

**ESTRUCTURA DEL PROCESO AUDITORÍA MÉDICA DE INGRESO PARA PLAN DE
ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN EMPRESA SALUD**

AUTOR

FIDEL MAURICIO RODRÍGUEZ REALPE
INGENIERO INDUSTRIAL
U1301130@unimilitar.edu.co

**Artículo Trabajo Final del programa de Especialización en Gerencia Integral de
Proyectos**

DIRECTOR

Ing. Guillermo Roa Rodríguez, MSc

Ingeniero en Mecatrónica - Universidad Militar Nueva Granada
Especialista en Gerencia de proyectos de la Universidad Nueva Granada
Magíster en Ingeniería Mecatrónica de la Universidad Nueva Granada
PRINCE2 Foundation Certificate in Project Management
Professional Scrum Master PSM I
Coordinador Especialización en Gerencia Integral de Proyectos y
Maestría en Gerencia de Proyectos de la Universidad Militar Nueva Granada
guillermo.roa@unimilitar.edu.co; ingenieria.giproyectos@unimilitar.edu.co



La U
acreditada
para todos

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE PROYECTOS
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE INGENIERÍA
DICIEMBRE 2016**

PROCESO AUDITORÍA MÉDICA DE INGRESO PARA PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN EPS SALUD

MEDICAL INCOME AUDIT PROCESS FOR COMPLEMENTARY ATTENTION PLAN IN EPS HEALTH

Fidel Mauricio Rodríguez Realpe
Ingeniero Industrial
Profesional de Procesos II
Salud EPS
Bogotá, Colombia
U1301130@unimilitar.edu.com

RESUMEN

El presente artículo plantea la estandarización del procedimiento de Auditoría Médica de ingreso de los planes de atención complementaria de la EPS SALUD, actualmente la empresa EPS SALUD no cuenta con dicho procedimiento el cual establece cada una de las actividades y etapas del proceso y que tiene como objetivo evitar el ingreso a los planes de clientes que afecten el costo médico y las finanzas del producto, debido a que actualmente se encuentra en proceso de habilitación a través de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo cual no ha lanzado la nueva unidad de negocio al mercado. El artículo muestra inicialmente la descripción del alcance, posteriormente una estructura desglosa del trabajo o EDT, los tiempos de cada una de las actividades del proceso, así como la asignación de costos de acuerdo a la definición salarial que la empresa tiene previamente definida para cada cargo. Por último, se presenta la solución o estandarización de la estructura del proceso a través de un diagrama de flujo donde se visualizan las actividades de acuerdo con el ciclo definido a través del desarrollo del trabajo y sus respectivos responsables.

Palabras Clave: EPS, Planes de Atención Complementaria, salud, Auditoría médica de ingreso, procedimiento, costo médico habilitación, Superintendencia Nacional de Salud

ABSTRACT

The present article raises the standardization of the procedure of Medical Audit of entrance of the plans of complementary attention of the EPS HEALTH, at the moment the company EPS SALUD does not count on this procedure which establishes each one of the activities and stages of the process and that Has as

objective to avoid the entrance to the plans of clients that affect the medical cost and the finances of the product, since at the moment it is in process of habilitation through the National Superintendence of Health, reason why it has not launched the new unit From business to market. The article initially shows the description of the scope, then a structure breakdown of the work or WBS, the times of each of the activities of the process, as well as the allocation of costs according to the definition of salary that the company has previously defined for each position . Finally, the solution or standardization of the structure of the process is presented through a flow diagram in which the activities are visualized according to the defined cycle through the development of the work and their respective managers

Key Words: EPS, Supplementary Care Plans, health, medical audit of admission, procedure, medical cost authorization, National Superintendence of Health.

INTRODUCCIÓN

Debido a la situación actual del sistema de seguridad social en SALUD en Colombia y al servicio deficiente que prestan algunas empresas promotoras de salud EPS debido a la cantidad de usuarios que congestionan el sistema de salud, la poca oportunidad en las citas médicas de especialistas, el rechazo o negación de servicios, la falta de sentido de humanización. Muchos Colombianos han decidido ampliar el concepto de salud con servicios adicionales que prestan algunas empresas, como por ejemplo las medicinas prepagadas, planes bastante buenos y que cubrirían los requisitos de oportunidad y calidad que cualquiera exigiría, sin embargo, algunos los considerarían bastante costosos debido a sus tarifas altas que hacen que sea un servicio de menor acceso al que pueden acceder pocos en Colombia.

Por otro lado, también existen unos servicios adicionales de mayor acceso como LOS PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA, que son prestados por algunas entidades promotoras de salud EPS y que brindan beneficios en el acceso y oportunidad de servicios de salud. Los planes de atención complementaria se definen como...*(Una modalidad de contratación individual o colectiva que brinda ventajas de acceso a una red de atención diferencial, con mayor cobertura y beneficios, mejorando los servicios del Plan Obligatorio de Salud)*... se dice que son más accesibles debido a que son un poco menos costosos en relación las tarifas respecto a las medicinas prepagadas. Por un plan complementario se puede llegar a pagar desde \$60.000 hasta \$180.000 mensuales, mientras que por una medicina prepagada se puede pagar desde \$350.000 mensuales. (Datos encontrados en la web).

Todo colombiano que desee acceder o adquirir un servicio adicional como un PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA, además de considerar el pago adicional mensual, deberá contar con una serie de requisitos para afiliarse como, por ejemplo: contar con afiliación al plan obligatorio de salud en régimen contributivo, pasar por un examen médico de ingreso a través del cual la empresa define si es asegurable o no. Sin embargo, una vez afiliado podrá gozar de un

factor diferencial en relación a los servicios que se presentan en el plan obligatorio de salud POS.

Las entidades promotoras de salud EPS que deseen realizar la implementación de un plan de atención complementario, debe realizar una serie de cambios en sus procesos para alinearlos a las exigencias competitivas de este producto diferencial, pero esto no basta para realizar una correcta modificación de procesos, también es necesario crear unos totalmente nuevos, como por ejemplo el proceso de Auditoría médica de ingreso, el cual no se realiza en empresas promotoras de salud del régimen contributivo ya que la afiliación es obligatoria, y si se realiza en un plan de atención complementaria ya que en este servicio las EPS pueden escoger a quien vincular y a quien no. La correcta gestión de este proceso representa el éxito o fracaso de una unidad de negocio como un plan de atención complementaria, ya que de él depende o dependerá la adecuada gestión del costo – gasto médico del plan. A través de este proceso se logra identificar enfermedades preexistentes ... (las preexistencias se definen como enfermedades, patologías o condición de salud que haya sido conocida por un afiliado y diagnosticado medicamente con anticipación a la suscripción de un contrato de servicio adicional de salud, las cuales pueden ser excluidas de las coberturas del contrato)... por lo anteriormente indicado este proceso se convierte en la columna vertebral del producto planes de atención complementaria. Este proceso representa un desgaste operativo importante ya que en él intervienen transversalmente muchos procesos como: Comercial- afiliaciones- auditoría- prestación unidades médicas presenciales, además que su inadecuada concepción conllevaría múltiples inconvenientes de tipo legal y reputacional para una empresa promotora de salud.

1. MATERIALES Y MÉTODOS

Actualmente NO EXISTE el producto o unidad de negocio “planes de atención complementaria” en la empresa SALUD, Actualmente la empresa solo presta servicios de salud para el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS, por ende el proceso de Auditoría Médica de Ingreso no existe dentro de la compañía, por el momento la empresa SALUD EPS se encuentra en proceso de habilitación de dicha unidad de negocio ante el ente de control es decir la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a ello la empresa se encuentra en desarrollando y definiendo cada proceso, por lo cual se llevará a cabo una gestión de levantamiento de información- necesidades de cliente- empresa- interesados con el objetivo de alinearlos y crear la estructura del proceso “Auditoría Médica de Ingreso” que todos desean y visualizan. Todo dentro enmarcado dentro de la creación de la nueva unidad de negocio Planes de Atención Complementaria EPS salud.

De acuerdo a lo anterior a continuación traigo a colación algunas definiciones establecidas en la Circular Única de la Súper Intendencia Nacional de Salud, que son útiles en el desarrollo y el objetivo del presente trabajo:

La circular única define los Planes de Atención Complementaria, PAC como aquel plan de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud. Igualmente, establece que tendrán uno o varios de los siguientes contenidos: 1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste. 2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2º del Decreto 800 de 2003, las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Examen médico: En los eventos que la entidad tenga previstos exámenes médicos de ingreso, deberá señalarse expresamente en el contrato el valor de este y la condición de que puede realizarse, previo consentimiento del contratante.

Exclusiones: Deben estar expresamente previstas en el contrato precisándose las patologías, procedimientos, exámenes de diagnóstico específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos y que por ser el resultado de estudios de carácter técnico científico y análisis de costos y/o criterios de comercialización se consideran como tales solamente las exclusiones relacionadas en el contrato.

Las exclusiones referenciadas no podrán hacer alusión a las enfermedades, malformaciones o afecciones derivadas de preexistencias, las cuales dan origen a un anexo por dicho concepto.

Concepto de preexistencia: Ajustándose al pronunciamiento de la Corte Constitucional en Sentencia SU 039 del 19 de febrero de 1998, se considera preexistencia “toda enfermedad malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas”. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos

especiales o condiciones físicas o genéticas no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se pueda clasificar una preexistencia.

Las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencia al tiempo de renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

Fuente: Circular única Superintendencia Nacional de Salud

2. RESULTADOS Y DISCUSIONES

2.1 Diseñar el proceso para la auditoría médica de ingreso al plan de atención Complementaria según metodología PMI

A través de los lineamientos y buenas practicas PMI se establecerá y definirá el procedimiento adecuado para llevar a cabo la gestión de Auditoría Médica de Ingreso a los planes de atención complementaria de Salud.

2.2 Gestionar el Alcance

Se determina que el alcance para este proyecto es crear, estructurar- definir las actividades y el proceso para gestionar la auditoría médica de ingreso para la nueva unidad de negocio “Plan de Atención Complementaria” de la Entidad Promotora de Salud EPS SALUD, en la ciudad de Bogotá, con el objetivo de presentarla ante la Superintendencia Nacional de salud y solicitar el permiso de habilitación o funcionamiento.

2.3 DISEÑAR LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO AUDITORIA MÉDICA DE INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

Teniendo en cuenta que el proceso es totalmente nuevo para la empresa EPS SALUD, las actividades de este proceso estarán alineadas con el ciclo del ingreso del cliente el cual inicia con la venta o comercialización del producto, seguido por un proceso de afiliación diligenciamiento de datos de entrada del cliente en un aplicativo de la compañía, las anteriores actividades hacen parte de la puerta de entrada por lo cual no detallaremos en las actividades de este trabajo, de acuerdo a lo anterior las actividades del proceso Auditoría médica de ingreso son las siguientes.

2.3.1 AGENDAR EXAMEN FÍSICO (PRESENCIAL) DE INGRESO:

Esta actividad debe llevarse a cabo dentro del proceso de venta del producto a todo cliente MAYOR de 60 años que solicite el ingreso al plan y al cual se le diligencie afiliación. La actividad debe ser realizada durante el proceso de venta es decir en cabeza del asesor comercial, el objetivo es que se verifique dentro de los tiempos de cliente que días puede asistir presencialmente a una de las sedes de consulta externa de la empresa para que le sea evaluado su estado de salud.

2.3.2 REALIZAR EXAMEN MÉDICO FÍSICO DE INGRESO:

A través de esta actividad cada uno de los clientes potenciales mayores de 60 años (y quienes se mencionan en este documento) quienes han pasado previamente por el proceso de venta del producto y registro de sus datos de afiliación, deben asistir a un examen físico en donde uno de los médicos del plan de atención complementaria realizará una evaluación física de su estado de salud y diligenciar la historia clínica dentro de un aplicativo junto al registro de calificación de riesgo. Para la realización de este examen físico cada uno de los clientes potenciales también deberá realizarse previamente los exámenes de laboratorio requeridos los cuales son:

Tabla 1. Exámenes Laboratorios Requeridos.

AYUDA DIAGNOSTICA	A QUIEN SE LE REALIZA
Glicemia, Colesterol Total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos	Usuarios Mayores de 60 Años
Citología de cuello uterino o Citología cervical	Mujeres entre 20 años y 70 años
Prueba de Embarazo	Mujeres entre 20 y 40 Años

Fuente: Levantamiento de información elaboración propia

dichos exámenes se realizarán directamente en la misma cita y los resultados también se entregarán en la misma cita directamente al médico quien realizará el examen físico.

El examen médico de ingreso se realizara a: Usuarios afiliados potenciales de 60 años en adelante, usuarios afiliados potenciales menores de 60 años, a criterio del

auditor médico y en razón a la declaración del estado de salud, usuarios afiliados potenciales con un índice de masa corporal mayores de 30 o menores de 19, de acuerdo a la información registrada en la declaración de salud, usuarios afiliados que se trasladan de otros Planes Adicionales y que no anexan la historia clínica, el certificado de antigüedad y utilidades, los que desean afiliarse nuevamente a los Planes Complementarios de Salud EPS después de estar retirados por un período mayor a un año, cumpliendo los criterios de ingreso mencionados anteriormente.

Se eximen de examen médico a quienes estén en las siguientes condiciones:

Usuarios Afiliados Potenciales que provengan de otras empresas de Planes Complementarios, Medicinas Prepagadas o pólizas, y se encuentren en programas de coberturas similares a los cuales aspiran y que anexan la historia clínica, el certificado de antigüedad y utilidades, que soportan su estado actual de salud, Traslados de programas de mayor cobertura a menor cobertura entre los Planes de Atención Complementaria de Salud EPS, Usuarios Afiliados Potenciales al Plan Complementario de Salud Oral de Salud EPS, Grupos colectivos especiales o negociaciones que se definan a través de convenios comerciales.

2.3.3 DILIGENCIAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL CLIENTE POTENCIAL.

Durante la realización del examen físico de ingreso, el médico de consulta externa debe realizar la correspondiente calificación de riesgos a cada uno de los clientes potenciales, esta calificación de riesgos debe ser diligenciada en su totalidad para cada uno de los 16 riesgos indicados, en el aplicativo de historia de clínica de la compañía, esta información diligenciada viajará a través del aplicativo a grupo de médicos auditores de ingreso.

2.3.4 ASIGNAR CARGAS DE TRABAJO A MÉDICOS AUDITORES DE INGRESO PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA:

A partir de esta parte del proceso se integran los clientes potenciales mayores de 60 años evaluados en el examen físico, más todos los clientes interesados en ingresar al plan complementario independiente de su edad, esta asignación es importante ya que será un volumen grande de auditorías médicas de ingreso.

Todos los clientes potenciales evaluados en el examen físico de ingreso, más todos los clientes potenciales menores de 60 años que no pasaron por el examen

médico físico deben ser evaluados posteriormente por un auditor médico de ingreso, quienes definirán si es viable su ingreso al plan de atención complementaria de la EPS SALUD. Todos los casos o datos de clientes llegarán a través del aplicativo Auditoría médica de ingreso, la asignación de cargas de trabajo esta parametrizada en dicho aplicativo a través de porcentajes iguales de asignación, para el inicio del proyecto se tienen estimados 2 auditores médicos de ingreso, por lo cual a cada auditor se le asignaran cargas iguales del 50% sobre la totalidad de casos recibidos.

2.3.5 REGISTRAR PREEXISTENCIAS:

Las preexistencias son enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado antes de la contratación de la póliza o plan de salud, o dentro del período de carencia.

A cada uno de los clientes potenciales se les debe realizar evaluación de posibles preexistencias o enfermedades las cuales deben ser digitadas en el aplicativo de auditoría médica de ingreso, los registros aquí ingresados viajaran a todos los aplicativos de la compañía con el objetivo de no prestar servicios de salud, derivados de dichas preexistencias.

Las patologías adquiridas durante su permanencia en la compañía anterior no se consideran preexistencias para Salud EPS PAC, no obstante, deben ser tenidas en cuenta cuando se haga la evaluación cuantitativa del riesgo y deben enfocarse, en todo caso, hacia programas específicos de Promoción y Prevención.

Para efectos de traslado y conservación de antigüedad, se considera preexistencia todos aquellos problemas de salud adquiridos antes de ingresar al programa o plan anterior, en la empresa anterior y que se soporta por la carta de preexistencia que se adjunta al momento de solicitar el ingreso y la cual es entregada por la compañía de la cual proviene.

Queda a criterio del Auditor Médico, determinar la necesidad o no de realizar examen Médico de Ingreso.

2.3.6 VERIFICAR SOPORTES DE AFILIACIÓN.

Cada uno de los médicos de auditoría médica de ingreso deben verificar la existencia de los soportes de afiliación, enfocándose en los soportes relacionados con el estado de salud del paciente, dichos soportes deberán ser consultados uno a uno para proceder a ejecutar la evaluación de riesgos del cliente.

2.3.7 REGISTRAR - MODIFICAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS

Cada uno de los médicos auditores de ingreso debe realizar la gestión de verificar los riesgos registrados desde el examen médico físico de ingreso, ya que contará con soportes adicionales para registrar una calificación más enfocada a la realidad como por ejemplo los soportes médicos de afiliación y la historia clínica del paciente (si este se encuentra previamente vinculado con la EPS SALUD en el régimen contributivo, esta modificación la realizará directamente en el aplicativo de auditoría médica de ingreso y podrá editar- modificar los datos registrados por el médico de examen físico.

2.3.8 DEFINIR INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

Los auditores deben valerse de todos los soportes necesarios para definir dicho ingreso, los soportes de los cuales deben valerse son: resultados de examen físico, resultados de calificación de riesgos, formato de estado de salud, autorizaciones o utilidades registradas en la base de datos de la empresa en caso de que el cliente potencial ya se encuentre afiliado con la EPS SALUD en régimen contributivo, o los soportes físicos de afiliación (certificado de utilidades) en caso de que provenga de otra entidad en régimen contributivo, historia clínica del paciente en caso de que se encuentre afiliado con la EPS SALUD en régimen contributivo.

La definición de ingreso o rechazo del cliente potencial debe ir acompañado de los respectivos comentarios que soportan la decisión de ingreso. Dicha definición viajará dentro del aplicativo con destino al asesor comercial quien está acompañando la afiliación del cliente potencial. (ver tabla 1, Actividades del proceso)

Tabla 2, Actividades del proceso.

ACTIVIDADES DEL PROCESO AUDITORIA MÉDICA DE INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA
2.1.1 AGENDAR EXAMEN FÍSICO (PRESENCIAL) DE INGRESO.
2.1.2 REALIZAR EXAMEN MÉDICO FÍSICO DE INGRESO.
2.1.3 DILIGENCIAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL CLIENTE POTENCIAL.
2.1.4 ASIGNAR CARGAS DE TRABAJO A MÉDICOS AUDITORES DE INGRESO PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA.
2.1.5 REGISTRAR PREEXISTENCIAS.
2.1.6 VERIFICAR SOPORTES DE AFILIACIÓN.
2.1.7 REGISTRAR - MODIFICAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS.
2.1.8 DEFINIR INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

Fuente: Elaboración propia

2.4 ENTREGABLES

Es importante describir claramente los entregables de cada actividad con el objetivo de tener totalmente identificadas las entradas y las salidas de cada una de las actividades del proceso del proceso AUDITORIA MÉDICA DE INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA. (ver tabla 2, descripción de entregables)

Tabla 3 Descripción de Entregables

ACTIVIDAD	ENTREGABLES	DESCRIPCIÓN
1. Levantamiento De Información	1.1 Referenciación	Se requiere realizar un ejercicio de referenciación con otra empresa, este ejercicio no es formal debido a que una empresa no entrega esta información a la competencia, de aquí se requiere información de etapas del proceso, tiempos de operación, recurso destinado, sistemas de información utilizados (si los utilizan).
1. LEVANTAMIENTO DE INFORMACION	1.2 Tipos de planes	Para este entregable se requiere identificar los planes se van a ofertar y como se realizará la comercialización de los mismos.
1. LEVANTAMIENTO DE INFORMACION	1.3 Políticas de afiliación.	Este entregable está relacionado con la identificación de las políticas de la afiliación, la cual es la puerta de

		<p>entrada al proceso de Auditoría médica de ingreso, a través de estas políticas se va formando el proceso.</p>
<p>1. LEVANTAMIENTO DE INFORMACION</p>	<p>1.4 Entradas y salidas.</p>	<p>Este entregable está relacionado con identificar el proceso de entrada (Comercial y afiliación) y basado en las políticas previamente identificadas, integrar los dos procesos, de igual forma los procesos de salida y su correspondiente integración, de igual forma se requiere la identificación de actividades paralelas y escenarios derivados de la misma casuística de cada proceso tanto en la entrada como en la salida.</p>
<p>2. RECURSO HUMANO MÉDICO.</p>	<p>2.1 Perfiles:</p>	<p>El objetivo de este entregable es definir el perfil del recurso humano que interviene en el proceso. Esto incluye gestión con el área de recursos humanos de la empresa. Este perfil también se define a raíz de la información levantada en los</p>

		entregables anteriores.
2. RECURSO HUMANO MÉDICO.	2.2 Publicación	El objetivo es publicar e iniciar un proceso de selección basados en el perfil gestionado en el punto anterior.
2. RECURSO HUMANO MÉDICO.	2.3 Contratación	Este entregable está relacionado con la contratación del colaborador idóneo para la gestión del proceso Auditoría médica de ingreso.
3. CRITERIOS DE EVALUACIÓN	3.1 Riesgos de salud.	El objetivo de este entregable es identificar los riesgos de salud que se van a evaluar durante el examen médico físico de ingreso y la auditoría médica de ingreso. El entregable final es la tabla de riesgos, la cual es la guía del recurso seleccionado y la parametrización del sistema de información de apoyo.
3. CRITERIOS DE EVALUACIÓN	3.2 Cuestionario de salud.	El objetivo es definir el cuestionario de salud, el cual es apoyo para el recurso humano médico para la definición del ingreso.

<p>3. CRITERIOS DE EVALUACIÓN</p>	<p>3.3 Preexistencias</p>	<p>El entregable está enfocado en definir la parte del proceso relacionada con toda la gestión de preexistencias, es necesario definir como se registrarán, bajo que tabla médica se referenciará, como se informarán al cliente y como se integrará con el contrato de los planes.</p>
<p>4. DISEÑO DE SOFTWARE DE APOYO.</p>	<p>4.1 Creación de casos de uso.</p>	<p>Este entregable se define como la creación o especificación de requerimientos tecnológicos que definen al detalle los parámetros del software o sistema de información de apoyo al proceso.</p>
<p>4. DISEÑO DE SOFTWARE DE APOYO.</p>	<p>4.2 Diseño de prototipos de software.</p>	<p>El objetivo de este entregable es un documento de apoyo a los casos de uso que definan las interfaces del software o sistema de información de apoyo al proceso, este diseño debe garantizar un diseño usable y a la medida del usuario final que es el médico, para que logre interactuar de una manera ágil y rápida.</p>

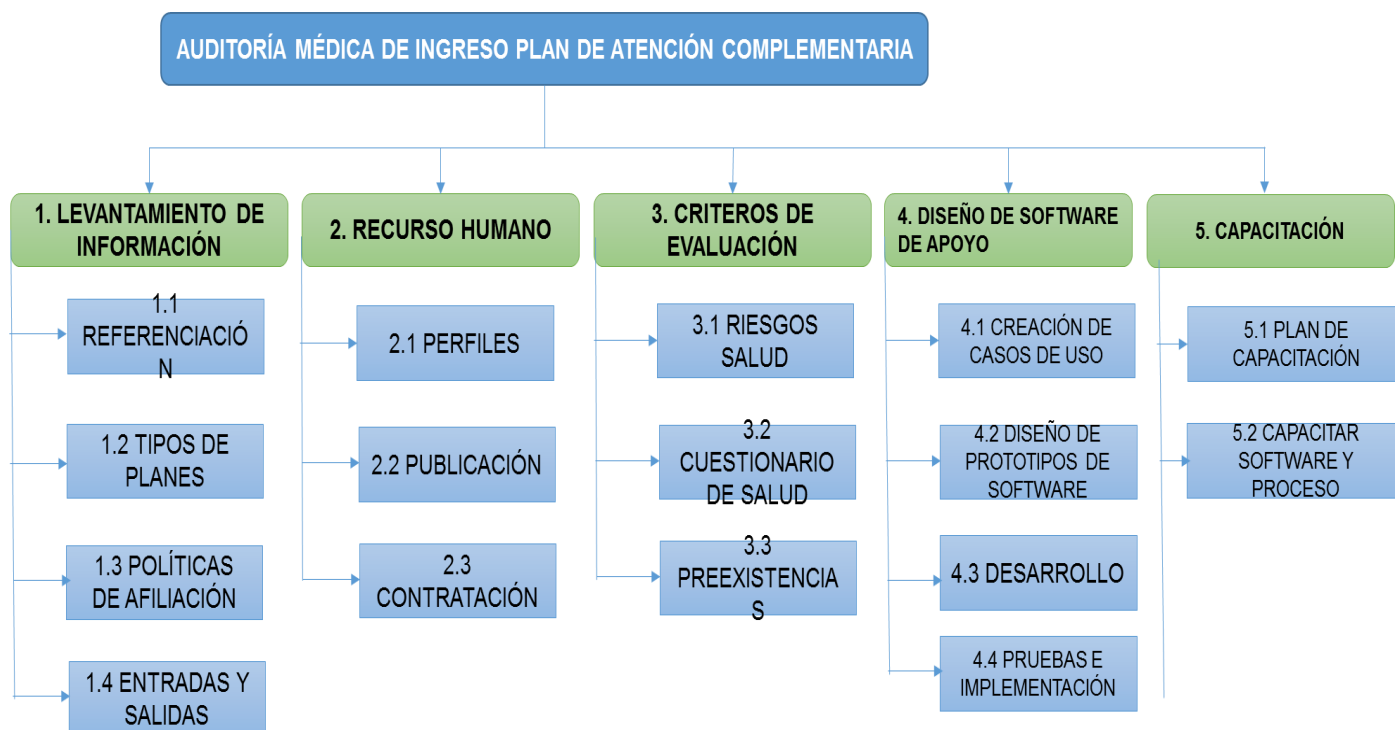
4. DISEÑO DE SOFTWARE DE APOYO.	4.3 Desarrollo	El objetivo de este entregable es la materialización de los dos entregables anteriores a través de la entrega de un sistema de información software.
4. DISEÑO DE SOFTWARE DE APOYO.	4.4 Pruebas e implementación	A través de este entregable se realizan pruebas al software para garantizar que las funcionalidades requeridas a través de los casos de uso y los prototipos funcionen adecuadamente y acorde con la necesidad del proceso, también se inicia el proceso de implementación de la herramienta tecnológica.
5. CAPACITACIÓN	5.1 Plan de capacitación	A través de este entregable se crea y define el plan de capacitación del proceso y del software esto incluye el recurso humano, materiales, métodos de capacitación.
5. CAPACITACIÓN	5.2 Capacitar software y proceso.	Llevar a cabo el punto anterior.

Fuente: Elaboración Propia

2.5 ESTRUCTURA DE DESGLOSE DE TRABAJO

Las actividades a para la realización del proceso de auditoría médica de ingreso trae consigo una organización de trabajo que genera una serie de entregables que se vuelven fundamentales a la hora de ejecutar la auditoría médica de ingreso del plan de atención complementaria de EP SALUD.

Figura 1 Estructura de Desglose de Trabajo



Fuente: Elaboración Propia

2.6 DEFINICION DE TIEMPOS

En la tabla 4 la cual se podrá visualizar a continuación, se encuentran las actividades con los tiempos que se determinaron entre las diferentes áreas que intervienen en el proceso de Auditoría Médica de Ingreso Plan de Atención Complementaria EPS SALUD, se muestra que la actividad de menor tiempo es de 0.1 días y su máximo de 1 días hábiles, el proceso tiene una duración de 2 días, con un total de 8 actividades.

La asignación de tiempos está establecida también en porcentajes con el objetivo de definir el peso porcentual de cada actividad sobre el total del tiempo estimado para el proyecto. Adicionalmente tomando en cuenta que en este tipo de procesos es totalmente repetitivo, puesto que se repetirá cada vez que un cliente ingrese o solicita oficialmente el ingreso al Plan de Atención Complementaria, y según con el pronóstico de afiliados (establecido desde el estudio de mercadeo de la nueva unidad de negocio) para el primer año se espera un total de mil (1.000) afiliados nuevos al plan.

Es importante aclarar que este tipo de procesos debe contar con una oportunidad en la respuesta que debe ser lo más ágil posible, teniendo en cuenta que este proceso hace parte de la puerta de entrada del cliente al producto Plan de Atención Complementaria, y que dependiendo de la agilidad del mismo continuarán los procesos de firma de contrato- recepción de pagos o cuotas mensuales, así como la prestación de un servicio de salud que puede ser vital para los clientes potenciales. De acuerdo a lo anterior y evaluando cada una de las actividades mencionadas en este trabajo, el tiempo de respuesta de este proceso se define en un máximo de 2 días hábiles.

Tabla 4 Asignación de tiempos

ID	ACTIVIDAD	DÍAS	%
A	2.2.1 AGENDAR EXAMEN FÍSICO (PRESENCIAL) DE INGRESO.	0,2	10
B	2.2.2 REALIZAR EXAMEN MÉDICO FÍSICO DE INGRESO.	1	50
C	2.2.3 DILIGENCIAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL CLIENTE POTENCIAL.	0,1	5
D	2.2.4 ASIGNAR CARGAS DE TRABAJO A MÉDICOS AUDITORES DE INGRESO PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA.	0,1	5
E	2.2.5 REGISTRAR PREEXISTENCIAS.	0,1	5
F	2.2.6 VERIFICAR SOPORTES DE AFILIACIÓN.	0,1	5
G	2.2.7 REGISTRAR - MODIFICAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS.	0,2	10
H	2.2.8 DEFINIR INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA	0,2	10
	TOTAL OPORTUNIDAD DEL PROCESO	2,0	100%

Fuente: Elaboración Propia

2.7 DIAGRAMA DE PRECEDENCIAS

El diagrama de precedencias se usa para representar las actividades en orden de ejecución y las flechas para representar las actividades consecuentes de cada ejecución, identificando la actividad principal, actividad secundaria y así sucesivamente hasta llegar a la actividad final. Es importante mencionar que este es un proceso se repetitivo el cual se repetirá cada vez que un cliente se afilie al Plan de Atención Complementaria, por ello es importante tener en cuenta que, si bien el método sugiere pocas actividades, la una cantidad de afiliados a evaluar es amplia.

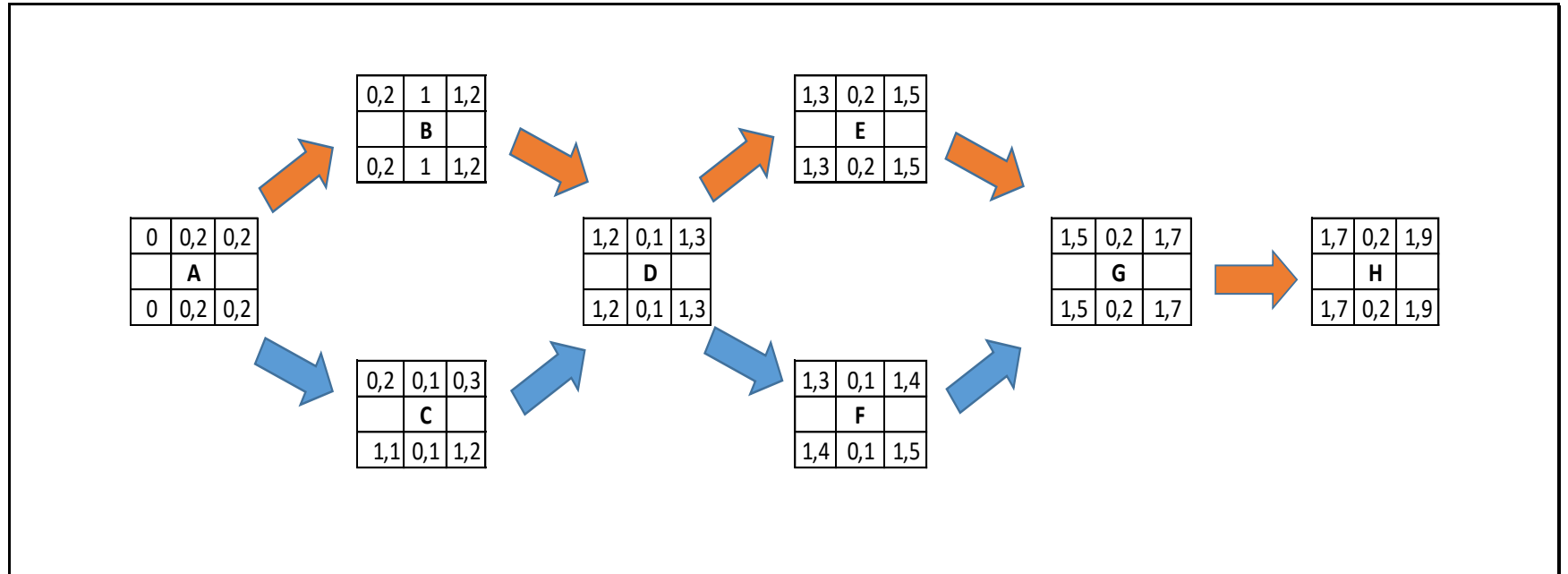
A continuación, en la tabla No 4, se presenta la secuencia de las actividades precedencias donde se define las prioridades de las actividades y el orden en que se ejecuta todas las tareas del proceso según el tiempo establecido para cada una.

Tabla 5 Asignación de precedencias

ID	ACTIVIDAD PRESEDETE	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD SIGUIENTE
A	-	2.2.1 AGENDAR EXAMEN FÍSICO (PRESENCIAL) DE INGRESO.	B, C
B	A	2.2.2 REALIZAR EXAMEN MÉDICO FÍSICO DE INGRESO.	D
C	B	2.2.3 DILIGENCIAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL CLIENTE POTENCIAL.	D
D	B	2.2.4 ASIGNAR CARGAS DE TRABAJO A MÉDICOS AUDITORES DE INGRESO PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA.	E, F
E	D	2.2.6 VERIFICAR SOPORTES DE AFILIACIÓN.	G
F	E	2.2.5 REGISTRAR PREEXISTENCIAS.	G
G	F	2.2.7 REGISTRAR - MODIFICAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS.	H
H	G	2.2.8 DEFINIR INGRESO AL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA	FIN

Fuente: Elaboración Propia

Figura 2 Diagrama método Pert



Fuente: Elaboración Propia

Se obtiene la ruta crítica descrita como las actividades que definen el tiempo total del proceso, en caso que se presente algún tipo de retraso en alguna de estas actividades todo el proyecto se verá retrasado, en este escenario la ruta crítica está orientada por las actividades identificadas como **A, B, D, E, G, H, FIN**. Posterior a la identificación de la ruta crítica se realiza la asignación de holguras que para este caso solamente afecta a las actividades C (2.2.3 DILIGENCIAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL CLIENTE POTENCIAL) con el 5% de tiempo y a la actividad F (2.2.7 REGISTRAR - MODIFICAR CALIFICACIÓN DE RIESGOS.) con el 5% de tiempo, lo cual indica que son las actividades que no requiere de un cumplimiento estricto en el tiempo de ejecución ya que se puede ampliar hasta ese porcentaje dado anteriormente.

2.8 GESTION DE COSTOS Y RECURSOS

En este punto se identifican todos los costos y recursos a los cuales se debe incurrir para desarrollar el proceso. En la siguiente tabla se identifican los costos de la mano de obra del proyecto necesaria para el desarrollo del proceso Auditoría médica de ingreso. Para definir o establecer cada uno de los costos que se visualizan a continuación se tuvieron en cuenta las estructuras de salariales y de cargos con que actualmente cuenta la empresa en donde se desarrollará el proceso, esta estructura salarial define al detalle para cada cargo, el valor representado en salario mensual, así como la carga prestacional que cada cargo representa. Ver tabla 6, Asignación Salarial.

Tabla 6 Asignación salarial

ID	CARGO/RECURSO HUMANO	CANTIDAD	SALARIO MENSUAL	CARGA PRESTACIONAL 40%	VALOR HORA
1	ASESOR COMERCIAL PAC	10	1500000	\$ 15.600.000	709091
2	MÉDICO GENERAL	2	3000000	\$ 7.200.000	327273
3	AUDITOR MÉDICO DE INGRESO	2	3500000	\$ 8.400.000	381818
				\$ 31.200.000	

Fuente: Información de la empresa.

Para estimar el costo es necesario remitirse a los responsables por cada actividad y la duración que tiene cada una de estas en el proyecto, este costo estimado puede ser aplicado a cualquier proyecto siempre y cuando los involucrados sean

los mismos en cada fase del proceso. Para llegar a cantidades cuantificables se aplica la siguiente fórmula:

$$CT = CA + CAU + CMG$$

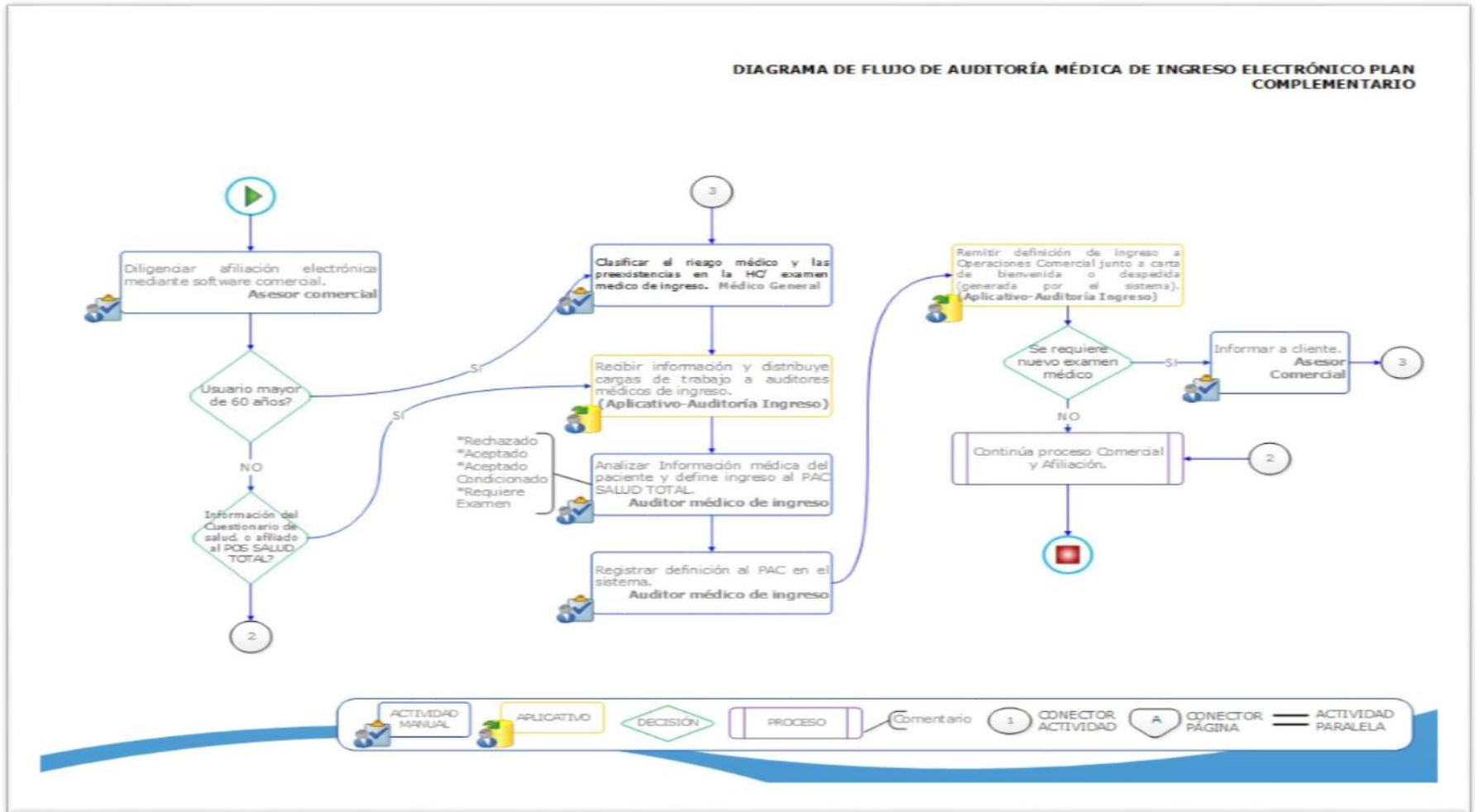
Donde CT se refiere al costo total del proceso, CA al valor salarial del asesor, CAU al valor salarial del auditor médico y CMG al valor salarial del médico general. Por tratarse de un proceso constante o cíclico no se tienen en cuenta los tiempos de duración en cada fase del proceso.

Para cumplir con el proyecto la empresa salud. estima un total de \$ 31,200,000 en presupuesto mensual para recursos Humanos y así cumplir con el proceso de Auditoría médica de ingreso para el proyecto planes de atención complementaria.

2.9 DEFINICIÓN DEL PROCESO

Como resultado de la implementación de la metodología se obtiene el diagrama de flujo correspondiente a cada uno de los pasos que se deben llevar a cabo en el proceso de Auditoría médica de ingreso, relacionando los responsables de cada uno como se muestra a continuación:

Figura 3 Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia.

Se obtiene un diagrama de flujo el cual especifica cómo se deben desarrollar las actividades del proceso, así como sus respectivos responsables, de esta manera se especifica el proceso para que cualquier persona lo pueda aplicar.

3 CONCLUSIONES

Bajo la metodología del PMI aplicada al proceso Auditoría médica de ingreso para los planes de atención complementaria de la empresa Salud, se logró obtener la estandarización de los tiempos a través de la creación del método de ruta crítica, de igual forma fue posible identificar las actividades críticas del proceso.

A través de la identificación de la estructura desglose del trabajo EDT se logra la descomposición jerárquica de los entregables del proyecto Auditoría médica de ingreso para los Planes de atención complementaria de la EPS SALUD, la cual permitirá el logro de objetivos del proyecto.

A través del proceso de Auditoría médica de ingreso para los planes de atención complementaria de la empresa salud es posible disminuir el gasto médico en que incurriría el plan, a través de la oportuna identificación de pacientes con estados de salud críticos.

A través de la creación del proceso Auditoría médica de ingreso para los planes de atención complementaria de la empresa salud se logra integrar las actividades operativas de afiliación con la gestión médica, lo que hace que el proceso sea integral y traiga beneficios para la empresa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Circular única Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Nacional de Salud, <https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/circular-unica>

Mulcahy, R. Project Management Processes. In: PMP Exam Prep., V 1, p. 41. RCM Publications (2009). 15. McCann, D. ¿How Well do you decide? In: CFO.com Magazine, p.1 (2010).

Haynes, M. Administración de proyectos. México: Iberoamericana (1992)

Bernate, G. ¿Planear? Sí señor, planear. En: Computerworld Colombia., p. 19 (2009).

Ackoff, Rusell Un concepto de planeación de empresas. Limusa, 100 p. México D.F. (1978).