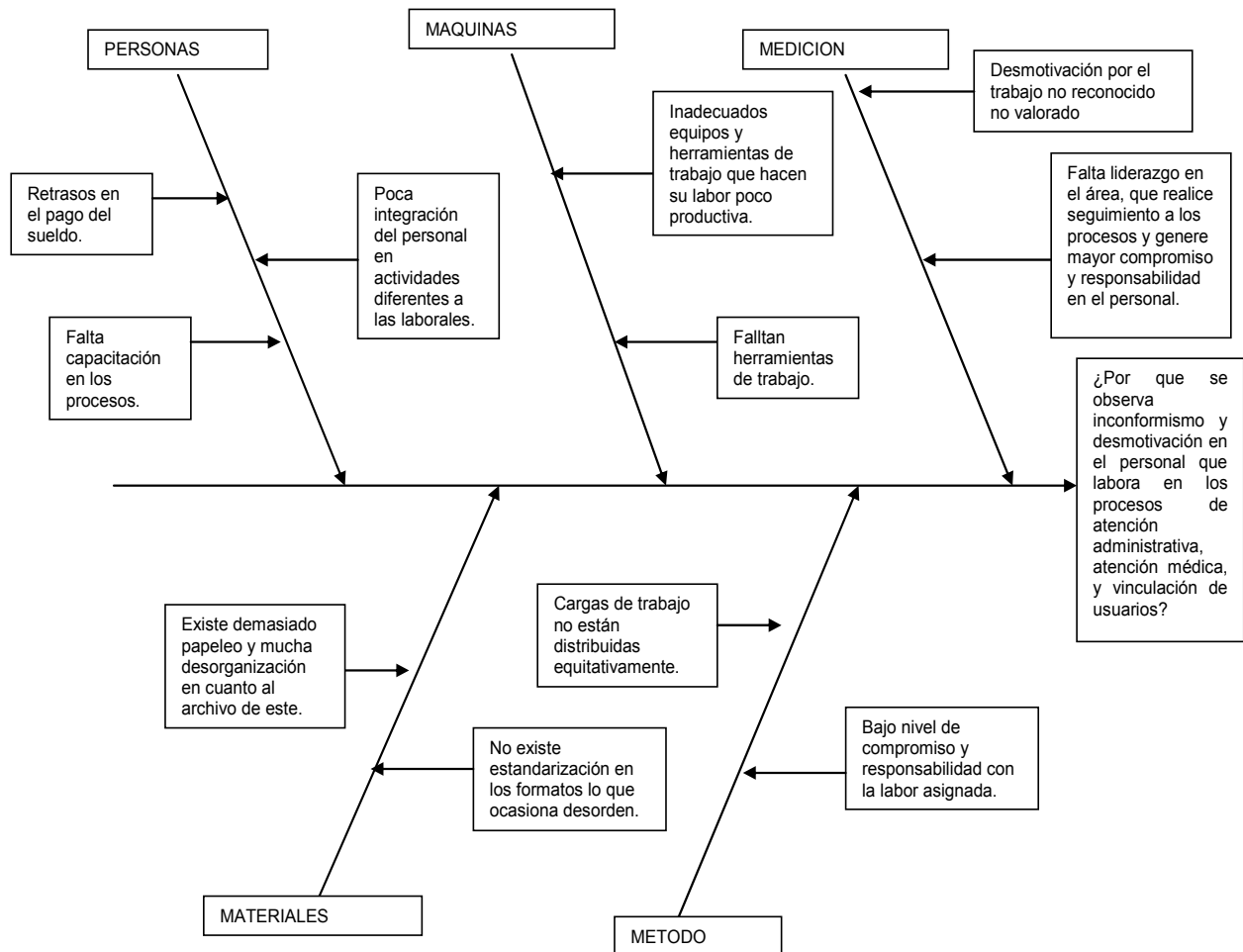


Figura 7. Diagrama causa efecto interrogante 4

Fuente: Autor

Las causas que más influyen para que se presente el problema del inconformismo y desmotivación en el personal que labora en los procesos de atención administrativa, atención médica, y vinculación de usuarios:

- Falta de liderazgo que ayude a generar mayor compromiso y responsabilidad en el personal.

- Desmotivación por el trabajo no valorado.
- Inadecuados equipos de trabajo que hacen la labor poco productiva.
- Falta de capacitación del personal.
- Retraso en el pago de sueldos.
- Exceso de papeleo y no estandarización de este que ocasionan desorden.

4.5 ETAPA DE PLANTEAMIENTO DE PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO.

En el capítulo 4.4.1 se usó el diagrama de causa efecto para visualizar detalladamente los principales problemas que se presentan en cada uno de los procesos que se están estudiando, analizando las conclusiones que se obtuvieron después de este, se llevo a cabo la formulación de las propuestas de mejoramiento de estos procesos.

Existen dos tipos de propuestas dependiendo de la complejidad de la implementación de estas puede ser:

TIPO 1: Consiste en las propuestas de mejoramiento que no requieren inversión de recursos económicos significativos, desarrollo tecnológico avanzado y son de rápida adaptación y desarrollo.

TIPO 2: Son las propuestas de mejoramiento que requieren de estudios profundos y grandes análisis para su implementación.

4.5.1 PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA A LOS USUARIOS.

MEJORA No 1

Nombre de la propuesta	Capacitación para el mejoramiento continuo.
Descripción de la mejora	Siempre que existan modificaciones en los diferentes procedimientos o en las políticas establecidas, se deben realizar retroalimentaciones y reuniones informativas, para los funcionarios a los que le competen dichas reformas, para explicarlas y ponerlas en uso.
Objetivo de la mejora	Capacitar y mantener actualizado a cada uno de los funcionarios que se encuentran involucrados dentro del proceso, para una correcta ejecución de este.
Coordinador de la mejora	Coordinador Médico
Impacto de la mejora en el proceso.	El proceso de atención administrativa esta en continuo cambio en todo momento, ya que ante cualquier cambio de la ley o cambio en el contrato, las especificaciones del servicio varían, por lo que estas capacitaciones son necesarias para poder brindar el mejor servicio posible.

Tipo de implementación

Tipo 1

Problema a solucionar

Falta de capacitación del personal, ya sea por cambios en la regulación tarifaria, en la normatividad vigente, o por la alta rotación.

MEJORA No 2

Nombre de la propuesta

Exámenes de conocimiento

Descripción de la mejora

Realizar una evaluación que ayude a medir los conocimientos de los funcionarios en cuanto a la normatividad y las herramientas usadas en el desarrollo de los procesos.

Objetivo de la mejora

Lograr un continuo enriquecimiento y actualización de los conocimientos de los funcionarios.

Coordinador de la mejora

Gerente de Planeación

Gerente de Garantía de Calidad

Impacto de la mejora en el proceso

Debido a los cambios que se dan en las especificaciones del servicio, ya sean por cambios de la ley o por cambios en los contratos, es necesario que los involucrados en el proceso estén en continuo aprendizaje, esta herramienta ayudara a medir el nivel de actualización de los

	conocimientos adquiridos por parte de ellos.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a Solucionar.	Sirve como complemento para las capacitaciones del personal, ayudan a medir el conocimiento de los mismos en las diferentes herramientas que utilizan.
 MEJORA No3	
Nombre de la propuesta	Estandarización de los formatos
Descripción de la mejora	Lograr estandarizar los diferentes formatos que son usados durante el proceso e implementar políticas para la creación de estos.
Objetivo de la mejora	Realizar una estandarización de los formatos para poder llevar un control de estos, así como de la información suministrada en ellos, implementar políticas para la creación de estos para controlar la información documental del proceso.
Coordinador de la mejora	Gerente de planeacion
Impacto de la mejora en el proceso	Esta mejora permite controlar de forma más eficiente la documentación que se crea durante los diferentes procedimientos del proceso, esto permite un mejor uso de la

	información recopilada.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	No existe control sobre los formatos existentes en los diferentes procesos.
 MEJORA No 4	
Nombre de la propuesta	Implementación de jornada continúa para SERVIR principal.
Descripción de la mejora	Establecer la jornada continúa de la sede de SERVIR principal, para ofrecer un mejor servicio a los usuarios, en horarios más flexibles para ellos.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad de la atención de los usuarios en la sede de SERVIR principal.
Coordinador de la mejora	Gerencia Médica
Impacto de la mejora en el proceso.	Disminuye las colas de espera para la atención del usuario, permite mayor flexibilidad en los horarios de atención, lo que aumenta la satisfacción de los mismos.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	Disminuir los tiempos de espera por parte de los usuarios al tramitar un proceso administrativo.

MEJORA No 5

Nombre de la propuesta	Obtención de fotocopadoras para cada sede.
Descripción de la mejora	Ubicar fotocopadoras en cada una de las sedes, para facilitar la obtención de la documentación necesaria para la atención de los usuarios.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios, disminuir los tiempos de atención.
Coordinador de la mejora	Gerencia de Planeación.
Impacto de la mejora en el proceso.	Disminuye los tiempos de atención de cada usuario, ya que el servicio es ofrecido dentro de la misma sede, al mismo tiempo permite una disminución de las colas de espera para la atención.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	Disminuir los tiempos de atención de los usuarios, evitar tramitología innecesaria.

MEJORA No6

Nombre de la propuesta	Creación de políticas de archivo.
Descripción de la mejora	Implementar políticas de archivo de gestión, para mejorar la eficiencia de la búsqueda de un archivo antiguo.
Objetivo de la mejora	Lograr organizar un archivo de gestión, que facilite la búsqueda de documentación.
Coordinador de la mejora	Gerencia de planeacion.
Impacto de la mejora en el proceso.	Mayor organización en el archivo de gestión, lo que permite disminuir los tiempo de atención de los usuarios ya que se evita perder tiempo en la búsqueda de documentación antigua.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	Desorganización en los archivos de gestión que ocasionan demoras en la atención de los usuarios.

MEJORA No 7

Nombre de la propuesta	Actualización diaria de las bases de datos.
Descripción de la mejora	Lograr un acuerdo con las diferentes E.P.S con la que mantiene contrato SERVIR, para actualizar las bases de datos diariamente y así evitar complicaciones en el momento de la atención de un usuario.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad del servicio, disminuir al mínimo las peticiones de códigos de atención, aumentar la eficiencia y eficacia del servicio prestado al usuario.
Coordinador de la mejora	Gerencia Médica
Impacto de la mejora en el proceso.	Al tener una base de datos totalmente actualizada todos los días, se evita la necesidad de solicitar códigos de atención. Esto disminuiría los tiempos de atención y los tiempos de espera ya que en este proceso no se pueden establecer tiempos mínimos de respuesta ya que depende de las E.P.S.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	Bases de datos no confiables que implican demoras en la

atención de los usuarios.

MEJORA No 8

Nombre de la propuesta	Información antes de la atención.
Descripción de la mejora	Ubicar carteleras en las diferentes sedes, con información acerca de los diferentes procedimientos que se pueden solicitar y la documentación necesaria para llevar a cabo esta.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad y disminuir los tiempos de atención de los usuarios.
Coordinador de la mejora	Coordinador medico
Impacto de la mejora en el proceso	Al tener la información previa a la atención, el usuario siempre tendrá la documentación mínima para que el procedimiento se lleve a cabo. Disminuye los tiempos de espera para la atención, ya que evita demoras por falta de documentos.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	*Evitar tramitología innecesaria. *Disminuir demoras en la atención de los usuarios

MEJORA No 9

Nombre de la propuesta	Auditoría de los tiempos de respuesta de las juntas médicas.
Descripción de la mejora	Implementar una auditoría que controle que los tiempos establecidos para las respuestas de las juntas médicas se cumplan.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad del servicio para los usuarios, disminuir la represión de juntas médicas por responder.
Coordinador de la mejora	Gerencia de calidad.
Impacto de la mejora en el proceso.	Aumenta la satisfacción de los usuarios, ya que la respuesta a la solicitud se da en los tiempos establecidos.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	*Lentitud en la solución de problemas de los clientes. *Incumplimiento en la entrega de documentos en las fechas establecidas.

MEJORA No10

Nombre de la propuesta	Puesto de atención rápida.
Descripción de la mejora	Crear un puesto de trabajo que se especialice en atender los procedimientos que no toman mucho tiempo en llevarse a cabo como medicamentos o citas medicas.
Objetivo de la mejora	Disminuir los tiempos de espera, mejorar la calidad del servicio.
Coordinador de la mejora	Coordinador medico.
Impacto de la mejora en el proceso.	Disminuye los tiempos de espera de los usuarios.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	Demora en la atención de los usuarios.

MEJORA No 11

Nombre de la propuesta	Actualización de los equipos de computación.
Descripción de la mejora	Actualizar los equipos de cómputo usados actualmente ya que causan bloqueos continuos, perdida de información y no permite funciones que serían de gran uso para los funcionarios.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad del servicio

	ofrecido a nuestros usuarios evitando bloqueos en el sistema que llevan a lentitud en la atención.
Coordinador de la mejora	Jefe de sistemas
Impacto de la mejora en el proceso.	Mejora el servicio prestado a los usuarios, disminuye los tiempos de espera, mejora la calidad de la información recopilada.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	*Fallas continuas en los equipos de computación. *Demoras en la atención de los usuarios.

MEJORA No 12

Nombre de la propuesta	Sistematización de los fax de provincia.
Descripción de la mejora	Configurar el sistema para la recepción de fax directamente al computador y evitar perdida de información.
Objetivo de la mejora	Hacer más eficaz la recepción de documentos de provincia.
Coordinador de la mejora	Jefe de sistemas.
Impacto de la mejora en el proceso.	Agiliza la autorización de procedimiento solicitados desde provincias.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	Demoras en la autorización de procedimientos para provincia.

MEJORA No13

Nombre de la propuesta.	Eliminación del cargo de auxiliar de caja.
Descripción de la mejora	Eliminación del cargo de auxiliar de caja y fusión de las funciones con la auxiliar de citas y de autorizaciones.
Objetivo de la mejora	Simplificar el proceso de solicitud de citas médicas y autorizaciones.
Coordinador de la mejora	Coordinador Médico.
Impacto de la mejora en el proceso	Capacitación de la auxiliar de caja en las funciones de auxiliar de citas médicas y autorizaciones.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	El sistema esta muy burocratizado, exceso de tramitología.

Mejora No 14

Nombre de la propuesta	Creación del procedimiento de recepción y verificación de los derechos del usuario.
Descripción de la mejora	Creación del procedimiento de recepción y verificación de los derechos del usuario, traslado de funciones del auxiliar de citas y autorizaciones al auxiliar de recepción.
Objetivo de la mejora	Agilizar el proceso de solicitud de citas médicas y autorización de procedimientos, evitando la posible no atención por falta de documentos o no registro en la base de datos.
Coordinador de la mejora	Coordinador Médico
Impacto de la mejora en el proceso	Capacitación de la auxiliar de recepción para cumplir con los requisitos del cargo.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	*Demora en la atención de los usuarios. *Exceso de tramitología.

4.5.2 PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA A LOS USUARIOS.

MEJORA No 1

Nombre de la propuesta	Capacitación para el mejoramiento continuo.
Descripción de la mejora	Siempre que existan modificaciones en los diferentes procedimientos o en las políticas establecidas, se deben realizar retroalimentaciones y reuniones informativas, para los funcionarios a los que le competen dichas reformas, para explicarlas y ponerlas en uso.
Objetivo de la mejora	Capacitar y mantener actualizado a cada uno de los funcionarios que se encuentra involucrado dentro del proceso, para una correcta ejecución de este.
Coordinador de la mejora	Coordinador Médico
Impacto de la mejora en el proceso.	El valor agregado que Servir s.a. ofrece a sus usuarios es una atención con calidez y calidad, por lo que es necesario estar inculcando estos valores a los trabajadores de la salud, para que este se vea reflejado en la atención a los usuarios, lo que aumenta el nivel de satisfacción de los mismos.

Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	Falta de capacitación del personal, ya sea por cambios en la regulación tarifaria, en la normatividad vigente, o por la alta rotación.
 MEJORA No 2	
Nombre de la propuesta	Exámenes de conocimiento
Descripción de la mejora	Realizar una evaluación que ayude a medir los conocimientos de los funcionarios en cuanto a la normatividad y las herramientas usadas en el desarrollo de los procesos.
Objetivo de la mejora	Lograr un continuo enriquecimiento y actualización de los conocimientos de los funcionarios.
Coordinador de la mejora	Gerente de Planeación Gerente de Garantía de Calidad
Impacto de la mejora	Ayuda a medir el nivel de conocimientos de las personas involucradas en el proceso, con el fin de hacer reforzos cuando sea necesario.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a Solucionar.	Sirve como complemento para las capacitaciones del personal, ayudan a medir el conocimiento de los mismos en las diferentes

herramientas que utilizan.

MEJORA No3

Nombre de la propuesta	Estandarización de los formatos
Descripción de la mejora	Lograr estandarizar los diferentes formatos que son usados durante el proceso e implementar políticas para la creación de estos.
Objetivo de la mejora	Realizar una estandarización de los formatos para poder llevar un control de estos, así como de la información suministrada en ellos, implementar políticas para la creación de estos para controlar la información documental del proceso.
Coordinador de la mejora	Gerente de planeación
Impacto de la mejora en el proceso	Al estar estandarizados los formatos permite un mayor control de la información suministrada por los pacientes. Esto permite mayor eficacia en la auditoria de calidad.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	No existe control sobre los formatos existentes en los diferentes procesos.

MEJORA No 4

Nombre de la propuesta	Sistematización de los registros de las historias clínicas
Descripción de la mejora	Ingresar en el sistema todos los registros de las historias clínicas para llevar un control sobre ellas, tipo de historia, su ingreso, su salida y la ubicación dentro del archivo.
Objetivo de la mejora	Eficiencia, eficacia y orden en el manejo de las historias clínicas.
Coordinador de la mejora	Gerente de planeacion
Impacto de la mejora en el proceso.	Al tener los registros de las historias clínicas debidamente actualizados, se lleva un mejor control del préstamo, la devolución, o las pérdidas de estas.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	Continúas quejas sobre pérdidas de historias clínicas.

MEJORA No 5

Nombre de la propuesta	Nuevo procedimiento de manejo de historias clínicas.
Descripción de la mejora	Diseño de un nuevo procedimiento para el manejo de las historias clínicas.
Objetivo de la mejora	Mejoramiento de la calidad del servicio, eficiencia y eficacia en el manejo de las historias clínicas.
Coordinador de la mejora	Gerente de planeacion.
Impacto de la mejora en el proceso.	Este nuevo procedimiento permite dar un mejor uso a las historias clínicas, ejercer un mayor control sobre ellas, mantener la información de los usuarios actualizada, lo que lleva a una mejora en la calidad del servicio ofrecido.
Tipo de mejora.	Tipo 1
Problema a solucionar	Continúas quejas sobre pérdidas de historias clínicas que ocasionan retrasos en la atención del usuario.

MEJORA No 6

Nombre de la propuesta	Tiempo entre consultas
Descripción de la mejora	Cambio en la programación de las consultas, el tiempo que hay entre una consulta y la siguiente, mínimo debe ser de 30 minutos entre ellas.
Objetivo de la mejora	Mejorar la calidad de la atención, cumplir con los requisitos del ministerios de protección social
Coordinador de la mejora	Gerente médico
Impacto de la mejora en el proceso.	Mejora el servicio prestado a los usuarios al aumentar el tiempo mínimo de cada consulta. Permite cumplir con los requisitos impuestos por el Ministerio de Protección Social.
Tipo de mejora	Tipo 2
Problema a solucionar	Incumplimiento de los requisitos del ministerio de protección social.

MEJORA No 7

Nombre de la propuesta	Actualización información básica
Descripción de la mejora	Realizar una actualización de la información básica de los usuarios (teléfono, dirección, edad) ya que la información suministrada por las E.P.S no siempre es la correcta.
Objetivo de la mejora	Tener mayor información acerca de los usuarios para mantener contacto en caso de ser necesario.
Coordinador de la mejora	Jefe de enfermería.
Impacto de la mejora en el proceso.	Al tener información actualizada de los usuarios, esta se puede utilizar para ofrecer servicios o para informar cualquier situación. Esto ayuda a incrementar la calidad del servicio ofrecido.
Tipo de mejora.	Tipo 1.
Problema a solucionar	Falta de contacto directo con los usuarios.

MEJORA No 8

Nombre de la propuesta	Solicitud representante de E.P.S
Descripción de la mejora	Solicitar un representante de cada E.P.S para que esté ubicado en cada una de las sedes, para solucionar los problemas que sea directamente responsabilidad de ellos.
Objetivo de la mejora	Mejorar el servicio a los usuarios, evitar el traslado innecesario de ellos a sedes externas de la E.P.S, disminuir la tramitología.
Coordinador de la mejora	Gerencia Médica.
Impacto de la mejora en el proceso.	Evita el traslado de los usuarios a la sede principal de Humana Vivir, lo que permite disminuir la tramitología para los diferentes procedimientos que lo requieran.
Tipo de mejora.	Tipo 2.
Problema a solucionar	Tramitología excesiva. Grandes tiempos de espera por parte de los usuarios.

Mejora No 9

Nombre de la mejora	Creación del procedimiento de verificación del diligenciamiento de la historia clínica.
Descripción de la mejora	Asignación de funciones a las auxiliares de enfermería para que verifiquen el correcto diligenciamiento de las historias clínicas por parte del personal medico y odontológico al finalizar las consultas respectivas.
Objetivo de la mejora	Crear un procedimiento que garantice el correcto manejo de las historias clínicas por parte de el personal medico y odontológico.
Coordinador de la mejora	Jefe de enfermería.
Impacto de la mejora en el proceso	Capacitación de las auxiliares de enfermería en la auditoria de historias clínicas.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	Deficiencia en el diligenciamiento de las historias clínicas.

4.5.3 PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO PARA EL PROCESO DE VINCULACIÓN DE USUARIOS.

MEJORA No 1

Nombre de la propuesta	Capacitación para el mejoramiento continuo.
Descripción de la mejora	Siempre que existan modificaciones en los diferentes procedimientos o en las políticas establecidas, se deben realizar retroalimentaciones y reuniones informativas, para los funcionarios a los que le competen dichas reformas, para explicarlas y ponerlas en uso.
Objetivo de la mejora	Capacitar y mantener actualizado a cada uno de los funcionarios que se encuentra involucrado dentro del proceso, para una correcta ejecución de este.
Coordinador de la mejora	Coordinador Médico
Impacto de la mejora en el proceso.	Debido a que SERVIR S.A. esta en búsqueda de nuevos contratos en cada momento, esto convierte en una necesidad que las personas encargadas de informar a los nuevos usuarios sobre sus deberes, derechos e información general, estén completamente informadas de

Tipo de mejora

las especificaciones del contrato, por lo que estas capacitaciones son fundamentales cada vez que se de un cambio en este o se firme uno nuevo.

Problema a solucionar

Tipo 1
Falta de capacitación del personal, ya sea por cambios en la regulación tarifaria, en la normatividad vigente, o por la alta rotación.

MEJORA No 2

Nombre de la propuesta

Exámenes de conocimiento

Descripción de la mejora

Realizar una evaluación que ayude a medir los conocimientos de los funcionarios en cuanto a la normatividad y las herramientas usadas en el desarrollo de los procesos.

Objetivo de la mejora

Lograr un continuo enriquecimiento y actualización de los conocimientos de los funcionarios.

Coordinador de la mejora

Gerente de Planeacion

Gerente de Garantía de Calidad

Impacto de la mejora en el proceso.

Sirve para evaluar los conocimientos de las personas involucradas en el proceso de

vinculación, para así poder decidir el nivel de capacitación necesitada.

Tipo de mejora

Tipo 1

Problema a Solucionar.

Sirve como complemento para las capacitaciones del personal, ayudan a medir el conocimiento de los mismos en las diferentes herramientas que utilizan.

MEJORA No3

Nombre de la propuesta

Estandarización de los formatos

Descripción de la mejora

Lograr estandarizar los diferentes formatos que son usados durante el proceso e implementar políticas para la creación de estos.

Objetivo de la mejora

Realizar una estandarización de los formatos para poder llevar un control de estos, así como de la información suministrada en ellos, implementar políticas para la creación de estos para controlar la información documental del proceso.

Coordinador de la mejora

Gerente de Planeacion

Impacto de la mejora en el proceso.

Permite una recolección más eficaz y ordenada de la información. Esto es importante para poder tomar decisiones de

	acuerdo a las características de los usuarios.
Tipo de mejora.	Tipo 1
Problema a solucionar	No existe control sobre los formatos existentes en los diferentes procesos.

MEJORA No 4

Nombre de la propuesta	Campaña de mercadeo
Descripción de la mejora	Realizar una campaña de mercadeo que logre atraer nuevos usuarios a SERVIR S.A. y al mismo tiempo la posicione como la I.P.S más representativa de Santander.
Objetivo de la mejora	Aumentar el numero de usuarios capitados con SERVIR S.A.
Coordinador de la mejora	Jefe de mercadeo.
Impacto de la mejora en el proceso.	Por medio del mercadeo atraer mayor numero de usuarios de las diferentes E.P.S a servir s.a.
Tipo de mejora.	Tipo 2.
Problema a solucionar	*Desconocimiento de SERVIR S.A. como I.P.S. *Falta de mercadeo institucional.

MEJORA No 5

Nombre de la propuesta	Actividades de orientación.
Descripción de la mejora	Realizar actividades de orientación para los nuevos usuarios con el fin de que tengan toda la información acerca de los derechos y las obligaciones que les fueron otorgados en el momento de la vinculación.
Objetivo de la mejora	Ampliar los conocimientos de los usuarios en cuanto a los derechos y las obligaciones adquiridos, para así prestar un mejor servicio.
Coordinador de la mejora	Gerencia de planeacion.
Impacto de la mejora en el proceso.	Aumenta la información suministrada a los usuarios, al manejar mas información el usuario tendrá conocimiento sobre los diferentes procedimientos, lo que permite una relación más eficiente con el.
Tipo de mejora.	Tipo 1.
Problema a solucionar.	*Desconocimiento del proceso por parte de los usuarios. *Percepción negativa de los usuarios sobre SERVIR S.A.

Mejora no 6

Nombre de la propuesta	Definición de procedimientos de control para el proceso.
Descripción de la mejora	Describir en el manual de procesos cada uno de los procedimientos necesarios para llevar un control de las actividades del proceso.
Objetivo de la mejora	Dejar establecidos los diferentes procedimientos que permitan controlar y validar las actividades que se realicen durante este proceso.
Coordinador de la mejora	Gerente de Planeacion.
Impacto de la mejora en el proceso	Dar un mayor control a las diferentes actividades que se realizan durante este proceso.
Tipo de mejora	Tipo 1
Problema a solucionar	No existe control ni parámetros sobre los procesos.

4.6 ETAPA DE PROPUESTA DE UN SISTEMA DE INDICADORES PARA LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, ATENCIÓN MÉDICA Y VINCULACIÓN DE USUARIOS.

Después de conocer la situación actual de cada uno de los procesos, pasando por cada una de las etapas de mejoramiento, esta fase se centra en el control de los procesos para lograr una mayor eficiencia eficacia y efectividad.

Lo primero es analizar el sistema actual de indicadores que existe para cada uno de los procesos y determinar si logran el objetivo para el cual fueron creados.

Lo siguiente es analizar la importancia y validez de cada uno de los indicadores existentes en razón al objetivo que miden. Posterior a este análisis se propone un sistema de indicadores para cada proceso según las necesidades identificadas.

4.6.1 SISTEMA DE INDICADORES ACTUAL.

El sistema de indicadores que existe actualmente dentro de cada uno de estos procesos, son los indicadores exigidos por la Superintendencia de Salud, los cuales son de obligatorio cumplimiento ya que con ellos se elabora el informe que mensualmente toda I.P.S debe enviar para su control por parte del ente del estado.

No existen indicadores propios de la empresa, por lo que no se lleva un control de los procesos y no se logra sacar las estadísticas necesarias para poder analizar la eficacia, eficiencia y efectividad en cada uno de estos, lo que no permite optimizarlos.

INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD - Superintendencia Nacional de Salud – C. E. 030 de 17-Mayo 2006

INDICADORES REMITIDOS DIRECTAMENTE POR SERVIR A SUPERSALUD

INDICADOR	OPORTUNIDAD DE LA ATENCION EN CONSULTA ESPECIALIZADA	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION. CONSULTA DE URGENCIAS	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HTA CONTROLADA	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
CODIGO INTERNO	IND-SNS-01	IND-SNS-11	IND-SNS-02	IND-SNS-04	IN-SNS-05	IND-SNS-14	IND-SNS-07	IND-SNS-08
RESPONSABLE	Coordinador Médico	Coordinadores Médicos y Auditores Clínicos	Coordinador Médico	Jefe del SIAU	Auditores Clínicos	Coordinadora de PYP	Coordinadora del CPT	Coordinadores Médicos
FORMULA DE CALCULO	Sumatoria del número de días CALENDARIO transcurridos entre la solicitud de la consulta especializada y la atención / Total de consultas asignadas al especialista	Sumatoria del número de días CALENDARIO transcurridos entre la solicitud de la cirugía programada y el momento de la realización de la Cirugía / Número de Cirugías programadas realizadas en el periodo	Sumatoria del número de días CALENDARIO transcurridos entre la solicitud de la consulta de medicina general y la atención / Total de Consultas asignadas para el médico general	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio / Total de Usuarios atendidos en los servicios de Imagenología	(Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención de Urgencias y la atención por parte del Médico / Total de Usuarios atendidos en Urgencias	Número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo / Número de nacidos vivos	(Número total de pacientes que 6 meses después de diagnosticada su HTA presentan niveles de TA esperados de acuerdo con las metas de las guías de práctica clínica / número total de pacientes hipertensos diagnosticados) X 100	(Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados) X 100
UNIDAD DE MEDICION	Días promedio	Días promedio	Días promedio	Días promedio	Tiempo promedio en minutos	Razón	Relación Porcentual	Relación Porcentual
PERIODICIDAD DE MEDICION	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	MENSUAL	SEMESTRAL	MENSUAL	SEMESTRAL
PERIODICIDAD DE REMISION	SEMESTRAL	SEMESTRAL	SEMESTRAL	SEMESTRAL	SEMESTRAL	SEMESTRAL	SEMESTRAL	SEMESTRAL
NIVEL DE DESAGREGACION	Medicina Interna Gineco - obstetricia	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
FUENTE DE INFORMACION	Centros de Atención Propios	Centros de Atención Propios	Centros de Atención Propios	Centros de Atención Externos	Clinicas	Centros de Atención Propios	CPT	Centros de Atención Propios

Figura 8. Sistema de indicadores de Gestión de Superintendencia de Salud.

4.6.2 SISTEMA DE INDICADORES PROPUESTOS.

A partir del análisis hecho al sistema actual de indicadores, se pudo determinar la necesidad de proponer un sistema de indicadores que complemente a los ya existentes, que estén encaminados hacia el mismo objetivo, que permitan la obtención de información de forma rápida y oportuna, permitiendo llevar el

control y observar la situación y las tendencias de cambio, para que se puedan tomar los correctivos necesarios.

El procedimiento para llevar a cabo la propuesta de los nuevos indicadores, se centró en los aspectos mas importantes de cada proceso, teniendo en cuenta las variables mas importante que debían medir y además que cada uno de los indicadores no fuera de difícil obtención.

4.6.2.1 PROCESO DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA A LOS USUARIOS.

- **Numero de Quejas de Usuarios relacionadas con el Proceso:** este indicador permite conocer el número de quejas presentadas por parte de los usuarios.

Frecuencia de medición: Quincenal.

El objetivo de este indicador es poder llevar un control de las quejas recibidas por parte de los usuarios en relación con el servicio prestado. Queda pendiente la determinación de una meta a cumplir, esta será determinada por el Gerente de Garantía de Calidad.

- **Accesibilidad en el proceso de atención:** este indicador tiene como objetivo medir el tiempo promedio en el cual un usuario es atendido desde el momento en que obtiene un turno hasta que es llamado por el auxiliar de citas o el auxiliar de autorización según sea el caso.

Frecuencia de medición: Quincenal

Método: Toma presencial de tiempos por parte del Asistente de planeacion.

Tiempo promedio esperado: 15 minutos.

- **Satisfacción del usuario:** Con este indicador se intenta obtener el nivel de satisfacción del usuario con los servicios prestados. Se obtiene por medio de la encuesta de satisfacción.

(Sumatoria de las calificación otorgadas por los usuarios encuestados / Total de usuarios encuestados en el mes) x 100

Frecuencia de Medición: mensual

Nivel de satisfacción esperado: 85

- **Oportunidad en la expedición de Autorizaciones de Servicios:** El objetivo de este indicador es saber cuanto tiempo toma desde que el usuario solicita una autorización de servicio hasta que esta es entregada. Se obtiene por medio del sistema SIHOS.

Frecuencia de Medición: Mensual

(\sum del número de días CALENDARIO transcurridos entre la solicitud de la autorización y la entrega de esta / Total de autorización entregadas)

Se entregara un informe a los Coordinadores Médicos, por parte de los auxiliares de citas u autorizaciones a final de mes.

Tiempo promedio esperado: 3 semanas.

- **Oportunidad en la expedición de Citas Médicas y Odontológicas:** El objetivo de este indicador es saber cuanto tiempo toma desde que el

usuario solicita una cita médica u odontológica hasta que le es asignada.
Se obtiene por medio del sistema SIHOS

Frecuencia de Medición: Mensual

(Σ del número de días CALENDARIO transcurridos entre la solicitud de la consulta y la atención / Total de consultas asignadas para el Médico General)

Tiempo promedio esperado: 2 días.

- **Oportunidad en la entrega de medicamentos POS:** (número total de medicamentos POS ordenados por el Médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado presenta la fórmula / Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado) x 100

Frecuencia de Medición: Mensual

Porcentaje esperado: 80%

- **Proporción de quejas resueltas antes de quince días:** (número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de quince días / Número total de quejas recibidas) X 100.

Frecuencia de Medición: Quincenal

Proporción esperada: 85%

- **Porcentaje de códigos de atención solicitados:** (sumatoria de códigos de atención solicitados en el mes / Total de usuarios atendidos en el mes x 100)

Frecuencia de Medición: Mensual

Porcentaje esperado: <5%

	Indicador	Formula	Responsable	Frecuencia
1	Numero de quejas de usuarios.	Sumatoria de las quejas recibidas.	Jefe del SIAU.	15 Días.
2	Accesibilidad en el proceso.	Toma presencial de tiempos.	Asistente de planeacion.	15 Días.
3	Satisfacción del Usuario.	(Sumatoria de las calificaciones / Total usuarios encuestados)*100	Gerente de Planeacion.	Mensual.
4	Oportunidad en la expedición de autorizaciones.	Sumatoria Numero de días entre la recepción y entrega de autorización / Total de autorizaciones entregadas.	Coordinador Medico.	Mensual.
5	Oportunidad en la asignación de citas médicas u odontológicas.	Sumatoria del numero de días entre la asignación de la cita y el día de la atención / total consultas asignadas.	Auxiliar de citas Medicas.	Mensual
6	Oportunidad en la entrega de medicamentos.	Numero de medicamentos entregados al usuario / numero total de medicamentos solicitados.	Coordinador Medico.	Mensual.
7	Proporción quejas resueltas antes de 15 días.	Numero quejas resueltas antes de 15 días / numero total quejas recibidas. X 100.	Jefe del SIAU.	15 Días.

8	Códigos de atención solicitados.	Sumatoria de códigos solicitados en el mes / total usuarios atendidos en el mes. X 100.	Auxiliar de 018000.	Mensual.
---	----------------------------------	---	---------------------	----------

4.6.2.2 PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA A LOS USUARIOS.

- **Oportunidad en la realización de cirugía programada:** (Σ del número de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento de la realización de la cirugía / número de cirugías programadas realizadas en el período).

Frecuencia de Medición: mensual

Días promedio esperados: 20 días.

- **Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año:** (número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del pai / número total de niños menores de un año afiliados) x 100

Frecuencia de Medición: mensual

Promedio esperado: 95%

- **Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino:** (número total de pacientes con cáncer de cuello uterino detectados in situ /

número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino) x 100

Frecuencia de Medición: mensual

- **Porcentaje de no atención por tipo de causa:** (total de no atenciones por tipo de causa / total de no atenciones reportadas en el mes) x 100. tipo de causa: falta de documentos, no aparece en base de datos o no cancelación de copago y/o cuota moderadora, deberán marcar en el formato el número consecutivo.

Frecuencia de Medición: mensual

Porcentaje esperado: 10%

- **Tasa de citas canceladas:** (número de citas canceladas por servicio / total de citas asignadas por servicio) x 100. Los auxiliares de citas médicas y odontológicas por el software sihos registran la información correspondiente a la cancelación de aquellas citas médicas (general y especializada) u odontológicas previamente asignadas.

Frecuencia de Medición: mensual

Tasa esperada: 5%

- **Oportunidad en la atención en servicios de apoyo terapéutico:** (\sum del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de apoyo terapéutico y la prestación del mismo / total de usuarios atendidos en los servicios de apoyo terapéutico)

Frecuencia de Medición: mensual

Promedio de días esperado: 2 días.

- **Cumplimiento de Metas en Promoción y Prevención:** se lleva el registro de las diferentes actividades que hacen parte de Promoción y prevención.

Frecuencia de Medición: mensual

El objetivo de este indicador es llevar un control del cumplimiento de las metas pautadas con las E.P.S.

Las metas varían dependiendo del contrato firmado por parte de Servir S.A. con las diferentes E.P.S.

- **Satisfacción del Usuario:** Con este indicador se intenta obtener el nivel de satisfacción del usuario con los servicios prestados. Se obtiene por medio de la encuesta de satisfacción.

(Sumatoria de las calificación otorgadas por los usuarios encuestados / Total de usuarios encuestados en el mes) x 100

Frecuencia de Medición: mensual

Promedio esperado: 8.5

- **Porcentaje de Historias clínicas no entregadas:** este indicador tiene como objetivo llevar un control de las historias clínicas solicitadas y no encontradas.

(Sumatoria de Historias clínicas no encontradas / Total historias clínicas solicitadas) x 100

Frecuencia de Medición: Mensual

Porcentaje esperado: 5%

- **Tiempo de retraso en la atención:** este indicador tiene como objetivo calcular el retraso en las citas tanto médicas como odontológicas. El método de obtención es por medio del Sistema SIHOS.

Promedio de los tiempos de retraso entre la hora asignada y la hora de atención.

Frecuencia de medición: Mensual

Tiempo esperado: 5 min.

	Indicador	Formula	Responsable.	Frecuencia.
1	Realización cirugías programadas	Días transcurridos desde la solicitud de la cirugía hasta la realización de la misma / numero cirugías programadas.	Auditor Medico.	Mensual.
2	Proporción de Vacunación en niños.	Numero de niños menores de 1 año vacunados / numero total niños afiliados.	Auxiliar de Enfermería	Mensual
3	Detección de cáncer uterino	Numero total de usuarios con cáncer de cuello uterino detectado / numero total de usuarios. X	Jefe de Enfermería.	Mensual.

		100.		
		Total de no atenciones		
4	No atención por tipo de causa	por tipo de causa / total no atenciones reportadas. X 100.	Auxiliar de Citas Medicas.	Mensual
5	Tasa de citas medicas canceladas.	Numero de citas asignadas por servicio / numero total de citas asignadas. X 100.	Auxiliar de citas medicas.	Mensual
6	Oportunidad de servicios de apoyo terapéutico.	Numero días entre la solicitud del servicio y la prestación del mismo / total de usuarios atendidos.	Coordinador Medico	Mensual.
7	Cumplimiento de metas de prevención y promoción.	Registro de las actividades de promoción y prevención.	Auxiliar de Promoción y Prevención.	Mensual.
8	Satisfacción del usuario.	Calificación otorgada por los usuarios / total usuarios encuestados. X 100	Gerencia de Planeacion	Mensual.
9	Porcentaje de historias clínicas no entregadas.	Sumatoria historias clínicas no entregadas / total historias clínicas solicitadas. X 100.	Auxiliar de Archivo.	Mensual
10	Tiempo de retraso en la atención médica.	Promedio de los tiempos de retraso entre la hora asignada y la hora de atención.	Auxiliar de citas medicas.	Mensual.

4.6.2.3. PROCESO DE VINCULACIÓN DE USUARIOS.

- **Numero de Quejas de Usuarios relacionadas con el Proceso:** este indicador permite conocer el número de quejas presentadas por parte de los usuarios.

Frecuencia de medición: Quincenal

Promedio esperado: N.A

- **% de Usuarios asignados a programas de Promoción y Prevención** con relación al total de Usuarios nuevos con atenciones de salud en eventos cubiertos por Promoción y Prevención.

Frecuencia de medición: Mensual

Porcentaje esperado: 20%

- **Nivel de Usuarios informado en Derechos y Deberes, Servicios Ofrecidos y Proceso de Atención.**

(Sumatoria de los usuarios informados sobre sus derechos y deberes como usuarios / El total de usuarios vinculados a Servir S.A. durante el mes.)

Frecuencia de medición: Mensual

El control de lo usuarios informados en el mes se llevara por medio de un registro electrónico, y un posterior informe sobre los resultados.

- **Satisfacción del Usuario:** Con este indicador se intenta obtener el nivel de satisfacción del usuario con los servicios prestados. Se obtiene por medio de la encuesta de satisfacción.

(Sumatoria de las calificación otorgadas por los usuarios encuestados / Total de usuarios encuestados en el mes) x 100

Frecuencia de Medición: mensual

Porcentaje esperado: 8.5

	Indicador.	Formula.	Responsable	Frecuencia
1	Numero de quejas de usuarios.	Sumatoria de quejas de usuarios recibidas.	Jefe del SIAU.	15 días.
2	% usuarios asignados a Promoción y prevención.	Porcentaje de usuarios vinculados al programa de P y P / Usuarios Vinculados a Servir S.A.	Jefe de Promoción y Prevención.	Mensual
3	Nivel de usuarios informados sobre sus derechos y deberes.	Numero de usuarios informados / numero de usuarios vinculados.	Jefe del SIAU.	Mensual.

4	Satisfacción del usuario.	Sumatoria calificaciones otorgadas / total usuarios encuestados.	Gerente de Planeacion.	Mensual.
---	---------------------------	--	------------------------	----------

Los indicadores propuestos para los diferentes procesos, se encuentran implementados en su totalidad, los resultados obtenidos son utilizados para medir el rendimiento de cada uno de ellos.

4.6.3 Indicadores mes de Julio 2007.

A continuación se encuentran los indicadores para el mes de Julio, los cuales serán usados como base para medir el rendimiento de las mejoras establecidas. Estos fueron recolectados por cada uno de los responsables establecidos.

En los casos en los que el resultado esperado no aplica, el valor obtenido en el mes de julio será tomado como referencia para medidas posteriores.

4.6.3.1 Proceso de atención administrativa a los usuarios.

INDICADOR	Resultado	Esperado
Numero de quejas	13	N.A
Accesibilidad en el proceso	20 min.	15 min.
Satisfacción del usuario	80	85
Oportunidad en expedición de autorizaciones.	4 Semanas.	3 Semanas.
Oportunidad en la	3 Días.	2 Días.

expedición de citas medicas.

Oportunidad en la entrega de medicamentos	70%	80%
Proporción de quejas resueltas.	65%	85%
Porcentaje de códigos de atención solicitados.	6.5%	<5%

4.6.3.2 Proceso de atención medica a los usuarios.

Oportunidad en la realización de cirugías programadas.	25 Días.	20 Días.
Proporción de esquemas de vacunación.	93%	95%
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.	N.A	N.A
Porcentaje de no atención por tipo de causa.	18%	10%
Tasa de citas canceladas.	8%	5%
Oportunidad en la atención de servicios de apoyo terapéutico.	3.5 Días.	2 Días
Cumplimiento de metas de prevención y promoción.	85%	90%
Satisfacción del usuario.	8.2	8.5
Porcentaje de historias clínicas no entregadas.	8%	5%

Tiempo de retraso en la atención.	8 min.	5 min.
-----------------------------------	--------	--------

4.6.3.3 Proceso de vinculación de usuarios.

Numero de quejas de usuarios	15	N.A
Porcentaje de usuarios asignados a programas de promoción y prevención.	65%	20%
Nivel de usuarios informados en derechos y deberes.	75%	N.A
Satisfacción de usuarios	7.5	8.5

4.7 ETAPA DE VALIDACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS MEJORAS.

Las etapas desarrolladas anteriormente durante el proyecto, permiten alcanzar el objetivo final de este, el cual es validar e implementar las propuestas de mejoras aceptadas, que van a servir para incrementar la eficiencia, eficacia y la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios.

Antes de ser implementadas, cada una de las propuestas fue estudiada por el Gerente de Planeación, el Gerente de Auditoría de Calidad y el Gerente Médico de SERVIR S.A. Ellos decidieron si estas eran aceptadas o rechazadas, las aceptadas se implementaron y se esperó a los resultados para analizar si cumplían con los objetivos planteados, las otras fueron descartadas.

4.7.1 PROCESO DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA AL USUARIO.

- Capacitación para el mejoramiento continuo.

Antecedentes: no existen antecedentes de capacitación para el mejoramiento continuo, en caso de existir un cambio en los procedimientos el responsable del proceso era el encargado de informar a cada uno de los empleados como se debía realizar cada función.

Acciones realizadas: se estableció que se debería realizar una capacitación para el mejoramiento continuo del personal, esta debe realizarse siempre que existan cambios en los procedimientos o cada 6 meses. El fin de esta capacitación es que los empleados estén en un continuo aprendizaje, lo que lleva a que se desempeñen de forma más satisfactoria, lo que se ve reflejado en la calidad de la atención al usuario.

Esta capacitación es responsabilidad del coordinador médico de cada sede y el gerente de garantía de calidad se encargará de verificar su cumplimiento.

Se creó el formato FT-MC-06-00 para llevar un registro de la asistencia y la realización de las capacitaciones.

Aplicación: se realizaron las primeras capacitaciones en cada una de las sedes, con el fin de instruir a los empleados sobre las mejoras realizadas con este proyecto.

Resultados: Satisfactorios. No existieron problemas con las capacitaciones, estas se llevaron a cabo de forma ordenada y cada uno de los empleados cumplió con la asistencia. Los temas tratados sirvieron para empezar a desarrollar las mejoras dentro de las sedes.

Recursos Utilizados: El principal recurso utilizado es el humano. Los diferentes jefes de área, el Gerente de Planeacion, el Gerente de Garantía de Calidad y el Gerente Medico son los encargados de llevar a cabo las capacitaciones cada vez que se considere necesario.

- Exámenes de conocimiento.

Antecedentes: no existen antecedentes sobre exámenes de conocimientos dentro SERVIR S.A. no se realizaban verificaciones del desempeño de los empleados.

Acciones realizadas: se implementó la política de realizar un examen de conocimientos a todos los empleados, este se hará una vez al año, con el fin de comprobar la eficiencia con el que desarrollan las diferentes actividades que tienen a su cargo y realizar una retroalimentación de todos los conocimientos necesarios para que cumplan con los requisitos del puesto.

Aplicación: esta pendiente por realizarse en cada una de las sedes de SERVIR S.A.

Resultados: gran aceptación por parte de los coordinadores médicos ya que consideran que servirá para revisar el grado de compromiso de los empleados con sus cargos.

Recursos Utilizados: El recurso humano fue el único utilizado. El gerente de Garantía de Calidad y el Gerente de Planeacion son los encargados de diseñar los exámenes de conocimiento.

- Estandarización de los formatos.

Antecedentes: existían diversos formatos, los cuales eran creados para cubrir diferentes necesidades, estos no cumplían con ninguna normatividad y en cada una de las sedes habían formatos diferentes para la misma actividad. No existía un control sobre ellos ni sobre la información. Estaban totalmente desactualizados, solicitaban información innecesaria y dejaban de recoger información útil.

Acciones realizadas: se recogieron todos los formatos que existían en las diferentes sedes, se diseñó una estructura para que todos tuvieran las mismas características. En conjunto con los diferentes empleados se diseñaron los formatos necesarios, algunos se eliminaron otros se sistematizaron y otros se fusionaron. ANEXO 5.

Aplicación: todos los formatos usados en SERVIR S.A. deben ser aprobados y diseñados en conjunto con el Gerente de Planeación. Todos los formatos fueron aprobados tanto por los Coordinadores Médicos como por el Gerente de Garantía de Calidad y se empezaron a usar de forma inmediata.

Los formatos se encuentran relacionados en el anexo 5.

La nomenclatura usada para la denominación de cada uno de los formatos se resume a continuación:

FT para identificarlo como formato.

AU para identificar a que dependencia pertenece.

__ determinar el numero de formatos de cada dependencia.

__ determinar la versión del formato y saber si existen nuevas modificaciones.

Los formatos aprobados para este proceso son:

FT-AU-01-00 Registro de autorización de provincia

FT-AU-02-00 Registro de no reporte de usuarios en base de datos.

FT-AU-03-00 Formato de Orden de atención

FT-AU-04-00 Reporte solicitud de ampliación de historia
FT-AU-05-00 Reporte de cuotas moderadoras, pagos compartidos y copagos.
FT-AU-06-00 Lista de chequeo documentación junta de aprobación de procedimientos.
FT-AU-07-00 Formato de asignación de citas.
FT-AU-09-00 Formato de junta de autorizaciones
FT-AU-12-00 Formato de respuesta de fax de provincia
FT-AU-13-00 Formato de asignación de citas de provincia
FT-AU-14-00 Formato de solicitud de cotización de materiales
FT-AU-15-00 Formato de solicitud de autorización de provincias

Resultados: Satisfactorios. Se redujo el gasto de papelería en cada una de las sedes. Aumentó el control sobre la información recolectada.

Recursos Utilizados: Recurso Humano. Los formatos fueron diseñados por el autor con la colaboración de los empleados encargados de cada uno de los puestos de trabajo.

- Implementación de la jornada continúa trabajo.

Antecedentes: En la sede principal de SERVIR S.A. el horario de trabajo era de 7 AM a 12 AM y de 2 PM a 6 PM de lunes a viernes y de 8 AM a 12 AM los sábados, debido a el contrato firmado con el Seguro Social el numero de usuarios asignado a esta sede se aumentó drásticamente, por lo que se empezó a haber tiempos de espera muy largos, lo que empezó a causar malestar entre los usuarios, desmejorando la calidad de los servicios ofrecidos.

Se hizo un estudio de tiempos y se descubrió que alrededor de las 11 AM era la hora donde se presentaba mayor congestión.

Acciones realizadas: Se decidió implementar la jornada continua como solución a los grandes tiempos de espera que se estaban presentando y como un servicio a los usuarios, ya que en los horarios normales de trabajo muchos de los usuarios no podían presentarse ya que eran horarios laborales. La solución que se dió para poder implementar esta jornada, sin necesidad de contratar nuevo personal, fue asignar diferentes horarios a las Auxiliar. de citas y autorizaciones, es así como 2 Auxiliares. Tendrían el horario de 7 AM a 11 AM y de 1 PM a 6 PM y las otras 2 de 8AM a 1 PM y de 3 PM a 6 PM los sábados no tendrían cambio y los horarios rotarían por semana.

Aplicaciones: Se implementó en la sede principal a partir del mes de julio, bajo orden de la Gerencia Medica.

Resultados: Satisfactorios. Los tiempos de espera se redujeron y hubo gran aceptación por parte de los usuarios por la oportunidad de realizar las diferentes actividades en horarios mucho más flexibles para ellos. Entre los empleados no hubo ningún problema y se aceptó la medida sin objeciones. Se realizo seguimiento por parte de la Gerencia de Planeacion para verificar el cumplimiento de la mejora.

Recursos Utilizados: Recurso Humano. No hubo contratación de nuevo personal, se llevo un acuerdo con el personal involucrado en el proceso para realizar un cambio de la jornada laboral.

- Obtención de fotocopiadoras para cada sede.

Antecedentes: En cada procedimiento que se realiza en SERVIR S.A., la Auxiliar de citas y autorizaciones debe solicitar a los usuarios como mínimo 3

fotocopias de la documentación que exigen las E.P.S como soporte de la atención. Se observó que los usuarios siempre debían salir de la sede con el fin de ir por las fotocopias requeridas por la aux., lo que ocasionaba demora en la atención e incomodidad en el usuario.

Acciones realizadas: Después de analizar la situación que se presentaba se decidió buscar una solución. Se cotizaron diferentes tipos de máquinas fotocopadoras pero estas tenían valores muy altos lo que no eran una buena inversión. Se consiguió una empresa dedicada al arriendo de estas maquinas y después de analizar los costos en los que se incurría se determino llevar a cabo el negocio. Se ubicó una fotocopadora en cada una de las sedes.

Aplicaciones: cada sede de SERVIR S.A. tiene su propia fotocopadora.

Resultados: Satisfactorios. Esta medida ayudo a agilizar la atención a los usuarios, aumento la calidad del servicio ofrecido, y creó gran bienestar para ellos debido a que ya no existe la necesidad de salir de la sede para conseguir las fotocopias requeridas.

Recursos Utilizados: Recurso Humano. Se capacito en el manejo de las maquinas fotocopadoras a las auxiliares de recepción de cada una de las sedes, estas fueron realizados por la empresa contratada. No se necesito recursos financieros ya que las maquinas no se compraron, sino que se llego a un acuerdo de arrendamiento.

- Creación de políticas de archivo.

Antecedentes: dado el alto riesgo de demanda que se puede presentar por parte de los usuarios, ya sea por una mala atención o por una inconformidad con algún proceso realizado o no realizado por SERVIR S.A., es necesario que quede constancia de todos los procedimientos que se realicen, sin importar las

complejidad de estos. Esto lleva a una gran acumulación de documentación en el archivo de gestión de las Auxiliares de citas y autorizaciones.

Acciones realizadas: Se implementó una política de documentación para todas las dependencias de SERVIR S.A. la cual consiste en una depuración de los documentos que se tengan en el archivo de gestión, además pautas para el archivo de todo tipo de documentación y se establecieron tiempos máximos para los diferentes tipos de documentos antes de ser trasladados al archivo central.

Aplicaciones: Se realizó una jornada de depuración de los documentos con las aux. Y se capacitó a todo el personal para el buen uso de los archivos de gestión y del archivo central.

Resultados: Satisfactorios. Se logró disminuir la cantidad de documentos que existían en el archivo de gestión, lo que permite mayor facilidad en la búsqueda de documentos necesarios y mejora las condiciones de trabajo.

Recursos Utilizados: Recurso Humano. Las políticas fueron diseñadas por el autor.

- Actualización diaria de las bases de datos.

Antecedentes: uno de los mayores inconvenientes que se presentaban para los usuarios en el momento de solicitar un procedimiento a la auxiliar, era que se le informaba que no se encontraba en la base de datos mandado por las diferentes E.P.S., esto llevaba a la necesidad de solicitar un código único de atención lo que ocasionaba demoras en la atención e incomodidades para el usuario.

Acciones realizadas: esta propuesta fue rechazada ya que implicaría una gran inversión a nivel de sistemas.

Aplicaciones: No se llevo a cabo.

Resultados: No se llevo a cabo.

- Información previa a la atención.

Antecedentes: Muchos de los usuarios en el momento de ser atendidos por la auxiliar no tenían la documentación exigida para el tipo de procedimiento que requerían, lo que llevaba a que perdiera el turno y tuviera que regresar en otra oportunidad, lo que ocasiona malestar en el usuario, y demoras en los tiempos de espera .

Acciones realizadas: Se ubicaron carteleras informativas con la información de la documentación necesaria para cada tipo de procedimiento. Se capacito a la auxiliar de recepción sobre información básica para que pudiera solucionar dudas de los usuarios antes de que estos tomaran turno de atención.

Aplicaciones: se capacitaron las aux. de recepción de todas las sedes. Se diseñaron carteleras informativas para cada una de las sedes, dependiendo de los procedimientos que se realicen en ellas.

Resultados: Satisfactorios. Se realizaron estudios durante una semana para analizar si la mejora cumplía con sus objetivos y los resultados fueron positivos, se redujo la cantidad de usuarios a los que no se podía atender por falta de documentación.

Recursos Utilizados: Recursos Financieros. Estos fueron usados para la elaboración de las carteleras informativas. Recurso Humano. Se capacito al auxiliar de recepción.

- Auditoria de los tiempos de respuesta de la juntas medicas.

Antecedentes: Existen procedimiento que necesitan de aprobación de junta médica para poder realizarse, esto son procedimientos de alto costo, los cuales el comité de junta medica analiza, si son necesarios se autorizan y sino se rechazan. Sin importar el tipo de respuesta estos documentos son enviados a las auxiliares de citas y autorizaciones quienes deben entregárselos a los usuarios. Existen tiempos máximos establecidos entre la presentación de la petición de junta médica y la respuesta de esta. (Tres semanas).

El problema se presenta porque actualmente las aprobaciones de junta medica están demorándose alrededor de 4 semanas, lo que lleva a que se presente represamientos y atrasos en lo procedimientos que los usuarios esperan se les realice.

Acciones realizadas: se estableció una política de no atraso en las respuesta de las juntas medicas, se solicitó al gerente de garantía de calidad que se encargara de verificar el cumplimiento de las 3 semanas para la respuesta. Esta verificación se realiza por medio del sistema ya que la Auxiliar Ingresa en el sistema tanto la fecha de solicitud como la fecha de respuesta.

Aplicaciones: Se realizó la primera auditoria por parte del Gerente de garantía de calidad.

Resultados: Satisfactorios. Según el informe realizado por el Gerente de Garantía de Calidad, el promedio de tiempo para la respuesta de junta medica bajó de 3.7 semanas a 3.4, esperando que estos niveles sigan reduciéndose hasta cumplir con el estimado de 3 semanas.

Recursos Utilizados: Recurso Humano.

- Puesto de atención rápida.

Antecedentes: existen procedimientos que el Aux. de citas y autorizaciones no se demora mucho tiempo en realizar, por lo que un usuario no debería tener que esperar mucho tiempo antes de ser atendido.

Acciones realizadas: se creó una fila de atención rápida por donde solamente se atienden procedimientos de citas y solicitudes de medicamentos. No se contrató nuevo personal solo se asignó a una de las auxiliares ya existentes, la cual debe estar pendiente de los usuarios que esperan el turno para ser atendidos y que cumplan con las características de procedimientos antes mencionados.

Aplicaciones: este puesto ya se creó en la sede principal de SERVIR S.A.

Resultados: Satisfactorios. Aumento de satisfacción entre los usuarios, reflejada en las encuestas. Reducción de los tiempos de espera lo que lleva a un aumento en la calidad del servicio.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. Se capacito al personal par brindar el servicio de forma ágil, cumpliendo con los requisitos de calidad establecidos.

- Actualización de los equipos de computación.

Antecedentes: los equipos utilizados por las auxiliares están totalmente desactualizados y son versiones muy antiguas, por lo que ocasionalmente causan bloqueos que llevan tener que reiniciar el sistema lo que ocasiona demoras en la atención.

Acciones realizadas: se cotizaron equipos nuevos para las auxiliares se informo a Gerencia General sobre la necesidad de realizar un cambio de los

equipos explicando los problemas que estos ocasionaban diariamente y como afectaban la atención de los usuarios.

Aplicaciones: En proceso de análisis por parte de Gerencia General debido a los grandes costos en los que se incurrirían.

Resultados: No aplica.

Recursos Utilizados: Recurso Financiero.

- Sistematización de los fax de provincia.

Antecedentes: desde las diferentes I.P.S de SERVIR que están ubicadas en los diferentes municipios, todas las autorizaciones son solicitadas vía fax lo que genera una gran cantidad de fax recibidos durante el día, los cuales se deben ingresar al sistema para que estas autorizaciones se activen.

Acciones realizadas: se configuró el equipo de computación para que los fax lleguen directamente a este sin necesidad de imprimirlos.

Aplicaciones: las auxiliares de citas y autorizaciones de provincia de SERVIR S.A. ya esta utilizando este sistema.

Resultados: Satisfactorios. Se redujo el gasto de papelería y se simplifico el procedimiento de ingreso de las autorizaciones de provincia al sistema.

Recurso utilizado: Recurso Financiero. Recurso Humano.

- Eliminación del cargo de auxiliar de caja.

Antecedentes: El cargo de auxiliar de caja tenía entre sus funciones la recolección de las cuotas moderadoras, los copagos y los pagos compartidos.

Acciones realizadas: Se eliminó el cargo de auxiliar de caja, y se capacitó a las personas que desempeñaban este, en atención a los usuarios. Al mismo tiempo se capacitó a las auxiliares de citas y autorizaciones para que desempeñaran las funciones antes desarrolladas por el auxiliar de caja.

Aplicaciones: Las capacitaciones ya fueron llevadas a cabo por el Gerente de Planeación, el Gerente de Garantía de Calidad y el Gerente Médico. El cargo fue eliminado y sus funciones fueron asignadas a las auxiliares de citas y autorizaciones.

Resultados: Satisfactorios. Aumento de la satisfacción de los usuarios ya que se fusionaron los dos procedimientos y esto ayudó a que se disminuyeran los tiempos de espera y la tramitología. Este aumento de la satisfacción se vio reflejado en la encuesta de satisfacción del mes de agosto.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. Capacitación de personal por parte del Gerente de planeación, Gerente médico y el Gerente de Garantía de Calidad.

- Creación del procedimiento de recepción y verificación de los derechos del usuario.

Antecedentes: Este procedimiento no existía, la verificación se realizaba una vez se estaba asignando la cita o se estaba solicitando la autorización. Esto ocasionaba que a muchos de los usuarios se les negara el servicio por no estar en la base de datos.

Acciones realizadas: Se capacitó a la auxiliar de recepción en atención al usuario y en uso del Sistema SIHOS.

Aplicación: Esta mejora fue implementada a partir del mes de julio en todas las sedes de SERVIR S.A.

Resultados: Satisfactorios. Aumento en la satisfacción de los usuarios reflejado en los resultados de la encuesta del mes de agosto. Disminución de

los tiempos de espera de los usuarios, dado que los usuarios a los que no se les podía otorgar el servicio por no estar en la base de datos, se dirigen directamente a solucionar el problema en su E.P.S.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. Capacitación del personal.

4.7.2 PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD AL USUARIO.

- Capacitación para el mejoramiento continuo.

Antecedentes: no existen antecedentes de capacitación para el mejoramiento continuo, en caso de existir un cambio en los procedimientos el responsable del proceso era el encargado de informar a cada uno de los empleados como se debía realizar cada función.

Acciones realizadas: se estableció que se debería realizar una capacitación para el mejoramiento continuo del personal, esta debe realizarse siempre que existan cambios en los procedimientos o cada 6 meses. El fin de esta capacitación es que los empleados estén en un continuo aprendizaje, lo que lleva a que se desempeñen de forma más satisfactoria, lo que se ve reflejado en la calidad de la atención al usuario.

Esta capacitación es responsabilidad del coordinador médico de cada sede y el gerente de garantía de calidad se encargará de verificar su cumplimiento.

Se creó el formato FT-MC-06-00 para llevar un registro de la asistencia y la realización de las capacitaciones. Anexo 5.

Aplicación: se realizaron las primeras capacitaciones en cada una de las sedes, con el fin de instruir a los empleados sobre las mejoras realizadas con este proyecto.

Resultados: Satisfactorios. No existieron problemas con las capacitaciones, estas se llevaron a cabo de forma ordenada y cada uno de los empleados cumplió con la asistencia. Los temas tratados sirvieron para empezar a desarrollar las mejoras dentro de las sedes.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. Las capacitaciones son llevadas a cabo por el Gerente de planeacion, Gerente Medico y el Gerente de Calidad.

- Exámenes de conocimiento.

Antecedentes: no existen antecedentes sobre exámenes de conocimientos dentro SERVIR S.A. no se realizaban verificaciones del desempeño de los empleados.

Acciones realizadas: se implementó la política de realizar un examen de conocimientos a todos los empleados, este se hará una vez al año, con el fin de comprobar la eficiencia con el que desarrollan las diferentes actividades que tienen a su cargo y realizar una retroalimentación de todos los conocimientos necesarios para que cumplan con los requisitos del puesto.

Aplicación: esta pendiente por realizarse en cada una de las sedes de SERVIR S.A.

Resultados: gran aceptación por parte de los coordinadores médicos ya que consideran que servirá para revisar el grado de compromiso de los empleados con sus cargos.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. El Gerente de Calidad y el Gerente de Planeacion son los encargados de diseñar los exámenes de conocimiento.

- Estandarización de los formatos.

Antecedentes: existían diversos formatos los cuales eran creados para cubrir diferentes necesidades, estos no cumplían con ninguna normatividad y en cada una de las sedes habían formatos diferentes para la misma actividad. No existía un control sobre ellos ni sobre la información. Estaban totalmente desactualizados, solicitaban información innecesaria y dejaban de recoger información útil.

Acciones realizadas: se recogieron todos los formatos que existían en las diferentes sedes, se diseñó una estructura para que todos tuvieran las mismas características. En conjunto con los diferentes empleados se diseñaron los formatos necesarios, algunos se eliminaron otros se sistematizaron y otros se fusionaron. ANEXO 5

Aplicación: todos los formatos usados en SERVIR S.A. deben ser aprobados y diseñados en conjunto con el gerente de planeación. Todos los formatos fueron aprobados tanto por los coordinadores médicos como por el gerente de garantía de calidad y se empezaron a usar de forma inmediata.

Los formatos se encuentran relacionados en el anexo 5.

La nomenclatura usada para la denominación de cada uno de los formatos se resume a continuación:

FT para identificarlo como formato.

-- para identificar a que dependencia pertenece en este caso AS.

__ determinar el numero de formatos de cada dependencia.

__ determinar la versión del formato y saber si existen nuevas modificaciones.

Los formatos aprobados para este proceso son:

FT-AS-01-00	Solicitud de exámenes paraclínicos
FT-AS-02-00	Formato de inventario de elementos consulta general
FT-AS-03-00	Formato de inventario de elementos ginecología
FT-AS-04-00	Formato de inventario de elementos de pediatría
FT-AS-05-00	Formato de inventario de elementos de enfermería
FT-AS-06-00	Formato de inventario de elementos de sala procedimiento
FT-AS-08-00	Hoja de remisión.
FT-AS-09-00	Historia clínica de ingreso
FT-AS-10-00	Hoja de evolución.
FT-AS-11-00	Censo de consulta oportuna
FT-AS-12-00	Reporte de solicitud de historias clínicas no entregadas.
FT-AS-13-00	Reporte de transferencia de historia clínica entre archivos
FT-AS-14-00	Reporte de apertura de historias clínicas.
FT-AS-15-00	Formulas de medicamentos
FT-AS-16-00	Planilla para solicitud de códigos de atención
FT-AS-17-00	Oportunidad de consulta.

Resultados: Satisfactorios. Se redujo el gasto de papelería en cada una de las sedes. Aumento el control sobre la información recolectada.

Recursos Utilizados: Recurso Humano.

- Solicitud representante de E.P.S

Antecedentes: ante cualquier problema que se presentaba con los usuarios por alguna información errónea por parte de la E.P.S, al usuario le tocaba dirigirse a las oficinas para que le solucionaran el inconveniente que se había presentado, ocasionando molestias en el usuario que iban en detrimento de la

percepción de la calidad de la atención, esto se veía reflejado en la encuestas de satisfacción de los usuarios realizadas por la Gerencia de Planeacion.

Acciones realizadas: Se solicitó a la E.P.S un funcionario que estuviera en contacto directo con los usuarios dentro de cada una de las sedes para que así se evitara el traslado de este a otro lugar.

Aplicaciones: por ahora la única sede que cuenta con un representante de la E.P.S es la de Humana Vivir, esperando que las otras E.P.S acepten el ofrecimiento, ya que este es pensando en la comodidad de los usuarios.

Resultados: Satisfactorios. Aumentó en el nivel de satisfacción de los usuarios en cuanto a los servicios prestados en la sede se Humana Vivir.

Recurso Utilizado: Recurso Humano.

- Sistematización de los registros de las historias clínicas

Antecedentes: En las diferentes sedes existen archivos para las historias clínicas, estas se encontraban totalmente desorganizadas y sin ningún tipo de control. Existían historias perdidas, repetidas, con documentos inexistentes, nombres equivocados, y no se llevaba un control de las historias recibidas o entregadas.

Acciones realizadas: Usando el programa File Maker se sistematizaron todas las historias clínicas que estaban bajo la custodia de SERVIR S.A.

Aplicación: Se sistematizaron todos los archivos de historias clínicas, se crearon las bases de datos necesarias para saber sobre la existencia de estas.

Resultados: Satisfactorios. Se sistematizaron alrededor de 30000 historias clínicas que se encontraban en los diferentes archivos.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. Recurso Tecnológico.

- Nuevo procedimiento de manejo de historias clínicas.

Antecedentes: sobre las historias clínicas no existía ningún tipo de control ni seguimientos, estas eran tan solo archivadas y entregadas cuando se necesitaba, ocasionando que muchas se perdieran, lo que traía un problema tanto para Servir S.A. como para el usuario.

Acciones realizadas: se creó un procedimiento que las auxiliares deben cumplir con exactitud incluye formatos que deben ser llenados y políticas que deben ser cumplidas. Se usa el programa de File Maker para llevar el control sobre las historias nuevas. Ver procedimiento de historias clínicas. Se llevo a cabo una capacitación para explicar el procedimiento a las auxiliares de archivo de historias clínicas (anexo 9).

Resultados: Satisfactorios. Se redujo el número de historias clínicas no encontradas. La base de datos se ha mantenido totalmente actualizada.

Recurso Utilizado: Recurso Humano. Se capacito al auxiliar de archivo.

- Tiempo entre consultas

Antecedentes: El tiempo actual destinado a cada cita medica u odontológica es de 20 minutos, lo que ocasiona que los tiempos se corran, ya que la mayoría de las consulta se demoran alrededor de 30 minutos, ocasionando inconformismo por la espera a la que se somete a los usuarios.

Acciones realizadas: solicitud a gerencia médica de un cambio en la política de tiempo entre la asignación de una cita y la siguiente.

Aplicación: cambio en las opciones del sistema para la asignación de citas, el tiempo entre una cita y la siguiente fue corregido a 30 minutos.

Resultados: Satisfactorios. Reducción en los tiempos de retraso en la espera de citas médicas u odontológicas. Aumento en la satisfacción del usuario debido a una mayor puntualidad por parte de los médicos. Cumplimiento de las políticas establecidas por la Superintendencia de Salud.

Recurso Utilizado: Recurso Humano.

- Actualización información básica.

Antecedentes: las bases de datos que llegan de las E.P.S no llegan con la última información sobre los números telefónicos y la dirección residencial de los usuarios por lo que se presentan problemas en el momento de enviar correspondencia, información de eventos, o llamar para cancelación de citas.

Acciones realizadas: solicitud de la información personal actualizada a cada uno de los usuarios que soliciten citas médicas u odontológicas por medio del formato de identificación de las historias clínicas. La encargada de recopilar esta información será la jefe de enfermería.

Aplicación: ya esta en proceso de actualización.

Resultados: Satisfactorios. Hasta el momento alrededor de 800 historias clínicas han sido actualizadas. El promedio de historias clínicas actualizadas por día es de 20, no se incurrió en costos extras ya que este proceso fue realizado por las auxiliares de enfermería.

Recursos Utilizados: Recurso Humano. Se capacito al personal medico sobre las nuevas políticas de atención.

- Creación del procedimiento de verificación del diligenciamiento de la historia clínica.

Antecedentes: El Gerente de Garantía de Calidad realiza una auditoria de las historias clínicas cada 6 meses, para verificar que se están cumpliendo con todos los requerimientos establecidos.

Acciones realizadas: Se capacito a la auxiliar de enfermería para que tuviera los conocimientos necesarios para llevar a cabo la revisión de las historias clínicas una vez están fueran diligenciadas por el personal médico. Esta capacitación fue realizada por el Gerente de Garantía de Calidad.

Aplicación: la auditoria de las historias clínicas por parte de las auxiliares de enfermería ya se esta llevando a cabo.

Resultados: Los resultados de esta mejora esperan verificarse en el mes de diciembre cuando se lleve a cabo la auditoria por parte del Gerente de Garantía de Calidad.

Recurso utilizado: Recurso Humano. Capacitación de personal.

4.7.3 PROCESO DE VINCULACIÓN DE USUARIOS.

- Capacitación para el mejoramiento continuo.

Antecedentes: no existen antecedentes de capacitación para el mejoramiento continuo, en caso de existir un cambio en los procedimientos el responsable del proceso era el encargado de informar a cada uno de los empleados como se debía realizar cada función.

Acciones realizadas: se estableció que se debería realizar una capacitación para el mejoramiento continuo del personal, esta debe realizarse siempre que existan cambios en los procedimientos o cada 6 meses. El fin de esta capacitación es que los empleados este en un continuo aprendizaje, lo que lleva a que se desempeñen de forma mas satisfactoria, lo que se ve reflejado en la calidad de la atención al usuario.

Esta capacitación es responsabilidad del coordinador medico de cada sede y el gerente de garantía de calidad se encargara de verificar su cumplimiento.

Se creó el formato FT-MC-06-00 para llevar un registro de la asistencia y la realización de las capacitaciones. Anexo 5.

Aplicación: se realizaron las primeras capacitaciones en cada una de las sedes, con el fin de instruir a los empleados sobre las mejoras realizadas con este proyecto.

Resultados: Satisfactorios. No existieron problemas con las capacitaciones, estas se llevaron a cabo de forma ordenada y cada uno de los empleados cumplió con la asistencia. Los temas tratados sirvieron para empezar a desarrollar las mejoras dentro de las sedes.

Recurso utilizado: Recurso Humano.

- Exámenes de conocimiento.

Antecedentes: no existen antecedentes sobre exámenes de conocimientos dentro SERVIR S.A. no se realizaba verificaciones del desempeño de los empleados.

Acciones realizadas: se implemento la política de realizar un examen de conocimientos a todos los empleados, este se hará una ves al año, con el fin de comprobar la eficiencia con el que desarrollan las diferentes actividades que tienen a su cargo y realizar una retroalimentación de todos los conocimientos necesarios para que cumplan con los requisitos del puesto.

Aplicación: esta pendiente por realizarse en cada una de las sedes de SERVIR S.A.

Resultados: gran aceptación por parte de los coordinadores médicos ya que consideran que servirá para revisar el grado de compromiso de los empleados con sus cargos.

Recurso Utilizado: Recurso Humano.

- Estandarización de los formatos.

Antecedentes: existían diversos formatos los cuales eran creados para cubrir diferentes necesidades, estos no cumplían con ninguna normatividad y en cada una de las sedes habían formatos diferentes para la misma actividad. No existía un control sobre ellos ni sobre la información. Estaban totalmente desactualizados, solicitaban información innecesaria y dejaban de recoger información útil.

Acciones realizadas: se recogieron todos los formatos que existían en las diferentes sedes, se diseñó una estructura para que todos tuvieran las mismas características. En conjunto con los diferentes empleados se diseñaron los formatos necesarios, algunos se eliminaron otros se sistematizaron y otros se fusionaron. ANEXO 5

Aplicación: todos los formatos usados en SERVIR S.A. deben ser aprobados y diseñados en conjunto con el gerente de planeación. Todos los formatos fueron aprobados tanto por los coordinadores médicos como por el gerente de garantía de calidad y se empezaron a usar de forma inmediata.

Los formatos aprobados para este proceso son:

FT-VU-01-00 Formato de solicitud de traslado de I.P.S

Resultados: Satisfactorios. Se redujo el gasto de papelería en cada una de las sedes. Aumentó el control sobre la información recolectada.

Recursos Utilizados: Recurso Humano.

- Campaña de mercadeo.

Antecedentes: se han realizado campañas de mercadeo con anterioridad, pero sin muchos resultados. Existe la necesidad de mejorar la imagen de SERVIR S.A. ante los usuarios actuales y los potenciales.

Acciones realizadas: Cotización en los diferentes medios de comunicación, para analizar y seleccionar el que ofrezca mejor relación entre lo invertido y los futuros resultados.

Aplicaciones: En la actualidad existe una campaña en un periódico local con la cual se espera conseguir posicionar a SERVIR S.A. dentro de las grandes empresas de Santander. El costo de la campaña fue manejado por la Gerencia General.

Resultados: Satisfactorios. Mejora en la percepción de la gente en cuanto al nombre de SERVIR S.A.

Recursos Utilizados: Recurso Financieros.

- Actividades de orientación.

Antecedentes: Los usuarios vinculados no conocen sus derechos, no saben lo que esta incluido dentro de sus contratos con la E.P.S y ni hasta donde es responsabilidad de la I.P.S.

Acciones realizadas: convocar a los usuarios vinculados recientemente a SERVIR S.A. a una conferencia para explicar los derechos y los deberes que adquirieron en el momento de afiliarse con la empresa.

Aplicaciones: Se esta programando la primera reunión para llevarse a cabo en el mes de septiembre.

Resultados: No aplica.

Recursos Utilizados: Recurso Humano.

- Definición de procedimientos de control para el proceso.

Antecedentes: No existía un control sobre procedimientos que se llevaban a cabo en este proceso.

Acciones realizadas: Se establecieron diferentes procedimientos de control los cuales quedaron incluidos en el manual de procesos. Se estableció al Gerente de Planeacion como el encargado de llevar a cabo estos controles.

Aplicación: Esta mejora fue implementada una vez se levantaron los nuevos procedimientos.

Resultados: Satisfactorios. Gracias a los controles establecidos, se puede llevar un mayor control de las actividades desarrolladas durante el mes por parte del personal involucrado en el proceso.

Recursos Utilizados: Recurso Humano

4. 7.4 DESARROLLO DE LAS IMPLEMENTACIONES.

PROCESO	MEJORA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT
Proceso de atención administrativa al usuario.	1			■	■	■	■	■	■		
	2									■	■
	3			■	■	■	■	■			
	4					■	■	■			
	5						■	■			
	6					■	■				
	7										
	8					■	■	■	■		
	9						■	■			
	10					■	■	■			
	11									■	■
	12					■	■	■			
	13				■	■	■	■			
	14				■	■	■	■			
Proceso de atención medica a los usuarios.	1			■	■	■	■	■	■	■	■
	2									■	■
	3			■	■	■	■	■			
	4			■	■	■	■	■			
	5				■	■	■	■			
	6					■	■	■			
	7					■	■	■	■	■	■
	8					■	■	■			
	9						■	■			
Proceso de vinculación de usuario.	1			■	■	■	■	■	■	■	■
	2									■	■
	3			■	■	■	■	■			
	4				■	■	■	■	■	■	■
	5					■	■	■			
	6							■			
	Propuestas Implementadas.										
	Popuestas por Implementar.										

Desarrollo y estado de la implementación de las propuestas aceptadas.

Fuente: Autor.

4.8 CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

No.	OBJETIVO	LOGRO	CAPITULO
1	Efectuar un diagnóstico estratégico que permita conocer de manera clara la situación actual de los procesos de vinculación, atención administrativa y atención medica de SERVIR S.A.	<p>*Matriz D.O.F.A</p> <p>*Encuesta de percepción.</p> <p>*Descripción de los procesos.</p> <p>*levantamiento de procesos.</p>	1, 2, 3, 4.1
2	Identificar, documentar y valorar los procesos actuales de vinculación, atención administrativa y atención medica de SERVIR S.A.	<p>*diseño de formatos.</p> <p>*Caracterización de procesos.</p> <p>*Descripción de las especificaciones de calidad.</p>	4.2 Anexo 1-7.
3	Determinar las especificaciones de calidad de los servicios ofrecidos por parte de cada uno de estos procesos.	<p>*Sistema de indicadores propios de Servir s.a.</p>	4.3
4	Diseñar un sistema de indicadores de gestión para los procesos de vinculación, atención administrativa y atención medica de SERVIR S.A. con los cuales se pueda controlar el mejoramiento continuo de estos.	<p>*Propuestas de mejoramiento de los procesos.</p>	4.6
5	Generar propuestas de mejoramiento para los procesos de vinculación, atención al usuario y atención medica de SERVIR S.A.	<p>*Validación de las mejoras.</p>	4.5
6	Validar la efectividad de esta propuesta con los grupos de interés de SERVIR S.A.	<p>*Implementación de los procesos.</p>	4.7
7	Llevar a cabo la implementación de las propuestas de mejoras aceptadas por el comité.		4.7

5. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos durante el desarrollo del proyecto, están directamente relacionados con el cumplimiento de los objetivos específicos.

La documentación de los procesos permitió que el personal involucrado en ellos entendiera de forma mas clara los objetivos planteados, además de comprender de forma mas directa la forma como se deben llevar a cabo los procedimientos y las actividades que conforman a cada uno de estos.

El análisis de cada uno de los procesos, permitió que se comprendieran las causas que más influían en la reducción de la eficiencia y eficacia de estos y que conllevaban a desmejorar la atención brindada a los usuarios. Se pudo observar que los principales problemas que existían, se debían a falta de capacitación del personal y problemas con la documentación de los procesos.

Los indicadores de gestión implementados van a permitir llevar un control de los procesos, y al analizar los resultados se podrán tomar decisiones que ayudaran en el mejoramiento de la atención.

Las propuestas plateadas en el proyecto tienen entre sus propósitos, incrementar la productividad de los procesos estudiados, mejorar el ambiente laboral del personal involucrado en los procesos, y mejorar la calidad de los servicios prestados a los usuarios, lo cual se evidencia en el mejoramiento

A partir del análisis de los problemas detectados se llevaron a cabo las implementaciones de las mejoras propuestas, y se asignó a un responsable que velara por el cumplimiento de los objetivos del proceso y el manejo correcto del talento humano.

Al finalizar el proyecto en SERVIR S.A. quedaron implementadas todas las propuestas de mejoras, excepto la actualización de los equipos de computación, que esta en evaluación, por los altos costos en lo que se incurrirá.

Los procesos en los que se desarrollaron las mejoras incrementaron su eficiencia y su eficacia. Esto se demuestra por las últimas encuestas de satisfacción desarrolladas dentro de Servir S.A., que arrojan un mejoramiento en las calificaciones otorgadas por los usuarios.

6. RECOMENDACIONES.

- Para garantizar que los aportes generados por el proyecto se mantengan en el futuro, se deben realizar planes de trabajo de capacitación para que el personal colabore con el mejoramiento continuo de los procesos. Responsable: Gerente de Planeacion.
- Se deben realizar actualizaciones periódicas de los procesos para garantizar el compromiso y responsabilidad del personal con el mejoramiento continuo. Responsable: Gerente de Garantía de Calidad.
- Es fundamental mantener actualizada la documentación de los procesos, ya que en ellos se encuentra materializada la forma como se deben desarrollar cada uno de los procedimientos y actividades. Responsable: Gerente de Planeacion.
- Para garantizar el correcto uso del manual de procesos, es necesario programar la realización de auditorias internas que permitan garantizar la ejecución de las tareas, cumplimiento de las políticas y normas según la metodología definida. Responsable: Gerente de Garantía de Calidad.
- Es importante dar el uso apropiado a los indicadores de gestión definidos, ya que estos son los que ayudaran a llevar un control del cumplimiento de los objetivos de los procesos. Responsable: Gerente Medico - Jefe de Proceso.
- Como recomendación final es importante mantener una comunicación directa con los clientes y el personal para así continuar con los procesos de mejoramiento continuo. Gerente de Planeacion.

BIBLIOGRAFÍA

- AMAYA AMAYA, jairo. Planeacion & estrategia, universidad Santo Tomas, primera edición, 2005.
- BELTRÁN JARAMILLO, Jesús Mauricio, indicadores de gestión, 2 edición, 3R Editores.
- Ortiz, Néstor Raúl. Análisis y mejoramiento de los procesos de la empresa. Escuela de estudios industriales y empresariales. Universidad industrial de Santander.
- LOCK, SMITH. Como gerenciar la calidad total, fondo editorial legis, primera edicion.
- HITT, IRELAND, HOSKISSIN. Administración estratégica, competitividad y conceptos, Thomson Editores, tercera edicion, 1999.