

**PROPUESTA PARA MEJORAR RENTABILIDAD DE UNA EAPB A TRAVÉS DE LA  
INNOVACION EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE ALTO  
COSTO: UNA VISIÓN SISTÉMICA**

Presentado por:

**ERNESTO DE JESUS TORREGROSA HERRERA**

Estudiante de Maestría

**TESIS DE GRADO PARA MAESTRIA**

**DANIEL ANTONIO GARCIA**

**DIRECTOR DE TESIS**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA ESTRATEGICA**

**BOGOTA**

**ENERO 2020**

*“Existe una fuerza motriz aún mucho más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica.....LA VOLUNTAD”*  
*Albert Einstein*

## **Dedicatoria**

El presente trabajo se lo dedico principalmente a Dios que es la luz que me permite avanzar en mi camino al andar, que ha estado a mi lado a cada momento guiándome desde el amanecer de cada día y me permite lograr todas las metas que me he propuesto.

A mis padres por darme la vida y enseñarme con su ejemplo a conseguir mis metas con esfuerzo y dedicación.

A mi esposa Liliana, mis hijas Isabella y Manuela que son la fuente principal de motivación para iniciar y culminar esta empresa con su apoyo en mi proceso de constante formación como profesional. Por ellas y para ellas este logro.

A mis mascotas Luka y Mono compañeros incondicionales en las noches largas de trabajo académico.

A todos las personas enfermas y usuarios de EAPB, para ellos, van gran parte de los créditos en la consecución de este éxito.

## **Agradecimientos**

Gracias a mi familia por haberme dado el impulso anímico en este proyecto.

A la Empresa Administradora de Planes de Beneficios de Salud en la que se basa este trabajo y a todos sus funcionarios que me colaboraron con la recopilación de la información necesaria para llevarlo a cabo, por todo su apoyo y colaboración directa con el desarrollo de este proyecto.

Al Ingeniero Francisco Chuchoque por toda su colaboración incondicional, el aporte de sus conocimientos y experiencia en la realización de este trabajo.

Al Ing. Daniel García Modesto, por haberme motivado a la realización de este proyecto y por otorgarme las guías de cómo realizarlo. De igual forma por la dedicación y la motivación que me brindó en todo momento, durante el tiempo de realización.

# Contenido

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	12
<b>1.1 Título</b> .....	12
<b>1.2 Introducción</b> .....	12
<b>1.3 Problema concreto</b> .....	13
<b>1.4 Planteamiento del problema</b> .....	14
<b>1.5 Pregunta</b> .....	15
<b>1.6 Objetivos</b> .....	15
<b>1.6.1 Objetivo General</b> .....	15
<b>1.6.2 Objetivos específicos</b> .....	15
<b>1.7 Marco teórico</b> .....	15
<b>1.8 Marco normativo</b> .....	28
<b>1.9 Marco contextual</b> .....	30
<b>1.10 Marco conceptual</b> .....	32
<b>1.11. Justificación de la problemática</b> .....	34
<b>2. CAPITULO 2</b> .....	37
<b>2.1. Generalidades de la empresa</b> .....	37
<b>2.2. Política de calidad</b> .....	38
<b>2.3. Objetivos de calidad</b> .....	38
<b>2.4. Misión</b> .....	39
<b>2.5. Visión</b> .....	39
<b>2.6 Proceso autorizador general actual</b> .....	40
<b>3. CAPITULO 3</b> .....	43
<b>3.1 Diseño metodológico</b> .....	43
<b>3.2 Tipo de investigación</b> .....	43
<b>3.3 Metodología de investigación y actividades a desarrollar</b> .....	43
Revisión bibliográfica y recolección de información .....	44
Definición del problema y causas.....	44
<b>3.4. Metodología Lean Healthcare</b> .....	46
<b>3.5 Value Stream Mapping (VSM)</b> .....	48
<b>3.6 Población objeto</b> .....	50
<b>3.7. Criterios de Inclusión y de Exclusión</b> .....	50
<b>3.8 Fuentes de información</b> .....	50

3.8.1 Fuentes primarias.....	50
3.8.2 Fuentes secundarias. ....	50
3.9 Tratamiento de la información.....	51
<b>4. CAPITULO 4.....</b>	<b>53</b>
4.1 Descripción del proceso de autorizaciones de alto costo.....	53
4.2. Medición y análisis del tiempo que toma el proceso de autorización de un servicio de alto costo en la EAPB. ....	69
4.3 Proceso de autorizaciones de servicios de alto costo en la EAPB generados por médicos de las IPS que atienden pacientes con patologías relacionadas. ....	71
<b>5. CAPÍTULO 5.....</b>	<b>76</b>
5.1 Objetivo N°1 .....	76
5.1.1 Identificación de falencias que afectan al proceso autorizador a nivel organizacional .....	76
5.1.2 Aplicación de herramientas gerenciales diagnosticas para identificar la no generación de valor .....	83
5.1.2.1. Definición de la condición actual.....	83
5.1.2 Cuantificación económica, del impacto de las actividades que no generan valor.....	90
5.1.3 Línea base de acción.....	90
5.2 Objetivo N°2 .....	91
5.2.1 Homogenización de la información e identificación de alternativas para cada falencia identificada .....	91
5.2.2 Evaluación de la información para formulación de estrategias.....	92
5.2.3 Formulación de estrategias.....	99
5.3 Objetivo N°3 .....	100
5.4 Objetivo No 4.....	105
<b>6. CAPITULO 6.....</b>	<b>109</b>
6.1 Lecciones aprendidas .....	109
6.2 Impactos generados.....	109
6.3 Análisis de resultados.....	110
6.4 Impacto financiero .....	111
6.5 Conclusiones .....	113
6.6 Limitaciones halladas en el desarrollo del proyecto .....	113
6.7 Recomendaciones .....	115
6.8 Factores claves de éxito.....	116
<b>ANEXOS.....</b>	<b>117</b>

<b>Referencias.....</b>	<b>121</b>
-------------------------	------------

**Tabla de contenido: Gráficas**

<b>Grafica 1: Afiliados al SGSSS Colombia 2019 .....</b>	<b>21</b>
<b>Gráfica 2: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) subproceso de autorizaciones de Alto Costo. ....</b>	<b>57</b>
<b>Gráfica 3: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) de subproceso de autorizaciones de servicio vía tutelas. ....</b>	<b>61</b>
<b>Gráfica 4: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) del subproceso de Autorizaciones masivas alto costo. ....</b>	<b>65</b>
<b>Grafica 5: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) del Subproceso Autorizaciones por correo electrónico.....</b>	<b>68</b>
<b>Gráfica 6: Autorizaciones Alto Costo en días.....</b>	<b>69</b>
<b>Gráficas 7 Autorizaciones mipres tutelas .....</b>	<b>70</b>
<b>Gráfica 8: Causas de demoras en actividades según funcionarios del proceso autorizador de Alto Costo y MIPRES Tutelas.....</b>	<b>71</b>
<b>Graficas 9 Porcentaje solicitud de autorizaciones por rango de edad.....</b>	<b>73</b>
<b>Gráfica 10: Porcentaje solicitud de autorizaciones por sexo.....</b>	<b>73</b>
<b>Grafica 11: Porcentaje solicitud de autorizaciones según ubicación geográfica.....</b>	<b>74</b>
<b>Gráfica 12: Porcentaje de solicitud de autorizaciones por tipo de servicio.....</b>	<b>74</b>
<b>Graficas 13: Porcentaje por costo procedimiento.....</b>	<b>75</b>
<b>Gráfica 14: Ingresos operativos vs pasivo corriente (2018 vs 2017). ....</b>	<b>78</b>
<b>Gráfica 15: Ingresos operativos vs pasivo corriente (2018 vs 2017). ....</b>	<b>79</b>

## Tabla de contenido: Tablas

<b>Tabla 1: Atributos de la calidad</b> .....	18
<b>Tabla 2: Legislación en salud</b> .....	29
<b>Tabla 3: Niveles autorizadores</b> .....	41
<b>Tabla 4: Fases de la metodología</b> .....	44
<b>Tabla 5: Descripción VSM</b> .....	48
<b>Tabla 6: Subproceso de Autorización alto costo</b> .....	55
<b>Tabla 7: Subproceso autorización de los servicios vía tutela</b> .....	59
<b>Tabla 8: Subproceso masivas alto costo</b> .....	63
<b>Tabla 9: Subproceso autorizador por correo electrónico</b> .....	67
<b>Tabla 10 Medición tiempo de Autorización Alto Costo</b> .....	69
<b>Tabla 11: Autorizaciones MIPRES TUTELAS</b> .....	69
<b>Tabla 12: Variables</b> .....	72
<b>Tabla 13: Variable oportunidad por servicios</b> .....	75
<b>Tabla 14: Resumen de los costos asociados</b> .....	78
<b>Tabla 15: Resumen costos 2018 autorizaciones pacientes de cohortes</b> .....	79
<b>Tabla 16: Resumen diferencia costos promedio</b> .....	80
<b>Tabla 17: Análisis de la eficiencia de la reserva técnica (Cifras en millones de pesos)</b> .....	82
<b>Tabla 18: Mapeo de la cadena de valor actual</b> .....	85
<b>Tabla 19: Resumen falencias identificadas VSM</b> .....	89
<b>Tabla 20: Resumen falencias identificadas</b> .....	90
<b>Tabla 21: Homogenización falencias</b> .....	91
<b>Tabla 22: Submatrices</b> .....	94
<b>Tabla 23: Medición de la submatriz A</b> .....	95
<b>Tabla 24: Medición de la submatriz B</b> .....	96
<b>Tabla 25: Medición de la submatriz C</b> .....	97
<b>Tabla 26: Medición final de las estrategias, con base en matrices A, B y C</b> .....	98
<b>Tabla 27: Resumen de actividades que no generan valor del subproceso de Autorizaciones de alto Costo</b> .....	104
<b>Tabla 28: Resumen de actividades que no generan valor del subproceso de autorizaciones de servicio vía tuteladas</b> .....	104
<b>Tabla 29: Resumen de actividades que no generan valor del subproceso de Autorizaciones masivas alto costo</b> .....	104
<b>Tabla 30: Resumen de actividades que no generan valor del Subproceso Autorizaciones por correo electrónico</b> .....	105
<b>Tabla 31: Resumen costos de implementación propuesta y ahorro generado por las actividades que no generan valor</b> .....	105
<b>Tabla 32: Modelo piloto del proceso autorizador y costeo</b> .....	106
<b>Tabla 33: Resumen modelo propuesto vs modelo actual</b> .....	108



## Tabla de contenido: Figuras

<b>Figura 1 Atributos de la calidad.....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 3: Organigrama EAPB .....</b>	<b>39</b>
<b>Figura 4: Esquema VSM .....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 5: Proceso metodológico de la herramienta VSM.....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 6: Flujo del subproceso de Autorización alto costo .....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 7:Flujo de subproceso de Autorizaciones de tutelas.....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 8: Flujo de subproceso de Autorizaciones masivas alto costo.....</b>	<b>62</b>
<b>Figura 9: Flujo del Subproceso Autorizaciones por correo electrónico.....</b>	<b>66</b>
<b>Figura 10: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones alto costo. VSM.....</b>	<b>86</b>
<b>Figura 11: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones tutelas. VSM.....</b>	<b>87</b>
<b>Figura 12: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones masivas alto costo. VSM.....</b>	<b>88</b>
<b>Figura 13: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones correo electrónico. VSM.....</b>	<b>89</b>
<b>Figura 14: Diagrama de Ishikawa.....</b>	<b>93</b>
<b>Figura 15: Mapeo de la cadena de valor deseada. ....</b>	<b>101</b>
<b>Figura 16: VSM deseada de subproceso Autorizaciones alto costo.....</b>	<b>102</b>
<b>Figura 17: VSM deseada de subproceso Autorizaciones tutelas.....</b>	<b>102</b>
<b>Figura 18: VSM deseada de subproceso Autorizaciones masivas alto costo.....</b>	<b>103</b>
<b>Figura 19: VSM deseada de subproceso Autorizaciones por correo electrónico.....</b>	<b>103</b>

## **Resumen**

El objetivo del Sistema General de Seguridad en Salud colombiano ha sido siempre lograr la cobertura de toda la población y su satisfacción. Esto a pesar de los cambios que tiene constantemente desde la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993. Estos cambios y la población cubierta por el sistema aumentan al igual que las necesidades y expectativas de los usuarios, creciendo así mismo las inconformidades de los afiliados. Dos de las principales causas de insatisfacción de la población están marcadas por deficiente prestación de los servicios de salud y por la demora en la generación de las autorizaciones, llevando a los usuarios a interponer medidas legales para exigir los derechos adquiridos por la ley y ofrecidos por el sistema. El presente trabajo explica las dinámicas que influyen en el proceso de autorizaciones, de manera específica, las denominadas de alto costo en una Empresa Administradora de Planes de Beneficio del país y de cómo afectan las finanzas de la Organización. Inicialmente hace una revisión de la literatura y la normativa vigente en el país, en relación con el Sistema de Seguridad Social y Salud colombiano, con el objeto de conocer la percepción de sus actores y usuarios, sobre esta temática.

Finalizada la investigación se realizó un diagnóstico de la situación de la empresa y su alineación entre los procesos y los objetivos estratégicos financieros analizando los datos de la empresa y la percepción de los usuarios. Estos resultados nos permitieron formular estrategias a través de la metodología de VSM (Value Stream Mapping), para mejorar los procesos de autorizaciones de alto costo y alinearlos al cumplimiento del objetivo de rentabilidad de la EAPB, y así mismo satisfacer las necesidades de los usuarios en términos de oportunidad en la autorización.

**Palabras Claves:** Sistema General de Seguridad Social en Salud, Empresa Administradora de Planes de Beneficio, Institución Prestadora de Servicios de Salud, Proceso de autorizaciones de alto costo.

## **Abstract**

The objective of the Colombian General Health Safety System has always been to achieve the coverage of the entire population and their satisfaction. This in spite of the changes that it has constantly since the implementation of Law 100 of 1993. These changes and the population covered by the system increase as well as the needs and expectations of the users, also growing the nonconformities of the affiliates. Two of the main causes of population dissatisfaction are marked by poor provision of health services and the delayed generation of authorizations, leading users to file legal measures to demand the rights acquired by law and offered by the system. This paper explains the dynamics that influence the authorization process, specifically, the so-called high-cost in a Company Benefit Plan Administrator of the country and how they affect the Organization's finances. Initially it makes a review of the literature and regulations in force in the country, in relation to the Colombian Social Security and Health System, in order to know the perception of its actors and users, on this subject.

After the investigation, a diagnosis of the situation of the company and its alignment between the processes and the strategic financial objectives was performed, analyzing the data of the company and the perception of the users. These results allowed us to formulate strategies through the VSM (Value Stream Mapping) methodology, to improve the processes of high cost authorizations and align it to fulfill the EAPB profitability objective and likewise satisfy the needs of users in terms of opportunity in authorization.

**Keywords:** General Health Social Security System, Benefit Plans Administrator, Health Services Provider Institution, High cost authorization process.

## **CAPÍTULO 1**

### **GENERALIDADES DEL PROYECTO**

#### **1.1 Título**

### **PROPUESTA PARA MEJORAR RENTABILIDAD DE UNA EAPB A TRAVÉS DE LA INNOVACION EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE ALTO COSTO: UNA VISIÓN SISTÉMICA**

#### **1.2 Introducción**

En las naciones el costo en salud ha aumentado de forma importante en las últimas dos décadas por cuenta de enfermedades crónicas y demanda de adopción de nuevas tecnologías, según el BID (Pessino, Carola; Pinto, Diana M .; Cafagna, Gianluca; Giles Álvarez, Laura; Tolsa Caballero, 2016). La comunidad en general se ve implicada ya que siempre está de por medio la vida de un ser humano. Con la creación y puesta en marcha de la ley 100 de 1993, nuestro país definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y quedaron sentadas las bases para la prestación de los servicios de salud a través de una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido como competencia regulada, tiene como característica principal, vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

En este sentido la administración de la salud es realizada por las Empresas aseguradoras en salud, anteriormente denominadas Empresas Promotoras de Salud o EPS, y conocidas a partir del 2017 como Empresas Administradoras de Planes de Beneficio o EAPB.

La compañía sobre la cual se basa el presente trabajo, fue creada en 1995 con la misión no solo de administrar los recursos financieros del sistema, procedentes de la afiliación y permanencia de los usuarios (Unidad Por Capitación o UPC) sino también de garantizar que estos sean bien utilizados para lograr el bienestar de todos los usuarios, por lo que la eficiencia en sus procesos administrativos es fundamental de cara a logro de los objetivos estratégicos de la empresa como la sostenibilidad financiera y por supuesto en la atención de las personas afiliadas.

A pesar de que el país tiene una legislación clara que rige a todas las ahora llamadas EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no todas cumplen con los términos y calidad en el servicio que los afiliados esperan. Actualmente existe una demora en la generación y entrega de

Autorizaciones en el Plan Obligatorio de Salud por parte de las EAPB e IPS, de manera específica y como foco central del presente trabajo las autorizaciones dirigidas a enfermedades de alto costo, las cuales tienen que cumplir con los tiempos establecidos dentro de la normativa vigente, y si bien algunas propenden por prestar un servicio de calidad, es igualmente cierto que encontramos otras que no lo realizan y que por el contrario sus clientes no se encuentran satisfechos con el servicio, lo que lleva necesariamente a salida de usuarios, tratamientos más costosos por las demoras, fugas administrativas, costos por no calidad y con la consecuente insuficiencia financiera de las entidades.

El presente trabajo entonces plantea posibles soluciones para lograr la eficiencia en las autorizaciones de tecnologías en salud para los usuarios de la EAPB, logrando alinearlas a los objetivos financieros estratégicos, como foco fundamental. Se pretende hacerlo a través de un **análisis de agregación de valor**, análisis de métricas financieras y de operación, la Value Stream Mapping (VSM) y finalmente definir los desperdicios y que actividades agregan valor.

### **1.3 Problema concreto**

Para ahondar en el problema es fundamental definir dos aspectos que necesariamente van ligados en el presente trabajo: un aspecto interno, y es el impacto negativo que tiene la ineficiencia de los procesos mencionados dentro de los objetivos estratégicos de la organización, como actividades y recursos innecesarios, que hacen que el proceso derive en más costos para la empresa. Por otro lado, un aspecto externo y es el impacto que tiene esta ineficiencia, en los afiliados. Hay que tener en cuenta que el gobierno y los entes de control evalúan periódicamente el cumplimiento de los objetivos en salud en parte con los estudios de percepción de los usuarios.

Según el estudio anual del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS que anualmente realiza la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social en marzo de 2019 ([Ministerio de Salud y Protección Social, 2019](#)) se encontró que de las debilidades más importantes de las empresas siguen siendo el tiempo de espera en la atención y la falta de simplicidad y agilidad en los trámites. Estos problemas de agilidad y oportunidad en trámites aparecen como las principales causas de quejas, reclamos y derechos de petición, asociados a atributos evaluados como la oportunidad en la autorización para entrega de medicamentos y en las autorizaciones de procedimientos especializados. Solo por citar algunas cifras del informe, en la evaluación realizada a 24 mil usuarios de ambos regímenes, en cuanto al tiempo de espera para autorizaciones de servicios, el 55 % de los usuarios que necesitaron autorización la obtuvieron antes de 5 días, pero el 34 % de los encuestados afirma haber tenido que esperar más de 30 días para obtener la autorización.

#### **1.4 Planteamiento del problema.**

En la EAPB objeto del estudio, según la Dirección Nacional de Prestación de Servicios, de manera puntual los niveles de insatisfacción se encuentran por encima del 60 %, cifras del último trimestre de 2018, en encuestas realizadas por la Dirección Comercial de la Organización. Para autorizaciones de servicios de alta complejidad incluidos en el POS (Plan Obligatorio de Salud) la oportunidad es de más de 20 días. Esta insatisfacción tiene como consecuencia la salida de usuarios y sus familias de la EAPB, que se trasladan a otras aseguradoras, lo que lleva a una pérdida aproximada de 3.000 usuarios por mes (Cifras de la Dirección Nacional de operaciones). Recordemos que la fuente de financiación más importante de la Organización es la compensación recibida por cada afiliado o UPC (Unidad de Pago por Capitalización) lo que finalmente lleva a la descapitalización que por su puesto dista de los objetivos estratégicos de cualquier empresa. La pérdida económica es del orden de 4.500 millones de pesos mes. (Cifras de la Dirección de planeación Financiera).

A juzgar por el panorama del sector salud en Colombia, en relación con los resultados clínicos y los índices de satisfacción de los usuarios, las empresas administradoras de los planes de beneficios en nuestro país y esta Organización en particular deben lograr mejor eficiencia en sus procesos administrativos de autorizaciones de servicios en los próximos años para impedir que los resultados anteriormente mencionados sigan siendo insatisfactorios.

La lógica administrativa supone que la eficiencia en los procesos autorizadores debe representar una ventaja competitiva, pero que, si no corrige estas deficiencias, puede llevar a que se materialicen varios tipos de riesgos (Riesgos financieros por los elevados costos de tratamientos tardíos y salida de usuarios por insatisfacción, Riesgos jurídicos por las demandas y tutelas que se presentan por fallas en la atención y riesgos reputacionales por que se ve deteriorada la imagen de la empresa en los medios de comunicación y ante el país) con consecuencias graves para la empresa, para la sociedad y el sistema de salud. Cada día son más frecuentes los casos de pacientes con cáncer, que mientras esperan una autorización para un examen especializado, autorizaciones para medicamentos o procedimientos de alta complejidad (como quimioterapias), sufren las devastadoras consecuencias del avance de su enfermedad o las complicaciones de otras patologías que podrían resolverse si es autorizado y tratado a tiempo, evitando los elevados costos de tratar una enfermedad en estado avanzado o incluso evitar desenlaces fatales. Todo esto habla de grandes fallas que se hubiesen podido prevenir de haber surtido un proceso autorizador mucho más oportunamente.

A pesar de los innegables progresos en materia de cobertura y focalización de los servicios de salud, que se han hecho posibles gracias a la ley 100 de 1993 y de algunas evidencias positivas en materia de

impacto sobre indicadores de resultado relacionados con salud, se ha hecho evidente que el SGSSS enfrenta serios retos. Esto es preocupante, ya que si no se identifican y no se toman acciones para solucionar los problemas que de ellos se derivan, el sistema de salud se verá abocado a dificultades que afectarán la calidad del servicio y la sostenibilidad financiera del mismo. Ahora bien, si el sistema se ve afectado de esta manera como consecuencia lógica también se ven afectadas financieramente las EAPB, materia del presente trabajo.

## **1.5 Pregunta**

¿Cómo mejorar la rentabilidad de una EAPB a través de la innovación en los procesos autorizadores de servicios de alto costo y mejorando la satisfacción de los usuarios?

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Elaborar y proponer un proceso innovador de autorizaciones de alto costo de una EAPB (Empresa Administradora de Planes de Beneficio) alineado a los objetivos estratégicos financieros para mejorar la rentabilidad.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Identificar las falencias y necesidades del proceso autorizador de alto costo, eliminando las actividades que no agregan valor dentro del proceso y cuantificar el impacto que generan en las finanzas de la empresa.
- Definir y desarrollar estrategias, innovadoras que mejoren la satisfacción del servicio autorizador.
- Definir los elementos que agregan valor y que generen diferenciación a la compañía, minimizando los riesgos financieros por la salida usuarios por falta de oportunidad en el servicio de autorizaciones.
- Desarrollar una propuesta de modelo piloto del proceso que implemente los cambios necesarios para mejorar los objetivos de rentabilidad.

## **1.7 Marco teórico**

**Lo referente a la Calidad, la medición y la evaluación en la prestación de servicios en Salud**

Partiendo del enfoque de la evaluación de la calidad en salud, ya propuesto por Donabedian ([Donabedian, 1992](#)) que aplica para este trabajo, son fundamentales los indicadores de la calidad de los procesos que deberán tenerse en cuenta posteriormente, con datos concretos y resultados confiables, que permiten identificar de manera muy precisa los puntos objetos de intervención. Aspectos como la estructura de los procesos y la evaluación de los resultados en el sistema de salud.

En cuanto al primer ítem, es decir la estructura de los procesos, podemos afirmar que se integran aspectos como: Recursos humanos, tecnológicos, dotación, tiempos y actividades, que son indispensables para brindar servicios de salud. Con esto se pueden ofrecer las condiciones idóneas como base para garantizar la resolución del problema de la enfermedad ante condiciones de equidad y principios éticos y que supone un resultado positivo o negativo en el estado de salud de la persona y que puede ser atribuido a la atención bajo la evaluación de que si el paciente está satisfecho o no.

El segundo ítem es el monitoreo. Este debe ser un proceso continuo cuando se hable de atención en salud con calidad, que sea medible y evaluable, es necesario abordarlo y una forma de hacerlo es desde los procesos administrativos en todas sus áreas. Por ello en cualquier instancia en donde halla atención en salud aparece una variable o característica muy importante que es la oportunidad en la atención. Para citar un ejemplo, cuando una persona enferma independiente del diagnóstico, no recibe la atención médica oportuna, la enfermedad continuará con su curso natural, lo que hace que esa progresión genere un estado de salud inesperado con el tiempo, aumentando cada vez más las probabilidades de empeorar. ([Felce & Perry, 1995](#))

La relación que existe entre estos dos puntos, es decir desde estructura de proceso y la medición del resultado incrementa las posibilidades de generar un buen proceso y a su vez un buen proceso hace mucho más posible un buen resultado, de la misma manera si los resultados son aceptables se puede concluir que el proceso previo fue bueno. Si esta relación no existiera la calidad del proceso no se podría evaluar y por ello la calidad del proceso se construye a partir de la relación entre las dos.

El conjunto de características a tener presente a la hora de evaluar los servicios de salud con principios éticos que garanticen la equidad y calidad son “La validez causal, pertinencia, sensibilidad, inclusividad, oportunidad, el costo relativo”, mencionadas por Donabedian. “Ética en la atención en salud centrada en el paciente y el principal objetivo sea proporcionarle el mayor beneficio independientemente del costo monetario”. Las personas esperamos que todos los conocimientos y recursos tecnológicos sean empleados en nuestro beneficio. Estas son las mínimas condiciones éticas que deben prevalecer en la



atención, además de los recursos tecnológicos y de dotación con los que cuente la institución, fundamentalmente en nuestros días la facilidad de un sistema que permita, que en la atención se brinde todo para ofrecer calidad en la atención, teniendo en cuenta a la oportunidad en los servicios administrativos como uno de los atributos de esta, y como parte fundamental en la cadena de valor hacia el usuario.

Desde la Organización Mundial de la salud (OMS), se propende por establecer principios aplicables de salud en condiciones de bienestar a la población de los diferentes países. Para la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria, “es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (García-Ramírez & Vélez-Álvarez, 2013)

Colombia hace grandes esfuerzos a través de sus políticas de gestión, mostrando un trabajo continuo por garantizarlas en la población, desde la estructura de los procesos y el resultado, y con los todos los indicadores que emite desde el Ministerio de Salud y Protección Social, monitoreando de manera continua el funcionamiento del sistema, y de esta manera detectar puntos para intervenir y lograr la mejora la mejora continua.

### **Acerca de la normativa en salud en Colombia y su relación con la calidad.**

Los actores del sistema unen esfuerzos desde lo normativo para lograr garantizar el cumplimiento de los requisitos exigidos y al mismo tiempo apropiar los estándares establecidos para la prestación de los servicios con excelencia y calidad (Fernández-Martín, Gutiérrez-Fernández, María Marín-Rubio, Parra-Vázquez, & Royo-Sánchez, 2004).

Por esta razón los esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social en nuestro país son pocos para que prime la calidad en los servicios de salud y ha definido normas como el Decreto 1011 de 2006 por el cual se instituye: “el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” SOGCS que se aplica de manera obligatoria a: Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud”. A los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley

100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, con excepción de las instituciones del sistema de salud perteneciente a los militares y a la policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al sistema obligatorio de garantía en calidad en salud y de manera obligatoria cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

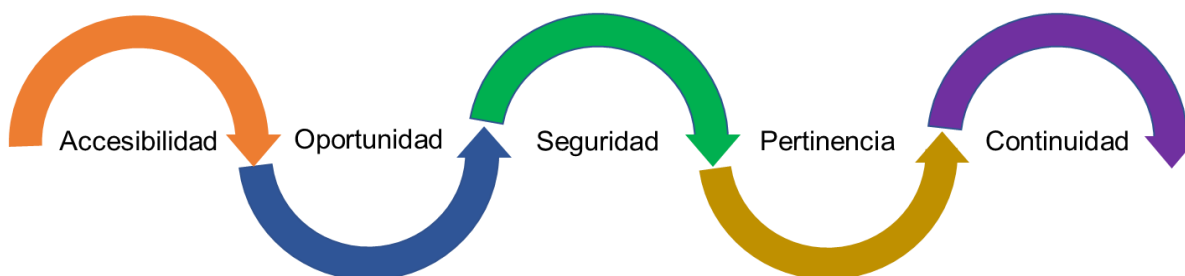
Desde el Decreto 101, posteriormente derogado por el Decreto 780 de 2016, SOGCS se define la Calidad de la atención en salud “como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006), un propósito que impacta en la salud como derecho constitucional que está bien definido y orientado a lograr la mejora de los resultados de la atención en salud que tiene como eje al paciente y descrito en el Decreto en mención, como que va mucho más allá de verificar si existe la estructura y documentación de procesos, los cuales solo son la base para lograr los resultados, pero el interés fundamental del Decreto en relación con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS es que en la atención se cumpla con:

**Tabla 1: Atributos de la calidad**

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

*Fuente: Ministerio de Protección Social, Decreto 780/ 2016, Capítulo 2. (Decreto 1011, 2006).*

**Figura 1 Atributos de la calidad**



*Fuente: Ministerio de Protección Social, Decreto 780/ 2016, Capítulo 2. (Decreto 1011, 2006).*

El gran objetivo que el Decreto quiere lograr en relación con a la calidad se define en el marco teórico, donde cada una de las cinco características mencionadas y definidas se relacionan entre si fortaleciéndose mutuamente de manera que el sistema sea integral.

El sistema de salud en Colombia se encuentra en manos de compañías aseguradoras que deben garantizar el bienestar de todos los usuarios del sistema, por lo que la eficiencia en sus procesos administrativos es fundamental de cara a logro de los objetivos en la atención de las personas. De esta manera todas estas Organizaciones han desarrollado una actividad competitiva entre ellas buscando lograr en primer lugar un buen posicionamiento y participación en el mercado; en segundo lugar, para tener el mayor número de afiliados y fidelizar a los que tienen; en tercer lugar, obtener maximización de utilidades y minimización de costos, es decir esforzarse en búsqueda de la eficiencia. Sin embargo existe desigualdad desde el mismo planteamiento de competitividad de acuerdo a los conceptos de Porter (Porter, 1990) si no se contextualiza su significado con empresas que tengan un objeto social, ya que no es un término que tenga un significado universal y únicamente de rentabilidad, es necesario para brindar la mejor atención a la población de manera integral, llegar a un punto en el que el concepto de competitividad planteado desde el SOGCS tenga un enfoque más desde el incentivo del cumplimiento de los componentes de calidad, pues ésta debe ofrecerse a toda la población sin diferenciación, ya que en otras circunstancias la atención no sería con estándares de excelencia sino con los básicos para que reciba atención en salud.

**Como se organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los regímenes para la cobertura.**

La financiación de un sistema de salud representa un proceso complejo y fundamental para cada gobierno, que debe cumplir tres funciones específicas e interrelacionadas: la primera es recaudar los fondos suficientes para la atención en salud; la segunda es mancomunar estos fondos para dispersar los riesgos financieros entre los afiliados; y, por último, utilizar dichos fondos para la prestación de los servicios de salud. (OMS, 2007)

La constitución Política de 1991 establece que el Estado tiene la responsabilidad de la atención en salud para los colombianos, dirigiendo y controlando la participación de las entidades públicas y privadas. Con la Ley 100 de 1993 se conforma el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el que las afiliaciones al sistema (cotizaciones de los usuarios) se realizan a través de las EAPB o Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, (entidades públicas o privadas antes llamadas EPS), y que contratan a las instituciones prestadoras de servicios (IPS) que se encargan de ofrecer el Plan Obligatorio de salud (POS) o el POS-S para el caso de los afiliados al régimen subsidiado (RS).

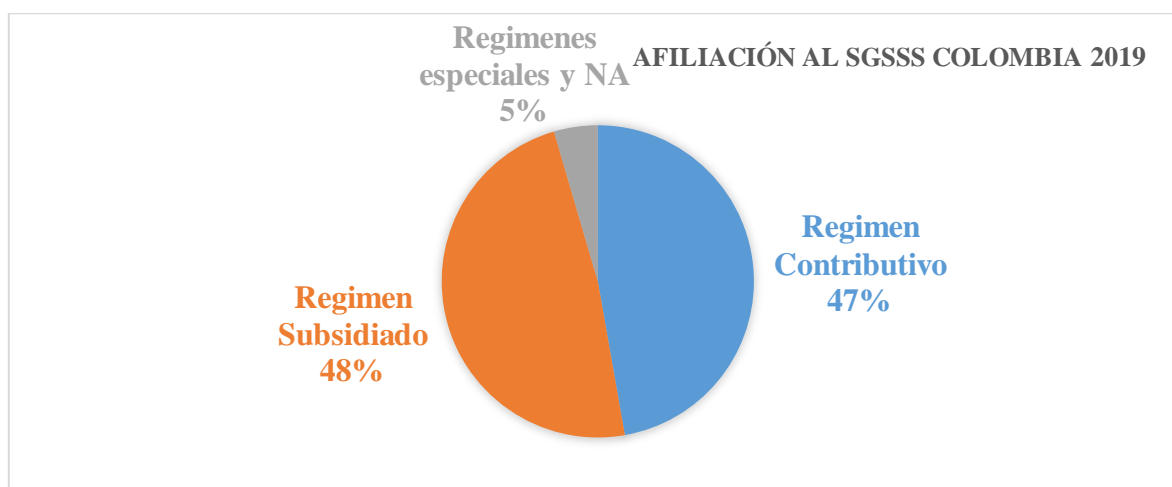
Existen también otros sistemas de afiliación privados como la Medicina Prepagada. Los recursos destinados a financiar a las aseguradoras y procedente de las afiliaciones y cotizaciones de los usuarios es lo que se llama Unidad Por Capitación o UPC. El sistema se financia con los pagos de cuotas moderadoras para el régimen subsidiado, como el contributivo, regulando la utilización de los servicios y estimulando su uso racional, pero el cotizante no está obligado a hacer copagos por atención hospitalaria, sí los miembros de su núcleo familiar.

Existen en Colombia dos regímenes de aseguramiento cuyo objetivo es dar cobertura a toda la población: El régimen contributivo (RC), en el cual se enfoca este trabajo, cuya afiliación es de carácter obligatorio para todos los asalariados o pensionados, también para los trabajadores independientes que tienen ingresos iguales y superiores a un salario mínimo con o sin contrato vinculante con alguna entidad, pudiendo elegir la EAPB ya sea pública o privada de su preferencia. Vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El aporte obligatorio corresponde al 12.5% de los ingresos laborales, y para el caso de los trabajadores asalariados o pensionados solo pagan lo correspondiente al 4% del salario, mientras que el pagador o empleador aporta a la pensión el valor del 8.5%. En el caso de los trabajadores independientes pagarían el porcentaje total por afiliarse al (RC) (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993) y el régimen subsidiado (RS), articulados a través de un fondo de recursos administrado por el Estado, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

El otro régimen es el subsidiado (RS) que es al que pertenece la población que no hace parte del primero y que su condición económica o baja capacidad de pago no le permitiría tener acceso a los servicios de salud y lo hace gracias a un subsidio que ofrece el estado. Esta población se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley. La administración de estos regímenes y la adecuada operación de sus procesos es responsabilidad de los entes territoriales y de las Empresas aseguradoras en salud del régimen subsidiado.

En los últimos registros de afiliación del DANE en marzo del 2019 hay 49'968.390 colombianos de los cuales el 94,64% se encuentra afiliado al SGSSS, es decir 47'291.804. Las EPS del régimen contributivo (RC) afilian y registran a los usuarios, recaudan las cotizaciones y garantizan la prestación del POS, el régimen subsidiado (RS) afilia a todas las personas que no son cubiertas por el (RC) y que no tienen facilidades de pago, los municipios son los que realizan la captación y la clasificación de los beneficiarios de (RS), los recursos para el financiamiento son reunidos a través del ADRES que se suman a fondos provenientes de fuentes fiscales y parafiscales, hay que tener presente que en el SGSSS se incluye los regímenes especiales, de los que hacen parte: El magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, trabajadores de universidades públicas y la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL). En el 2019 la población total que pertenece al Régimen Contributivo (RC) (comprende el 47,25 %), y del régimen subsidiado el 48,27 % de la población afiliada, y los regímenes especiales comprenden el 4,53 % de la población.

**Grafica 1: Afiliados al SGSSS Colombia 2019**



*Fuente [www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx)  
En Colombia existen 11 EAPB del régimen contributivo (RC) y 25 EAPB del régimen subsidiado (RS)*

## **Desde el aseguramiento hasta garantizar los Planes Obligatorios de Salud (POS).**

En el SGSSS, el aseguramiento es responsabilidad de las EAPB y cada una de ellas conforma y ofrece una red de IPS públicas y/o privadas que se compone de: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que de forma individual o agrupada ofrecen sus servicios en salud. Por su parte los hospitales públicos, han pasado a ser organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado o E.S.E, que venden sus servicios a las EAPB. La red de IPS públicas y/o privadas conformada tiene la obligatoriedad de cubrir el plan obligatorio de salud POS como mínimo, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que son prestados en el primer nivel de atención, además de atención inicial de urgencias, consulta médica general y odontológica, la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización e intervenciones quirúrgicas.

Por otro lado, los cotizantes en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad. El sistema de salud colombiano tiene como base “una competencia regulada basada en una mezcla publico privada y mercado regulación cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales” (Calderón, Botero, Bolaños, & Martínez, 2011).

Para la atención en salud tanto el régimen contributivo como el subsidiado requieren del pago de una cuota moderadora, y de esta manera ayudar a financiar el sistema, regulando a su vez el uso de los servicios y hay que recordar que además el usuario que cotiza no está obligado a hacer copagos por atención hospitalaria, pero sí lo tiene que hacer los miembros de su núcleo familiar. Adquirir seguros de salud privados y complementarios, puede hacerse de manera voluntaria, siempre y cuando quienes lo adquieran cumplan primero con la obligación de cotizar al SGSSS.

## **Financiación del Sistema y el gasto en salud.**

El Gasto Total en Salud en Colombia es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. El gasto que realizan el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos) es el denominado **gasto publico directo**, relacionados con: la atención de colombianos que aún no están afiliados al sistema mediante gastos de administración e inversión que aplican como subsidio a la oferta, los servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, saneamiento ambiental y los gastos de dependencias y programas oficiales y el ADRES. Esto incluye también el

gasto en seguridad social que corresponde al régimen subsidiado, que aplica como subsidio a la demanda. En Colombia el Gasto en Salud está dado por la atención curativa y preventiva. Sin embargo, la prestación de los servicios de salud con calidad y eficiencia, tanto en el ámbito asistencial como en el administrativo tiene que ser un balance o equilibrio entre los ingresos y los egresos. “La calidad de la atención en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios” (Kerguelén Botero & Tono Ramírez, 2008).

### **La responsabilidad del Estado de garantizar la Salud como un derecho constitucional.**

En nuestra Constitución, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social se encuentran consagrados como servicios públicos, cuyo fundamento jurídico comprende el artículo 49, el cual señala que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, y el artículo 48, que consagra que la seguridad social tiene carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Nuestra Carta también reconoce el derecho fundamental de los niños (art. 44) a la vida, a la integridad física, a la salud y a seguridad social, y amplía el derecho de todo niño menor de un año a la protección o seguridad social por parte del Estado (art. 50). (Cárdenas Ramírez, 2013)

El estado tiene, según la constitución en su artículo 49, la responsabilidad de garantizar la atención en salud a toda la población a la vez que en la Ley 100 se precisa con mayor detalle. En estos dos documentos fundamentales para la historia del país, se hace referencia claramente a las condiciones de calidad y atención segura en Salud, pero sigue siendo un reto para el Estado y para su Ministerio de Salud y protección Social articular la normativa con la realidad que vive la población, porque existe gran un porcentaje de población que no obtiene la realización de exámenes diagnósticos, tratamientos o la citas periódicas, a la vez que la ciudadanía emplea el recurso de la instancia judicial como la Tutela, para acceder al derecho de la atención en salud con garantías de oportunidad y continuidad.

Para garantizar que se cumpla el derecho a la salud en la población están la política de Salud, las Resoluciones y Decretos, por ello se revisan, se monitorean y se derogan y se crean nuevas normas para llevar a la realidad vivida la realidad escrita.

## **La acción de tutela como recurso para el acceso y oportunidad de la atención en salud y su impacto y repercusiones en el SGSSS.**

En el artículo 86 de la Constitución Política de 1991 de la constitución define a la acción de tutela como el mecanismo para la exigibilidad jurídica de los derechos fundamentales en Colombia, mecanismo que no requiere intermediación de abogados. Lo que lo hace muy sencillo de interponer.

Desde que la constitución política de 1991, estableció la acción de tutela, éste ha sido el recurso judicial más utilizado por los ciudadanos para exigir el derecho a la salud y éste punto debe ser revisado debido a que si la salud es un derecho, el proceso de atención debería fluir en su estructura administrativa, sin que sea necesario que para garantizar el derecho a la atención se recurra a una instancia judicial, lo que congestiona el sistema judicial y alarga los tiempos de resolución de las solicitudes.

Los casos de las acciones de tutela impuestas para garantizar el derecho a la salud pueden llegar a ser desde impugnación del fallo, acción de cumplimiento a incidente de desacato: es decir, puede ordenarse arresto hasta de seis meses y multa hasta de veinte salarios mínimos mensuales legales vigentes (Presidencia de la república, 1991 b, Art. 52). Cada vez se impone más en el país la acción judicial como medida para garantizar el derecho a la salud, y esto genera costos al Estado porque es una figura donde se invierten esfuerzos, tiempo y recursos para que la población que interpone acción de tutela pueda recibir la atención en salud.

El uso de la acción de tutela como mecanismo para reclamar situaciones vinculadas directamente con la salud —reclamaciones por medicamentos y servicios incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), los costos de tratamiento en enfermedades de alto costo y la financiación de la salud—, tuvo un notorio crecimiento entre 1999 y 2015, al pasar de 21.301 a 151.213 acciones, por el deficiente funcionamiento del Sistema de Salud, generado por la negación en la prestación de los servicios en muchos de los casos. (Plazas-Gómez & Moreno-Guzmán, 2017).

No obstante, la desviación de recursos que se ordena desde una sentencia de tutela no solo desnaturaliza el sistema de aseguramiento de la Ley 100 de 1993, sino que también tiene repercusiones fiscales gravosas, que se reflejan en el hecho de que los gastos adicionales generados por sentencias en salud equivalen en promedio a 1% del Producto Interno Bruto (PIB) de salud. (Plazas-Gómez & Moreno-Guzmán, 2017)

Las tres enfermedades catastróficas que más costos generan al sistema son las cardiovasculares, las



neoplasias (cáncer) y la insuficiencia renal. De los costos totales, el 65% corresponde a enfermedades catastróficas y el 30% se ha gastado en pacientes que fallecieron durante el tratamiento. (Plazas-Gómez & Moreno-Guzmán, 2017).

En Colombia, los fundamentos rectores del servicio público se describen en la Ley 100 de 1993 en el artículo 153, que habla de los principios del sistema general de seguridad social siendo el octavo de estos, la Calidad definida así: “Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993). Para hacer monitoreo al funcionamiento del sistema de salud y verificar que se dé cumplimiento a las características de acceso, oportunidad, seguridad, continuidad y lograr la fluidez de la atención y resolver la enfermedad del paciente, el SOGCS tiene los componentes de Habilitación, auditoría, acreditación y sistemas de información.

Ahora bien, la característica de oportunidad es uno de los factores de medición a tener en cuenta en el presente estudio, debido a que desde el momento en que se genera la orden de realización de exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos para consumo oral y aplicaciones, citas a especialistas, etc, el tiempo que transcurre para su autorización y luego para su realización se mide en número de días y para definir si hay oportunidad o no, el referente que se tiene establecido en la resolución 4331 modificación de la resolución 3047 de 2008, por medio de la cual están definidos los formatos, mecanismos de envío, procesos, procedimientos y términos que deben que se implementarán en las relaciones entre prestadores de Servicios de Salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, que se definen en el decreto 4747 de 2007 y donde el número de días transcurridos para la autorización de procedimientos incluidos los diagnósticos es de cinco. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

### **La oportunidad como aspecto fundamental en la atención con seguridad para el usuario.**

Existe un elemento que es vital para la seguridad y efectividad de la atención de salud en los usuarios, y es la oportunidad. Esta es definida como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, y se condiciona por el equilibrio de la oferta y demanda de los servicios; es una de las principales exigencias del SOGCS. Por ello entonces, mientras menor sea el tiempo que transcurra entre la solicitud del examen, procedimiento o tratamiento y su realización, mayores son las condiciones de seguridad para el paciente que se ven reflejados en un diagnóstico preciso y en consecuencia un tratamiento oportuno. En este orden es fundamental al hablar de la relación consecutiva *oportunidad seguridad*, centrarse en la

relación EAPB - IPS, ya que de su articulación e integración de los procesos se obtienen resultados favorables de este indicador de medición.

Por todo lo anterior, la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta por parte de los prestadores logra ser monitoreada por el indicador de oportunidad, es decir, este indicador, representa un trazador indirecto para las instituciones y debe incentivar las acciones de mejoramiento que debe implementar la compañía posteriormente complementando la propuesta objeto del presente.

Este indicador permitirá en el presente estudio comparar los datos que nos arroje con los establecidos en la normativa, y de esta manera establecer que tanto se cumple con la oportunidad en el proceso de autorizaciones en patologías de alto costo en la institución objeto del estudio. La medición de los indicadores de *oportunidad* se obtiene de dividir la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de atenciones en servicios”(Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) .

Garantizar la oportunidad de la consulta por ejemplo es de vital importancia para el control de la demanda, el oportuno diagnóstico de patologías y el adecuado direccionamiento del paciente. Actualmente, la Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social establece que la asignación de las citas de odontología general y medicina general no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente, y la asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las EAPB en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por la población colombiana. En casos de algunas especialidades los estándares están definidos y son de exigencia para los prestadores por parte de los aseguradores. (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2013)

Finalmente, en cuanto a la continuidad de la atención en salud segura y con calidad, es fundamental otorgar garantías de un acceso oportuno a los medicamentos administrados por cualquier vía, a los procedimientos y exámenes diagnósticos, en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios, lo que permite obtener mejores resultados en salud. Ahora bien, hay variables como la oportunidad, la capacidad instalada y la suficiencia institucional, recurso humano ofertado e inasistencia que pueden afectar el

indicador de la oportunidad. Evaluando este indicador entonces se pueden diseñar estrategias para atenuar las consecuencias.

## **Relación entre los procesos y el desempeño de las entidades en Salud**

Cuando nos referimos a la visión sobre los procesos, hablamos de la necesidad de complementar la estrategia corporativa y sus objetivos con la concepción de que cada proceso debe agregar valor para los clientes o usuarios, donde podemos resaltar el concepto de la cadena de valor, que habla puntualmente del trabajo acumulado por los procesos de la empresa mediante la articulación integrada para producir bienes y servicios que satisfagan las necesidades de todos.

La relación entre proceso y desempeño es reforzada por el concepto de la cadena de valor, y esto incluye por supuesto a los procesos internos de la empresa, los clientes y proveedores externos, en donde indistintamente de si son procesos misionales o de apoyo, ambos proporcionan valor a los clientes directa o indirectamente. Se dice que una organización es tan eficaz como sus procesos, es por eso por lo que, se hace necesario entender la complejidad e importancia de los procesos que se desarrollan dentro de una organización, sus objetivos particulares, la interacción con otros procesos, los flujos de información, las relaciones con clientes y proveedores internos y externos, la asignación de recursos, los responsables y los resultados esperados de los mismos.

En la actualidad el desempeño de las Organizaciones en general se mide de muchas maneras y una metodología específica son los indicadores de gestión. La palabra eficiencia es un concepto del que se habla en todos los sectores y que se debe tener perfectamente claro en toda la Organización, independiente de la naturaleza de esta. Al interior de la empresa, la eficiencia en los procesos, y en este caso en los administrativos que derivan en el cumplimiento de los objetivos es fundamental como complemento de la calidad de los mismos, que al final contribuyen en la cadena de valor hasta llegar en el caso de la salud, a los resultados finales sobre los usuarios.

En las organizaciones y empresas que pertenecen al sector Salud, hablar de eficiencia, no puede estar limitado únicamente a conceptos financieros. Es importante para la sostenibilidad de las empresas del sector, pero es lo único que lleva a considerar que las cosas funcionan bien al interior de estas. Tiene que ir de la mano de unos buenos resultados en la prestación de servicios a los beneficiarios del sistema, en términos de tiempos óptimos, exactitud en la entrega de información y resolución de inquietudes y necesidades, minimización de eventos adversos y mejorar indicadores como por ejemplo oportunidad en la entrega de autorizaciones y prestación de servicios de salud en general (Crow et al., 2002).

A Pesar de que el SGSSS ha contribuido al mejoramiento de la salud de los colombianos, aún existen aspectos que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, y provienen de las dificultades que presentan la administración del sistema y la ineficiencia en los procesos internos de las empresas. Todo lo anterior, conlleva a identificar por medio de este documento los principales factores que han influido en la calidad de la atención en trámites administrativos y específicamente en autorizaciones de servicios, de una Organización aseguradora en salud y que se han alejado de los lineamientos estratégicos de la entidad.

## **1.8 Marco normativo**

Desde la creación del SGSSS, este ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos, que obedecen a situaciones sociales, económicas y políticas del país, debido a que es un tema vital para la sociedad y de todo el interés nacional.

Inicialmente el sistema se orientó solamente a personas con capacidad de pago de sus propios ingresos. Luego el sistema migró a un modelo en el que tanto empleados como empleadores aportaran al sistema con el objeto de garantizar la prestación de los servicios a toda la población. A partir de 1991 se presentan reformas de fondo en la estructura del financiamiento y de los aportes, así como con la creación de entidades tanto promotoras como prestadoras de los servicios de salud, vislumbrando la búsqueda de equidad y mejor calidad para los usuarios del sistema.

La reforma más profunda al sistema de Salud en el país se presenta con la aparición y entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 que promueve la participación de entidades privadas en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, con modelo de solidaridad en el financiamiento del aseguramiento a los más pobres, y dividió el sistema de salud en los dos regímenes ya mencionados. El Acuerdo 008 reglamentó e igualó los Planes Obligatorios del Régimen Contributivo y Subsidiado y define el cubrimiento para los usuarios de los dos Regímenes, buscando unificar los derechos de los ciudadanos, para evitar violar los derechos fundamentales de los colombianos. Posteriormente fue necesario reglamentar la relación entre las IPS y las Entidades Responsables de pago, y entonces aparece el Decreto 4747 de 2007 y que también abarca temas de contratación, proceso y procedimientos de atención, documentación para cobro de los servicios prestados por las IPS, manual de glosas y demás definiciones necesarias para una buena relación. Ese mismo año se le hizo una reforma a través de la Ley 1122, encaminada a mejorar la prestación de los servicios.

Al siguiente año se expide la Resolución 3047 de 2008, creando todos los mecanismos técnicos y documentales para el cumplimiento del Decreto. En dicha Resolución se hallan los requisitos,

documentos y mecanismos para comunicación entre EPS- IPS y usuarios. Y es en esta en donde se implementa una instrucción muy clara y con un rol vital para los usuarios del sistema: las “Autorizaciones de los pacientes en los servicios de Urgencias y Hospitalización deben ser tramitadas entre las IPS y las EPS, el usuario no debe realizar ningún trámite, esto buscando mejor calidad en el servicio y definiendo los roles que cada uno de los actores del sistema debe realizar”

Actualmente todos los prestadores tienen que cumplir con los requisitos exigidos por el SOGCS (Decreto 1011 de 2006), compuesto por: Estándares del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006), Estándares del Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006) y Sistema Único de Información para la Calidad (Resolución 1446 de 2006).

Nuevamente se realiza una reforma a través de la Ley 1438, que busca fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria. La situación al parecer aún no ha cambiado y la percepción que se tiene es que el SGSSS está en crisis y los niveles de satisfacción de los usuarios siguen aumentando.

**Tabla 2: Legislación en salud**

<b>Legislación</b>	<b>Definición</b>
Constitución política colombiana 1991 artículo 48	Establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.
Constitución Política Colombiana 1991 artículo 49	Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de Promoción, Protección y recuperación de la salud servicio público a cargo del Estado.
Ley 100 de 1993 Artículo 1	El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten
Ley 100 de 1993 Artículo 6	El sistema de seguridad social integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.
Resolución 5261 de 1994	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 806 de 1998	Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

Decreto 2699 de 2007	Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 029 de 2012	Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

***Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social***

Todo este conjunto de normas descritas anteriormente en el marco normativo, ha ido construyendo la columna vertebral de lo que conocemos hoy del sistema de salud colombiano y así mismo el entorno en el que nace la empresa objeto del presente trabajo. Por esta razón y una vez conocido el marco regulatorio es pertinente describir a continuación la evolución que la compañía ha tenido desde su nacimiento en el sistema del aseguramiento en el contexto de la salud en Colombia.

### **1.9 Marco contextual**

El presente estudio se realiza en una EAPB colombiana creada en el 1995, gracias a la visión de inversionistas chilenos, que inquietos por los cambios en el Sistema de Seguridad Social en el país, deciden evaluar las condiciones sobre las cuales se desarrolla el nuevo plan de financiamiento, organización y prestación de los servicios de salud, que dentro del nuevo contexto jurídico que la Ley 100 del 93 determina para las Aseguradoras como articuladoras del Sistema. Nace como persona jurídica de derecho privado, constituida como sociedad anónima, especializada en la afiliación y el registro de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, y del recaudo de las cotizaciones y cuya misión es garantizar servicios de salud y bienestar sus afiliados.

Se identifica entonces, la oportunidad de participar en el mercado del nuevo sistema de salud para entonces, creando una compañía que se enfocaba en cumplir con los exigentes parámetros de las futuras organizaciones de salud como eficiencia, calidad y rentabilidad, al mismo tiempo colocó todo su empeño en desarrollar sistemas de información adecuados para la correcta y oportuna toma de decisiones, como visión estratégica para el logro de los objetivos.

Desde el momento de su nacimiento y previo análisis de las condiciones normativas establecida hasta el momento en la ley 100 de 1.993, se diseñó un modelo de atención que se adaptara a la nueva propuesta establecida, cuyo centro fue un médico familiar el cual había demostrado sus bondades, en términos de lograr un seguimiento de los grupos familiares, sobre los cuales se podrían desarrollar enfoques preventivos efectivos logrando índices de salud muy altos dentro del contexto latinoamericano.

En el año 1999 es comprada por otra aseguradora en salud más grande, que administraba población de régimen contributivo y subsidiado. Posteriormente en el año 2002 esta unión de empresas absorben a otra compañía de aseguramiento en salud pequeña y se convierten en un gran Holding empresarial, que toma el nombre de la más grande y conservando las figuras jurídicas de las 2 que fueron absorbidas. Durante 12 años aproximadamente, el crecimiento del Holding y a través de una estrategia de integración vertical, logra posicionarse y solidificarse en el sector salud como una de las empresas más grandes y con mayor cobertura en el país, gracias a un modelo de atención y de negocio que integraba un gran número de servicios tanto asistenciales como de apoyo interno y externo. Posteriormente fue intervenida por el Estado, imponiendo medidas especiales de vigilancia y control, y finalmente liquidada en el año 2014. Las dos empresas que inicialmente fueron absorbidas toman distintos caminos. La aseguradora sobre la cual se basa este trabajo, se independiza, pero aun siendo un activo del grupo Holding, conserva la población que a la fecha tenía afiliada, es decir unos 600 mil usuarios, pero también las medidas especiales de vigilancia, entre ellas una medida cautelar que le impide afiliar usuarios desde 2014.

Esta EAPB cuya misión es garantizar a la población afiliada el acceso al bienestar mediante unas políticas, herramientas e instrumentos de un modelo de salud preventivo que brinde integralidad, seguridad y calidad, cuenta actualmente con 500 funcionarios directos y 200 indirectos en las distintas áreas administrativas y de apoyo a nivel de las Regionales y a nivel Nacional. Tiene cubrimiento de 3 zonas geográficas de Colombia. Occidente (Cali, Municipios aledaños del valle del cauca). Antioquia (Medellín, municipios conurbados), Bogotá y Cundinamarca. Tiene cubrimiento en menor escala en otros municipios del país. La población afiliada a la EAPB son 600 mil usuarios aproximadamente.

Desde la independencia de la empresa las directivas trabajaron en iniciar un nuevo proceso que le permitiera a la EAPB, independizarse administrativa y financieramente del Holding al que pertenecía, que van desde su propia imagen corporativa hasta iniciar incluso, con nuevos procesos administrativos, financieros, documentales, cultura organizacional y todo lo que implica el nacimiento de una nueva empresa, que a pesar de tener 25 años de existencia deberá continuar funcionando como si estuviera recién creada.

La empresa solo puede afiliar usuarios recién nacidos hijos de afiliados, miembros de un mismo núcleo familiar y personas que hayan pertenecido previamente a la empresa. Todo esto debido a una de las medidas especiales que le impide afiliar nuevos usuarios excepto los mencionados previamente. Esto limita el margen de acción dado que la compensación económica que tiene que dar el gobierno por este número de usuarios, no es suficiente lo que hace a la empresa menos competitiva frente a otras empresas que pueden aumentar su flujo de ingresos por cuenta de los nuevos usuarios que ingresan. A esto se suma (como es natural) salida de usuarios por distintos motivos.

## 1.10 Marco conceptual

**ADRES:** Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia.

**Diagnóstico:** Identificación de la naturaleza de una enfermedad, mediante la observación de sus signos o síntomas característicos.

**Empresa Promotora de Salud (EPS) o Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB):** Las Entidades Promotoras de Salud son empresas que brindan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, y complementan la cobertura que brinda en Salud.

**Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Son las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

**Frecuencias de uso:** Por definición es una fórmula que brinda la información sobre la cantidad de servicios que una población consume servicios de salud, dada por el número de veces que lo hace a razón de un periodo de tiempo.

**La contra-referencia** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra-remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**MIPRES.** Herramienta tecnológica que permite a los profesionales de la salud y prestadores en general reportar la prescripción de tecnologías en salud que se encuentran fuera del Plan de Beneficios en salud (No PBS) antes llamado NO POS y que por ello no son financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

**Modelo de atención.** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra-referencia.



**Oportunidad:** Lograr que se obtenga el servicio de salud en el momento necesario. Se mide en gestión del tiempo. Es un atributo que debería estar en capacidad de gestionarse por el médico tratante, según la condición específica del paciente. Es uno de los atributos de la calidad del SOGC.

**Pago por capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

**Pago por caso,** conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

**Pago por evento:** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

**Prestadores de servicios de salud (IPS):** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

**Procedimiento:** Es un sistema de operaciones que cuenta con un número más o menos ordenado y clarificado de pasos, de forma que, al buscar un determinado resultado para una situación, se sepa de qué manera proceder o actuar.

**Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí, las cuales transforman elementos de entrada de resultados.

**Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra-referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

**Referencia y contra-referencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

**Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y métodos basados en evidencia científicamente probada para controlar los riesgos de fallos de calidad, la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos y mitigar sus consecuencias.

**Servicio de Salud:** Los servicios de salud son uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. Proporcionar protección social de la salud e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene considerables efectos positivos en la salud individual y pública, además de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo. El sector de la salud también es un importante sector de empleo, con un gran potencial para la generación de empleo.

**UPC:** (Unidad Por Capitación) Son los recursos procedentes de las afiliaciones y cotizaciones de los usuarios destinados exclusivamente a financiar a las aseguradoras para los servicios de salud.

**Usuario:** Es quien usa ordinariamente algo. El término, que procede del latín usuarios, hace mención a la persona que utiliza algún tipo de objeto o que es destinataria de un servicio, ya sea privado o público.

### **1.11. Justificación de la problemática**

El sistema de salud en Colombia se encuentra en manos de compañías aseguradoras tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado (Empresas Administradoras de Planes de

Beneficios o EAPB, también llamadas anteriormente EPS), que se encargan no solo de administrar los recursos financieros, sino también de garantizar que estos sean bien utilizados para lograr el bienestar de todos los usuarios del sistema, por lo que la eficiencia en sus procesos administrativos es fundamental de cara a logro de los objetivos en la atención de las personas. De esta manera todas estas Organizaciones han desarrollado una actividad competitiva entre ellas buscando lograr en primer lugar un buen posicionamiento y participación en el mercado, en segundo lugar, para tener el mayor número de afiliados y fidelizar a los que tienen, en tercer lugar, obtener maximización de utilidades y minimización de costos, es decir esforzarse en búsqueda de la eficiencia. Esta situación ha llevado a que las empresas del sector inicien una búsqueda de metodologías y herramientas con indicadores que les permitan medir sus factores más relevantes y así adquirir conocimiento acerca de su desarrollo y mejorar la eficiencia en los procesos administrativos al interior de cada una de ella, para lograr los objetivos mencionados.

En cuanto a la satisfacción de los afiliados, a pesar de sus esfuerzos, los índices de percepción de los servicios prestados por las EAPB continúan siendo negativos cada día y uno de los aspectos puntuales que mayor puntaje de insatisfacción muestra es la demora en los trámites administrativos, y de forma particular las demoras en las autorizaciones para los diferentes servicios de salud. (salud, 2018). Estas cifras impactan de forma negativa en la calificación de las empresas, en su posicionamiento, en la fuga de usuarios afiliados y finalmente repercute en su cuota de participación de mercado. Por otra parte, el desconocimiento de los directivos de las empresas y los trabajadores, en cuanto a la operación, los procesos y procedimientos internos y lo que se requiere para hacerlos más eficientes, desencadena una serie de consecuencias negativas donde participan factores internos y externos perjudicando el desempeño de la empresa y reflejándose en ausencia o déficit de atributos de calidad de los servicios prestados a los usuarios del sistema de salud en Colombia. Es por ello por lo que, para obtener buenos resultados, es necesario hacer buenas mediciones de los procesos y su eficiencia y evaluar así mismo el cumplimiento de los objetivos.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, indica que tal vez uno de los problemas más serios y que inexplicablemente ha recibido menor atención en los debates sobre la crisis de la salud, es la baja efectividad del esquema de servicios médico-asistenciales, a lo que hace referencia a dos componentes: Administrativos y asistenciales. Todos los trámites administrativos previos a la prestación de los servicios de salud (autorizaciones, solicitud de citas médicas, referencia de pacientes, actualización de datos, etc.) y la asistencia clínica *per se* (consultas de medicina general, odontología y especializada, urgencias, hospitalizaciones, etc.). Para todos los ámbitos hay inconformidad en relación con los servicios por parte de usuarios, quienes manifiestan quejas por el número de trámites y todos los

requisitos que exigen las EAPB, además de la fragmentación de la ruta y los tiempos antes de obtener el servicio médico asociado a la deshumanización con falta de integralidad y oportunidad.

No obstante, el SGSSS ha contribuido al mejoramiento de la salud de los colombianos, aún persisten las situaciones que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, y provienen de las dificultades que presentan la administración del sistema y la ineficiencia en los procesos internos de las empresas, de manera específica en las autorizaciones de servicios. Todo lo anterior, conlleva a identificar por medio de este documento los principales factores que han influido en la atención en trámites administrativos y específicamente en autorizaciones de servicios, de una Organización aseguradora en salud y que se han alejado de los lineamientos financieros estratégicos de la entidad. Esto lleva a altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia, fuga de usuarios por insatisfacción por falta de oportunidad lo que lleva a menos ingresos, según lo muestran las cifras en la actualidad que veremos más adelante y la dificultad de lograr los objetivos estratégicos como la sostenibilidad financiera en el tiempo.

Con la realización del presente trabajo se obtuvo inicialmente información de gran valor para la empresa objeto, acerca del desarrollo del proceso autorizador de servicios y a través de la cual se pueden identificar necesidades y problemas existentes y/o potenciales, que pueden estar afectando el desarrollo y estudiar las causas de las demoras, en las que se analizan posibles oportunidades de mejora. Posteriormente diseñar herramientas que, al aplicarlas facilite determinar sus indicadores que permitan monitorear, medir y controlar su desempeño, para garantizar que se desarrollen de acuerdo con un plan de acción, establecido previamente y logre la optimización del proceso autorizador con tiempos estándar y patrones de trabajo, con calidad y menos desperdicio de recursos, tiempo y dinero.

Para alcanzar los objetivos estratégicos, es necesario integrar todas las áreas funcionales de la empresa, coordinar y sincronizar esfuerzos para lograr resultados óptimos, como por ejemplo seleccionar el talento humano, idóneo para desempeñar las funciones delegadas en los procesos con el mínimo error y sirvan de apoyo a las demás áreas para el logro de los objetivos propuestos, soportados con las herramientas tecnológicas necesarias para que al final los servicios puedan prestarse a tiempo y con calidad. Es necesario que los directivos de la empresa desarrollen e implementen instrumentos, herramientas y técnicas como soporte para lograr dichos resultados y sobre todo alineados con la estrategia de la Organización. Las técnicas de la administración se derivan de la teoría organizacional y son aplicables, en el sentido de que se orientan a la práctica de la administración de organizaciones en operación. (Fremont E. Kast & James E. Rosenzweig, 1990)

Por medio del enfoque de administración óptima de los recursos dentro de un proceso específico, buscamos fortalecer las capacidades y mejorar la competitividad de una EAPB, de cara a sus objetivos estratégicos, pero además lograr la satisfacción de los afiliados con un proceso autorizador oportuno, que evite incurrir en costos elevados y evitar la insostenibilidad financiera.

## **2. CAPITULO 2**

### **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA**

#### **2.1. Generalidades de la empresa.**

La empresa objeto del estudio está constituida desde 1995, creada con la Ley 100 del 93, especializada en la afiliación y el registro de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, y del recaudo de las cotizaciones y cuya misión es garantizar servicios de salud y bienestar sus afiliados.

Desde sus comienzos se caracterizó por la alta calidad de sus servicios en el ámbito del aseguramiento y con un gran equipo humano competente, logrando posicionarse entre las mejores empresas aseguradoras en salud del país, cuando hacía parte del holding empresarial descrito que funcionó hasta principios de la década del 2010.

La dinámica y los cambios en la normativa del sector salud fue llevando a distintos cambios al interior de la empresa entre ellos en sus directivas. En los últimos 3 años la organización ha tenido 3 presidentes, 4 vicepresidentes y una alta rotación en altos directivos de distintas áreas estratégicas y tácticas, solo por mencionar algunos. lo que se tradujo en una transformación de los procesos internos y del recurso humano al punto que fue quedándose atrás con respecto a otras compañías del sector y de la misma naturaleza, haciendo evidente el retraso tecnológico y en los procesos como el de autorizaciones de servicios ya que ha tenido muchas modificaciones. Estas modificaciones en un proceso que impacta en las finanzas de la organización se fueron dando de manera experimental, basados en conceptos subjetivos de personal responsable, reubicación de puntos y recurso humano, actividades que dejaron de lado la medición de los resultados y de esta manera afectando los objetivos.

Es justamente en el desarrollo de la modernización, donde el proceso de autorizaciones cobra importancia, ya que éste es el que garantiza la oportunidad en la prestación de los servicios solicitados a los usuarios de las distintas entidades con las cuales se tienen convenios.

La política de calidad de la empresa busca satisfacer las necesidades de los usuarios, con garantía de la calidad, pero dista mucho de lograrlo.

## **2.2. Política de calidad.**

*La EAPB consciente de la importancia del Sistema de Gestión de la Calidad como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de la Entidad, centra en su política de calidad el compromiso de garantizar la satisfacción de nuestros protegidos, sus familias, colaboradores y comunidad en general, soportados en modelos integrales de aseguramiento en salud con enfoque de riesgos; a través de una estructura de procesos dirigidos a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud, para obtener los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Además, propenderemos por la innovación y la creatividad en cada una de las fases de la cadena de servicio, así como por ofrecer talento humano competente; por el uso racional de los recursos disponibles y por el fortalecimiento de las relaciones con los clientes y las partes interesadas.*

## **2.3. Objetivos de calidad**

Servicio:

- Aumentar la satisfacción de nuestros(as) usuarios(as) y grupos de interés.
- Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas en los resultados en salud.
- Adelantar acciones que permitan el cumplimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios.
- Ofrecer servicios con Calidad, Calidez, Eficiencia, Eficacia y Efectividad.
- Entregar respuestas precisas, claras, confiables, efectivas y oportunas que permitan cumplir con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Fortalecer los mecanismos de atención al usuario.

Mejora continua:

- Lograr la mejora de los procesos que tiene impacto en el cliente-usuario(a).
- Elevar los niveles de desempeño de los procesos y procedimientos en función del cumplimiento de los requisitos de calidad, oportunidad, legalidad y organizacionales.
- Fortalecer las competencias de los servidores de la entidad.
- Promover una cultura de mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema.

Crecimiento:

- Aumentar el acceso a servicios sanitarios y mejorar la calidad en la atención.
- Mejorar la agilidad del acceso a los trámites de la entidad.

Sostenibilidad:

- Recuperar la confianza y la legitimidad del sistema de salud.

- Garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud

Alcance y aplicabilidad de nuestro sistema de Gestión de Calidad:

- Implementar mecanismos de evaluación, control y seguimiento sobre los procesos.
- Mejorar las competencias de los servidores a través de capacitación.
- Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios.
- Realizar seguimiento y evaluación permanente a la gestión institucional

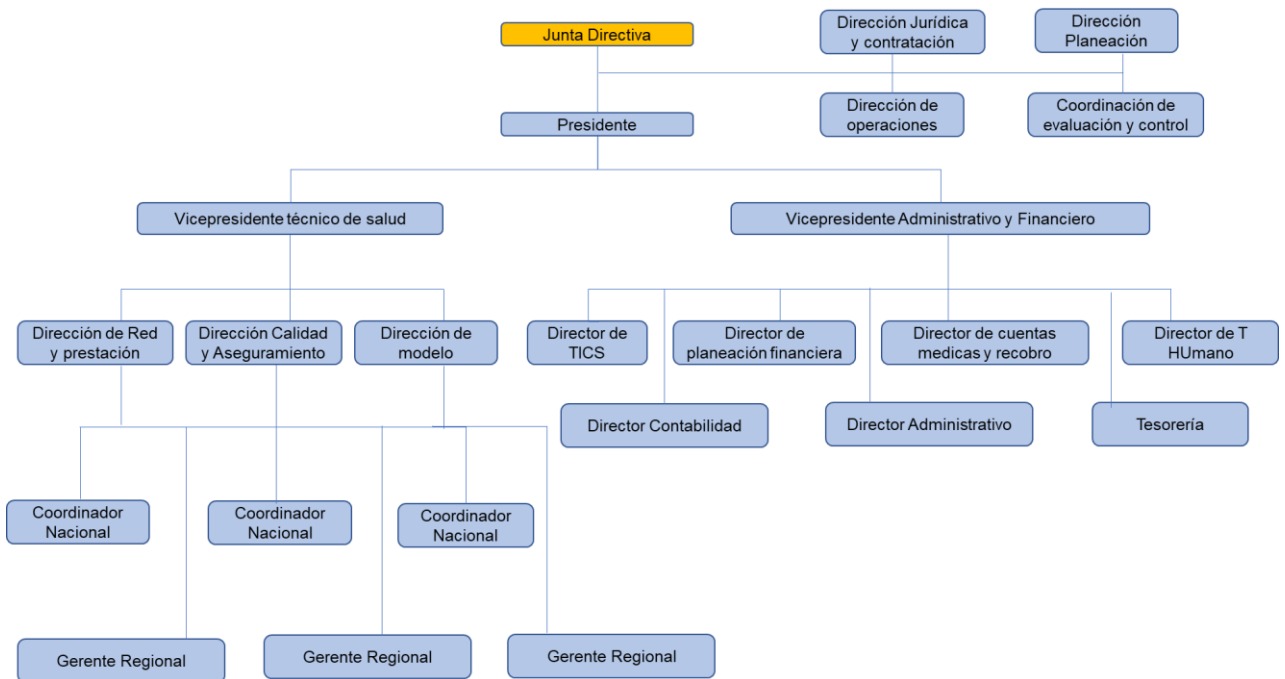
## 2.4. Misión

Asegurar la salud de las personas bajo un enfoque integral y preventivo, promoviendo bienestar, hábitos saludables y una positiva autopercepción de la salud, con base en criterios de racionalidad científica y sostenibilidad financiera.

## 2.5. Visión

Ser la EAPB de mayor reconocimiento por su función y compromiso social con Colombia.

**Figura 2: Organigrama EAPB**



**Fuente: Dirección de Planeación EAPB**

## **2.6 Proceso autorizador general actual.**

Para que los servicios de salud sean prestados, todo usuario debe contar con una autorización, como lo dice el Ministerio de la protección social. “que equivale a un documento escrito mediante el cual una persona libre y voluntariamente autoriza a otra persona o proveedor a representarle, solicitar, usar y divulgar su información de salud para fines médicos, de tratamiento o para iniciar una acción como querrela”

Las autorizaciones son de varios tipos: Servicios médicos, medicamentos incluidos en el PBS y los No incluidos en el PBS. Cirugías, medios diagnósticos, entre otros. El usuario debe estar afiliado a cualquier EAPB del régimen contributivo o subsidiado, activo y vigente con sus pagos al día.

El usuario debe tener una orden medica vigente inferior a un mes otorgada por su médico tratante de la IPS de la red prestadora e ir a la oficina de atención al usuario, para su respectiva autorización que vaya de la mano con la normativa (Resolución 1552 del 2013) en términos de cumplimiento de la prestación de los servicios.

El proceso de autorización de servicios depende de la Coordinación de Referencia y Contra-referencia que depende de la Dirección Nacional de Prestación de servicios y cuenta con aproximadamente 20 personas, 12 de ellas trabajan 8 horas diarias en horario administrativo y los 8 restantes se distribuyen en turnos de 4 personas que trabajan 6 horas diarias. Las autorizaciones generadas en servicios ambulatorios y servicios primarios son atendidas por las Oficinas de Atención al Usuario (OAU). Los servicios que están contratados por la EAPB con algunos prestadores por montos fijos, es decir que se hallan incluidos en una contratación tipo cápita o capitación no requieren autorización y sin embargo se están tramitando en el proceso y se están generando autorizaciones para estos procedimientos. El sistema de información no genera una alerta que permita al funcionario saber cuándo no debe autorizar un servicio que está categorizado como *incluido* en una cápita y por lo tanto no requiere autorización. Este es uno de los puntos críticos detectados dentro del proceso.

### **Ausencia de niveles autorizadores y mal direccionamiento**

Las autorizaciones que se llevan a cabo en el proceso son igualmente para los componentes ambulatorio y hospitalario, generadas por las IPS a los pacientes atendidos tanto de la red contratada como la red no contratada. Estas autorizaciones son correspondientes a servicios solicitados incluidos en los Planes de Beneficios (PBS) y/o excluidos de los Planes de Beneficios (NPBS). El Anexo N°2 muestra el cuestionario realizado a una de las anteriores Directoras de Prestación de Servicios y Autorizaciones.



De dicho anexo, se desprenden las siguientes conclusiones:

1. El proceso cuenta con unos niveles autorizadores, pero estos no funcionan de manera adecuada.
2. La EAPB tiene ineficiencias a nivel de los flujos de información, generando reprocesos por información errónea en la autorización frente a las necesidades del paciente.
3. Las cargas de trabajo no están bien definidas, incurriendo en demoras en el proceso autorizador que terminan afectando al paciente.

Dicho lo anterior, sin embargo, se hace necesario continuar con una descripción detallada de cómo funcionan los niveles autorizadores hasta la fecha en la entidad.

Para la generación de una Autorización es necesario tener en cuenta los diferentes niveles de atención emitidos según normativa vigente según su responsabilidad y complejidad que establece:

**Tabla 3: Niveles autorizadores**

El nivel I.	Médico general y/o paramédico o profesional de la salud no especializado
Nivel II	Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.
Nivel III y IV	Médico especialista con la participación del médico general y/o personal paramédico.

***Fuente: Resolución 5261 de 1994 Artículo 20***

El primer contacto del usuario al ser atendido para una autorización ya sea del PBS o No PBS, es el personal del Nivel 1, por lo que debe tener experiencia en la atención. Son la primera línea de atención y entre los roles que tienen, reciben documentos, actualizan datos, radican las solicitudes requeridas, reciben solicitudes de incapacidades, formularios de afiliación, y direccionan las solicitudes de autorizaciones de acuerdo a la complejidad requerida.

Los asesores verifican el estado de afiliación del usuario en el aplicativo de salud, actualizan los datos si es necesario y verificar que la orden medica cumpla con los criterios de prescripción de acuerdo con el Decreto 2200 de 2005 Artículo 16. El personal del Back office descrito anteriormente debe contar con experiencia en cargos administrativos en salud y son los que generan autorizaciones de servicios de segundo y tercer nivel en las diferentes áreas. La expedición de dicha autorización debe darse en un lapso máximo de 5 días hábiles según el Decreto 4747 de 2007 para cumplir con las expectativas del afiliado.

El cuarto Nivel de autorizaciones está coordinado por personal entrenado en áreas administrativas, y son médicos que apoyan los El Back de médicos son especialistas en Administración y/o en áreas de salud, con análisis, autorización, negación o devolución de las solicitudes complejas y No PBS,

El volumen de estas últimas es importante y sobrepasa la capacidad del recurso humano, donde encontramos represas en las autorizaciones. (Se presenta un diagrama del proceso más adelante en el capítulo 4).

### **3. CAPITULO 3**

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

##### **3.1 Diseño metodológico**

Para desarrollar el trabajo que corresponde a la “PROPUESTA PARA MEJORAR RENTABILIDAD DE UNA EAPB A TRAVÉS DE LA INNOVACION EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE ALTO COSTO”, tanto el tipo de investigación como para la metodología se tomaron distintas fuentes y se definen a continuación:

##### **3.2 Tipo de investigación**

Para el presente estudio tomamos como base el libro *Metodología de la investigación*, sexta edición del autor Roberto Hernández Sampieri en el que más allá de los tipos de investigación, hace énfasis en los alcances de la investigación, y así mismo, la selección del tipo de investigación influirá determinantemente en la estrategia a seguir, de manera que se apoya en cualquiera de los cuatro alcances; exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. “La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, si no utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales”. (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

Ahora bien, el presente trabajo tiene un alcance de estudio descriptivo, es decir describe detalladamente lo que se investiga ya que se consolidan hechos, situaciones, eventos experienciales en la empresa a través de la descripción precisa de actividades, procesos, personas (Méndez -Ivarez & Vélez Bedoya, 2001); combinando el material teórico e investigación documental. Con esto llegaremos a proponer un modelo autorizador de alto costo innovador que se visualice a través de la rentabilidad de la empresa y la satisfacción del usuario como características diferenciadoras de la Organización.

##### **3.3 Metodología de investigación y actividades a desarrollar**

El método utilizado para el desarrollo del presente trabajo es de carácter inductivo y descriptivo ya que se parte de lo particular pretendiendo describir las propiedades, características, actividades y procedimientos del proceso de autorizaciones objeto de estudio, resultados de observaciones y experiencias en los procesos y la medición de estos, atendiendo la realización de un minucioso análisis coherente, ordenado y lógico del problema investigado para lograr una aplicación general tomando decisiones alineadas con el objetivo de rentabilidad de la empresa.

Este es un estudio que utiliza la metodología de caso explicativo con un diseño mixto paralelo entre lo cualitativo (Actividades y fases del proceso), ya que se hará levantamiento directo de la información y cuantitativo (Costos) usando datos numéricos para evaluar las condiciones actuales de la entidad y la manera como afectan los procesos autorizadores. Para este se aplicará un método sistemático, entendiendo el término como la presencia general de un orden o ejecución metódica de las actividades de un sistema. Actividades que repetidas bajo las mismas condiciones producen los mismos resultados y consecuencias para los afectados por el sistema (Martinez Avella, 2005).

Para el orden metodológico con el que se llevará el presente trabajo como se mencionó anteriormente, se tomó como referencia el libro *Metodología de la investigación*, sexta edición del autor Roberto Hernández Sampieri y constará de unas fases o etapas de desarrollo que podemos describir así:

**Tabla 4: Fases de la metodología**

<b>Etapa</b>	<b>Actividades</b>	<b>Fuentes de información</b>
<p><b>Primera etapa.</b> Revisión bibliográfica y recolección de información</p>	<p>Exploración del tema y revisión de literatura de expertos relacionada con antecedentes y el estado actual.</p> <p>Sondeo a Directivos de la empresa, usuarios, actores en la operación institucional, documentación de la empresa y de entes reguladores.</p> <p>Análisis comparativo y crítico referente a los objetivos estratégicos de la empresa.</p>	<p><b>Primaria</b> Entrevistas Toma de tiempos y movimientos</p> <p><b>Secundaria</b> Revisión de literatura. Revisión y análisis de estadísticas la EAPB</p>
<p><b>Segunda etapa.</b> Definición del problema y causas.</p>	<p>Consolidar información para responder a un planteamiento de un problema de investigación, con la integración de los enfoques cuantitativo (Costos) y cualitativo (Actividades).</p>	<p><b>Primarias</b> Muestreo de trabajo Entrevistas</p> <p><b>Secundarias</b> Antecedentes de la EAPB</p>
<p><b>Tercera etapa.</b> Caracterización del proceso, identificando actividades que no generan valor y alineación de la operación a los objetivos estratégicos.</p>	<p>Definir necesidades del usuario. Revisar antecedentes.</p> <p>Analizar información de desempeño, flujo de información y su alineación con los objetivos estratégicos de la Empresa.</p> <p>Socializar resultados encontrados</p>	<p><b>Primarias</b> Entrevistas Resultados del muestreo de trabajo.</p> <p><b>Secundarias</b> Revisión de la literatura.</p>

<p><b>Cuarta etapa</b></p> <p>Definir condición actual y la que se desea del proceso autorizador de alto costo e identificar las causas de desperdicio en el proceso de autorizaciones</p>	<p>Mapeo de cadena de valor actual del servicio de autorizaciones.</p> <p>Analizar las causas raíces de las situaciones que afectan las autorizaciones de alto costo.</p> <p>Identificar los puntos y causas de desperdicios.</p> <p>Medir el trabajo del proceso actual revisión de tiempos y Análisis de medición del trabajo.</p> <p>Propuesta de una cadena de valor deseada alineada a los objetivos financieros y socializar.</p>	<p><b>Primaria</b></p> <p>Entrevistas a funcionarios Muestreo de trabajo</p> <p><b>Secundaria</b></p> <p>Revisión de antecedentes de la EAPB en el área de autorizaciones. Revisión de la literatura. Revisión y resultados de evaluaciones de desempeño. Resultados del muestreo.</p>
<p><b>Quinta etapa</b></p> <p>Definir las estrategias de mejora al proceso de autorizaciones de alto costo.</p>	<p>Diseño de metodología de Análisis de Generación de Valor que permita optimizar dicho proceso.</p> <p>Definir las diferentes alternativas de solución para lograr el estado deseado de la cadena de valor.</p> <p>Proponer estrategias a implementar a corto plazo.</p> <p>Definir un plan de implementación y seguimiento al proceso de implementación de las estrategias.</p> <p>Socialización y validación de las propuestas.</p>	<p><b>Primarias</b></p> <p>Entrevistas Observación y registro de actividades del área de autorizaciones de la EAPB.</p> <p><b>Secundarias</b></p> <p>Resultados de muestreo</p>
<p><b>Sexta etapa</b></p> <p>Planteamiento estratégico de mejoramiento para mejorar los procesos internos y mejorar los resultados financieros.</p>	<p>Cuantificar el impacto de las estrategias implementadas en el proceso de autorizaciones con relación al mapa de valor deseado.</p> <p>Socialización final.</p>	<p><b>Primarias</b></p> <p>Entrevistas y encuestas Toma de tiempos y movimientos Medición del trabajo, tiempos y medidas de desempeño.</p> <p><b>Secundarias</b></p>

		Revisión y análisis de estadísticas.
--	--	--------------------------------------

**Fuente:** Adaptación de *Metodología de la investigación (Roberto Hernández Sampieri)*

Se entiende el proceso autorizador de alto costo como un todo y que requiere una planificación para el logro de los objetivos. Establecemos una serie de objetivos y es necesario aterrizar el análisis hasta conocer el rol que juegan todos los integrantes involucrados y alinearlos para conseguir los objetivos estratégicos de la compañía. Todo esto se realizará con la supervisión de la Gerencia, la que coordinará diferentes actividades, de forma articulada y controlada. (Como lo vislumbró Henry Fayol, esta coordinación facilitará que estas actividades sean dependientes unas de otras, de forma que finalmente se logre ejercer un control del proceso en su totalidad y garantizar el logro de los objetivos trazados por la Organización).

### **3.4. Metodología Lean Healthcare.**

La metodología *Lean* (Concepto de producción esbelta) inicialmente utilizada en la industria de manufactura demostró mejorar sustancialmente productividad, seguridad, eficiencia y calidad en el servicio. Estos antecedentes que comienzan con *Lean manufacturing* han llegado a *Lean Healthcare* y ahora aplicados a distintos procesos en el ámbito de la salud ya que este requiere cambios fundamentales para la mejora de los resultados y a su vez controlar los costos.

La metodología *Lean Healthcare* ha demostrado que maximiza el valor y disminuye desperdicios, por lo que en otros países y en Colombia en el sector salud se viene implementando esta metodología con resultados favorables. Muchos trabajos y artículos en literatura dan cuenta de los retos a los que las grandes empresas se ven enfrentadas para ser más competitivas y en las últimas décadas han adoptado nuevos enfoques de los procesos en términos de eficiencia y productividad. (Shah & Ward, 2003).

Los resultados evidencian la utilización de metodología *Lean healthcare*, como por ejemplo el Patient Safety Alerte (Alerta de seguridad del paciente) con aplicación de *Value Stream Mapping* y método *Kaizen* del VIRGINIA MASON MEDICAL CENTER (Seattle, Estados Unidos) y un ahorro de más de 11 millones de dólares, (Kenney, 2010). Otro ejemplo es el del MONTREAL GENERAL HOSPITAL COLORECTAL DEPARTMENT (Montreal, Quebec, Canadá) que en 2013, desarrolló una tesis que tenía como objetivo principal una mejora para el departamento colorrectal del hospital, eliminando desperdicios; aumentando la capacidad, reduciendo los reprocesos, mejorando la carga laboral del personal y reduciendo los costos, (Rodriguez, 2013).

En salud específicamente en 2009 se encuentran varios casos, como por ejemplo, una encuesta que mostró el 53% de los hospitales encuestados que habían implementado Lean en alguno de sus áreas y departamentos, bajando los costos y aumentando la seguridad y calidad en la atención de los pacientes, (Holden, 2011).

En Colombia a finales del 2009, para un laboratorio clínico se realizó una propuesta mixta para los flujos de productividad de cadenas de valor en servicio ambulatorio con metodología lean, bajando la deserción en un 57 % y así mejorando los índices financieros, (Rubiano Ovalle, Oscar González Hoyos, Bernardo Micán Rincón, 2010). También en 2014 la Universidad del Bosque presentó una propuesta de mejora para los procesos de urgencias de dos hospitales diferentes e identificaron actividades que no generan valor, proponiendo mejoras y rediseño de la unidad con indicadores para evaluar cumplimiento de objetivos., con resultados de disminución del tiempo de espera de 61% y 62% en el Triage II, 53% y 80% en Triage III en urgencias. (Martínez, Nuño, Martínez, & Cavazos, 2014).

Para propósitos de implementación en el trabajo, a continuación, se definen una serie de conceptos relacionados con la metodología *Lean* para la realización del proyecto y necesarios para la aplicación de esta metodología en el análisis y posterior mejora del proceso autorizador de alto costo hacia los objetivos trazados.

**Mejora continua.** Es un hábito que debe mantenerse simple y una vez definido el objetivo a lograr, seguir el procedimiento en el paso a paso con indicadores y con los recursos necesarios. Hay que hacer un diagrama detallado para comprender su lógica. La mejora continua requiere re alimentación y revisión del proceso.

**Desperdicio:** Actividades que no agregan valor, no cambian o no le añaden algo al producto final.

**Mapeo de la cadena de valor:** Enseña el proceso incluyendo flujo de información, utilización de recursos, tiempos, y otras medidas importantes del proceso.

**Medida de los tiempos por muestreo.** Es la medición que se realiza por observaciones durante periodos de tiempo para medir si cumplen o no con los parámetros establecidos.

**Medición del trabajo.** Es aplicar técnicas que nos permiten determinar el tiempo que se usa para agregarle valor a un producto y en este caso al servicio, además del tiempo de ocio.

**Herramienta de Registro y análisis.** Para mostrar la evolución de los procesos se usan herramientas como graficas del proceso operativo, diagrama de flujos de proceso y diagramas de flujo de recorrido.

**Creación de un flujo continuo:** Lograr el menor número de interrupciones posibles para el usuario.

**Valor agregado.** Este es definido por el usuario o el cliente y de acuerdo a sus necesidades. En salud el tiempo es un valor que puede verse representado en tiempo de vida y para las organizaciones en costo.

- *Kanban:* Busca controlar la calidad en un producto y acabar con los cuellos de botella. Mejorar la comunicación entre los actores del proceso. Define fácilmente los cambios apropiados, aceptarlos y que se apliquen en la medida en que se hacen necesarios.

- *Value stream mapping:* La herramienta a través de un diagrama hace un análisis del flujo de información en el proceso, identificando puntos críticos donde se disminuyen los desperdicios. Se usan símbolos que representan actividades o elementos.

### 3.5 Value Stream Mapping (VSM)

Para realizar una visualización, análisis y mejora del flujo de los productos y de la información dentro del proceso autorizador de alto costo desde su principio hasta el usuario final y/o la consecución del objetivo ya sea del proceso o los objetivos estratégicos de la compañía, se usará la metodología de **VALUE STREAM MAPPING (VSM)**. El VSM será clave para hallar las oportunidades de mejora, eliminando desperdicios en las fases del proceso, y estas actividades se registrarán en relación de si agregan o no valor para el proceso y para los objetivos estratégicos de la empresa. Es así como con la revisión detallada de las actividades mencionadas que hacen parte de los procesos dentro de la cadena de valor y que necesariamente tienen un impacto en los objetivos de la Organización mencionados, se pueden clasificar en la **tabla No 5** así:

**Tabla 5: Descripción VSM**

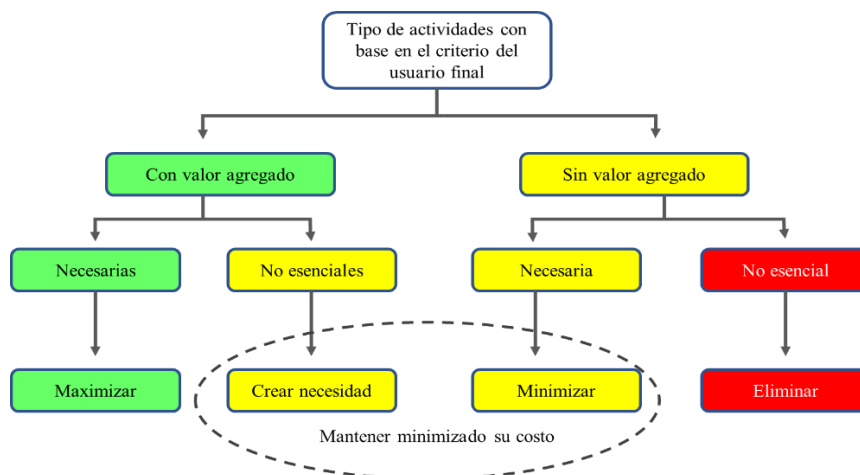
Tipo de actividad	Acción en VSM
Aquellas que agregan valor (Desde la perspectiva del usuario final)	Deben cuidarse y permanecer.
Las actividades que son necesarias pero que no agregan valor	Deben ser minimizadas
Las actividades innecesarias	Deben ser eliminadas

*Fuente: Elaboración propia del autor.*

De manera esquemática se presenta un diagrama que muestra como a través del proceso llevado a cabo por la VSM, se van clasificando las actividades que con base en el criterio del usuario final van generando acciones para capitalizar las oportunidades de mejora dentro del proceso y lograr los objetivos propuestos.



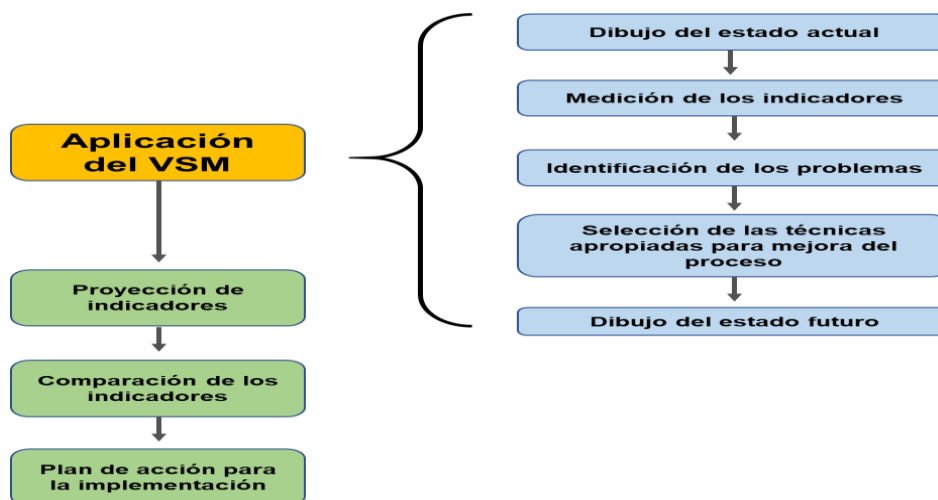
**Figura 3: Esquema VSM**



**Fuente:** *Elaboración propia del autor*

En el presente estudio, se llevarán a cabo los pasos de la herramienta VSM y se tomarán como referente la secuencia propuesta por Barcia y De Loor (Barcia & De Loor, n.d.), para identificar las oportunidades de mejora dentro del proceso de autorizaciones de servicios de alto costo para la EAPB objeto del trabajo y esquematizados así:

**Figura 4: Proceso metodológico de la herramienta VSM**



**Fuente:** *Imagen tomada de Barcia y De Loor (2007)*

Todo lo anterior hace parte de un análisis de agregación de valor para definir objetivos y cuantificar el impacto financiero para de esta manera obtener el caso de negocio y mejorar la rentabilidad.

Al igual que en *Lean manufacturing*, se nos mostrará desde una perspectiva operativa, de mención obligatoria en el presente capítulo del trabajo, la distribución del proceso, actividades de trabajo y flujos de información a través de un esquema o diagrama de flujo.

### **3.6 Población objeto.**

La población seleccionada para el estudio, corresponde a pacientes a quienes se les solicitaron servicios relacionados e indicados para patologías de alto costo y de manera específica las que son objeto del estudio, Artritis Reumatoidea, cáncer, Hemofilia y VIH y que requirieron por tanto autorización a través de procesos administrativos en la EAPB para su respectiva aprobación final. El universo de estudio correspondió a 2157 solicitudes de servicios expedidas por IPS de atención de las patologías objeto en el periodo de enero de 2019.

### **3.7. Criterios de Inclusión y de Exclusión**

Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de Cáncer, Artritis reumatoide, Hemofilia y VIH que requirieron autorización de servicios relacionados con las patologías, pertenecientes al régimen contributivo, afiliados a la EAPB, ambulatorios. Fueron excluidos los pacientes hospitalizados.

El rigor con el que se obtuvo la información garantiza la confiabilidad del dato en sus componentes cuantitativo y cualitativo y las variables que se tuvieron en cuenta fueron sexo, edad, ubicación geográfica, tipo de solicitud, costo del servicio, oportunidad de autorización.

### **3.8 Fuentes de información.**

#### **3.8.1 Fuentes primarias.**

Están conformadas por las entrevistas que se realizaron a los directivos, funcionarios y usuarios. Estas son de carácter formal y constan de cuestionarios que ayudan a obtener datos del comportamiento y del desempeño de los factores que influyen de forma directa e indirecta en el proceso y la rentabilidad de la empresa objeto del trabajo.

#### **3.8.2 Fuentes secundarias.**

Estas constan de libros, revistas indexadas, periódicos, sitios web y otras fuentes relacionadas con el tema investigado.

### 3.9 Tratamiento de la información.

Toda información obtenida de las fuentes tanto primarias como secundarias recibe un trato objetivo y organizado, a través del uso de métodos de tabulación de información para controlar más fácilmente los análisis y la presentación de las conclusiones y recomendaciones que llevarán a la innovación y así mismo la rentabilidad de la empresa.

Fayol tuvo una perspectiva de la organización como un ente dirigido por reglas y una autoridad y que esta solo justificaba su existencia logrando o consiguiendo los objetivos propuestos. De esta manera para lograr los objetivos propuestos es fundamental una coordinación de los recursos, buscando la eficiencia de estos por lo que desde la administración hay que prever, organizar, liderar y controlar. (Fayol & Taylor, 1986)

Por lo anterior es fundamental revisar los elementos que integran la organización, vista como un sistema y sus partes, ya que están conectadas entre sí, y el proceso autorizador de alto costo no escapa a esta premisa y por ello hay que estudiar todas las variables y conexiones que interactúan, por lo que abordaremos las actividades a tres niveles:

- *Un nivel macro o de Organización.* Que integra a la Organización con el ambiente en el que actúa y la estructura que lo conforma. Se destacan variables políticas, objetivos, estructura de la organización, todos los recursos con los que se cuenta.
- *Un nivel meso o de procesos:* Hablamos de flujos internos de trabajo. En estos flujos existen interacciones entre las áreas con producto común.
- *Un nivel micro o de puestos de trabajo/ Ejecutantes.* En esta parte se hace un análisis de los responsables, dirigir o coordinar las distintas tareas. En este nivel debemos tener en cuentas tiempos, movimientos, responsabilidades, normas, clima, etc.

En el presente trabajo nos enfocaremos en como los niveles tienen oportunidades de mejora para el logro de los objetivos estratégicos, pero se hace mayor énfasis en el nivel del proceso y el impacto que tiene a nivel estratégico en la rentabilidad de la compañía.

Si entendemos que los procesos como esa secuencia organizada de pasos o actividades que se tienen que llevar a cabo para completar un trabajo, al final del cual se obtienen un producto y en este caso un

servicio, tenemos que hacer un análisis más profundo de la Organización y sus procesos, para poder entender estos como una cadena de valor, es decir, como una serie de tareas o actividades que son necesarias dentro de unas fases o etapas y que agregan valor, para así satisfacer al usuario final. Por ello cada una de las fases llevadas a cabo para obtener el producto o servicio final tienen que añadir valor. Así mismo es necesario también definir que procesos de todos los usados, influyen directamente en el cumplimiento de la misión y de los objetivos estratégicos de la Organización y que otros son de apoyo para la consecución de estos. (Trischler & Cuatrecasas Arbós, 1998)

La decisión de efectuar ajustes a las estructuras obedece a criterios derivados de ciertas necesidades, tales como el desarrollar nuevas actividades, de funciones o el redireccionamiento de los objetivos estratégicos. Con todo lo anterior está claro que abordar esta situación es una necesidad sentida de hacer algo e introducir mejoras de interés común mediante un proceso de aprendizaje permanente. Por ello y observando la totalidad del problema del flujo de autorizaciones como un sistema que requiere ajustes, para el presente trabajo se trae como referencia el pensamiento de sistemas presentado por Peter Checkland en los primeros capítulos de su libro *pensamiento de sistemas practica de sistemas*. El problema crucial que encara la ciencia reside en su capacidad de hacer frente a la complejidad. La segunda regla de Descartes “para dirigir adecuadamente la razón de uno”, por ejemplo, dividir los problemas que han de examinarse en partes separadas (El principio más central a la práctica científica) asume que esta división no distorsionará el fenómeno que estudia. Asume que los componentes del todo son los mismos cuando se les examina individualmente como cuando asumen su rol en el todo, o que los principios que gobiernan el ensamblado de los componentes para formar el todo son en sí mismos, directos. (Checkland, 1993)

En estos términos cuando hablamos de llevar a la eficiencia los procesos sin deteriorar la calidad y optimizando el uso de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y de tiempo, hacemos referencia a que es posible lograr lo propuesto en este trabajo, en un escenario en el todos somos ganadores. Desde los años ochenta hablamos de un pluralismo estructurado y de modelos innovadores para la reforma de los sistemas de salud de Latinoamérica (Londoño, Frenk, & RES-DOCS-USER, 1997) y con esto gana el sistema de salud, ganan las empresas, ganan los usuarios del sistema y gana el país.

## **4. CAPITULO 4**

### **DESARROLLO DEL PROYECTO**

#### **4.1 Descripción del proceso de autorizaciones de alto costo.**

El presente proyecto como hemos mencionado previamente, tuvo como base para su desarrollo la metodología Lean. Esto fue fundamental para definir el plan de acción a seguir y la estructura del proyecto.

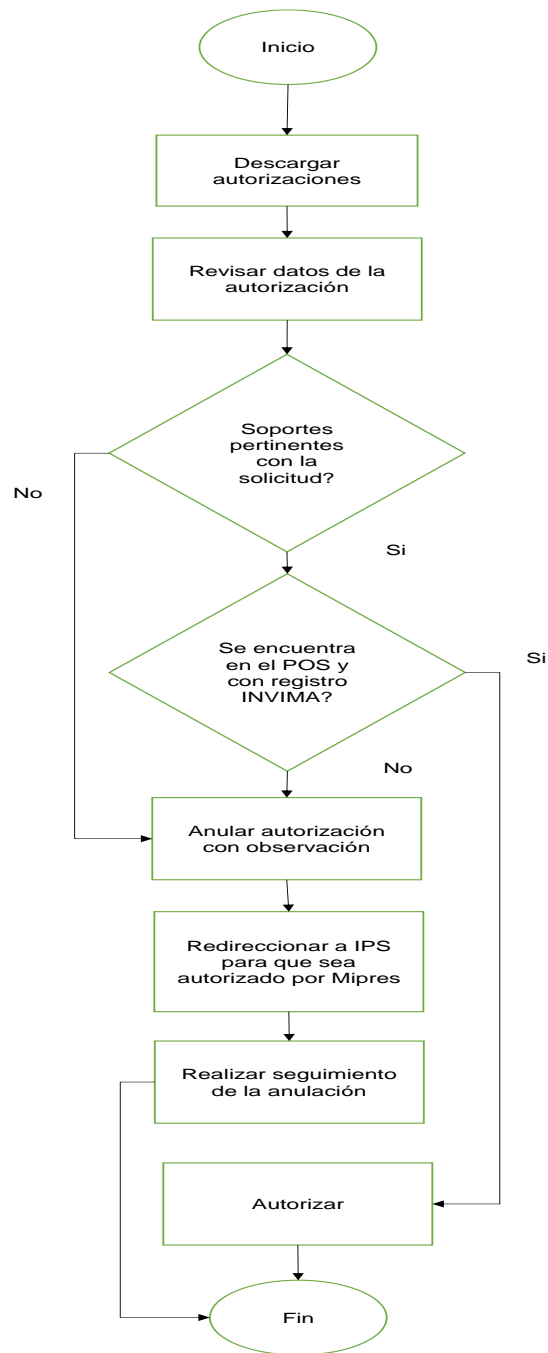
A continuación, se muestra la caracterización del proceso autorizador desde la generación hasta la aprobación, ya que recordemos que existe una fase post autorización y que tiene que ver con la prestación del servicio. A partir de este punto se inicia el despliegue de actividades para el cumplimiento de los objetivos trazados. El proceso cuenta con cuatro componentes o sub procesos descritos y al que se le hicieron unas observaciones, levantadas en el seguimiento al proceso y a la documentación de la EAPB.

Se esquematizarán en su orden, los flujos de los procesos en el paso a paso, elaborados por el autor. Seguidamente se describen paso a paso las actividades de los subprocesos con la descripción de las tareas, el recurso humano que se emplea en la misma, el costo que representa y así mismo el tiempo que emplea dentro del subproceso.

Luego de grafican los resultados del análisis de los subprocesos y sus actividades, de manera que se muestran de manera consolidada los costos y mediciones de tiempo. Recordemos que finalmente toda esta información deberá consolidarse como aquellas actividades que no generan valor y su costo estimado desde las observaciones, análisis y obtención de información, en el desarrollo de los respectivos objetivos en el capítulo No 5.

Toda la información se obtiene del análisis de la documentación, de las observaciones al proceso y subprocesos, además del insumo obtenido de la información proporcionada por los funcionarios de la empresa.

**Figura 5: Flujo del subproceso de Autorización alto costo**



*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de servicios. Elaboración propia del autor.*

**Tabla 6: Subproceso de Autorización alto costo**

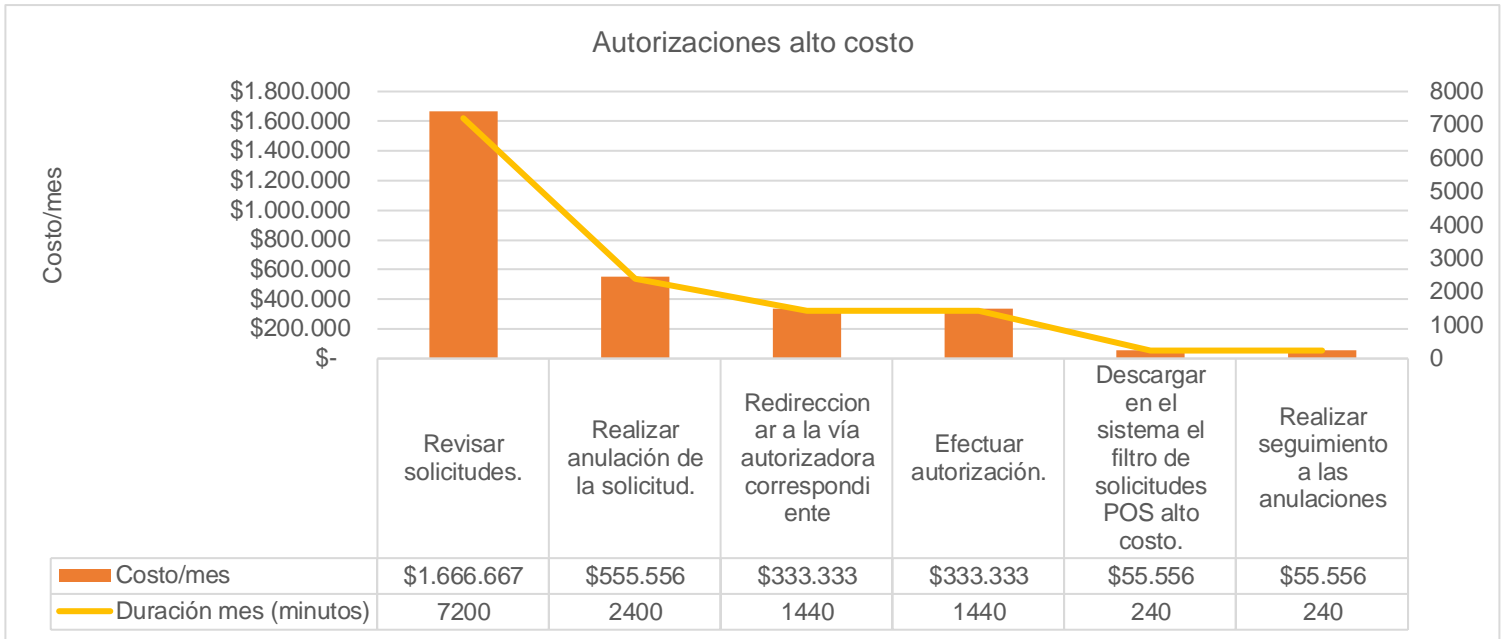
DESCRIPCIÓN DEL SUB PROCESO AUTORIZACIÓN ALTO COSTO						
Paso	Tarea	Descripción de la tarea	Recurso humano	Observación	Costo mes	Duración mes (minutos)
1	Descargar en el sistema el filtro de solicitudes POS alto costo.	Consiste en descargar la lista diaria de solicitudes de medicamentos que llegan al sistema provenientes de línea de frente, Central Nacional de Autorizaciones (CNA) y regionales.	Enfermera auditoria CNA POS alto costo	En este paso influyen la agilidad del sistema y del responsable de la actividad. El sistema no está direccionando de manera adecuada por niveles autorizadores de manera que pueden llegar solicitudes de niveles que no corresponden a este.	\$55,555.00	240
2	Revisar solicitudes.	<p>Se revisa los datos generales del usuario, medicamento solicitado y los soportes ingresados.</p> <p>¿Los soportes son pertinentes y corresponden a la solicitud del medicamento de alto costo?</p> <p>Si: ¿Se encuentra incluido en el plan de beneficios y tiene registro Invima para el diagnóstico relacionado del usuario?</p> <p>No: Continuar con la tarea 3</p> <p>¿Se encuentra incluido en el plan de beneficios y tiene registro Invima para el diagnóstico relacionado del usuario?</p> <p>Si: Continuar con la tarea 5</p>	Enfermera auditoria CNA POS alto costo	El sistema debería filtrar las solicitudes con inconsistencias en la información y si los servicios solicitados están o NO incluidos en el PBS. Con esto se evitaría las actividades del paso 3 y 4.	\$1,666,666.00	7200

		No: Continuar con la tarea 4				
3	Realizar anulación de la solicitud.	Se anula con una observación o justificación de dicha anulación en la cual se detallan los soportes faltantes y otras correcciones referentes a direccionamientos en sistema.	Enfermera auditoria CNA POS alto costo	No debería ser necesaria si hay un buen filtro por parte del sistema.	\$555,555.00	2400
		Continuar con la tarea 4				
4	Redireccionar a la vía autorizadora correspondiente	Se anula la solicitud y se redirecciona a la IPS que solicita el medicamento para que lo gestione por MIPRES.	Enfermera auditoria CNA POS alto costo	No debería ser necesaria si hay un buen filtro por parte del sistema.	\$333,333.00	1440
		Continuar con la tarea 5				
5	Efectuar autorización.	Se autoriza el medicamento de acuerdo a lo solicitado por el médico tratante y por el tiempo correspondiente con el direccionamiento establecido para la entrega del medicamento.	Enfermera auditoria CNA POS alto costo	Se genera la autorización, pero sin direccionamiento. El sistema no está parametrizado para direccionar a una red.	\$333,333.00	1440
6	Realizar seguimiento a las anulaciones	Se realiza una lista de anulaciones la cual se informa a las respectivas regionales para que hagan la corrección y reingreso de la solicitud.	Enfermera auditoria CNA POS alto costo	Es un reproceso, que se puede evitar desde el paso No 2.	\$55,555.00	240
		Fin del procedimiento				

**Fuente: Dirección Nacional de Prestación de Servicios.**



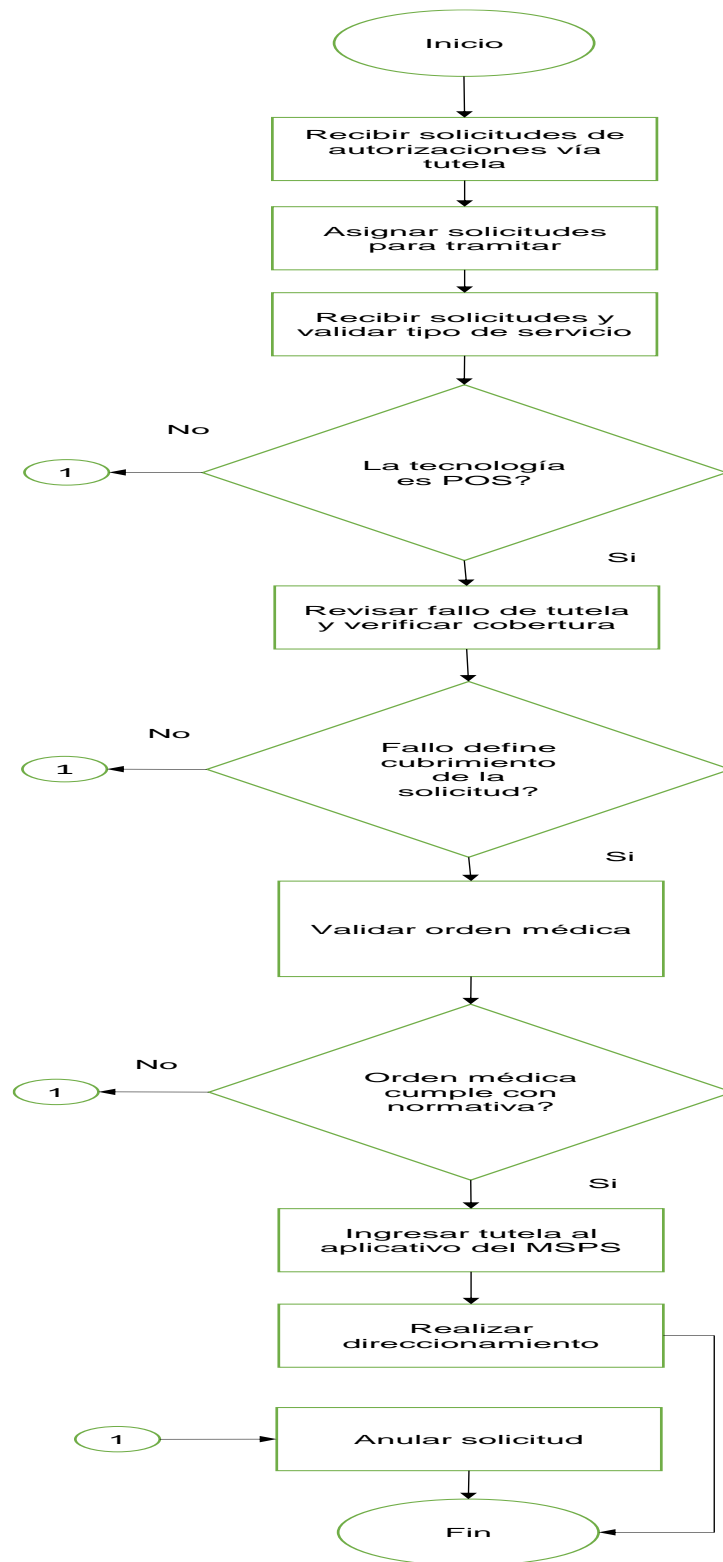
**Gráfica 2: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) subproceso de autorizaciones de Alto Costo.**



**Fuente: Elaboración propia del autor.**

En la gráfica 2 encontramos que la actividad denominada *revisar solicitudes* es la que tiene mayor costo con un valor de \$ 1`666.667.00 pesos y toma 7.200 minutos, seguida de realizar las anulaciones y redireccionar la autorización a la vía correspondiente. *Descargue el filtro de autorizaciones POS alto costo* y *el seguimiento a las anulaciones* están en último lugar con un costo de \$ 55`556 y 240 minutos empleados.

**Figura 6:Flujo de subproceso de Autorizaciones de tutelas**



*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor.*

**Tabla 7: Subproceso autorización de los servicios vía tutela**

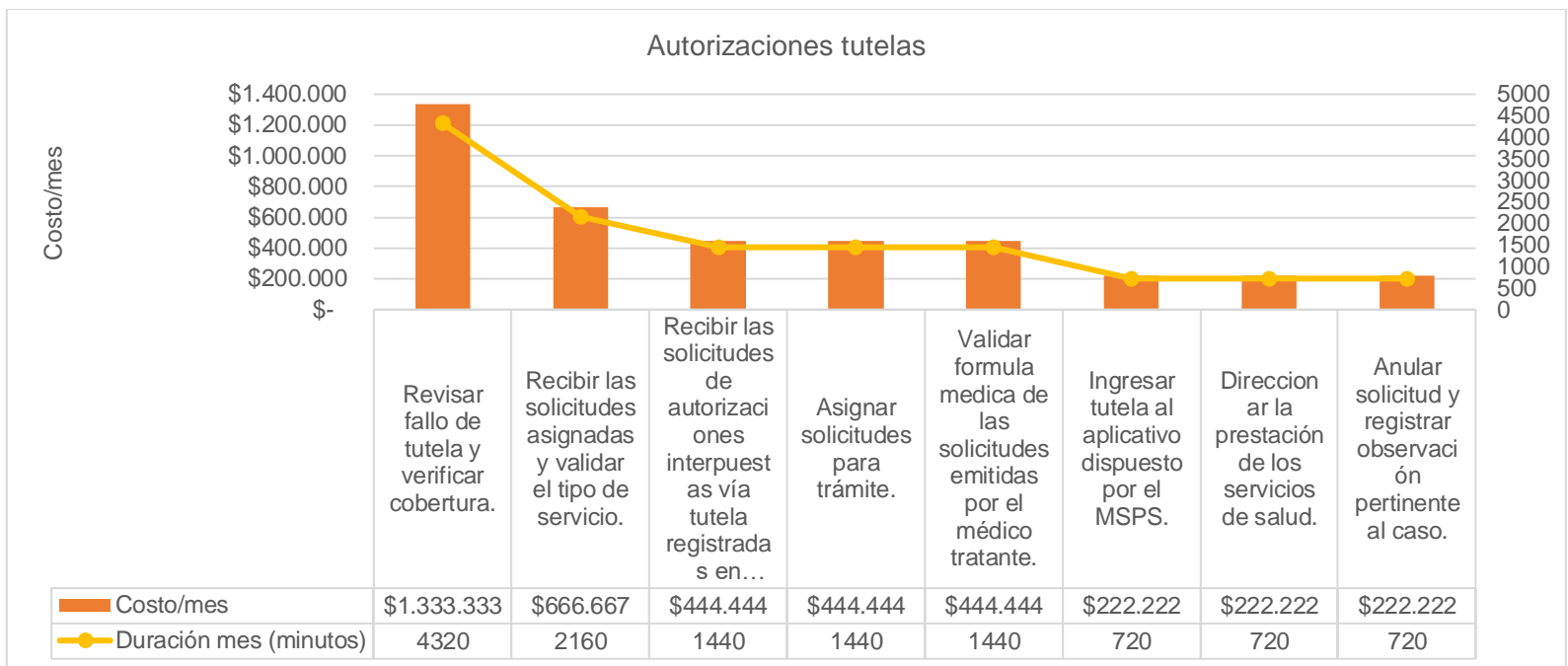
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO AUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS POR VÍA TUTELA						
Paso	Tarea	Descripción de la tarea	recurso humano	Observaciones	Costo mes	Duración mes (minutos)
1	Recibir las solicitudes de autorizaciones interpuestas vía tutela registradas en una lista de trabajo del sistema de información.	Ingresar al aplicativo, descargar la lista de trabajo, adjuntar los requerimientos radicados por correo y generar archivo consolidado de las solicitudes de servicios en salud emitidas por fallos de tutela.	Auditor central nacional autorizaciones tutela	En este paso influyen la agilidad del sistema y del responsable de la actividad. El sistema no está direccionando de manera adecuada por niveles autorizadores de manera que pueden llegar solicitudes de niveles que no corresponden a este.	\$ 444,444.00	1440
2	Asignar solicitudes para trámite.	Clasificar y asignar las solicitudes para trámite de acuerdo al orden cronológico de ingreso priorizando casos urgentes e investigaciones administrativas.	Auditor central nacional autorizaciones tutela	Es una labor importante por lo que no debería realizarse manualmente, por el riesgo de error y el tiempo que ocupa para quien lleva a cabo la actividad.	\$ 444,444.00	1440
3	Recibir las solicitudes asignadas y validar el tipo de servicio.	Recibir a través de los mecanismos establecidos las solicitudes a tramitar, ingresar al aplicativo el tipo y número de documento del usuario para identificar el tipo de servicio requerido (PBS- NO PBS).  ¿Es un servicio No PBS?  Sí: Continuar con la tarea 4 No: Continuar con la tarea 8	Auditor central nacional autorizaciones tutela	El sistema debería filtrar las solicitudes con inconsistencias en la información y si los servicios solicitados están o NO incluidos en el PBS.	\$ 666,666.00	2160
4	Revisar fallo de tutela y verificar cobertura.	Identificar la cobertura dictaminada por el juez y exoneración de cuota moderadora y copago, validando la información de tutelas registrada en el aplicativo mediante la búsqueda activa del trámite judicial (fallo, desacato, sanción, medida provisional).  ¿El fallo emitido define cubrimiento a la solicitud?	Auditor central nacional autorizaciones tutela	¿El sistema permite la búsqueda de la información de manera amigable?	\$ 1,333,333.33	4320

		<p>Si: Continuar con la tarea 5</p> <p>No: Continuar con la tarea 8</p>				
5	<p>Validar formula medica de las solicitudes emitidas por el médico tratante.</p>	<p>Revisar la orden medica que soporta la solicitud, validando el cumplimiento de requisitos normativos ( dosis, intervalo, presentación de molécula, cantidad prescrita, procedimiento a realizar, frecuencia, fecha vigente entre otros).</p> <p>¿La orden medica cumple con los requisitos normativos?</p> <p>Si: Continuar con la tarea 6</p> <p>No: Continuar con la tarea 8</p>	<p>Auditor central nacional autorizaciones tutela</p>	<p>Requiere validación manual de la información, que si estuviera automatizado evitaría el paso No 8.</p>	<p>\$ 444,444.oo</p>	<p>1440</p>
6	<p>Ingresar tutela al aplicativo dispuesto por el MSPS.</p>	<p>Ingresar al aplicativo del MSPS los fallos de tutela que cumplen con los requisitos definidos en la normativa, registrando la información por usuario y solicitud NO PBS con justificación de conexidad y visualizar el consecutivo de autorización.</p>	<p>Auditor central nacional autorizaciones tutela</p>	<p>Registro manual de la información en la plataforma.</p>	<p>\$ 222,222.oo</p>	<p>720</p>
7	<p>Direccionar la prestación de los servicios de salud.</p>	<p>Definir direccionamiento del paciente a través del aplicativo de autorizaciones, según los servicios solicitados, la georreferenciación y disponibilidad para la entrega o prestación de los servicios de salud No PBS con conexidad y consecutivo generado por el MSPS, dando cumplimiento a lo establecido en el fallo de tutela.</p>	<p>Auditor central nacional autorizaciones tutela</p>	<p>El aplicativo no tiene parametrizada la información de la red para direccionamiento. Hay demoras por la búsqueda manual o no existe la información requerida.</p>	<p>\$ 222,222.oo</p>	<p>720</p>

		Fin del procedimiento				
8	Anular solicitud y registrar observación pertinente al caso.	Ingresar a la lista de trabajo y anular la solicitud registrando la causal de anulación pertinente y las acciones correctivas para el caso.	Auditor central nacional autorizaciones tutela	Actividad innecesaria con filtros del sistema que evitan ingreso de solicitudes inconsistentes en los flujos de trabajo	\$ 222,222.00	720

**Fuente:** Dirección Nacional de Prestación de Servicios. *Elaboración propia del autor.*

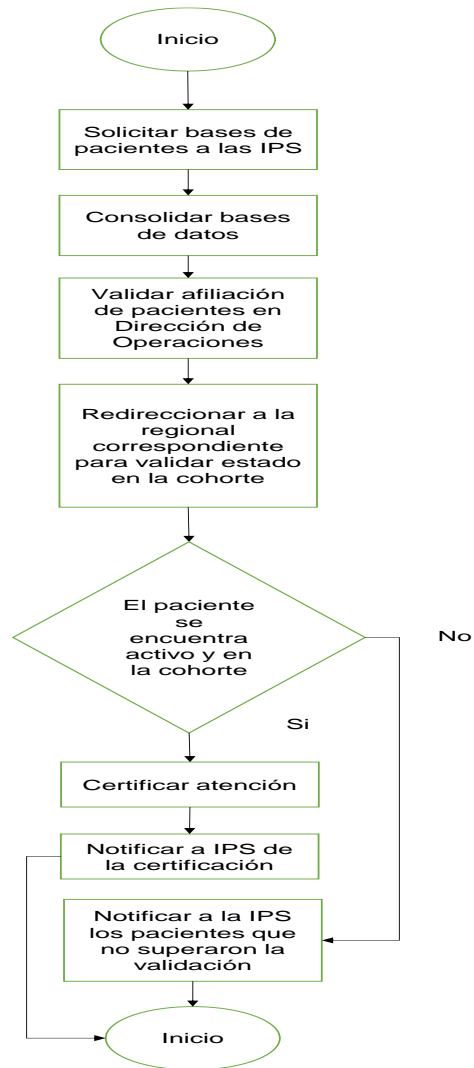
**Gráfica 3: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) de subproceso de autorizaciones de servicio vía tuteladas.**



**Fuente:** Dirección Nacional de Prestación de Servicios. *Elaboración propia del autor*

En la gráfica 3 podemos encontrar que una de las actividades que más peso tiene en costo y tiempo, es decir que más genera desperdicios es la de “Revisar fallo de tutela y verificar cobertura, seguida de Recibir solicitudes asignadas y validar tipo de servicios, con \$1’333.333.00 de costo con 4.320 minutos, y \$ 666.667.00 con 2.160 minutos respectivamente. Como se observa en la descripción del subproceso son actividades que podrían estar automatizadas.

**Figura 7: Flujo de subproceso de Autorizaciones masivas alto costo**



*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor*

**Tabla 8: Subproceso masivas alto costo**

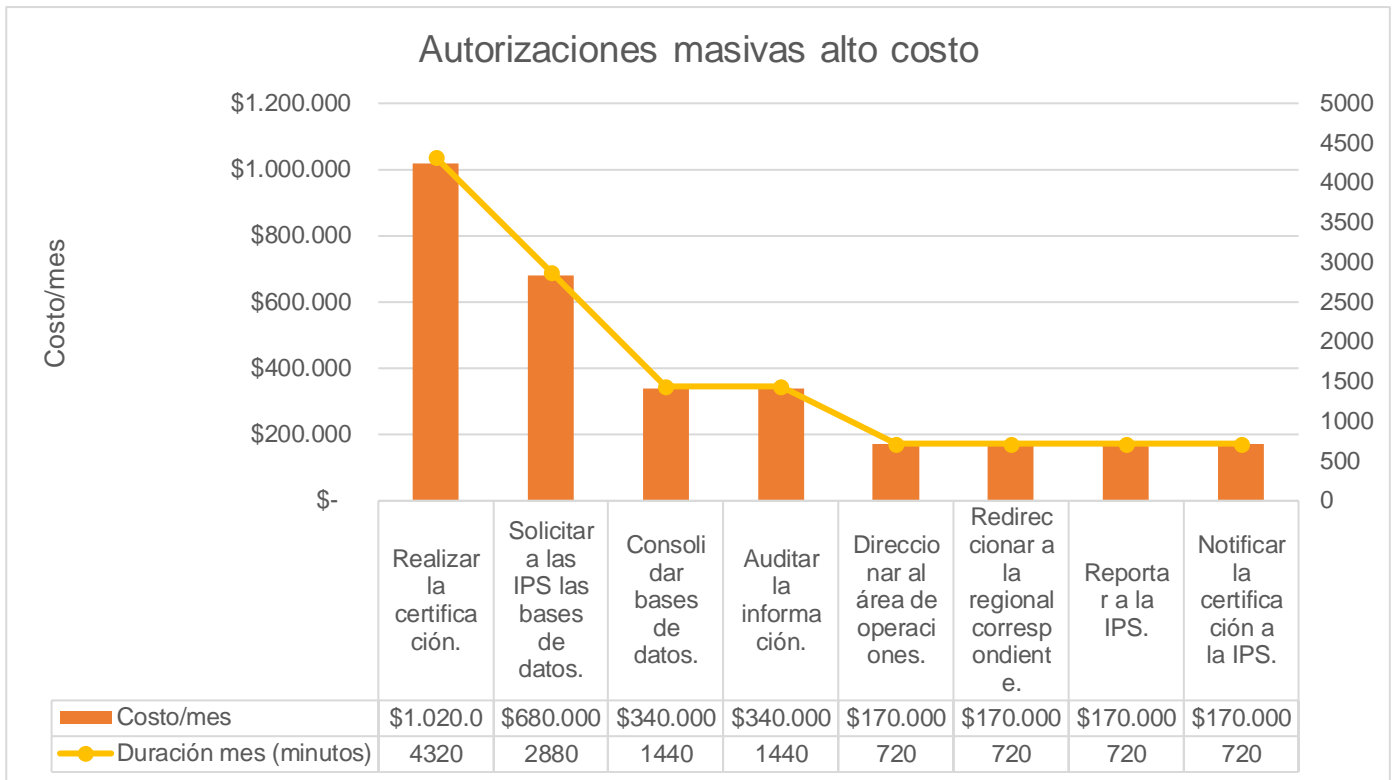
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE MASIVAS POS ALTO COSTO						
Paso	Tarea	Descripción de la tarea	Responsable	Observaciones	Costo mes	Duración mes (minutos)
1	Solicitar a las IPS las bases de datos.	Consiste en realizar la solicitud escrita mediante el envío del correo electrónico, solicitando la base de datos de los pacientes que se certificaran para su respectiva atención.	Profesional de autorizaciones	Toma tiempo y sujeto a error por ser actividad manual.	\$ 680,000.00	2880
2	Consolidar bases de datos.	Revisar la información y se consolida mediante un formato establecido para la elaboración de la certificación.	Profesional de autorizaciones		\$ 340,000.00	1440
3	Direccionar al área de operaciones.	Validar por el área de operaciones el estado de afiliación actual de los usuarios a certificar.	Profesional de autorizaciones, Analista de red, autorizaciones y parametrización	Se deben estandarizar los tiempos de envío y recepción de información	\$ 170,000.00	720
4	Redireccionar a la regional correspondiente.	Enviar la información ya validada por el área de operaciones cuya finalidad tiene garantizar que la población reportada por la IPS se encuentre activa y dentro de la cohorte establecida.	Profesional de autorizaciones	Se deben estandarizar los tiempos de envío y recepción de información	\$ 170,000.00	720
5	Auditar la información.	Realizar la auditoria de la información emitida por el área de operaciones y el referente regional, en donde se determina el estado y se confirma que el asegurado se encuentre dentro de la cohorte establecida. ¿Se encuentra vigente, inscrito y dentro de la cohorte? Si: Continuar con la tarea 6 No: Continuar la tarea 7	Profesional de autorizaciones	Esta validación podría obviarse si la información está automatizada.	\$340,000.00	1440

6	Realizar la certificación.	Realizar un documento en PDF con su correspondiente número de consecutivo direccionado a cada una de las IPS con los siguientes campos: período, prestador, departamento, servicio y población asignada con fin de certificar, lo cual garantiza la oportuna prestación del servicio.	Profesional de autorizaciones	Se deben estandarizar los tiempos de envío y recepción de información	\$ 1,020,000.00	4320
7	Reportar a la IPS.	Validar la información y reportar a la IPS por medio de la base de datos, los pacientes que no se encuentran vigentes y se genera una casilla con su respectiva justificación.	Profesional de autorizaciones	Se deben estandarizar los tiempos de envío y recepción de información	\$170,000.00	720
8	Notificar la certificación a la IPS.	Enviar a la IPS por medio de correo electrónico la certificación correspondiente, la cual debe ir firmada por el profesional auditor de autorizaciones y revisada por el Director Nacional de Red y Autorizaciones.	Profesional de autorizaciones, Director de red y autorizaciones	El paso anterior y este se pueden unificar	\$ 170,000.00	720

***Fuente: Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor***



**Gráfica 4: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) del subproceso de Autorizaciones masivas alto costo.**



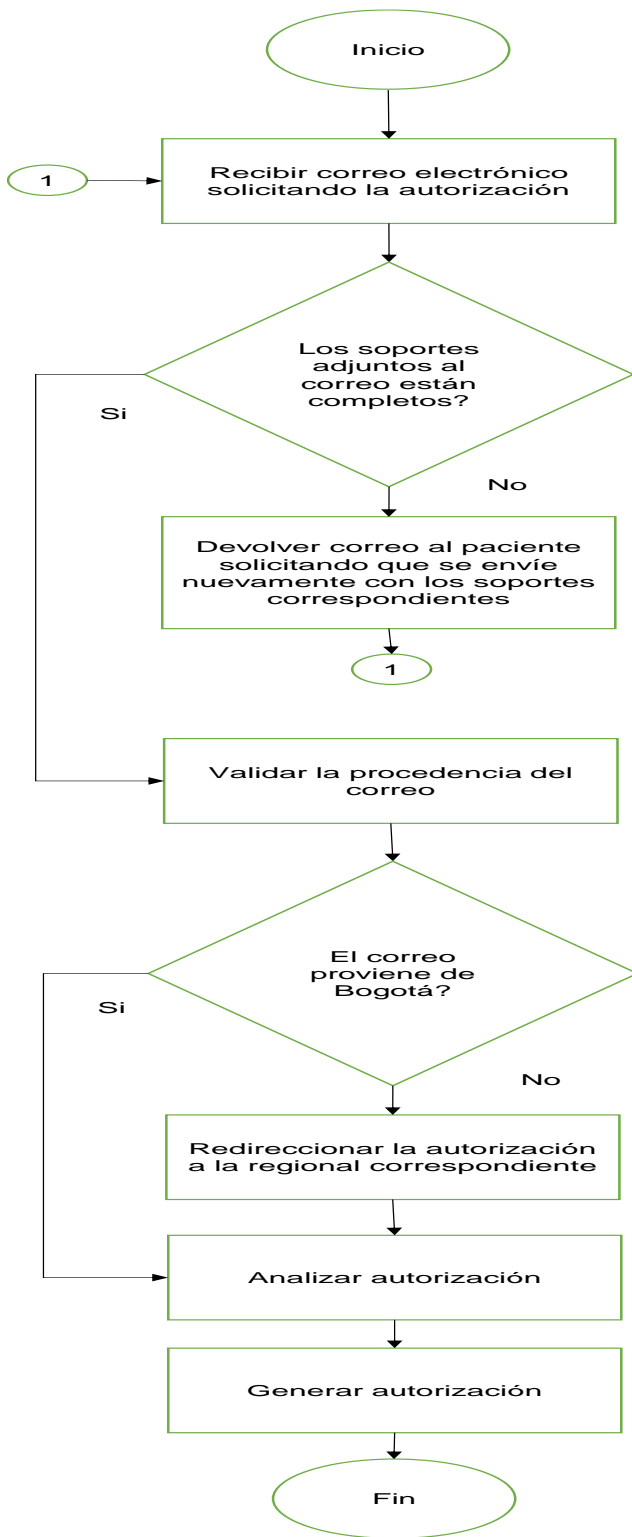
**Fuente: Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor**

Este subproceso opera con las autorizaciones que se direccionan a prestadores definidos para atención de patologías de alto costo, por la modalidad de contratación con pago fijo y no requieren un detalle de autorización discriminada por cada usuario. Hallamos actividades que toman tiempo y así mismo representan un costo que se ve reflejado en las finanzas de la compañía.

En primer lugar, encontramos la realización de una certificación de la prestación de los servicios a esta población, que técnicamente no debería ser necesaria si el sistema en línea y de manera automática notificara y realizara la certificación. Más allá de ser una actividad sensible por lo que implica el pago de unos servicios prestados, el sistema no admite margen de error. Esta actividad toma 4.320 minutos y su costo está en el orden de \$ 1'020.000.00 pesos.

Otra actividad detectada y que genera desperdicio es solicitar la base de datos a los prestadores de los pacientes atendidos donde nuevamente juega un papel importante la automatización y los tiempos que esto ahorra, solamente contando con el tiempo de espera para el envío de la información. Cuesta \$ 680.000.00 y toma 2880 minutos al mes. A continuación, el flujo del subproceso.

**Figura 8: Flujo del Subproceso Autorizaciones por correo electrónico**



*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor*

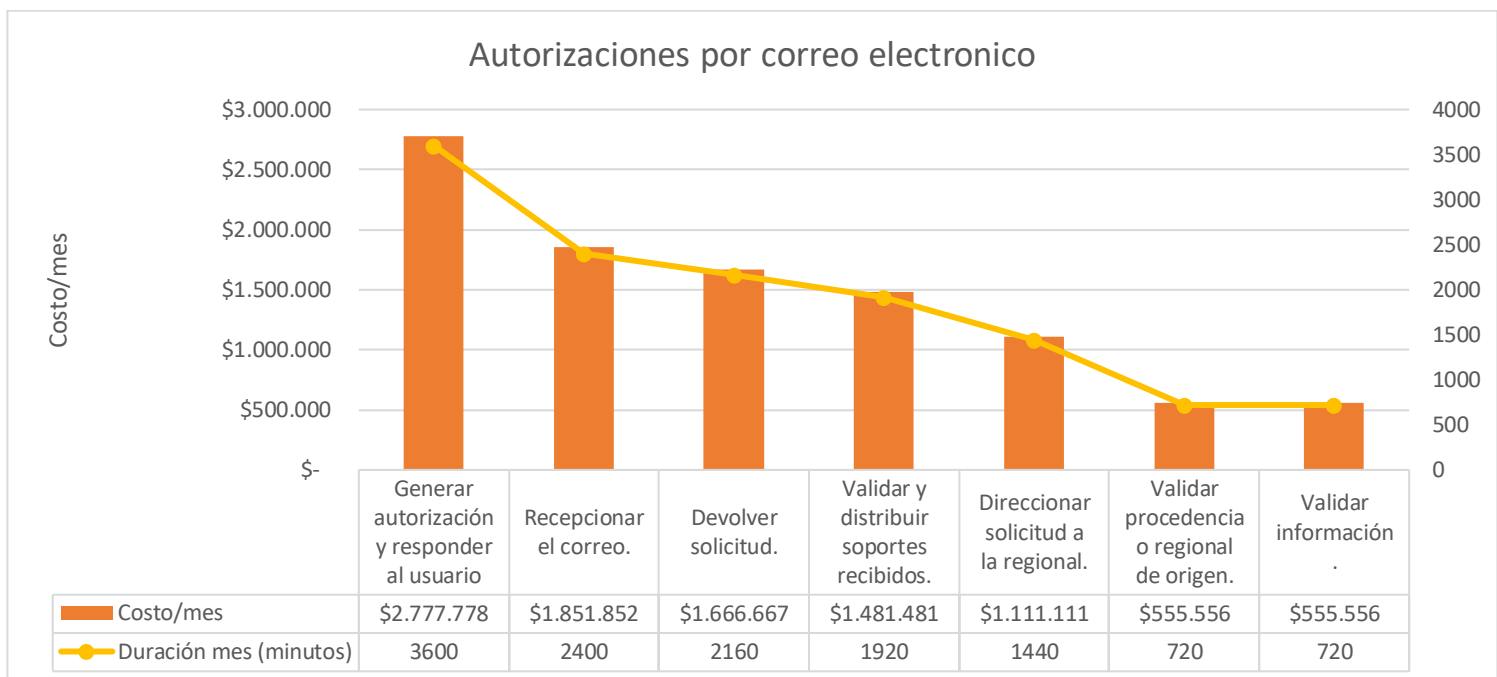
**Tabla 9: Subproceso autorizador por correo electrónico**

Paso	Tarea	Descripción de la tarea	Responsable	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS ASOCIADOS	Costo mes	Duración mes (minutos)
1	Recepcionar el correo.	<p>Recibir del usuario correo electrónico solicitando una autorización la cual debe direccionar al e-mail (autorizaciones@cruzblanca.com.co) con los siguientes datos:</p> <p>Orden de servicio escaneada (o en una fotografía legible).</p> <p>Nombre completo y documento de identidad</p> <p>Ciudad de residencia.</p> <p>Dirección de correo electrónico.</p> <p>Teléfonos de contacto.</p> <p>Ciudad de residencia.</p> <p>Dirección de correo electrónico.</p> <p>Teléfonos de contacto.</p>	Consultor de atención al usuario, Profesional de atención al usuario, Supervisor de atención al usuario	Actividad Manual. El sistema no está direccionando de manera adecuada por niveles autorizadores de manera que pueden llegar solicitudes de niveles que no corresponden a este.	\$ 1,851,851.00	2400
2	Validar y distribuir soportes recibidos.	<p>Verificar contenido y soportes del correo electrónico, distribuir los correos recibidos en el día a los consultores encargados para gestionar los mismos.</p> <p>¿Los soportes están incompletos o presentan inconsistencias?</p> <p>Si: Continuar con la tarea 3</p> <p>No: Continuar con la tarea 4</p>	Consultor de atención al usuario	El sistema debería validar automáticamente la consistencia de la información. Evitaría el paso No 3.	\$ 1,481,481.00	1920
3	Devolver solicitud.	<p>Devolver al usuario correo solicitando que reenvíe nuevamente los soportes correspondientes.</p> <p>Continuar con la tarea 1</p>	Consultor de atención al usuario, Supervisor de atención al usuario	Debería estar automatizado.	\$ 1,666,666.00	2160
4	Validar procedencia o regional de origen.	<p>Verificar si el correo proviene de Bogotá o de otra regional.</p> <p>¿El usuario es de Bogotá o de otra regional?</p> <p>Bogotá: Continuar con la tarea 6</p>	Consultor de atención al usuario, Supervisor de atención al usuario	El sistema debería filtrar.	\$ 555,555.00	720

		Regional: Continuar con la tarea 5				
5	Direccionar solicitud a la regional.	Redireccionar el correo con los soportes a la regional encargada de responder al usuario.  Continuar con la tarea 7	Consultor de atención al usuario, Supervisor de atención al usuario	Actividad debería estar automatizada.	\$ 1,111,111.00	1440
6	Validar información.	Abrir el correo electrónico y analizar que la información este correcta.	Consultor de atención al usuario, Supervisor de atención al usuario	Sistema facilitaría la actividad, al estar parametrizado.	\$ 555,555.00	720
7	Generar autorización y responder al usuario	Generar la autorización según soporte recibido y contestar al usuario adjuntando la nueva autorización.	Consultor de atención al usuario, Supervisor de atención al usuario	Sistema facilitaría la actividad, al estar parametrizado.	\$ 2,777,777.00	3600

**Fuente:** Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor

**Grafica 5: Resumen de actividades (costo mensual + duración mensual en minutos) del Subproceso Autorizaciones por correo electrónico**



**Fuente:** Dirección Nacional de Prestación de Servicios. Elaboración propia del autor

En la gráfica 5 la actividad que más tiempo ocupa y que más costo genera es generar autorizaciones y responder al usuario con \$ 2.777.778.00 y en la que se emplean 3.600 minutos, duplicando a la recepción

de correos con 2.400 minutos y un costo de \$ 1'851.852, ambas actividades manuales y cuya eficiencia es operador dependiente.

#### 4.2. Medición y análisis del tiempo que toma el proceso de autorización de un servicio de alto costo en la EAPB.

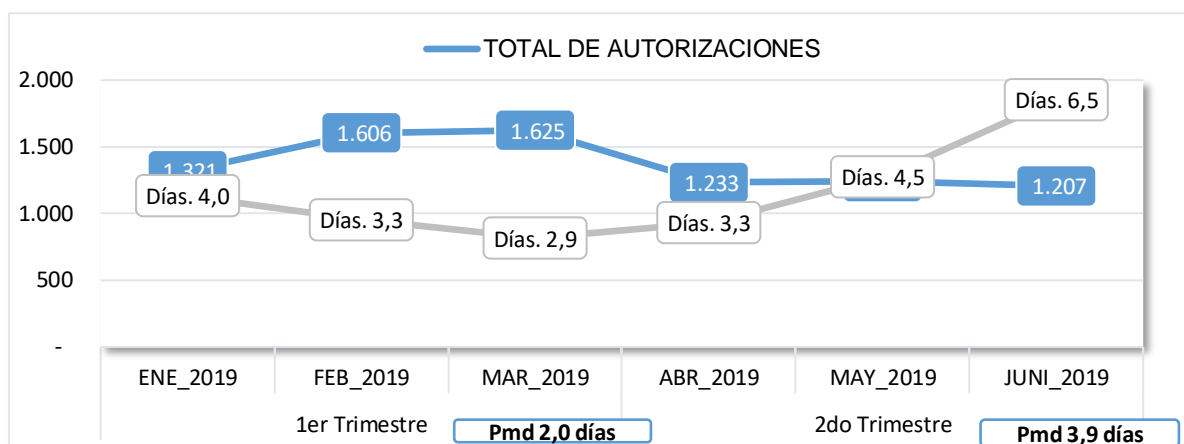
En este acercamiento para la observación, adicionalmente al flujo se hicieron las observaciones y consideraciones para entender el proceso. Estas tienen como objeto encontrar las diferentes alternativas para detectar los puntos críticos en los que se enfocará el trabajo.

**Tabla 10 Medición tiempo de Autorización Alto Costo.**

Autorizaciones Alto Costo					
	Mes	Tiempo de gestión	Total de autorizaciones	Días	Promedio días
1er Trimestre	ENE_2019	5.245	1.321	4,0	3,4
	FEB_2019	5.356	1.606	3,3	
	MAR_2019	4.644	1.625	2,9	
2do Trimestre	ABR_2019	4.023	1.233	3,3	4,7
	MAY_2019	5.531	1.239	4,5	
	JUNI_2019	7.830	1.207	6,5	
				<b>Total</b>	<b>4,1</b>

*Fuente: Dirección Nacional de Prestación – Elaboración propia del autor.*

**Gráfica 6: Autorizaciones Alto Costo en días.**



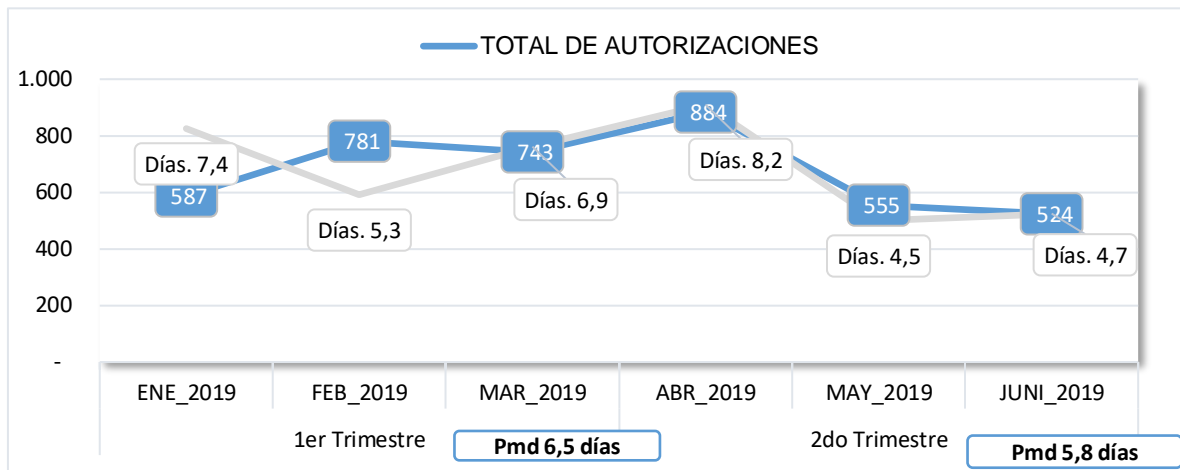
*Fuente: Dirección Nacional de Prestación – Elaboración propia del autor.*

**Tabla 11: Autorizaciones MIPRES TUTELAS**

Autorizaciones Mipres Tutelas					
	Mes	TIEMPO DE GESTIÓN	TOTAL DE AUTORIZACIONES	Días	Promedio días
1er Trimestre	ENE_2019	4.361	587	7,4	6,5
	FEB_2019	4.158	781	5,3	
	MAR_2019	5.094	743	6,9	
2do Trimestre	ABR_2019	7.243	884	8,2	5,8
	MAY_2019	2.497	555	4,5	
	JUNI_2019	2.476	524	4,7	
				<b>Total</b>	<b>6,2</b>

*Fuente: Dirección Nacional de Prestación – Elaboración propia del autor.*

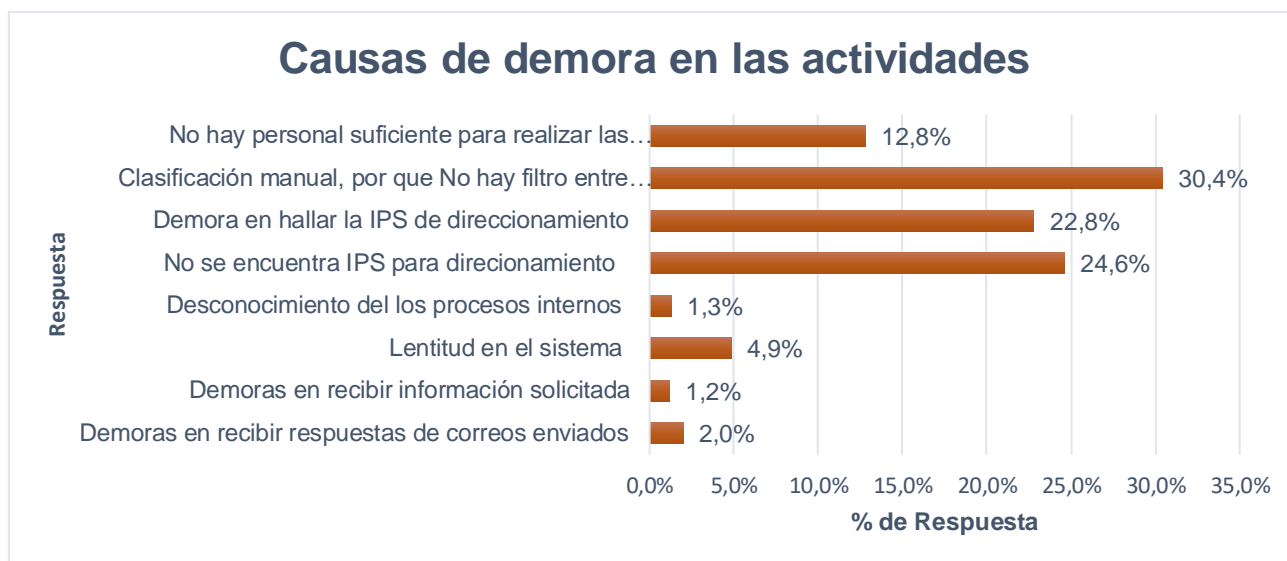
**Gráficas 7 Autorizaciones MIPRES tutelas**



*Fuente: Dirección Nacional de Prestación – Elaboración propia del autor*

Se realiza sondeo a 126 funcionarios de los procesos de autorización MIPRES Tutelas y Alto costo de todas las regionales de la empresa, en el que se les pregunta cuales consideran que son las principales causas de demoras en las actividades que realizan en el área, y los resultados hallados están en la gráfica No 8

**Gráfica 8: Causas de demoras en actividades según funcionarios del proceso autorizador de Alto Costo y MIPRES Tutelas.**



*Fuente: Encuesta Elaboración propia del autor.*

Encontramos que las respuestas más frecuentes dadas por los funcionarios entrevistados fueron Clasificación manual porque el sistema no filtra entre servicio PBS o No PBS, No se encuentra IPS para direccionar el servicio y demora en hallar IPS para direccionamiento del servicio, siendo el mayor porcentaje la primera con el 30,4 %.

#### **4.3 Proceso de autorizaciones de servicios de alto costo en la EAPB generados por médicos de las IPS que atienden pacientes con patologías relacionadas.**

Hay varias fuentes de generación de solicitudes u órdenes para la realización de estudios o procedimientos para las enfermedades de alto costo definidas en el trabajo.

1. Las generadas en los servicios de urgencias y hospitalización son derivadas a través de sistema y correo electrónico a una central de autorizaciones donde automáticamente son aprobadas en horario de 7 a.m. a 5 p.m. A estas se les denomina Anexo 2 y Anexo 3, y son prioritarias por normativa.
2. Otras son las que se generan desde la consulta externa donde el paciente es atendido y el paciente tiene que dirigirse a la EAPB adonde es atendido en una línea de frente y donde pueden o no darse inmediatamente las autorizaciones de los servicios solicitados. Si no se da inmediatamente pueden suceder dos cosas. O se le informa al paciente que posteriormente se comunicarán con

él para informarle sobre si su solicitud fue autorizada o no, y la otra situación es que se puede informar a la IPS adonde se prestará el servicio para que se comuniquen con el paciente.

- Los pacientes que deciden pagar por la realización del procedimiento o servicio diagnóstico de manera particular por falta de oportunidad luego recobran el dinero gastado a través de un proceso destinado para tal efecto a la EAPB.

**Tabla 12: Variables.**

Variable	Descripción	Escala de medición
Edad	Tiempo que transcurre desde la fecha oficial de nacimiento del paciente	18 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años 71 o más años
Sexo	Sexo biológico del paciente	Masculino Femenino
Tipo de servicio	Servicio diagnóstico o de tratamiento ordenado por el médico tratante y/o la IPS que atiende al paciente.	Cirugía Medicamentos NO PBS Procedimientos NO PBS Quimioterapia NO PBS Cita con especialista Resonancia Nuclear TAC PET CT Radiología intervencionista Radioterapia Otros estudios
Ubicación geográfica	Ubicación de la vivienda, en las ciudades y áreas en donde tiene permiso de operaciones la EAPB.	Bogotá Municipios de Cundinamarca Medellín Municipios de Antioquia Cali Municipios del Valle
Valor de servicio	Costo de servicio	\$ 50.000 a \$ 100.000 \$101.000 a \$ 500.000 \$ 501.000 a \$ 1`000.000 \$ 1`000.000 a \$ 2`000.000 Superior a 2`000.001
Oportunidad de autorización	Tiempo que transcurre en días desde que se recibe la orden del examen o procedimiento hasta que es autorizado Según el Decreto 4747 de 2007 (5 días)	Número de días

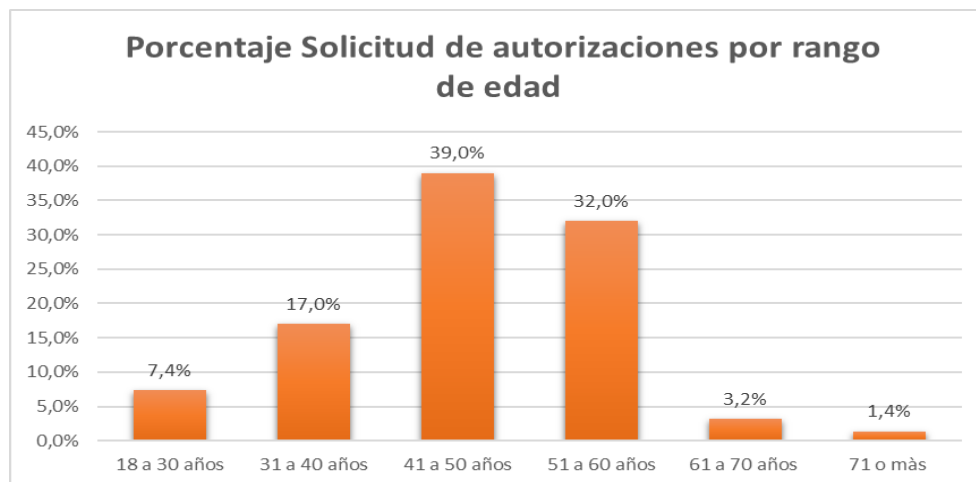
*Fuente: Elaboración propia del autor*



### Variable edad.

El rango de edad que más se encontró fue ente los 45 y 59 años, es decir personas de la mediana edad.

### Graficas 9 Porcentaje solicitud de autorizaciones por rango de edad

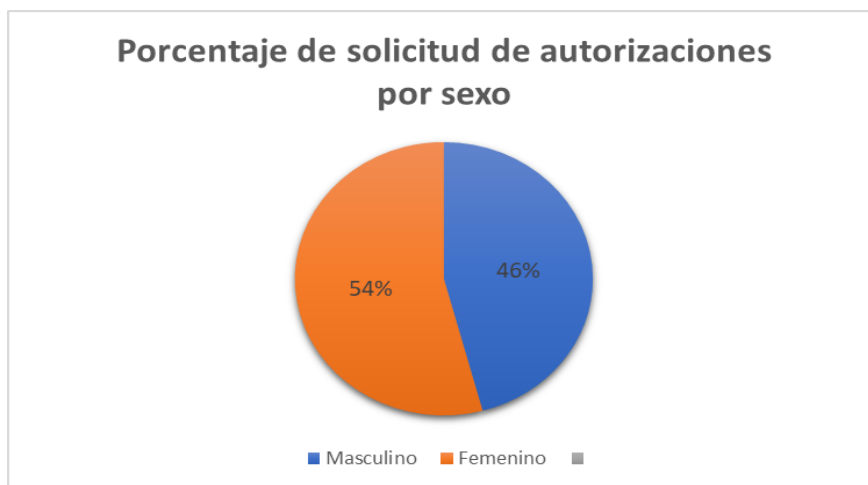


*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de servicios*

### Variable sexo.

El 54,19% es de sexo femenino, como se observa a continuación:

### Gráfica 10: Porcentaje solicitud de autorizaciones por sexo

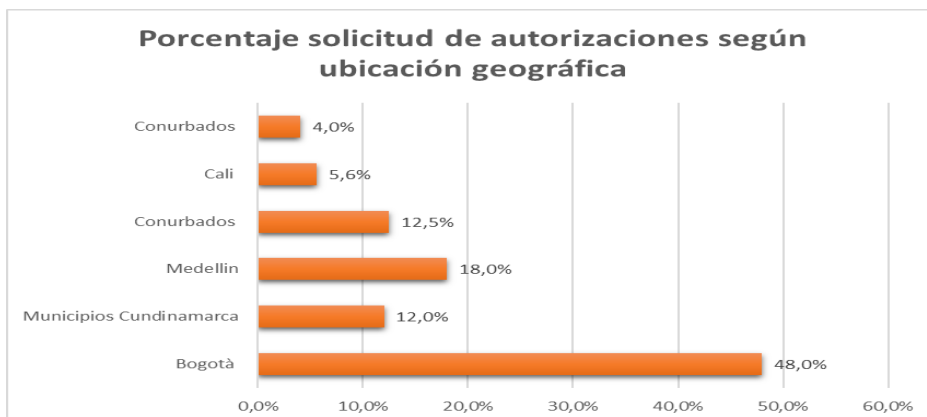


*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de servicios*

### Variable ubicación geográfica

Bogotá marca un mayor porcentaje, seguido de Medellín y su área metropolitana con los municipios conurbados y Cali con los municipios del Valle denotan un número inferior en solicitudes de servicios.

**Grafica 11: Porcentaje solicitud de autorizaciones según ubicación geográfica**

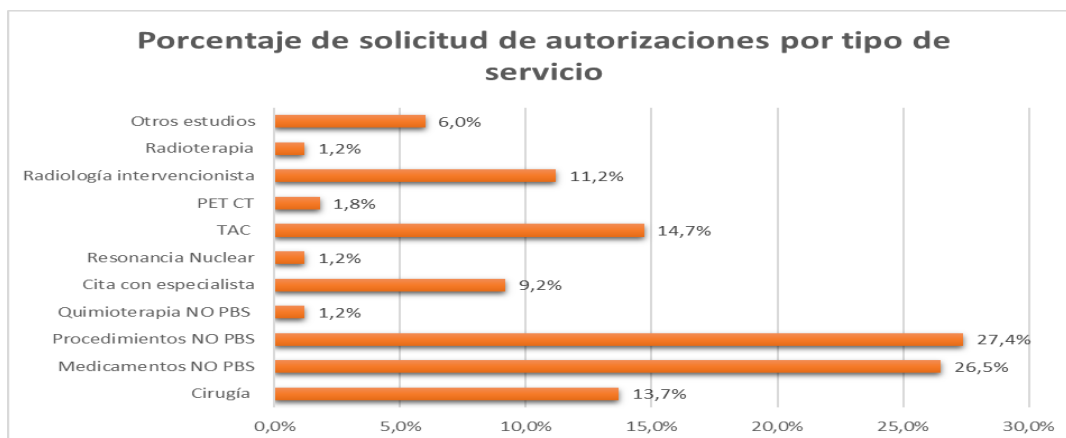


*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de servicios*

### Variable Servicios solicitados

Los servicios solicitados de la muestra de estudio fueron 10 solicitudes de servicios diferentes, siendo los de mayor porcentaje las ordenes de medicamentos y procedimientos No PBS (no incluidos en el POS o plan de beneficios), seguidos citas con especialista, TAC, cirugía y de radiología intervencionista, los de menor valor porcentual son la radioterapia y otros estudios.

**Gráfica 12: Porcentaje de solicitud de autorizaciones por tipo de servicio**

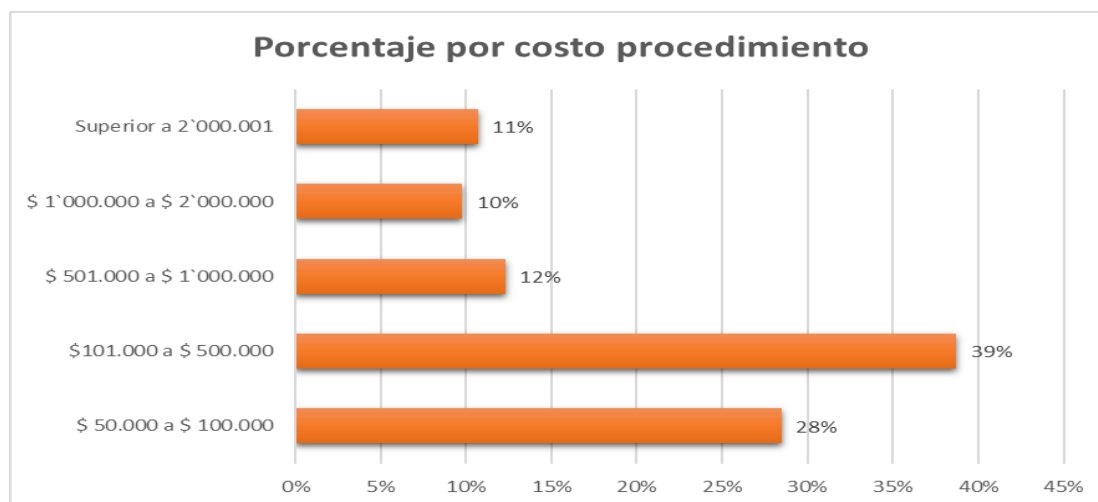


*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de servicios*

### Variable valor del procedimiento o servicio

No hubo una relación directa y determinante entre el costo del servicio. El que comprende un mayor porcentaje varía de \$ 101.000 a \$ 500.000, y luego entre \$ 50.000 a \$ 100.000

**Graficas 13: Porcentaje por costo procedimiento**



*Fuente: Dirección Nacional de Prestación de servicios*

**Tabla 13: Variable oportunidad por servicios**

Servicio solicitado	Oportunidad en días
Cirugía	18,2
Medicamentos NO PBS	12,9
Procedimientos NO PBS	7,9
Quimioterapia NO PBS	8
Cita con especialista	17,1
Resonancia Nuclear	24,2
TAC	20
PET CT	25,7
Radiología intervencionista	42,1
Radioterapia	5,4
Otros estudios	2,1
Promedio	16,9

*Fuente: Dirección de prestación de servicios. Elaboración propia del autor.*

## 5. CAPÍTULO 5

### DESARROLLO DE OBJETIVOS PROPUESTOS

Hasta el momento todas las herramientas que se han utilizado para la implementación del Lean Healthcare en muchos de los trabajos publicados, son las enfocadas originalmente en la industria de manufactura que se han ido adoptando y acoplado a las instituciones del sector salud, razón por la que, de manera puntual para el presente trabajo, el mapeo de la cadena de valor se tomó como base la publicación “*A new value stream mapping approach for healthcare environments*” (BARBERATO HENRIQUE, FREITAS RENTES, & GODINHO FILHO, 2015), que utiliza los modelos de VSM de manera específica para las empresas del sector salud y los procesos que impactan directamente en resultados en salud y financieros.

#### 5.1 Objetivo N°1

Identificar las falencias y necesidades del proceso autorizador de alto costo, eliminando las actividades que no agregan valor dentro del proceso y cuantificar el impacto que generan en las finanzas de la empresa.

El alcance del objetivo N°1 inicia en la identificación de las falencias que afectan el proceso a través de las herramientas planteadas y ya descritas anteriormente en el capítulo No 3, desde la perspectiva organizacional hasta obtener la línea base de acción que nos dará paso al desarrollo del objetivo No 2, direccionando el trabajo hasta la formulación de estrategias. El desglose del objetivo N°1:

- Identificación de falencias que afectan al proceso autorizador a nivel organizacional
- Aplicación de herramientas gerenciales diagnósticas para identificar la no generación de valor
- Cuantificación económica, del impacto de las actividades que no generan valor.
- Línea base de acción.

##### 5.1.1 Identificación de falencias que afectan al proceso autorizador a nivel organizacional

Siguiendo el sentido de esta investigación, una vez identificadas (capítulo 3) todas las actividades que representan los puntos críticos que no generan valor dentro del proceso y sub procesos autorizadores, aumentando los costos para la empresa por la ineficiencia en el proceso en términos de tiempo y recursos, se pretende entonces en este capítulo, conocer de qué manera desde el mapeo de la cadena de valor de la organización hasta lo estratégico, se detectan puntos críticos relacionados con las autorizaciones que pueden estar impactando en términos de resultado y logro de objetivos, particularmente los financieros. Para este propósito se desarrolló una lluvia de ideas con colaboradores

y excolaboradores de la EAPB con el fin de definir los principales factores que han logrado alterar el flujo normal de una autorización de una tecnología en salud. Los resultados obtenidos se describen a continuación:

- **Red insuficiente**
- **Cálculos deficientes de la reserva técnica**
- **Poca información sobre frecuencias de uso**

#### **Red insuficiente que lleva a salida de usuarios y disminución de UPC.**

Esta es una de las causales de demora en los tiempos de autorización dentro de la cadena de valor, que a su vez también es una de las razones por las que muchos usuarios se retiran de la EAPB, lo que representa menos dinero por concepto de UPC, es decir menos ingresos para la compañía. Para diagnosticar el estado de la red de prestación y su impacto frente a las autorizaciones de la EAPB, se formula y ejecuta un cuestionario abierto a la Coordinación Nacional de red y Autorizaciones de la EAPB.

La conclusión sobre este cuestionario permite detectar el estado de alerta en el que se encuentra la red de la EAPB, en donde inciden tanto factores internos, como: Flujo de recursos económicos que no permiten normalizar la prestación de servicios, estructura del proceso autorizador, desconocimiento de la demanda de servicios por parte de los usuarios con las patologías asociadas a este trabajo de investigación. También se hallan factores externos como: Disponibilidad de especialistas. El detalle del cuestionario se encuentra en el Anexo N°1.

El primero de los aspectos que incide en la dificultad para encontrar IPS donde se presten los servicios requeridos, es precisamente el cierre de servicios con las entidades contratadas por el pobre flujo de pagos a los prestadores, que cierra la baraja de posibilidades de prestación.

Realizando un análisis financiero de la deuda que presenta la EAPB a su red de prestadores, se logra evidenciar que para el año 2018, la totalidad del pasivo corriente alcanzó la suma de \$ 434.523.224.000.00, que representaron un incremento abrupto del 15% con respecto al resultado de esta variable financiera para el año 2017. La grafica No 14 muestra la relación entre los ingresos operacionales y los pasivos corrientes de la EAPB para el periodo 2017 versus 2018, donde es claro según el análisis, que al presentar una disminución considerable en la población afiliada (población 2017: 496.555 usuarios versus población 2018: 412.389 usuarios según las estadísticas poblacionales de la base de usuarios afiliados BDUA, mes de corte diciembre) la situación muestra rasgos de insostenibilidad desde el punto de vista financiero.

**Gráfica 14: Ingresos operativos vs pasivo corriente (2018 vs 2017).**



**Fuente: Estados financieros EAPB**

Para cuantificar más a fondo el impacto de la caída de población de la EAPB debido a las quejas asociadas a los problemas en la autorización de servicios de salud, puntualmente en los pacientes de alto costo, se tomó como línea de tiempo el periodo comprendido entre enero del 2018 y agosto del año 2019. A partir de esos datos (Tabla No 14) se calculó el valor que debió recibir la EAPB por concepto de afiliaciones, y se comparó con el valor que no se recibió por concepto de la desafiliación de usuarios por las causas atribuidas a las deficiencias en las autorizaciones.

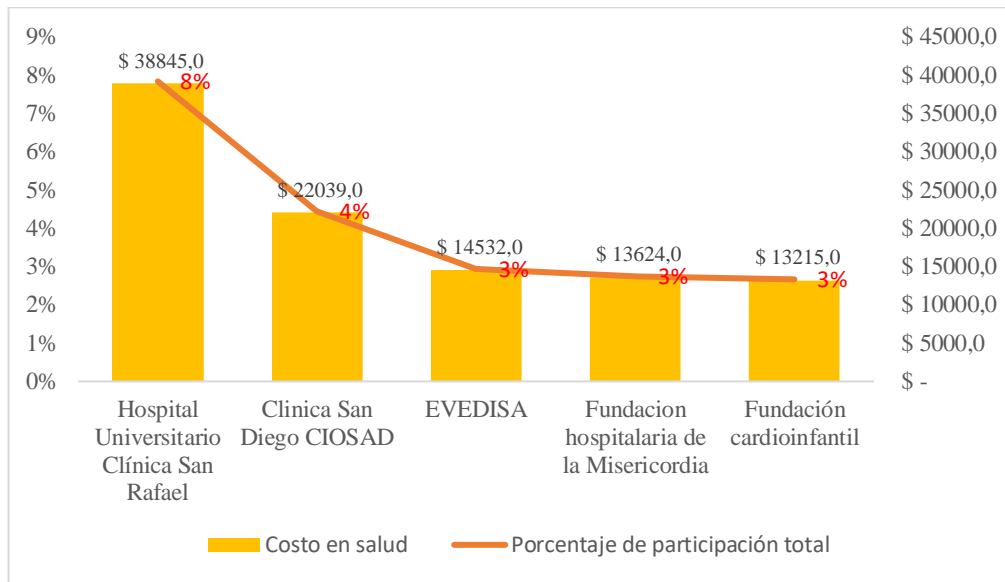
**Tabla 14: Resumen de los costos asociados a fuga de usuarios o desafiliaciones.**

UPC que debió recibir la EPS	UPC que se recibió la EPS	Diferencia
\$ 9,505,840,000.00	\$ 8,408,688,000.00	\$ 1,097,152,000.00

**Fuente: Estados financieros EAPB**

En el análisis desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, las principales IPS que impactaron financieramente desde el punto de vista del costo por su volumen de facturación, en el año 2018 a la EAPB, y según información de radicación de cuentas médicas, se presentan en el siguiente gráfico:

**Gráfica 15: Ingresos operativos vs pasivo corriente (2018 vs 2017).**



*Fuente: Estados financieros EAPB*

Con la información de la gráfica anterior, es importante visualizar el impacto que tienen las IPS que, en la mayoría de casos, le prestan servicios a la EAPB contratados bajo la modalidad pago por evento. Observamos en la gráfica anterior, que la IPS Clínica San Diego CIOSAD, que atiende población con cáncer, muestra que alrededor del 21% de los costos de la EAPB se enfocaron en atenciones fuera del ámbito del cuidado y la prevención de la enfermedad. Dicho lo anterior, el siguiente paso lógico consiste en la realización de un análisis de los costos de las autorizaciones para los pacientes de alto costo (específicamente en las patologías artritis, cáncer, hemofilia y VIH) y de manera teórica y científica realizar una comparación con el costo ideal de las atenciones mensuales que estos pacientes deberían tener, con el fin de cuantificar la desviación entre el costo real y el costo ideal de prestación.

Para realizar el análisis descrito en el párrafo anterior, se toma la base de cohortes de pacientes para los programas de artritis, cáncer, hemofilia y VIH de la EAPB y se cuantifica el valor de las autorizaciones que estos pacientes tuvieron en el año 2018. La tabla No 15 presenta el resumen del costo de las autorizaciones de los 5803 pacientes identificados.

**Tabla 15: Resumen costos 2018 autorizaciones pacientes de cohortes.**

Artritis	Cáncer	Hemofilia	VIH	Total general
\$ 14,836,040,392.03	\$ 25,891,548,990.67	\$ 1,727,814,431.36	\$ 15,569,887,328.77	\$ 58,025,291,142.84

*Fuente: base autorizaciones EAPB*

La tabla No 16 muestra la diferencia entre los costos promedio mensuales de las patologías seleccionadas comparadas con el costo que está asumiendo la EAPB por paciente.

**Tabla 16: Resumen diferencia costos promedio**

	Artritis	Cáncer	Hemofilia	VIH
Costo anual	\$ 14,836,040,392.03	\$ 25,891,548,990.67	\$ 1,727,814,431.36	\$ 15,569,887,328.77
Costo mensual	\$ 1,236,336,699.34	\$ 2,157,629,082.56	\$ 143,984,535.95	\$ 1,297,490,610.73
Pacientes	1325	3034	47	1397
Costo mensual por paciente	\$ 933,084.30	\$ 711,149.99	\$ 3,063,500.76	\$ 928,769.23
Costo esperado por paciente	\$ 893,136.32	\$ 213,637.50	\$ 1,233,333.33	\$ 686,098.98
Ahorro esperado por paciente mes	\$ 39,947.99	\$ 497,512.49	\$ 1,830,167.43	\$ 242,670.25
Ahorro por paciente mes	\$ 52,931,080.76	\$ 1,509,452,907.56	\$ 86,017,869.28	\$ 339,010,335.07
Ahorro año	\$ 635,172,969.10	\$ 18,113,434,890.67	\$ 1,032,214,431.36	\$ 4,068,124,020.89
<b>Total ahorro año</b>	<b>\$ 23,848,946,312.03</b>			

*Fuente: base autorizaciones EAPB*

El cuadro anterior muestra de manera general, el impacto financiero para la EPS por las ineficiencias que presenta el proceso autorizador en patologías de alto costo mostrando en todos los casos sobrecostos a nivel de las atenciones pagadas con respecto a los valores promedio encontrados para cada patología, dejando en claro que a pesar de que los tratamientos se ajustan con pertinencia tanto por guías de práctica clínica, como paquetes de servicios y auditorias por expertos en salud (dependiendo los niveles de complejidad), la funcionalidad del proceso se ha visto afectada económicamente por las siguientes causas (Información obtenida de la Nota Técnica de la Dirección Nacional de Aseguramiento):

- Inoportunidad en los tratamientos que terminan generando altos costos a nivel de hospitalizaciones e internaciones en unidades de cuidados intensivos: El 3,2% del costo total de las autorizaciones está asociado a autorizaciones de hospitalizaciones y estancias en unidades de cuidados intensivos (\$ 1,871,791,499.00 anuales).
- Desconocimiento y falta de control del proceso autorizador: El 51,6% del costo de las autorizaciones tienen un ámbito de prestación desconocido, lo que quiere decir que no se conoce si estas son ordenadas de manera hospitalaria o de manera ambulatoria.
- Falta de control sobre las tarifas y montos a autorizar: Se evidencian grandes diferencias entre los valores de tecnologías autorizadas, encontrando casos de gran impacto como un trasplante autólogo de células madres hematopoyéticas, tratamiento para la leucemia



(Costo mínimo reportado: \$12.400.000.00; Costo máximo reportado: \$116.410.000.00) un medicamento llamado ADALIMUMAB, tratamiento para la Artritis (Costo mínimo: \$ 2.422.883.00; Costo máximo: \$ 72.688.530.00) y finalmente el medicamento Acetato de LEUPROLIDE, tratamiento para el cáncer de próstata (Costo mínimo: \$ 1.907.222.00; Costo máximo: \$ 57.493.738.00). Analizando la totalidad de los costos por autorizaciones, se evidencia un coeficiente de variación promedio del 24%, lo cual muestra de la homogeneidad de las tarifas autorizadas.

Por otro lado, en la tabla se logra identificar de manera general el comportamiento que tienen las terapias para tratar cada patología. Por ejemplo, aunque el costo anual de los pacientes de cáncer es notoriamente superior al costo de las otras tres patologías, a nivel de costos mensuales por cada paciente, su valor es el más bajo. Lo anterior se explica desde las frecuencias de los tratamientos, ya que un paciente con cáncer puede durar ciertos periodos de tiempo sin recibir tratamiento intensivo, a diferencia de los pacientes de hemofilia, VIH y artritis, quienes en la mayoría de casos, deben mantener un tratamiento casi mensual para mantener control en su estado de salud.

Como conclusión de este punto, desde la perspectiva financiera, se puede afirmar que el costo anual a nivel de autorizaciones generadas alcanza \$ 23.848.946.312.00 que corresponde a un 4.81% con respecto al costo operacional de la EAPB en el año 2018, cifra nada despreciable teniendo en cuenta la situación financiera de la entidad.

### **Cálculos deficientes de la reserva técnica, para pago de servicios autorizados.**

Se entiende por Reserva Técnica los montos que las EAPB deben mantener para:

- Pago de las obligaciones pendientes conocidas y liquidadas,
- Obligaciones pendientes conocidas y no liquidadas,
- Obligaciones Pendientes No Conocidas (IBNR), y otras reservas

Lo anterior con el fin de lograr tener un horizonte de planeación mucho más fuerte, y adicionalmente la Reserva Técnica muestra que tan sanas están las finanzas de la Organización.

La tabla 17 presenta el análisis realizado sobre las Reservas Técnicas y datos relevantes de estados financieros, en el que se pueden identificar de una manera práctica las falencias en el cálculo de la Reserva Técnica por parte de la EAPB.

**Tabla 17: Análisis de la eficiencia de la reserva técnica (Cifras en millones de pesos)**

Concepto	Año 2018
Reserva Técnica mensual (dic 2018)	\$ 24,552
Ingreso operacional	\$ 489,027
Costo operacional	\$ 495,996
Costo de autorizaciones (foco)	\$ 58,025
Costo total autorizaciones EPS	\$ 251,381
Participación autorizaciones foco	23.08%
Costo autorizaciones promedio mes (foco)	\$ 4,835
Reserva Técnica proporcional (foco)	\$ 5,667
Costo operacional mes(foco)	\$ 9,541
Ingreso operacional mes(foco)	\$ 9,407

*Fuente: Dirección Financiera de la EAPB.*

A manera de explicación de la tabla anterior, y según los mecanismos de cálculo de la Reserva Técnica de la EAPB, se tiene un costo proyectado de \$ 5.667 millones de pesos mensuales como Reserva Técnica para el pago de prestaciones relacionadas con las patologías seleccionadas, pero los costos promedio de las autorizaciones mensuales de las enfermedades de alto costo seleccionadas, alcanzan únicamente \$4.835 millones de pesos, generando un desperdicio de la Reserva Técnica mensual de \$832 millones, dinero que de manera oportuna se pudo utilizar para pagar cuentas pendientes a la red de prestadores. Por otro lado, el costo operacional promedio que está entrando por radicación de cuentas medicas alcanza los \$ 9.541 millones, cifra que alcanza casi el doble del monto mensual de autorizaciones, generando así un desequilibrio financiero que termina afectando considerablemente la EAPB.

**Poca información sobre frecuencias de uso y mal cálculo de tarifas de contratación y modalidades contractuales.**

Las frecuencias de uso por definición es una fórmula que brinda la información sobre la cantidad de servicios que una población consume servicios de salud, dada por el número de veces que lo hace a razón de un periodo de tiempo determinado de los servicios y es un mecanismo que facilita la elaboración de los contratos de prestación de servicios. Con esta información se genera usualmente un valor aproximado de los servicios que se requieren de manera mensual o en el periodo que se determine.

Una forma lógica de poder calcular las frecuencias de uso de la población, es con los históricos de los servicios prestados por las IPS, lo que daría un dato exacto de los servicios en un determinado periodo de tiempo. Sin embargo, la EAPB no cuenta con información precisa de las autorizaciones que ya fueron atendidas por los prestadores, por lo que utilizan como insumo principal la información de la base de

radicación de cuentas médicas, la cual presenta dos situaciones particulares que hacen más inexacto el dato insumo para el cálculo información.

Lo primero es la cultura de radicación de cuentas por parte de los prestadores, que presentan cuentas de manera extemporánea y lo segundo es que acumulan cuentas de periodos anteriores y las presentan acumuladas tanto de varios meses, como de varios años, lo que termina generando inexactitudes en el cálculo de las frecuencias de uso. (El detalle de la información se presenta en el Anexo N°2: Cuestionario y resultados Coordinación de Aseguramiento).

Este detalle lleva a que no se tengan claras las tarifas con las que se contrata a los prestadores y a una inadecuada estructuración de modalidades contractuales que terminan siendo desventajosas para la entidad e impactando financieramente.

### **5.1.2 Aplicación de herramientas gerenciales diagnosticas para identificar la no generación de valor**










Para esta fase del objetivo, y como se ha explicado anteriormente, se utilizará la metodología VSM (Value Stream Mapping) para mapear las actividades que no generan valor a lo largo de todo el proceso autorizador desde los subprocesos hasta las fases estratégicas, según toda la información recopilada en este objetivo. Describiremos de manera esquemática cada uno de los subprocesos y el macro proceso posterior al análisis y detección de todas las actividades que no generan valor. El análisis se realiza desde la definición de estrategias organizacionales, pasando por todo el proceso de definición de demanda y generación de autorizaciones, hasta llegar al cierre contable de las autorizaciones desde el punto de vista financiero.

#### **5.1.2.1. Definición de la condición actual**

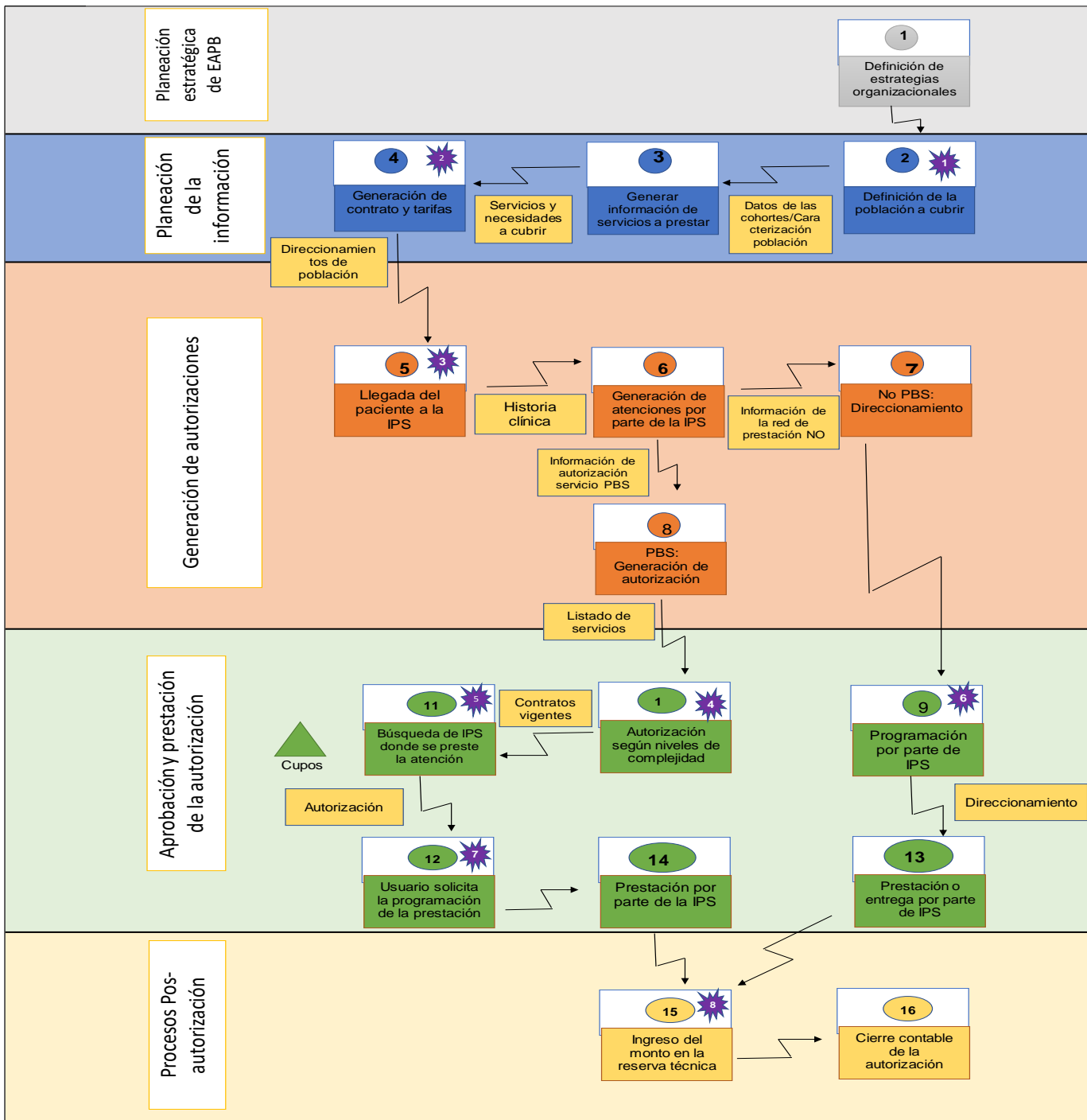
En la siguiente parte haremos una representación gráfica de la condición actual del proceso objeto del trabajo, a través de la VSM. Este mapeo tiene varias los componentes antes mencionados que incluyen actividades, recursos tecnológicos y humanos (Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos) que son detallados de manera que se seleccionan todas las actividades que no generan valor.

En la figura No 9 encontraremos la significación simbólica que nos permitirá entender la cadena de flujo valor que queremos reseñar. Aquí encontraremos

**Figura No 9** Convenciones VSM. Significación simbólica de la cadena de flujo de valor.

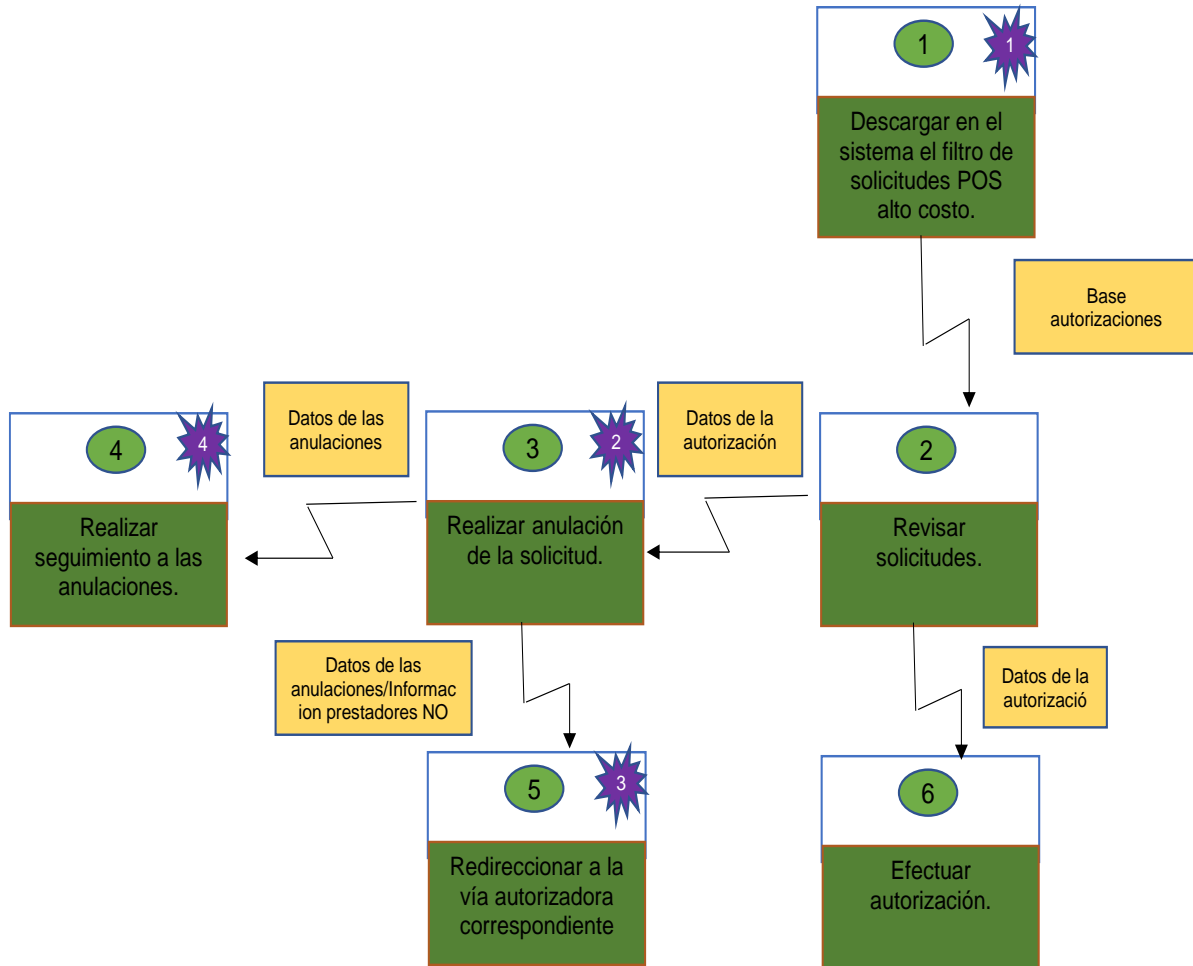
Símbolo	Descripción
	Actividades de la planeación estratégica de la EAPB
	Actividades de la planeación de la información
	Actividades de generación de autorizaciones
	Actividades de aprobación y prestación de la autorización
	Actividades pos autorización
	Tarea que no genera valor
	Inventario
	Flujo de información
	Numeración de la actividad

**Tabla 18: Mapeo de la cadena de valor actual.**



*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Figura 9: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones alto costo. VSM**

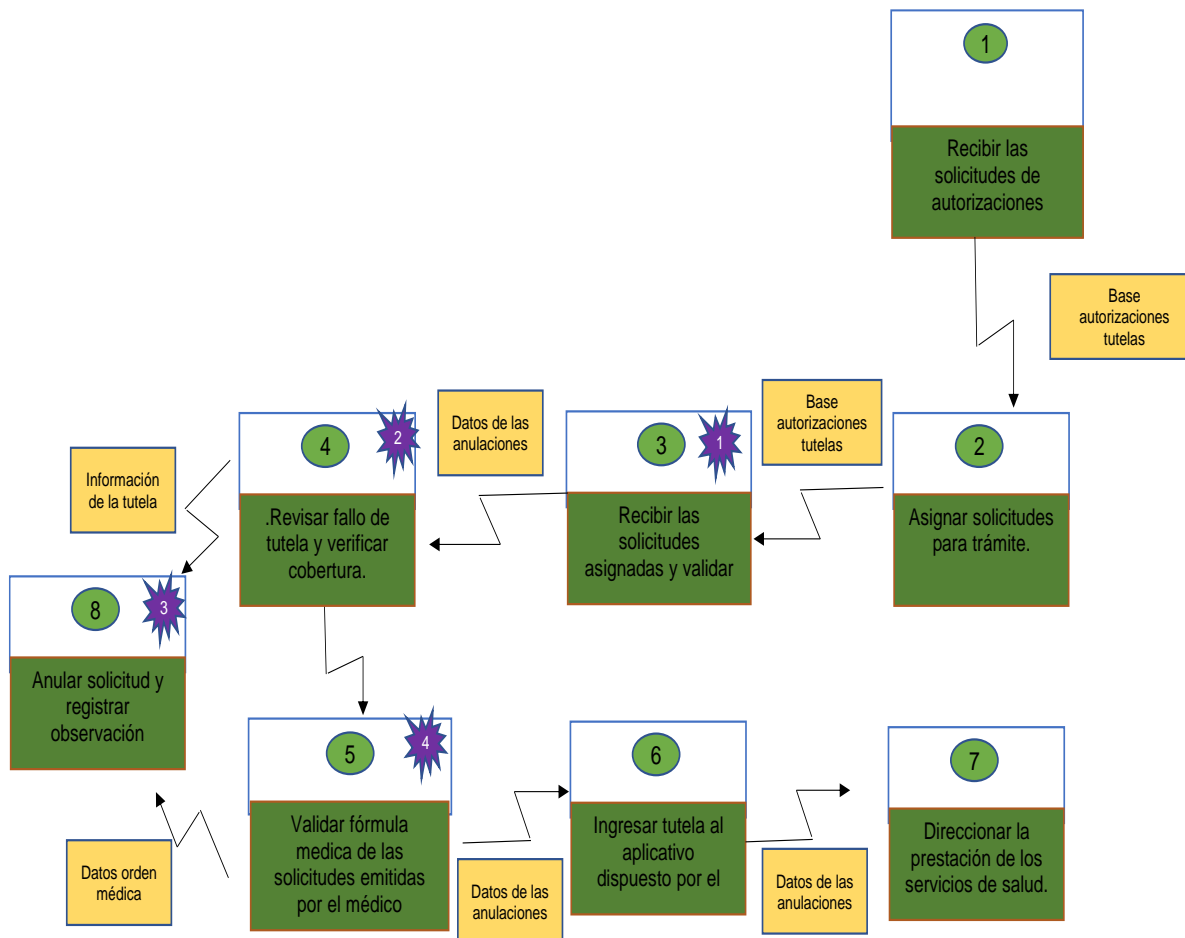


**Fuente: Elaboración propia del autor.**

En el detalle de la VSM del proceso autorizador de alto costo encontramos que de las 6 actividades que tiene el subproceso, 4 de ellas están generando desperdicios cuyo alcance va desde descargar y filtrar las solicitudes, hasta realizar seguimiento a las anulaciones y redireccionarlas, que como vimos en el análisis realizado en el capítulo 4, tienen una connotación de tiempo y dinero que han sido cuantificados para posteriormente plantear las mejoras dentro de la propuesta.

De esta manera podemos afirmar que en la realización de la VSM encontramos que el 66,6 % de las actividades no están generando valor al subproceso.

**Figura 10: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones tuteladas. VSM**

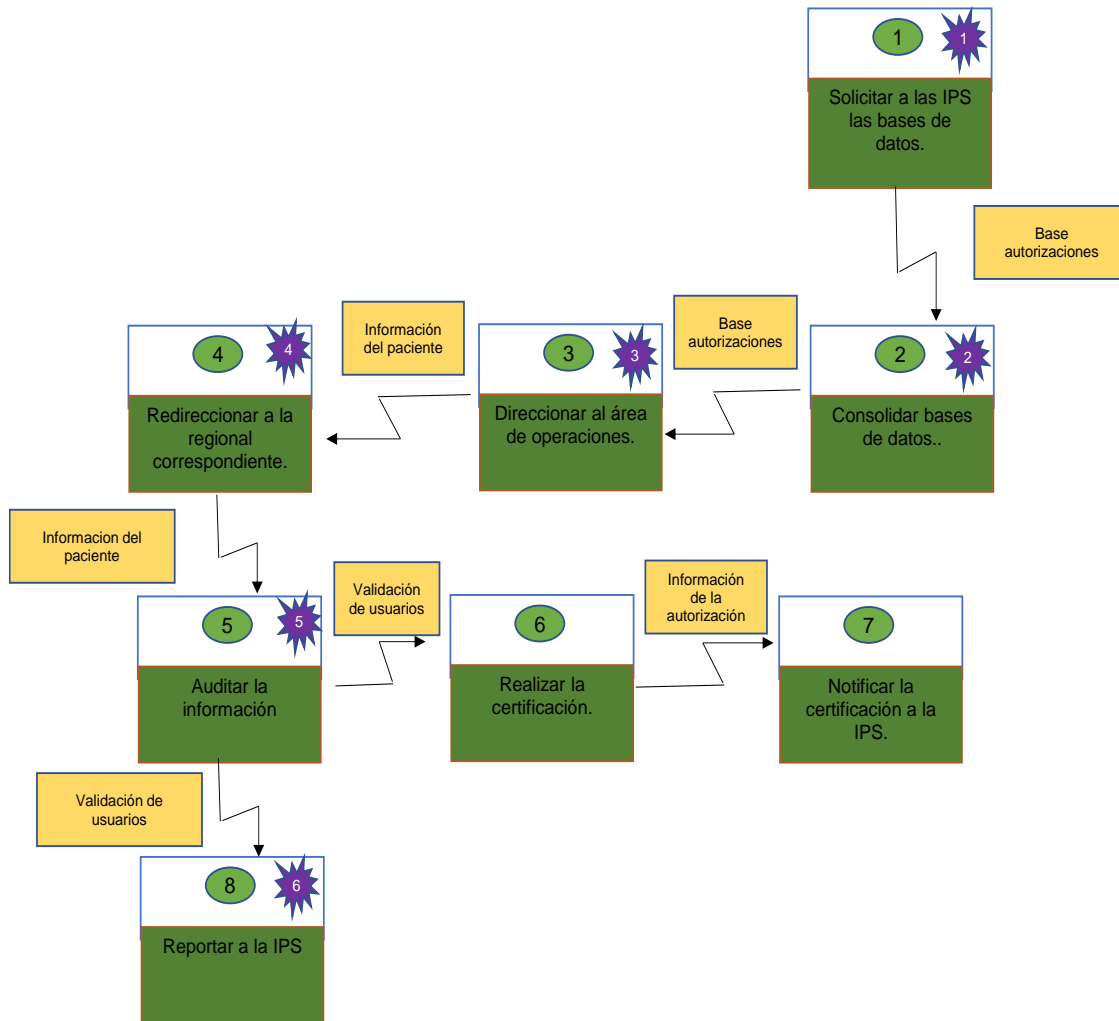


**Fuente: Elaboración propia del autor**

En el detalle de la VSM del proceso autorizador tuteladas hallamos 4 de las 8 actividades de las que se compone el subproceso, están marcadas dentro del esquema como actividades que están generando poco valor que van desde la recepción de las solicitudes de autorizaciones revisando los fallos de tuteladas como vimos en el análisis realizado (Capítulo 4), tienen una connotación de tiempo y dinero que han sido cuantificados para posteriormente plantear las mejoras dentro de la propuesta.

De esta manera podemos afirmar que en la realización de la VSM encontramos que el 50 % de las actividades no están generando valor al subproceso.

**Figura 11: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones masivas alto costo. VSM**



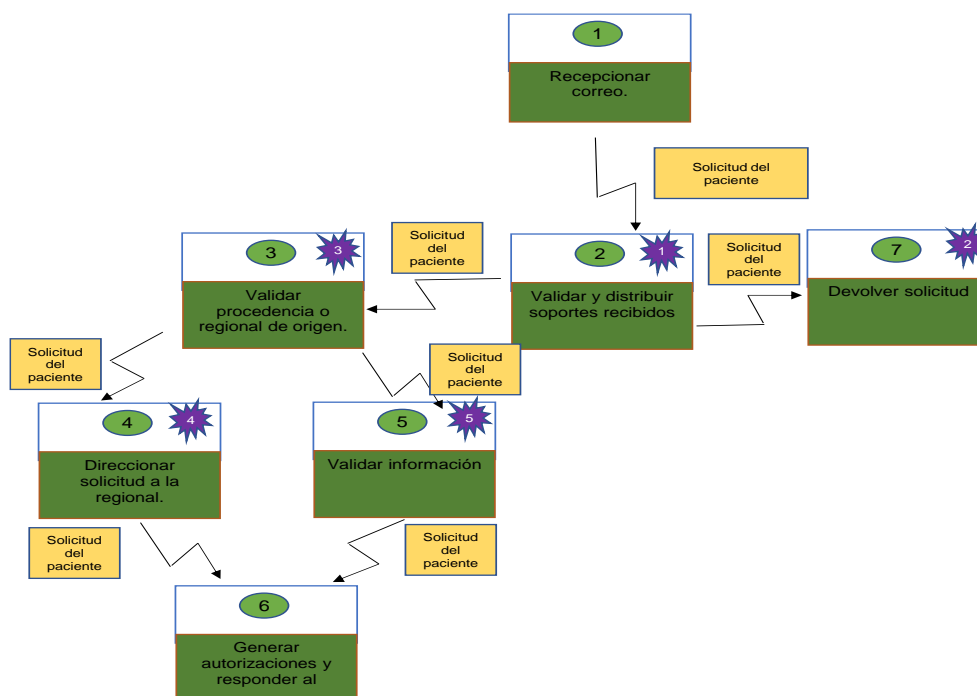
**Fuente: Elaboración propia del autor**

Encontramos en la VSM del proceso autorizador masivas de alto costo 8 actividades que conforman el subproceso y se desarrollan, pero que después del análisis 6 de ellas son señaladas en el esquema como actividades están generando poco valor, incluso desde el principio de la ruta del subproceso y hasta el final del mismo, como los son la solicitud de bases de prestaciones a los prestadores hasta el reporte de la notificación de usuarios que son actividades que de estar completamente automatizadas a ahorrarán recursos y tiempo.

Este 75 % de actividades fueron cuantificadas y se proyectará para la nueva propuesta de generación de valor.



**Figura 12: Mapeo de la cadena de valor de Autorizaciones correo electrónico. VSM**



*Fuente: Elaboración propia del autor.*

La tabla 19 muestra la relación entre las actividades del proceso versus las falencias que han impactado el proceso desde el análisis del VMS.

**Tabla 19: Resumen falencias identificadas VSM**

Resumen VSM		
Nro. Actividad	Actividad	Falencia identificada
2	Definición de la población a cubrir	1. No se cuenta con un pronóstico de la demanda de la población
4	Generación de contrato y tarifas	2. No homogeneidad en las tarifas pactadas
5	Llegada del paciente a la IPS	3. EPS desconoce los ámbitos de atención
9	Programación por parte de IPS	6. Tiempo de espera por falta de oportunidad
10	Autorización según niveles de complejidad	4. Los niveles autorizadores no están funcionando/información errónea frente a la autorización de cara a las necesidades del paciente
11	Búsqueda de IPS donde se preste la atención	5. Tiempos de espera para el usuario mientras se encuentra una IPS que preste el servicio/Falencias en la distribución de cargas de trabajo
12	Usuario solicita programación de la prestación	7. Tiempo de espera por falta de oportunidad
15	Ingreso del monto en la reserva técnica	8. Ausencia de metodología para el cálculo de la reserva técnica

*Fuente: Trabajo del autor.*

### 5.1.2 Cuantificación económica, del impacto de las actividades que no generan valor.

Luego de haber detallado los impactos financieros directos generados por las tareas que no generan valor, es necesario cuantificar la totalidad de estos con el fin de identificar de manera total, el impacto que este trabajo de investigación pretende mitigar. Así las cosas, la tabla 20 muestra el detallado de los rubros identificados, así como la fuente de estos.

**Tabla 20: Resumen falencias identificadas**

Costo por ineficiencia en el proceso autorizador	\$ 23,848,946,312.00
Costo acumulado por salida de usuarios	\$ 1,097,152,000.00
<b>Costo total anual de ineficiencias</b>	<b>\$ 24,946,098,312.00</b>
Costos operacional EAPB 2018	\$ 495,996,000,000.00
<b>Impacto anual frente a los costos</b>	<b>5.03%</b>

*Fuente: Trabajo del autor.*

Si bien es cierto que el impacto del 5,03% es un dato sumamente relevante frente a la situación actual de la EAPB, es importante señalar que existen otros costos que no pudieron ser cuantificados por estar fuera del alcance de este trabajo de investigación y que aumentaría el impacto total. Estos costos son:

- El costo por reprocesos del talento humano (No se conoce a ciencia cierta, que porcentaje del tiempo de las actividades genera reproceso por fallas dentro del proceso).
- El costo asociado a morbilidad/mortalidad de los pacientes por demoras en autorización
- El costo reputacional por las falencias en el proceso autorizador.

### 5.1.3 Línea base de acción

A lo largo de este capítulo se identificaron las actividades del proceso autorizador que no generan valor desde el punto de vista estratégico de la EAPB, llegando a realizar una cuantificación económica del impacto que tendría las mejoras en diferentes aspectos de la EAPB y que conlleven a un impacto positivo en el desempeño del proceso autorizador. Los costos de la ineficiencia terminan significando un 5,03% de los costos operacionales de la EAPB, lo cual es una participación alta en un periodo anual generada por aspectos que a la larga son fuente de errores y desarticulaciones entre diferentes áreas de la organización, más que por inversiones de infraestructura y/o software. Todo lo anterior ha dejado en claro que no existe transversalidad en los procesos organizacionales que de cierta manera se encuentran involucrados (planeación, contratación, prestación de servicios, área financiera) y que terminan afectando tanto el proceso autorizador, como las finanzas de la EAPB como se evidenció en los resultados comparativos de la Reserva Técnica y los costos de la organización.

El siguiente paso lógico es analizar desde una perspectiva estratégica la línea base de acción para realizar el planteamiento de estrategias que conlleven a que todas esas actividades evidenciadas que no generan valor, lo generen e incluso superen el valor esperado al ser estas innovadoras y enriquecedoras para la EAPB.

## 5.2 Objetivo N°2

El alcance del objetivo N°2 inicia después de identificar las falencias para cada falencia detectada y de allí se obtienen las estrategias innovadoras a implementar para la generación de valor a lo largo de todo el proceso autorizador desde una perspectiva estratégica. El desglose del Objetivo No 2:

- Homogenización de la información e identificación de alternativas para cada falencia identificada según objetivo No 1.
- Valoración de las alternativas según una matriz de generación de valor
- Selección de alternativas según puntaje
- Formulación de estrategias

### 5.2.1 Homogenización de la información e identificación de alternativas para cada falencia identificada

Para este punto es necesario analizar detalladamente las falencias identificadas y en lo posible homogenizar estos conceptos con el fin de identificar patrones que faciliten el impacto no solo al momento de formular acciones de mejora, sino también al momento de realizar la implementación sobre los procesos organizacionales.

La tabla 21 muestra la homogenización realizada para las falencias identificadas.

**Tabla 21: Homogenización falencias**

Homogenización de falencias		
Actividad	Falencia identificada	Falencia homogenizada
Definición de la población a cubrir	1. No se cuenta con un pronóstico de la demanda de la población	Pronóstico de demanda
Generación de contrato y tarifas	2. No homogeneidad en las tarifas pactadas	Homogenización de contratación
Llegada del paciente a la IPS	3. EPS desconoce los ámbitos de atención	Trazabilidad efectiva del paciente
Programación por parte de IPS	6. Tiempo de espera por falta de oportunidad	Red ineficiente

Autorización según niveles de complejidad	4. Los niveles autorizadores no están funcionando/información errónea frente a la autorización de cara a las necesidades del paciente	Parametrización de información fuente de la autorización
Búsqueda de IPS donde se preste la atención	5. Tiempos de espera para el usuario mientras se encuentra una IPS que preste el servicio/Falencias en la distribución de cargas de trabajo	Pronóstico de la demanda/Estructura del proceso autorizador
Usuario solicita programación de la prestación	7. Tiempo de espera por falta de oportunidad	Red ineficiente
Ingreso del monto en la Reserva Técnica	8. Ausencia de metodología para el Cálculo de la reserva técnica	Trazabilidad efectiva de las autorizaciones y prestación de las mismas

*Fuente: Elaboración propia del autor*

### 5.2.2 Evaluación de la información para formulación de estrategias.

Luego de obtener y describir un panorama más claro del proceso objeto del trabajo, a partir de este punto, con la información obtenida de los distintos análisis, podemos plantear una serie de estrategias innovadoras y necesarias para disminuir (o eliminar) la ocurrencia de todas aquellas actividades que no generan valor, y que fueron señaladas en el VSM y de esta forma aumentar la presencia de aquellas actividades que generan valor a la cadena, de acuerdo con los principios Lean.

**Primer paso:** Para el planteamiento de las estrategias, se construye un diagrama de Ishikawa tomando como insumo una lluvia de ideas generada entre Directivos y funcionarios de la empresa para formular las estrategias.

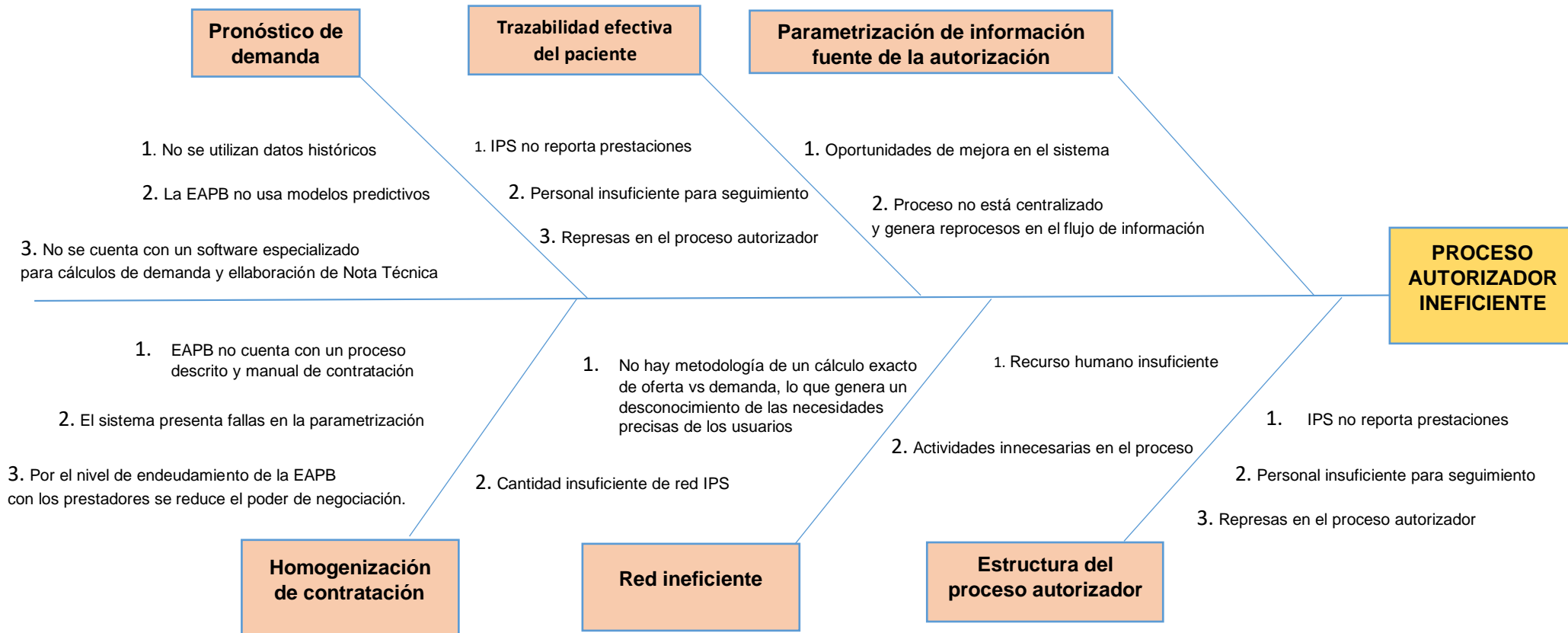
**Segundo paso:** De esta manera y revisando la literatura disponible, (Sanchez Guerrero, 2003) se plantean diferentes matrices para la evaluación y selección de alternativas. Con ellas se encuentra una formulación para la evaluación de estrategias, con las que se generan tres submatrices que evalúan diferentes aspectos de cada estrategia planteada, para finalmente ponderar y seleccionar las que tuvieron mayor puntuación.

**Tercer paso:** Una vez realizada las mediciones de cada una de las submatrices se procede a la ponderación y posterior consolidación de los puntajes para de esta manera definir las estrategias que serán la base para la construcción de la propuesta.

El resultado de la lluvia de ideas obtenida de los funcionarios de la EAPB, genera el diagrama de *Ishikawua* o “*espina de pescado*”, como causa efecto de la ineficiencia en el proceso.

**Primer paso.**

**Figura 13: Diagrama de Ishikawa**



*Fuente: Elaboración propia del autor*

**Segundo paso.** Se plantean diferentes matrices para la evaluación y selección de alternativas, para luego ponderarlas de acuerdo al puntaje. Las submatrices desarrolladas a partir de esta evalúan con una puntuación definida previamente, diferentes aspectos de cada estrategia planteada.

**Tabla 22: Submatrices.**

<b>1. Submatriz A</b>	Viabilidad de las estrategias
<b>Viabilidad técnica:</b>	1.1. Que tanto se adaptan al ambiente y que tanto aumentan la ventaja competitiva con respecto a otras EAPB.
<b>Viabilidad económica</b>	1.2. Analizar el beneficio económico sobre la inversión.
<b>Viabilidad social</b>	1.3. Reacción directa o indirecta que tendría la solución en los usuarios y trabajadores de la EAPB.
<b>Viabilidad política</b>	1.4. Medición según la situación de la EAPB (Según su situación, que tan viable es desarrollar esta estrategia).
<b>2. Submatriz B</b>	2.1. Medición de la congruencia con el desempeño interno de la organización, de acuerdo a estructura y potencialidades
<b>Compromiso:</b>	Mide si la estrategia va ligada al compromiso que tiene la EAPB hacia los usuarios.
<b>Adaptación:</b>	Mide el nivel de adaptación que tendría la estrategia en la organización.
<b>Capacitación:</b>	Mide que tan capacitada esta la EAPB para poner en marcha esta estrategia
<b>Comunicación:</b>	Mide la facilidad que conllevaría generar canales de comunicación asertiva entre los diferentes procesos de la EAPB.
<b>3. Submatriz C</b>	Identifica las estrategias que más aportan al desarrollo de la organización.
<b>Identidad:</b>	Mide que tanto la estrategia fortalece los valores propios de la organización.
<b>Finalidad</b>	Mide que tanto la estrategia fortalece la razón de ser de la EAPB
<b>Autonomía:</b>	Mide que tanto la estrategia fortalece la autonomía de la EAPB.
<b>Autocontrol:</b>	Mide que tanto la estrategia fortalece el autocontrol de la EAPB.

La escala utilizada para medir los resultados es la siguiente:

Alto	10
Medio	8
Medio bajo	6
Bajo	4

Continuamos con la medición de las submatrices A, B y C para determinar las estrategias a utilizar. En verde las estrategias que más valor obtengan en la calificación en la respectiva submatriz, en amarillo las que obtengan la segunda y en rojo las de menos calificación.

**Tabla 23: Medición de la submatriz A**

	<b>Estrategia</b>	<b>Viabilidad técnica</b>	<b>Viabilidad económica</b>	<b>Viabilidad social</b>	<b>Viabilidad política</b>	<b>Total</b>
Pronóstico de demanda	Cálculo según modelos predictivos	10	10	10	8	38
	Cálculo según histórico	6	8	4	10	28
	Inversión en un software especializado	10	6	8	6	30
Homogenización de contratación	Definición de un manual tarifario propio	6	6	4	8	24
	Revisión de parametrización tarifaria en el sistema	4	6	4	8	22
	Generar políticas de negociación y contratación	8	8	8	8	32
Trazabilidad efectiva del paciente	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	6	8	4	8	26
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	4	4	10	6	24
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	8	6	6	8	28
Red ineficiente	Interacción e interconexión entre la demanda calculada, la oferta necesaria, el presupuesto asignado y la tarifa de contratación	10	6	10	8	34
	Aumentar la cantidad de IPS contratadas	4	4	8	4	20
	Contratar auxiliares que busquen en toda la red los servicios necesitados por el usuario	4	8	8	6	26
Parametrización de información fuente de la autorización	Definición de algoritmos que desemboquen en los niveles correctos de autorización, según variables de decisión	8	8	10	8	34
	Centralización y redireccionamiento desde un auxiliar de autorizaciones	6	8	6	8	28
	No realizar modificaciones	4	4	4	4	16
Estructura del proceso autorizador	Contratar mayor recurso humano operativo	4	6	8	6	24
	Rediseñar el proceso, optimizando actividades	8	6	8	8	30
	Continuar con el mismo proceso	4	4	4	4	16
Trazabilidad efectiva de las autorizaciones y prestación de las mismas	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	6	8	4	8	26
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	4	4	10	6	24
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	8	6	6	8	28

*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Tabla 24: Medición de la submatriz B**

	<b>Estrategia</b>	<b>Compromiso</b>	<b>Adaptación</b>	<b>Capacitación</b>	<b>Comunicación</b>	<b>Total</b>
Pronóstico de demanda	Cálculo según modelos predictivos	10	8	8	8	34
	Cálculo según histórico	8	8	10	8	34
	Inversión en un software especializado	10	6	6	6	28
Homogenización de contratación	Definición de un manual tarifario propio	6	8	8	6	28
	Revisión de parametrización tarifaria en el sistema	6	6	6	6	24
	Generar políticas de negociación y contratación	8	6	10	8	32
Trazabilidad efectiva del paciente	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	10	6	6	4	26
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	6	6	6	4	22
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	8	8	6	6	28
Red ineficiente	Interacción e interconexión entre la demanda calculada, la oferta necesaria, el presupuesto asignado y la tarifa de contratación	10	6	6	6	28
	Aumentar la cantidad de IPS contratadas	8	8	8	6	30
	Contratar auxiliares que busquen en toda la red los servicios necesitados por el usuario	8	8	6	8	30
Parametrización de información fuente de la autorización	Definición de algoritmos que desemboquen en los niveles correctos de autorización, según variables de decisión	10	8	6	8	32
	Centralización y redireccionamiento desde un auxiliar de autorizaciones	4	6	4	6	20
	No realizar modificaciones	4	4	4	4	16
Estructura del proceso autorizador	Contratar mayor Recurso humano	8	6	6	6	26
	Rediseñar el proceso, optimizando actividades	8	8	8	8	32
	Continuar con el mismo proceso	4	4	4	4	16
Trazabilidad efectiva de las autorizaciones y prestación de las mismas	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	10	6	6	4	26
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	6	6	6	4	22
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	8	8	6	6	28

*Fuente: Elaboración propia del autor.*



**Tabla 25: Medición de la submatriz C**

	<b>Estrategia</b>	<b>Identidad</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Autonomía</b>	<b>Autocontrol</b>	<b>Total</b>
Pronóstico de demanda	Cálculo según modelos predictivos	10	10	10	10	40
	Cálculo según histórico	6	6	8	10	30
	Inversión en un software especializado	8	10	6	10	34
Homogenización de contratación	Definición de un manual tarifario propio	10	6	10	10	36
	Revisión de parametrización tarifaria en el sistema	4	4	6	10	24
	Generar políticas de negociación y contratación	10	8	10	8	36
Trazabilidad efectiva del paciente	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	6	10	4	8	28
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	6	10	4	8	28
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	8	10	8	8	34
Red ineficiente	Interacción e interconexión entre la demanda calculada, la oferta necesaria, el presupuesto asignado y la tarifa de contratación	10	10	4	10	34
	Aumentar la cantidad de IPS contratadas	4	10	4	6	24
	Contratar auxiliares que busquen en toda la red los servicios necesitados por el usuario	4	10	6	4	24
Parametrización de información fuente de la autorización	Definición de algoritmos que desemboquen en los niveles correctos de autorización, según variables de decisión	8	10	10	10	38
	Centralización y redireccionamiento desde un auxiliar de autorizaciones	6	6	6	8	26
	No realizar modificaciones	4	4	4	4	16
Estructura del proceso autorizador	Contratar mayor recurso humano	4	6	6	6	22
	Rediseñar el proceso, optimizando actividades	8	8	8	8	32
	Continuar con el mismo proceso	4	4	4	4	16
Trazabilidad efectiva de las autorizaciones y prestación de las mismas	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	6	10	4	8	28
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	6	10	4	8	28
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	8	10	8	8	34

*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Tercer paso:** Ponderación y consolidación de los puntajes. A continuación, se muestra la calificación final para cada estrategia medida.

**Tabla 26: Medición final de las estrategias, con base en matrices A, B y C.**

	<b>Estrategia</b>	<b>Total</b>
Pronóstico de demanda	Cálculo según modelos predictivos	112
	Cálculo según histórico	92
	Inversión en un software especializado	92
Homogenización de contratación	Definición de un manual tarifario propio	88
	Revisión de parametrización tarifaria en el sistema	70
	Generar políticas de negociación y contratación	100
Trazabilidad efectiva del paciente	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	80
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	74
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	90
Red ineficiente	Interacción e interconexión entre la demanda calculada, la oferta necesaria, el presupuesto asignado y la tarifa de contratación	96
	Aumentar la cantidad de IPS contratadas	74
	Contratar auxiliares que busquen en toda la red los servicios necesitados por el usuario	80
Parametrización de información fuente de la autorización	Definición de algoritmos que desemboquen en los niveles correctos de autorización, según variables de decisión	104
	Centralización y redireccionamiento desde un auxiliar de autorizaciones	74
	No realizar modificaciones	48
Estructura del proceso autorizador	Contratar mayor recurso humano	72
	Rediseñar el proceso, optimizando actividades	94
	Continuar con el mismo proceso	48
Trazabilidad efectiva de las autorizaciones y prestación de las mismas	Exigir al prestador el envío de la prestación de servicios de manera periódica	80
	Contratar auxiliares que se comuniquen de manera mensual con las IPS para rastrear los pacientes atendidos de la EAPB	74
	Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento.	90

*Fuente: Elaboración propia del autor*

### **5.2.3 Formulación de estrategias.**

Con base en la medición final descrita en la tabla No 26, nos permitimos detallar cada una de las estrategias que, de cara al ejercicio de las matrices, fueron ponderadas con el mayor puntaje.

#### **Cálculo según modelos predictivos. (Puntaje 112)**

Busca llevar a cabo un cálculo para el pronóstico de la demanda con base en implementar modelos predictivos, para lograr anticiparse a los volúmenes de autorizaciones, en especial las de alto costo y por otro lado estructurar buenos modelos de negociación y contratación beneficiosos para la entidad.

#### **Generar políticas de negociación y contratación (Puntaje 100)**

A través de esta estrategia la EAPB puede parametrizar en el sistema de información, de manera que estandarice y logre la homogenización de los contratos con los prestadores, con lo que puede direccionar correctamente la autorización de servicios a los distintos prestadores de la red.

#### **Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento (Puntaje 90)**

Esta estrategia busca trabajar sobre las oportunidades de mejora que tiene el proceso y realizar un seguimiento a las autorizaciones y la prestación efectiva de los servicios a los usuarios por parte de los prestadores.

#### **Interacción e interconexión entre la demanda calculada, la oferta necesaria, el presupuesto asignado y la tarifa de contratación. (Puntaje 96)**

Con esto se logrará coherencia entre la suficiencia de red para atender la demanda y calcular la reserva técnica financiera para cubrir las obligaciones por concepto de autorización de servicios a prestar.

#### **Definición de algoritmos que desemboquen en los niveles correctos de autorización, según variables de decisión. (Puntaje 104)**

Estrategia fundamental de cara a lograr un sistema eficiente que acorte los pasos y haga más expedito el proceso con una parametrización de información fuente de la autorización.

#### **Rediseñar el proceso, optimizando actividades. (Puntaje 94)**

Con la eliminación de las actividades que no generan valor se puede obtener un proceso más ágil y sin desperdicios que generen falta de oportunidad y aumento en los costos.

### **Redefinición del proceso autorizador y de seguimiento. (Puntaje 90)**

Permitirá conocer el estado real de las autorizaciones y la prestación efectiva, para tomar las medidas a lugar en caso de algún signo de alerta en el proceso.

#### **5.3 Objetivo N°3**

Definir los elementos que agregan valor y que generen diferenciación a la compañía, minimizando los riesgos financieros.

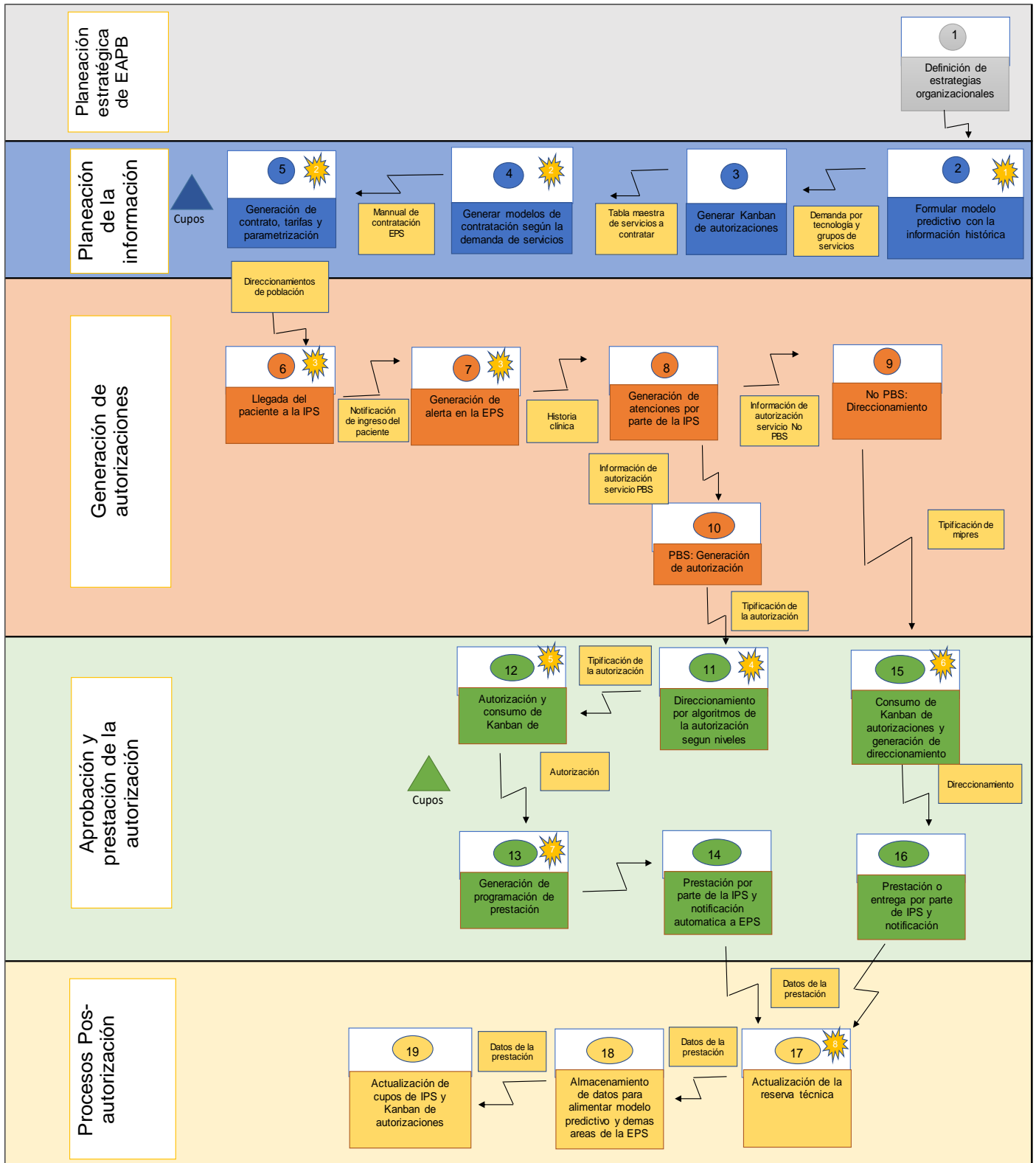
- Describir las VSM deseadas de los subprocesos y el macroproceso estratégico.
- Cuantificar el impacto económico de las mejoras implementadas en el proceso.

En este objetivo se describirán las VSM deseadas y obtenidas posterior al análisis realizado a cada una de las actividades y a los componentes de los subprocesos y el macro proceso estratégico, con base en la información obtenida de las entrevistas realizadas a los funcionarios operativos y directivos involucrados. Veremos el detalle de cada una de ellas esquemáticamente y que reflejan el estado que consideramos es la base de la propuesta con actividades eliminadas pues se consideran unos reprocesos, actividades innecesarias, y muchas de ellas pueden ser realizadas por automatización.

Ahora bien, por todas las razones que han sido mencionadas a lo largo del trabajo, el proyecto se enfoca de manera fundamental en maximizar el valor en términos financieros y de tiempo que agregan los subprocesos y el macro proceso autorizador.

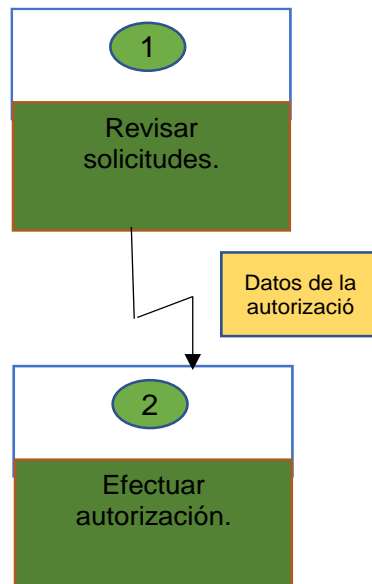
Es por ello que el enfoque estará direccionado en las mudas señaladas. A continuación, se esquematizan las VSM deseadas posterior a las correcciones realizadas.

**Figura 14: Mapeo de la cadena de valor deseada.**



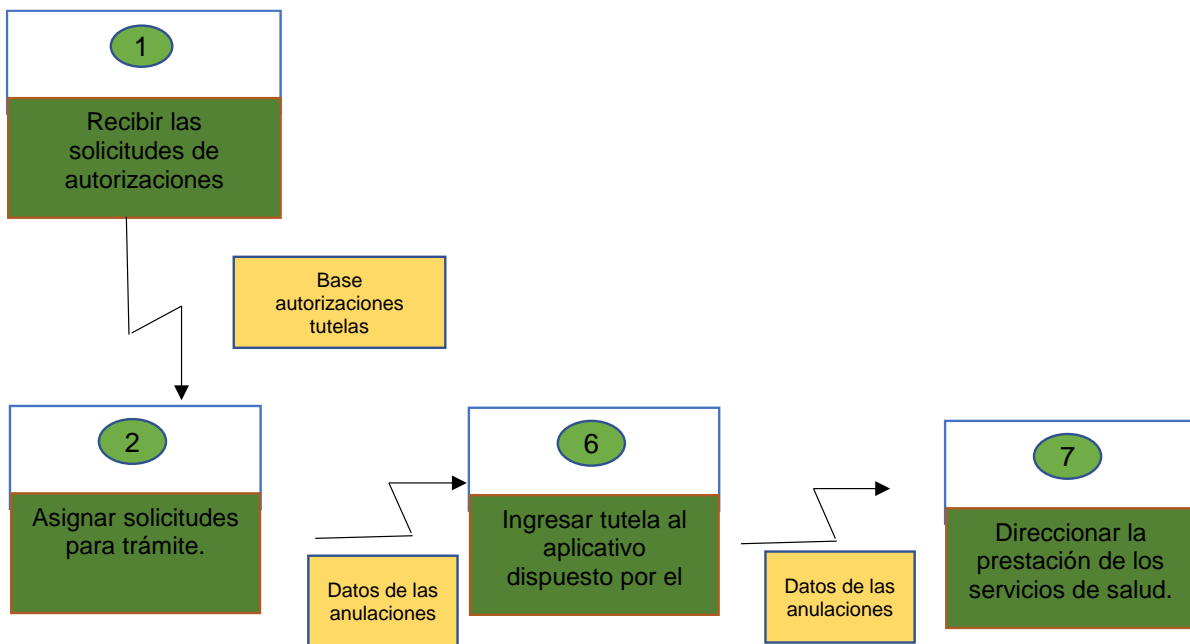
*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Figura 15: VSM deseada de subproceso Autorizaciones alto costo**



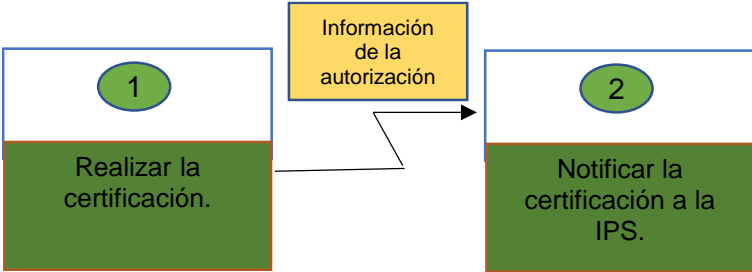
*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Figura 16: VSM deseada de subproceso Autorizaciones tuteladas.**



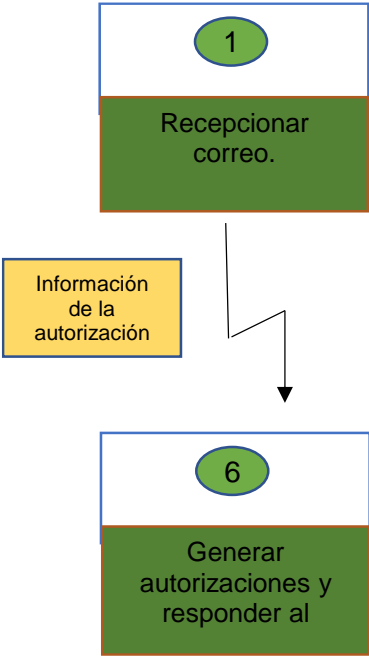
*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Figura 17: VSM deseada de subproceso Autorizaciones masivas alto costo.**



*Fuente: Elaboración propia del autor.*

**Figura 18: VSM deseada de subproceso Autorizaciones por correo electrónico.**



*Fuente: Elaboración propia del autor.*

Una vez descritas las VSM deseadas, se procede a describir la cuantificación del costo de los puntos críticos detectados en el análisis de acuerdo con la metodología usada y la información recolectada y analizada.

**Tabla 27: Resumen de actividades que no generan valor del subproceso de Autorizaciones de alto Costo.**

Subprocesos	No de actividad	Tarea	Costo mes	Tiempo mes (minutos)
Autorizaciones alto costo	1	Descargar en el sistema el filtro de solicitudes POS alto costo.	\$ 55,556.00	240
	3	Realizar anulación de la solicitud.	\$ 555,556.00	2400
	4	Redireccionar a la vía autorizadora correspondiente	\$ 333,333.00	1440
	6	Realizar seguimiento a las anulaciones	\$ 55,556.00	240
	<b>Total</b>		<b>\$ 1,000,000.00</b>	<b>4320</b>

*Fuente: Elaboración propia del autor*

**Tabla 28: Resumen de actividades que no generan valor del subproceso de autorizaciones de servicio vía tutelas.**

Subprocesos	Numero de actividad	Tarea	Costo	Tiempo mes (Minutos)
Autorización de tutelas	3	Recibir las solicitudes asignadas y validar el tipo de servicio.	\$ 666.667	2160
	4	Revisar fallo de tutela y verificar cobertura.	\$ 1.333.333	4320
	8	Anular solicitud y registrar observación pertinente al caso.	\$ 222.222	720
	<b>Total</b>		<b>\$ 2.222.222</b>	<b>7200</b>

*Fuente: Elaboración propia del autor*

**Tabla 29: Resumen de actividades que no generan valor del subproceso de Autorizaciones masivas alto costo**

Subprocesos	Numero de actividad	Tarea	Costo	Tiempo mes (Minutos)
Masivas alto costo	1	Solicitar a las IPS las bases de datos.	\$ 680.000	2880
	2	Consolidar bases de datos.	\$ 340.000	1440
	3	Direccionar al área de operaciones.	\$ 170.000	720
	4	Redireccionar a la regional correspondiente.	\$ 170.000	720
	5	Auditar la información.	\$ 340.000	1440
	7	Reportar a la IPS.	\$ 170.000	720
	<b>Total</b>		<b>\$ 1.870.000</b>	<b>7920</b>

*Fuente: Elaboración propia del autor*



**Tabla 30: Resumen de actividades que no generan valor del Subproceso Autorizaciones por correo electrónico**

Subprocesos	Numero de actividad	Tarea	Costo	Tiempo mes (Minutos)
Autorizaciones por correo electrónico	2	Validar y distribuir soportes recibidos.	\$ 1.481.481	1920
	3	Devolver solicitud.	\$ 1.666.667	2160
	4	Validar procedencia o regional de origen.	\$ 555.556	720
	5	Direccionar solicitud a la regional.	\$ 1.111.111	1440
	6	Validar información.	\$ 555.556	720
	<b>Total</b>			<b>\$ 5.370.370</b>

*Fuente: Elaboración propia del autor*

Ahora que se encuentran detalladas las actividades que no generan valor y posterior a la elaboración de las VSM deseadas y el resultado cuantificado que nos da la metodología podemos proponer el modelo con las cifras de ahorro en un comparativo del actual versus la propuesta objeto del presente trabajo.

**Tabla 31: Resumen costos de implementación propuesta y ahorro generado por las actividades que no generan valor.**

Concepto	Ítem	Costo mensual	
Implementación modelo	Ingeniero desarrollador (5)	\$ 17,500,000	
	Ingeniero Estadístico	\$ 3,500,000	
	Profesional de contratación	\$ 3,500,000	
	Software de integración para autorizaciones	\$ 26,000,000	
	Costos totales implementación	\$ 50,500,000	
<b>Total</b>		<b>\$ 101,000,000</b>	
Concepto	Ítem	Costo mensual	Tiempo mensual
Ahorro por actividades que no generan valor dentro del proceso autorizador	Autorizaciones alto costo	\$ 1,000,000	4320
	Autorizaciones tutelas	\$ 2,666,667	8640
	Autorizaciones masivas alto costo	\$ 1,870,000	7920
	Autorizaciones por correo electrónico	\$ 5,370,370	6960
<b>Total</b>		<b>\$ 10,907,037</b>	<b>27840</b>

*Fuente: Elaboración propia del autor*

#### 5.4 Objetivo No 4.

Elaborar una propuesta de modelo piloto del proceso que implemente los cambios necesarios para mejorar los objetivos de rentabilidad.

**Tabla 32: Modelo piloto del proceso autorizador y costeo.**

Actividad	Nombre	Descripción (Que)	Cómo	Recursos	Costo (mensual)
1	Definición de estrategias organizacionales	La EPS define su plataforma estratégica según resultados de periodos anteriores, análisis del entorno y objetivos que se pretendan cumplir en el corto, mediano y largo plazo	1. Reuniones con líderes de procesos 2. Análisis de datos relevantes	No implica nuevos recursos	No implica nuevos costos
2	Formular modelo predictivo con la información histórica	Mediante software estadístico libre (R software) se analizan los comportamientos de los datos históricos y se construye un modelo que permita dimensionar los servicios que los usuarios pueden llegar a necesitar en un periodo de tiempo (por cada código de tecnología), bajo un parámetro de error definido.	1. Actualización periódica del modelo con los nuevos datos obtenidos de la prestación. 2. Generando pruebas de cálculo de error para madurar el modelo.	1. Ingeniero desarrollador 2. Ingeniero Estadístico	\$ 7,000,000
3	Generar Kanban de autorizaciones	Luego de tener el modelo predictivo, se debe definir un Kanban por cada código de tecnología, el cual actuara como mecanismo para disminuir el tiempo de autorización del servicio de salud	1. Calculando las frecuencias de uso de los servicios. 2. Sincronizando esta información con las necesidades contractuales		
4	Generar modelos de contratación según la demanda de servicios	Se debe analizar la manera más costo efectiva para construir paquetes de atención y definir la mejor manera de incluir tecnologías dentro de las diferentes modalidades de contratación	1. Analizando los datos del modelo predictivo 2. Generando una estrategia de contratación de proveedores e IPS	1. Profesional de contratación	\$ 3,500,000
5	Generación de contrato, tarifas y parametrización	Al momento de contactar con los prestadores, la EPS debe poner como condición la instalación de un software que permita hacer la interconexión entre los cupos de la IPS y los Kanban generados, con el fin de conocer en tiempo real los servicios prestados y las autorizaciones disponibles. Se esperaría que si el nivel autorizador no requiere una auditoria, el sistema genere automáticamente la autorización y la programación de la prestación.	1. Comprando un nuevo software que permita la integración 2. Aplicando las estrategias de contratación para enmarcar la prestación de los servicios en las modalidades de contratación deseadas	1. Software 2. Ingenieros desarrolladores (4)	\$ 40,000,000
6	Llegada del paciente a la IPS	El paciente se dirige a la IPS como lo hace actualmente	De manera presencial	No implica nuevos recursos	No implica nuevos costos
7	Generación de alerta en la EPS	Cuando el paciente se le tomen datos de ingreso a la IPS, se debe generar una alerta en el sistema de información que viaje hasta la EPS	1. Un módulo de alerta que informe el ingreso del paciente	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
8	Generación de atenciones por parte de la IPS	El paciente se dirige a la IPS como lo hace actualmente	De manera presencial	No implica nuevos recursos	No implica nuevos costos
9	No PBS: Direccionamiento	El direccionamiento se realiza como se hace actualmente	De manera virtual	No implica nuevos recursos	No implica nuevos costos
10	PBS: Generación de autorización	la autorización se realiza como se hace actualmente	De manera virtual	No implica nuevos recursos	No implica nuevos costos

11	Direccionamiento por algoritmos de la autorización según niveles autorizadores	La autorización viaja a través del sistema de información y se filtra en los algoritmos contruidos, con el fin de garantizar mediante parametrización, que la autorización quede dentro del nivel adecuado.	1. Dependiendo el código de la tecnología y el diagnóstico del paciente, el sistema valida el nivel correcto de la autorización	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
12	Autorización y consumo de Kanban de autorización	Dependiendo el nivel autorizador de la autorización, esta consume automáticamente la autorización del Kanban (de ser necesario una auditoria, al momento en el que se da el visto bueno de la autorización, se debe consumir el Kanban)	1. Los códigos de las tecnologías deben hacer la búsqueda dentro del Kanban para realizar el consumo respectivo.	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
13	Generación de programación de prestación	El Kanban consumido, mediante la interconexión del sistema de información, debe buscar un cupo en el sistema de la IPS y consumirlo para generar la programación de la prestación	1. Mediante la interconexión de los sistemas de información	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
14	Prestación por parte de la IPS y notificación automática a EPS	Se presta el servicio PBS en la IPS y se informa inmediatamente a la EPS mediante una alerta.	Según la alerta de la actividad 7, en esta actividad se genera otra alerta, la cual ayuda a garantizar la totalidad del seguimiento del paciente desde el ingreso al servicio, hasta la prestación efectiva.	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
15	Consumo de Kanban de autorizaciones y generación de direccionamiento	Dependiendo el direccionamiento de la tecnología No PBS, esta consume automáticamente la autorización del Kanban	1. Los códigos de las tecnologías deben hacer la búsqueda dentro del Kanban para realizar el consumo respectivo.	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
16	Prestación o entrega por parte de IPS y notificación automática a la EPS	Se presta el servicio No PBS en la IPS y se informa inmediatamente a la EPS mediante una alerta.	Según la alerta de la actividad 7, en esta actividad se genera otra alerta, la cual ayuda a garantizar la totalidad del seguimiento del paciente desde el ingreso al servicio, hasta la prestación efectiva.	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
17	Actualización de la reserva técnica	Dependiendo la prestación y las autorizaciones, se debe actualizar la reserva técnica	1. Según la información almacenada en el sistema de información	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
18	Almacenamiento de datos para alimentar modelo predictivo y demás áreas de la EPS	El sistema debe almacenar los datos de las autorizaciones y prestaciones realizadas	Mediante tablas y reportes del sistema de información	Los recursos están contemplados en la actividad 5	Los costos están contemplados en la actividad 5
19	Actualización de cupos de IPS y Kanban de autorizaciones	El sistema debe actualizar en tiempo real los cupos y los Kanban de autorizaciones, con el fin de evitar que se asignen cupos de manera repetida	Mediante actualización automática del sistema de información	No implica nuevos recursos	No implica nuevos costos

*Fuente: Elaboración propia del autor*

**Tabla 33: Resumen modelo propuesto vs modelo actual.**

<b>Concepto</b>	<b>Modelo actual</b>	<b>Modelo propuesto</b>	<b>Ahorro</b>
Salida de usuarios por concepto de autorizaciones no oportunas	\$ 1,097,152,000	\$ -	\$ 1,097,152,000
Autorizaciones	\$ 58,025,251,292	\$ 34,176,304,980	\$ 23,848,946,312
Reserva técnica	\$ 68,004,000,000	\$ 58,020,000,000	\$ 9,984,000,000
Actividades que no generan valor dentro del proceso	\$ 240,720,000	\$ 109,835,556	\$ 130,884,444
Total	\$ 127,367,123,292	\$ 92,306,140,536	\$ 35,060,982,756
Inversión	\$ -	\$ 1,212,000,000	-\$ 1,212,000,000
<b>Total ahorro (-inversión)</b>			<b>\$ 33,848,982,756</b>

*Fuente: Elaboración propia del autor*

## **6. CAPITULO 6**

El último capítulo de este proyecto está compuesto de unas lecciones aprendidas y de los impactos generados, con un análisis de los resultados y su impacto financiero, que tiene las propuestas para seguir el proceso de mejora continua y las limitaciones que se hallaron al llevar a cabo el proyecto; las conclusiones en cuanto a la aplicación de la metodología Lean y las recomendaciones finales.

### **6.1 Lecciones aprendidas**

El servicio de autorizaciones de alto costo en las aseguradoras se entiende debe ser base fundamental para lograr los objetivos estratégicos relacionados con la rentabilidad y la competitividad, y así mismo debe funcionar en esa línea.

A su vez servicios como este, deben ser siempre más cortos y menos complejos, garantizando al final el resultado que se busca y proclive a las expectativas de los usuarios, apuntándole a la calidad total.

Los usuarios siempre están esperando en las organizaciones agilidad y eficiencia, por lo que las directivas están obligadas a enfocarse en los procesos como una poderosa estrategia para minimizar los errores en la operación y eliminar las actividades que no generan valor dentro del proceso.

### **6.2 Impactos generados.**

El diseño de un modelo para la eficiencia en los procesos de autorizaciones de alto costo para una EAPB, y su implementación es una labor muy compleja debido a que requiere del alineamiento de todas las personas que forman parte de la organización, y que todos logren comprender la importancia de las variables que se plantean y la relevancia que tienen en el éxito económico, rentabilidad financiera y sostenibilidad en el tiempo fundamentado en los procesos de mejora continua en medio de un ámbito tan competido como el sanitario.

Consideramos que algo fundamental para el éxito del proyecto, es que se requiere de la mejor aptitud por parte de todos los funcionarios tanto operativos como directivos.

Al implementar el modelo propuesto se obtendría:

- Aumento en la resolución de trámites en las líneas de frente.

- Mejora en la oportunidad de la respuesta a los requerimientos de los afiliados.
- Mejoras en los resultados de los indicadores de eficiencia y oportunidad.

Para el logro del objetivo propuesto fue necesario indagar profundamente en los procesos y subprocesos y las metodologías, recurso humano y tecnológico usado en ellos, y conocer el impacto generado en la consecución de los objetivos estratégicos, conociendo también la percepción de los actores dentro de la organización a través de entrevistas y encuestas, identificando las debilidades y falencias para convertirlas en fortalezas a través de la metodología Lean y VSM adjuntándola al modelo propuesto, resultado del análisis.

### 6.3 Análisis de resultados

Los resultados obtenidos a priori dejaron de presente poca eficiencia en los procesos y subprocesos, con falta de cumplimiento en los tiempos de espera para las autorizaciones por los cuellos de botella y actividades innecesarias y que no generan valor dentro de la cadena. La falta de automatización en actividades que bien puede llevar a cabo el sistema, la falta de articulación entre las áreas y los reprocesos generados en algunas actividades afecta no solo el cumplimiento, si no la eficacia del ciclo de la cadena de valor.

Posteriormente, una vez identificadas las oportunidades de mejora y los factores particulares que afectan el desempeño de la empresa, se identificaron y plantearon las alternativas de solución que ayudan a mejorar el rendimiento general.

Los efectos de estas alternativas en la propuesta de modelo, y al llevar a cabo el ajuste de los procedimientos de toda la cadena de valor, representan un impacto positivo que se evidencia en una significativa disminución en las cargas de trabajo de cada uno de los colaboradores, de manera que nos permite una mejoría en la resolución de los casos de solicitud de autorización de servicios de alto costo, bajando así los tiempos de espera y mejorando los niveles del servicios de cara a las expectativas del usuario y del estándar normativo.

Promedio tiempo actual Autorizaciones en días	Promedio tiempo autorizaciones con modelo propuesto en días	Estándar normativo (Días)
16,9	2,1	5

Lo anterior se ve reflejado en la primera fase del proceso, donde se realiza la medición de los tiempos para confirmar o corroborar la existencia de esta mejora y encontramos que al eliminar actividades de la cadena de valor que generaban reprocesos y desperdicios, se logra una disminución significativa en el tiempo de autorizaciones de servicios de alto costo.

#### 6.4 Impacto financiero

Además, en términos de costos el impacto anual es el siguiente:

Costo proceso actual	Costo proceso con modelo propuesto	Ahorro	Porcentaje de ahorro
\$ 58'025.251.292	\$34.176.074.980	\$23.848.946.312	27 %

En la segunda fase del proceso y parte fundamental del trabajo realizado, una vez depurado el proceso estratégico podemos concluir que el impacto financiero es sustancial. Esto se encuentra directamente relacionado con los objetivos de calidad debido a que no deben presentarse PQR por concepto de demora en las autorizaciones que se estaba reflejando en salida de usuarios por este concepto, y que ya mencionado el resultado en oportunidad con el modelo y el impacto financiero anual que genera, obtenemos los siguientes resultados:

Concepto	Costo actual	Costo con modelo Propuesto	Ahorro con modelo propuesto
Salida de usuarios por inoportunidad en autorización	\$1.097.152.000	\$ 0	\$1.097.152.000
Reserva técnica (Cálculo)	\$68.004.000.000	\$58.020.000.000	\$9.984.000.000

Otro de los aspectos detallados anteriormente es el ahorro por concepto de la corrección en el cálculo de la Reserva Técnica, propuesto en las VSM del proceso, lo que llevará a tener un flujo de pagos adecuados con la red de prestación lo que permitirá que los prestadores lleven a cabo la prestación de los servicios puntualmente y cuyo listado estará actualizado y parametrizado en el sistema.

Así mismo y como se planteó desde la metodología, se revisaron las actividades que se conservaron a través de listas de chequeo, hasta llevarlas a que generaran valor dentro de la cadena, lo que permitió obtener mejores resultados de cara al logro de los resultados financieros. Resumen de cifras anuales:

Concepto	Modelo actual	Modelo propuesto	Ahorro
Salida de usuarios por concepto de autorizaciones no oportunas	\$ 1,097,152,000	\$ -	\$ 1,097,152,000
Autorizaciones	\$ 58,025,251,292	\$ 34,176,304,980	\$ 23,848,946,312
Reserva técnica	\$ 68,004,000,000	\$ 58,020,000,000	\$ 9,984,000,000
Actividades que no generan valor dentro del proceso	\$ 240,720,000	\$ 109,835,556	\$ 130,884,444
Total	\$ 127,367,123,292	\$ 92,306,140,536	\$ 35,060,982,756
Inversión	\$ -	\$ 1,212,000,000	-\$ 1,212,000,000
<b>Total ahorro (-inversión)</b>			<b>\$ 33,848,982,756</b>

Quedó establecido un plan de mejora y un proceso eficiente que al ser implementado por cualquier empresa aseguradora del sector salud busca medir y mejorar continuamente su desempeño de una forma rápida y ágil, ofreciendo la oportunidad de identificar oportunidades en los inconvenientes detectados. Lo anterior adaptado por supuesto a las necesidades de mejora, tipo y magnitud de la empresa. Esto garantizará un aumento en las utilidades de la empresa por cuenta de la eliminación de los desperdicios financieros y llevando a mejor competitividad de la empresa en el sector.

En cuanto al desarrollo de las herramientas informáticas y/o mejoras en el sistema existente, es una inversión dentro del presupuesto del plan de mejora que logra mayor facilidad y agilidad ya que solo necesita el ingreso de cierta información que requiere el software y calcula los algoritmos necesarios para los resultados que se buscan dentro del proceso. La herramienta facilita el trabajo en:

- Agilidad en los procesos de manera que reduce los tiempos (2,1 días).
- Reduce los pasos en los procesos reportados en las VSM, optimizando el recurso humano.
- Parametrización de la red de prestadores en las listas de trabajo.
- Filtros que permitan direccionar servicios PBS o No PBS.
- Correcto direccionamiento a través de niveles autorizadores minimizando reprocesos y fallas.
- Confiabilidad en la calidad de la información.

El valor de la herramienta es de **\$26'000.000.000.oo** mensuales. En la parte final del trabajo (Tabla 31) se presenta el análisis del costo beneficio que se obtiene con la implementación de la alternativa global de solución y tiene un costo total de **\$ 101.000.000.oo**.

La participación del software está en las fases operativas del modelo (Proceso y subprocesos) donde se llevan a cabo las actividades automatizadas que anteriormente se realizaban manualmente y dependientes del recurso humano. En las fases estratégicas se requiere el razonamiento humano para establecer la planeación y mejora de acuerdo con los resultados que arrojan los procesos y subprocesos



con la implementación de las mejoras a la herramienta informática. Por tanto, los resultados finales de la implementación del modelo requieren tanto del software como de la acción humana para el alcance de los resultados.

Por tanto, si es posible optimizar los procesos y subprocesos de autorizaciones de alto costo de la EAPB a través de una metodología que elimine actividades que no generen valor, para obtener buenos resultados que impacten en la sostenibilidad financiera de la entidad que lo implemente.

## **6.5 Conclusiones**

Más allá de los resultados concluyentes detallados previamente, se logró hacer un diagnóstico en la cadena de valor utilizando las herramientas propuestas, permitiendo detectar debilidades y oportunidades de mejora y definir factores generadores de valor y solucionar más ágilmente los requerimientos y permitir que no deterioren la capacidad financiera de la compañía.

La estrategia de solución que se plantea es una alternativa que mejora la resolución de los casos de autorizaciones, logrando mejoramiento y eficiencia en el proceso, dado que estos en una organización deben tener la capacidad de satisfacer la necesidad de los usuarios, bienestar y generar experiencias positivas, a través de la oportuna resolución de los requerimientos de autorizaciones de servicios de alto costo, con el consecuente impacto en salud, y surge de las mismas necesidades de los funcionarios de querer tener las herramientas para brindar servicios de calidad, y una oportunidad vista desde los directivos, de poder alinear los objetivos financieros con los procesos.

## **6.6 Limitaciones halladas en el desarrollo del proyecto**

- La información en términos de procesos es poco actualizada, de hecho, la documentación que se tiene es del año 2014, que es remanente del anterior holding empresarial al que pertenecía la compañía. La información de nota técnica es de 2016, por lo que fue necesario construirla a partir de los pocos datos históricos que se lograron encontrar.
- El objetivo estratégico financiero está muy alineado a la alternativa de solución planteada en el proyecto, que tiene la finalidad de mejorar el proceso autorizador de servicios de alto costo en la EAPB que permite además brindar una experiencia positiva en servicio, con una mejor atención y de calidad garantizando agilidad y resolución en los tramites de autorizaciones.

- Inicialmente se halló un poco de resistencia al cambio por parte de algunas personas, principalmente por los funcionarios más antiguos. Sin embargo, hay que abonar el apoyo por parte de la alta directiva en cabeza de la presidencia de la organización, quien brindó los espacios y el tiempo necesarios para la labor.
- Fueron evidentes las grandes oportunidades de mejora en la comunicación entre las áreas, lo que claramente impacta en el desarrollo de las actividades y el desempeño del personal.
- La empresa en la que se desarrolla el trabajo se encuentra inmersa en procesos por vigilancia especial de los entes de control de salud, debido a su condición financiera y fallas en sus resultados en general, amenazada con el cierre por su condición de iliquidez, por lo que las personas que colaboran con el ejercicio no pueden enfocarse al 100 % en el trabajo, lo que retrasa de manera importante el proceso de implementación.
- Uno de los factores que generó más dificultades fue la alta rotación del personal tanto operativo como directivo y se corre el riesgo que no se le dé continuidad a la metodología Lean y mejora continua. En el periodo comprendido entre enero 2016 y abril de 2019, la empresa tuvo un presidente en cuya administración pasaron por el cargo de vicepresidente de salud 4 personas y a su vez 3 vicepresidentes administrativo-financiero. Durante la realización del trabajo fueron cambiados 2 Directores de Planeación estratégica e igual número de Coordinadores de Evaluación y control. Directores de otras áreas no completaron el año, los del área comercial, tecnología y Prestación de Servicios al igual que muchos coordinadores cuya permanencia no fue superior a los 6 meses.
- Dificultades en el sistema de información, en relación con la agilidad y la confiabilidad de la información lo que lleva a tener que validar los datos hasta confirmar y ocasionando demoras. Por citar un ejemplo, la información de Nota Técnica procedente de la subdirección financiera se obtenía con una desviación del 10 % respecto de la obtenida del área de autorizaciones. Esto toma entre 5 y 7 días de demora para la conciliación de las cifras y tener un dato confiable. Se encontró que existía un 20 % de la base de codificación de enfermedades, como NO ESPECIFICADO, dato fundamental para ligarlo al costo por patología, lo que requirió depurar la base para confiabilidad en la información (Lo que tomó 15 días en lograrlo)
- Los computadores con los que se cuenta en la compañía no tienen la capacidad suficiente para manejar grandes bases de datos. La empresa ha tenido una reducción del 15 % del personal en

el 2019 y es recurso que no ha sido remplazado, lo que afecta el desempeño de las personas que nos apoyan en el proceso.

## 6.7 Recomendaciones

Posterior a la realización del trabajo podemos decir que hay algunos elementos que no forman parte de este, y que nombraremos a continuación, pero que son vitales para el funcionamiento de la compañía y por ello, para mejora continua y una proyección a la implementación de un modelo más robusto e integral se recomienda lo siguiente:

- Diseñar un tablero de control en el cual la compañía pueda suministrar datos y monitorear los indicadores de desempeño, ligados a los indicadores financieros estratégicos y el comportamiento de los procesos para llevar estadísticas periódicas que proporcionen una visión global de la compañía.
- Dar continuidad a las estrategias y diseño de planes de mejoramiento que no son objeto del presente trabajo por cuestiones de tiempo.
- Promover la utilización de herramientas de apoyo para la gestión de los procesos, que faciliten la identificación de oportunidades de mejora, causas y efectos con análisis de resultados dentro de la compañía para tomar acciones de mejora y promover la mejora continua. La aplicación de la metodología *Lean healthcare* en definitiva es la estrategia que puede tomar la empresa como uno de sus pilares, puesto que ésta no es una herramienta más para mejorar resultados, eliminando las fuentes de desperdicio y así generar un flujo continuo, ya que es una propuesta de cambio cultural hacia una política de mejora continua, a través del respeto y participación de las personas. Porque a pesar de que esta metodología implique la colaboración de los líderes, estos no son el único motor de cambio.
- Mantener actualizada la herramienta informática y soluciones tecnológicas con la información pertinente en cuanto a la red de prestación de servicios de la EAPB y los direccionamientos para las autorizaciones de prestación de servicios de alto costo.
- Rediseñar y socializar los manuales de funciones y procedimientos de las áreas mencionadas, para definir parámetros de funcionamiento, canales de comunicación y medir su adherencia. Realmente es necesaria una articulación con los demás servicios, en la que la toma de decisiones se maneje mediante el trabajo en equipo.
- Capacitación a todos los funcionarios de las áreas de autorizaciones en general, con el objetivo de ofrecer herramientas para realizar de manera más eficiente los procesos y generar beneficio a la compañía en todos los aspectos, principalmente los financieros.

- Otro aspecto para tener en cuenta, y que, si bien no es parte del trabajo, es el levantamiento y documentación de todos los manuales de procedimientos, funciones, rutas de procesos, que facilitará el establecer métodos de control para el desempeño de las actividades y por supuesto la asignación de responsables que al final se verá reflejado en una mejora en el clima laboral y la comunicación entre las áreas.
- Hay que tener en cuenta que el gobierno colombiano implementará una nueva metodología de cálculo para la financiación del gasto en salud a partir de 2020, y busca definir techos máximos de recobro y unificar el gasto de la UPC para los servicios PBS y NPBS de manera que un proceso de autorizaciones más eficiente va alineado con el objetivo de lograr cumplir con los presupuestos definidos.

### **6.8 Factores claves de éxito**

Es fundamental el trabajo conjunto y de equipo para que el plan cumpla con los resultados que se esperan, lo que por supuesto requiere un gran compromiso por parte de la entidad que decide adoptarlo.

Confianza y buena comunicación son importantes con un pensamiento abierto a nuevas posibilidades.

La mejora continua se obtiene con la experiencia día a día y sin resistencia al cambio.

## ANEXOS

### Anexo No 1

**La entrevista se realizó al Director Nacional de Prestación de Servicios y Autorizaciones de la EAPB.**

Para diagnosticar el estado de la red de prestación y su impacto frente a las autorizaciones de la EAPB, se formula y ejecuta un cuestionario abierto a la Coordinación nacional de red y autorizaciones.

Las preguntas realizadas son:

**1. ¿Como califica el estado actual de la red de prestación?**

Muy deficiente	
Deficiente	<b>X</b>
Regular	
Buena	
Muy buena	

**2. ¿Cuáles han sido las principales falencias de la red de prestación?**

Cartera elevada con los prestadores que reduce el poder de negociación de la EAPB.  
Tiempos prolongados de espera en la atención especializada.  
Deficiencia en la oferta de especialistas para las patologías objeto del trabajo.  
Falta de integralidad en la red de prestación.

**3. ¿En qué porcentaje la red cubre las necesidades de los pacientes de artritis, cáncer, ¿hemofilia y VIH?**

No se tiene claro el porcentaje.

**4. ¿Como funciona actualmente el proceso para autorizar servicios a los pacientes que se encuentran dentro de la cohorte de artritis, cáncer, hemofilia y VIH?**

Hay algunos servicios que no requieren autorizaciones por los modelos de contratación tipo PGP o cápita. Los que si requieren autorización pasan por niveles autorizadores y/o una Central Nacional de Autorizaciones que tienen muchas represas.

**5. ¿Para las cohortes de artritis, cáncer, hemofilia y VIH, ¿se cuenta con un estimado de la demanda de servicios a nivel mensual?**

No se cuenta con un estimado de la demanda de servicios a nivel nacional, ya que no hay una metodología planteada, ni un software especializado que facilite un cálculo aproximado, lo que en ultima termina explicando el desconocimiento de las necesidades precisas de los servicios de salud que requieren los pacientes en un horizonte de tiempo definido.

**6. En caso de que la respuesta al punto 5 sea “SI”, explique por favor la metodología de cálculo de dicha demanda.**

No aplica.

## **Anexo No 2**

Frecuencias de uso:

Las frecuencias de uso son una herramienta fundamental para poder tener un estimado de cuantas veces en un periodo de tiempo, una población determinada accede a una tecnología en salud.

Para revisar el estado del cálculo de frecuencias, se formula y ejecuta un cuestionario abierto al Coordinación Nacional de Aseguramiento de la EAPB.

**1. ¿Como es la metodología para el cálculo de las frecuencias de uso?**

No hay una metodología de cálculo definida, ni un software especializado para ello, lo que representa una dificultad para el cálculo de la demanda y las frecuencias de uso. Los procesos se llevan de manera muy básica en hojas de Excel.

**2. ¿Cuál es la fuente para la generación de las frecuencias de uso?**

La fuente es la radicación de cuentas y facturación. No está al día la radicación por parte de las IPS y no se tiene información confiable de las frecuencias por parte de los prestadores.

**3. ¿Esta información es utilizada al momento de diseñar un contrato de prestación de servicios de salud?**

No, para realizar un contrato se trabaja sobre cálculos supuestos y las contrataciones que se han realizado con los nuevos prestadores de manera reciente son basados en frecuencias definidas por los históricos de la radicación. Por otro lado, no se cuenta con un proceso de contratación claramente definido, ni con un manual tarifario que ayude al momento de la negociación de tarifas.

## **Anexo No 3**

### **1. Describa de manera general el proceso autorizador de la EAPB**

RTA: Las autorizaciones generadas en servicios ambulatorios y servicios primarios son atendidas por las Oficinas de Atención al Usuario (OAU). Los servicios que están contratados por la EPS con algunos prestadores por montos fijos, es decir que se hallan incluidos en una contratación tipo cápita o capitación no requieren autorización y sin embargo se están tramitando en el proceso y se están generando autorizaciones para estos procedimientos. El sistema de información no genera una alerta que permita al funcionario saber cuándo no debe autorizar un servicio que está categorizado como *incluido* en una cápita y por lo tanto no requiere autorización.

### **2. ¿Qué tan frecuente es encontrar errores en las autorizaciones?**

RTA: Algunas autorizaciones vienen mal diligenciadas, con errores como por ejemplo “cita con el especialista que no corresponde a la patología o especialidad requerida”, otras “dirigidas a IPS que no atienden esa patología o con las que no se tiene contrato” y “errores en el código que corresponde a la patología o servicio que se requiere autorizar”. A lo anterior hay que sumarle que la IPS en varios casos reporta que no tiene agenda para atender al paciente, haciendo mas larga la brecha entre la autorización y la prestación del servicio.

### **3. En relación con la normativa, los servicios deben ser autorizados según su complejidad (Ver artículo 20 de la resolución 5261 de 1994). ¿Como funcionan estos niveles dentro de la EAPB?**

RTA: Las autorizaciones básicas de servicios primarios o de bajo nivel de complejidad son atendidos por los Niveles I y II en las OAU. Las autorizaciones que por su nivel de complejidad intermedio requieren una revisión más especializada, son tendidos por un grupo NIVEL III, que incluye médico y jefe de enfermería (De lo anterior se detecta que hay repesa en los flujos de trabajo del equipo autorizador, la cual no se encuentra cuantificada).

Los niveles IV y V pasan a una Central Nacional de Autorizaciones (CNA) on line, en donde existe un flujo de trabajo definido para distintos profesionales, médicos y enfermeras entrenados, (En esta parte del proceso también se evidencia repesas en los flujos de trabajo). Así mismo, parte de la repesa se debe a descentralización del proceso, la cual termina generando reprocesos y errores en el direccionamiento de las autorizaciones, de manera que llegan a dichos flujos de trabajo, solicitudes de los Niveles I y II, que en un funcionamiento correcto no deberían llegar hasta acá.

**4. ¿Cómo son las jornadas de trabajo del equipo autorizador?**

El servicio encargado de llevar a cabo el proceso autorizador on line (CONTACT SERVICE) tiene un horario de trabajo de 7 am a 5 pm y de 5 pm en adelante tiene que ser atendido por el servicio de Referencia y Contra-referencia de la EAPB. El personal que desarrolla estas tareas no es suficiente y se alcanza a generar represas en horas de la noche y madrugada.



## Referencias

- ACEMI. (2015). Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI, 2015. Bogota
- Arias Ramirez, J. P. (2012). Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones.
- BARBERATO HENRIQUE, D., FREITAS RENTES, A., & GODINHO FILHO, M. (2015). A new value stream mapping approach for healthcare environments. *Production Planning & Control The Management of Operations*, 27(1), 24–28.
- Barcia, K., & De Loor, C. (n.d.). Metodología para Mejorar un Proceso de Ensamble Aplicando el Mapeo de la Cadena de Valor (VSM). *Revista Tecnológica ESPOL*, Vol. 20, N. 1, 31-38,.
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas / The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2817–2828.
- Cárdenas Ramírez, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de Derecho*, (40), 199-199–226.
- Checkland, P. (1993). *Pensamiento de sistemas, práctica de sistemas / Peter, Checkland*.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
- Donabedian, A. (1992). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención medica: Un texto introductorio*. Ciudad Mexico : Instituto Nacional de Salud Pública .
- Fayol, H., & Taylor, F. W. (1986). *Administración industrial y general : previsión, organización, mando, coordinación, control / Henry Fayol*.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-51–74.
- Fernández-Martín, J., Gutiérrez-Fernández, R., María Marín-Rubio, J., Parra-Vázquez, B., & Royo-Sánchez, C. (2004). Mejora en la calidad asistencial en el servicio de salud de castilla-la mancha (SESCAM). *Revista de Calidad Asistencial*, 19(3), 142-142–150.
- Fremont E. Kast, & James E. Rosenzweig. (1990). *Administración en las organizaciones, Enfoque de sistemas y de contingencias* (Segunda; Mc Graw Hill, Ed.). Mexico .
- García-Ramírez, J. A., & Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas / Latin-American public policyr egarding social determinants of health. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 731-731–742.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación / : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta / Dr. Roberto Hernández Sampieri, Dra. Christian Paulina Mendoza Torres*.
- Holden, R. (2011). Lean Thinking in emergency departments: a critical review. *Annals of Emergency Medicine*.
- Kenney, C. (2010). *Transforming Health Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience* (P. CRC, Ed.). New York.
- Kerguelén Botero, C. A., & Tono Ramírez, T. (2008). *Calidad en salud en Colombia : los principios*

/ Carlos Alfonso Kerguelén Botero ; prólogo Teresa Tono Ramírez.

- Londoño, J. L., Frenk, J., & RES-DOCS-USER. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*.
- Martinez Avella, M. E. (2005). *Ideas para el cambio y el aprendizaje en la organización*. (U. de la Sabana, Ed.). Bogotá.
- Martinez, P., Nuño, J. P., Martinez, J., & Cavazos, J. (2014). Process improvement in emergency units. Two analysis cases. *Proceedings of the 2014 Industrial and Systems Engineering Research Conference*.
- Méndez -Ivarez, C. E., & Vélez Bedoya, R. (2001). *Metodología : diseño y desarrollo del proceso de investigación / Carlos Eduardo Méndez -Ivarez ; rev. téc. Rodrigo Vélez Bedoya*.
- Ministerio de Salud y de Protección Social. *Resolución 1552 de 2013*. , (2013).
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Ley 100 de 1993*. , (1993).
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Decreto 1011 de 2006*. , (2006).
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Decreto 4747 de 2007*. , (2007).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *DECRETO LEY 019*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores. Difusión de indicadores 2019*. Bogota.
- OMS, O. M. de la. (2007). Financiación de los sistemas de salud. Retrieved from <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/index.html>
- Pessino, Carola; Pinto, Diana M .; Cafagna, Gianluca; Giles Álvarez, Laura; Tolsa Caballero, N. (2016). Eficiencia del gasto público en atención de la salud en América Latina y el Caribe: Aspectos destacados de un taller del BID sobre eficiencia y resultados del gasto público. *IDB Inter American Development Bank*.
- Plazas-Gómez, C. V., & Moreno-Guzmán, D. M. (2017). IMPACTO ECONÓMICO DE LAS ACCIONES DE TUTELA EN SALUD EN COLOMBIA. *Vniversitas*, 66(135), 325-325–375.
- Porter, M. E. (1990). *The competitive advantage of nations : with a new introduction / Michael E. Porter*. Retrieved from
- Rodriguez, J. (2013). *Improving Patient Flow with Lean Methodology: A Case Study at the Montreal General Hospital Colorectal Department*. Concordia University Montreal, Quebec, Canada.
- Rubiano Ovalle, Oscar González Hoyos, Bernardo Micán Rincón, C. A. (2010). Systemic service value stream mapping. Application to a healthcare case. *Revista Universidad EAFIT*, V, Vol, 46 No, 82–96.
- Sanchez Guerrero, G. de las N. (2003). *Técnicas participativas para la planeación, Procesos breves de intervención* (F. ICA, Ed.). Ciudad Mexico D.F.
- Shah, R., & Ward, T. P. (2003). Lean Manufacturing: Context, Practice Bundles, and Performance. *Journal of Operations Management*, 129–149.
- Trischler, W. E., & Cuatrecasas Arbós, L. (1998). *Mejora del valor añadido en los procesos : ahorrando tiempo y dinero eliminando despilfarro / William E. Trischler ; pról. Lluís Cuatrecasas*.